

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA
SAĞLIK ALGILAMASI**

HÜLYA KULAKÇI

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalında
Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır

ZONGULDAK
Eylül 2004

KABUL:

Hülya KULAKÇI tarafından hazırlanan “**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA SAĞLIK ALGILAMASI**” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 09/09/2004.

Başkan: Yrd. Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU



Üye: Yrd. Doç. Dr. Sibel KIRAN



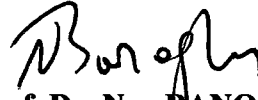
Üye: Doç. Dr. Ayşe OCAKCI



ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

21.../12.../2004



Prof. Dr. Nur BANOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA SAĞLIK ALGILAMASI

Hülya KULAKÇI

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU

Eylül 2004 174 sayfa

Doğumla başlayan yaşam, bebeklik, çocukluk, ergenlik, genç yetişkinlik, yetişkinlik ve yaşlılıkla devam eder. İnsan sağlığı kişinin bireysel yapısı ve çevresi arasındaki etkileşim ürünüdür. Yapılan tüm toplum sağlığı araştırmalarında ve epidemiyolojik değerlendirmelerde yaş en önemli değişkenlerden birisidir. Dünya Sağlık Günü çalışmalarında, doğuştan yaşam beklentisindeki artışta, yaşama yılların eklenmesinden daha önemlisinin yıllara yaşam katmak olduğu görüşünden hareketle sağlık ve sosyal hizmetlerin esas ilgisinin yaşam kalitesi olması gerektiği, kısaca yaşam kalitesinin yaşanan süreden daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfusun diğer ülkelerinin ortalamalarının altında olmasına rağmen, gelecekte yaşlı nüfusunun artacağı kesindir. Bu nedenle, yaşlıların yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Bu çalışma Zonguldak ilinde huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan

ÖZET (devam ediyor)

yaşlıların sağlık algılamalarını değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubunu araştırmaya katılmayı kabul eden ve %50.0'ı (n=76) huzurevinde yaşayan 152 kişi oluşturmuştur. Huzurevindeki yaşlıların %84.2'si (n=64) 60-89 yaş grubu, %43.4'ü kadın (n=33), %64.5'i (n=49) eşini kaybetmiş, %35.5'i (n=27) okur yazar değil, %9.2'si (n=7) hiçbir gelire sahip değil, %30.3'ü (n=23) sosyal güvenceden yoksun ve %26.3'ü (n=20) çocuk sahibi değildir. İki grup arasında sosyal güvence durumu (p=0.001) ve çocuk sahibi olma durumu (p=0.001) açısından anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmada yer alan huzurevindeki yaşlıların %73.7'sinin (n=56) düzenli kullandığı bir ilacı ve %80.2'sinin (n=61) kronik bir hastalığı olduğu belirlenmiştir. İki grup FSD (p=0.198) ve MSD (p=0.746) ortalamaları yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Huzurevindeki yaşlıların FSD ortalamaları arasında cinsiyet grupları (p1=0.016), eğitim durumları (p1=0.005) ve aylık gelir durumları (p1=0.040), MSD ortalamaları arasında da cinsiyet grupları (p2=0.011) ve aylık gelir durumları (p2=0.015) açısından fark bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler : Yaşlı, Huzurevi, Yaşam Kalitesi, Algılanan Sağlık, SF 36

Bilim Kodu : 101.17.07

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

HEALTH PERCEPTION OF ELDERLY PEOPLE WHO LIVE AT ELDERLY RESIDENTAL HOUSE

Hülya KULAKÇI

Zonguldak Karaelmas University

Institute of Health Sciences

Department of Public Health

Thesis Advisor: Yrd. Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU

September 2004 174 pages

Life begins at birth and continues with babyhood, childhood, adolescence, young adulthood, adulthood and old age. Human health is the result of individual state and environmental interaction. Age is the most important variable of public health researches and epidemiological evaluations. During World Health Day activities, it is emphasized that life quality is more important than lifetime. Although the mean number of elderly people in Turkey is lower than Western Countries, it is certain to be increased. For this reason, there must be precautions to increase life quality of elderly people. In this study, health perceptions of elderly people that live in rest homes and others in Zonguldak City were evaluated. Of the 152 subjects who accepted the study, 50.0% (n=76) were selected from rest homes. Of the elderly people that live in rest homes, 84.2% (n=64) were 60-89 age group, 43.4% (n=33) were female, 64.5% (n=49) were widowed, 35.5% (n=27) had no literacy, 9.2% (n=7) had no income, 30.3% (n=23) had no social security, 26.3%

ABSTRACT (continued)

(n=20) had no child. There were significant difference of having social security ($p=0.001$) and child ($p=0.001$) between two groups. It is found that 73.7% (n=56) of elderly people that live in rest homes used a continual drug and 80.2% (n=61) had a chronical disease. Mean FSD ($p=0.746$) and MSD ($p=0.198$) were not different between two groups. Of the elderly people that live in rest homes, mean FSD were significantly different in gender ($p_1=0.016$), educational level ($p_1=0.005$), and monthly income ($p_1=0.040$) groups, besides mean MSD were significantly different in gender ($p_2=0.011$) and monthly income ($p_2=0.015$) groups.



Key Words : Elderly, Residential House, Life Quality, Health Perception, SF 36

Science Code : 101.17.07

TEŞEKKÜR

Bilim ve yaşam adına kendisinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU'na, çalışmanın temelini oluşturan planlama aşamasında yardımını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Sibel KIRAN'a, eğitimim için desteğini esirgemeyen ve bunu her zaman hissettirerek motivasyonumu arttıran Doç. Dr. Ayşe OCAKCI'ya, moral desteğiyle yanımda olduğunu bildiğim Nezahat ÇAKMAKCI'ya, halk sağlığı adına birlikte yola çıktığım tüm dönem arkadaşlarıma, özellikle Hakan KALYON ve Rahşan KALAFATOĞLU'na, izin yazısının hızlandırılması için gerekli tüm çabayı gösteren Zonguldak Sosyal Hizmetler İl Müdürü sayın Harun MELEMEZ'e, anket sorularını yanıtlayarak çalışmaya can veren saygıdeğer yaşlılarımıza ve çalışmanın başlangıcından bitimine değin yaşamış olduğum değişik duygu durumlarıma ayak uydurarak sevgi ve desteklerini daha da fazla hissettiren anne ve babama en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Hülya KULAKÇI

2004 – Eylül / Zonguldak

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
BÖLÜM 1 GİRİŞ	1
BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER	11
2.1.YAŞLANMA İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAM VE TANIMLAR	11
2.2.YAŞLI TOPLUMUN TANIMLANMASINDA KULLANILAN EPİDEMİYOLOJİK ÖLÇÜTLER	17
2.2.1. Mortalite (ölümlülük)	17
2.2.2. Sağkalım Eğrileri	17
2.2.3. Morbidite	18
2.2.4. Yetersizlik (incapacite, disability)	18
2.3. TOPLUMUN DEMOGRAFİK YAPISI	19
2.4.YAŞLILARIN ÖZELLİKLERİ	22
2.4.1. Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişimler	23
2.4.2. Yaşlılarda Sık Rastlanan Sağlık Sorunları	25
2.4.3. Yaşlılarda İlaç Kullanımı	29
2.4.4. Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu	31
2.4.5. Yaşlanmanın Toplumsal Boyutu	35
2.4.6. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu	38
2.5. YAŞLILARIN BAKIMI	42

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

2.6. YAŞLILARIN SAĞLIĞININ KORUNMASINA YÖNELİK DÜZENLEMELER	45
2.6.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde Yaşlılık	46
2.6.2. Sağlık 21 Hedeflerinde Yaşlı Sağlığı	46
2.6.3. Bazı Ülkelerde Yaşlılara Yönelik Hizmetler	47
2.6.4. Türkiye'de Yaşlılığa Genel Bakış	55
2.6.5. Sosyal Refah Hizmetleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler	62
2.7. SAĞLIĞIN TANIMI VE ÖLÇÜLMESİ	68
2.7.1. Geleneksel Sağlık Göstergeleri	73
2.7.2. Modern Sağlık Göstergeleri	74
2.7.3. Yaşam Kalitesi ve Ölçülmesi	75
2.7.4. Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü	80
BÖLÜM 3 ÇALIŞMANIN AMAÇLARI	85
BÖLÜM 4 YÖNTEM	86
4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	86
4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK SEÇİMİ	86
4.3. DEĞİŞKENLER	87
4.3.1. Bağımsız Değişkenler	87
4.3.2. Bağımlı Değişken	88
4.4. DEĞİŞKENLERİN TANIM VE ÖLÇÜTLERİ	89
4.4.1. Bağımsız Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler	89
4.4.2. Bağımlı Değişkene Ait Tanım ve Ölçütler	93
4.5. VERİLERİN TOPLANMASI	96
4.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	97
4.7. ZAMAN ÇİZELGESİ	97
BÖLÜM 5 BULGULAR	98

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

BÖLÜM 6 TARTIŞMA	118
BÖLÜM 7 SONUÇLAR VE ÖNERİLER	132
7.1. SONUÇLAR	132
7.2. ÖNERİLER	135
KAYNAKLAR	140
EKLER DİZİNİ	147
ÖZGEÇMİŞ	174



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. SF 36 Sağlık Bileşenleri (Bölümler) ve Özet Değerler	95



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
4.1. SF 36'da Yer Alan Sekiz Sağlık Kavramı	94
5.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı	100
5.2. Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı	101
5.3. Araştırmaya Katılanların Sağlık Öykülerinin Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı	102
5.4. Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Sağlık Algı Puanlarının Ortalamaları	103
5.5. Araştırmaya Katılanların Yaşlılık Dönemine Ait Düşüncelerinin Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı	104
5.6. Araştırmaya Katılanların Yaşamakta Olan Yakınları Olup Olmadığının, Yakınları Tarafından Aranma ve Ziyaret Edilme Durumlarının Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı	105
5.7. Araştırmaya Katılanların Yakınlarını Arama ve Ziyaret Etme Durumlarının Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı	106
5.8.1. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumlarının Dağılımı	108
5.8.2. Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumlarının Dağılımı	108
5.9. Kurumlarda Yaşayan Yaşlıların Huzurevine Gelmeden Önce Birlikte Yaşadığı Kişilere, Huzurevini Tercih Nedenlerine, Huzurevinde Kaldıkları Yıllara, Huzurevinden Memnuniyetlik Durumlarına ve Huzurevindeki Diğer Yaşlılarla İletişim Özelliklerine Göre Dağılımı	110

ÇİZELGELER (devam ediyor)

Çizelge		Sayfa
5.10.	Huzurevi Dışında Yaşayanların Birlikte Yaşadığı Kişilere, Bu Yaşamı Tercih Nedenlerine, Yaşamlarından Memnuniyetlik Durumlarına ve Çevrelerinde Olan Diğer İnsanlarla İletişim Özelliklerine Göre Dağılımı	112
5.11.	Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerleri	113
5.12.	Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerleri	114
5.13.	Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerlerinin Huzurevi Yaşam Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	115
5.14.	Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerleri	116
5.15.	Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Grup İçi Fiziksel ve Mental Sağlık Değerlerinin Karşılaştırma Sonuçları	117

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

n	Örnekleme Alınacak/Alınan Birey Sayısı
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FSD	Fiziksel Sağlık Durumu
IQOLA	International Quality of Life Assessment Project
SHÇEK	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
MSD	Mental Sağlık Durumu
Ort.	Aritmetik Ortalama
SF 36	Short Form 36
S	Standart Sapma
YK	Yaşam Kalitesi
GYA	Günlük Yaşam Aktivitesi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
NILS	The National Institute For Longevity Sciences
UNICEF	The United Nations Children's Fund

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Doğumla başlayan yaşam, bebeklik, çocukluk, ergenlik, genç yetişkinlik, yetişkinlik ve yaşlılıkla devam eder (1). İnsan sağlığı kişinin bireysel yapısı ve çevresi arasındaki etkileşimin ürünüdür. Yapılan tüm toplum sağlığı araştırmalarında ve epidemiyolojik değerlendirmelerde yaş en önemli değişkenlerden birisidir (2).

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden bir süreç olarak kabul edilmektedir (2). Yaşlılık evresini bir çok insan, yaşamın sonu olarak düşünmekte ve ürkemektedir. Oysa ki yaşlanma devamlı gelişimi ve değişikliği içeren kompleks bir süreçtir. Bireyin yaşlılık dönemine adaptasyonunu biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler etkiler. Yaşlılığın nasıl tanımlanacağı ya da kimlere yaşlı denileceği oldukça tartışmalı bir durumdur (3). Bugün yaşlılığın 65 yaş ve sonrası alınarak normal yaşam sürecinin son devresi olarak tanımlanması genelde kabul görmektedir (1,4,5). 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmekle birlikte, bilimsel araştırmaların sonuçları, yaşlanma sürecinde bireysel farklılıkların önemini vurgulamaktadır. Bu bireysel farklılıklar özetle; kalıtım, yaşam biçimi, yapılan iş, beslenme alışkanlıkları, geçirilen kronik hastalıklar ve kişilik özellikleri olarak belirtilmektedir (2,6).

Bireysel farklılıkların yanı sıra, yaşlanma sürecini etkileyen önemli bir faktör de sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerdir. Son 25-30 yıl içinde sağlık bilimleri ve teknolojiye ilerlemeler sonucu yaşam kalitesi artmış ve ortalama insan ömrü uzamıştır. Bu gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve yeterli olmasını sağlamış, geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması ölüm hızını azaltmıştır (1). Teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, sağlık bilimlerindeki gelişmeler sonucu hastalık ve ölüm oranlarının azalması, doğurganlık oranındaki düşme, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin daha etkin hale gelmesiyle gelişmiş

lkelerde doğumda beklenen yaşam süresi 80’li yaşlara ulaşmış ve toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzerindeki nüfus artmıştır (2). Dünya genelindeki doğumda yaşam beklentisi 1955 yılında 48 yıl iken, 17 yıllık bir artış göstererek 1965 yılında 65 yıla yükselmiştir. Dünya genelinde 65 yaş üzerindeki nüfus her ay 750.000 kadar artmaktadır (7). 2010 yılında dünya nüfusunun %7.3’ünün 65 yaşın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (1,8). 2025 yılına gelindiğinde dünyadaki yaşlı insan sayısının 800 milyonu aşması, bunların üçte ikisinin çoğunluğu kadın olmak üzere, gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olması beklenmektedir. Günümüzde dünya nüfusunun %25’i 70 yaşın üzerindedir. 1997 istatistiklerine göre dünya nüfusunun %40’ı 20 yaş altı, %53’ 21-64 yaş arası, %7’si ise 65 yaş ve üstü bireylerden oluşmaktadır (7).

Ülkemizde doğumda yaşam beklentisi, kadınlarda 71 yıl, erkeklerde 66.4 yıl, ortalama 68.7 yıldır. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 64 milyon civarında olan nüfusun, %31.5’ini 0-14 yaş, %62.6’sını 15-64 yaş, %5.9’unu 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır (7).

Gelişmiş ülkelerdeki yaşlı sayısı ülkemize oranla daha fazladır. Bu oranının fazlalığı gelişmiş ülkelerde daha önceden yaşlı sağlığı hizmetlerinin önemi üzerinde durulmasını sağlamıştır. Türkiye nüfusu içindeki yaşlı oranının artması nedeniyle günümüzde yaşlanma ve yaşlıya verilen önem artmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmeler yaşlı sayısının toplam nüfus içindeki oranının gelecekte daha fazla olacağını göstermektedir (2).

Türkiye’nin ulusal sağlık sistemi içinde yaşlılara yönelik hizmetlerin yaygınlaşmamış olmasının önemli bir nedeni yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının düşük olması ve özellikle kırsal kesimde hala ataerkil aile içinde yaşlının korunmasıdır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından Türkiye genelinde yapılan bir araştırmada yaşlıların yaklaşık %36’sının çocukları ile, %63’ünün kendi evinde ayrı yaşadığı, %1’inin ise akrabalarının yanında ya da kurumlarda yaşamlarını sürdürdükleri saptanmıştır. Kır-kent karşılaştırılmasında, kentte

yaşlıların %70'inin kendi evlerinde yalnız yaşadıkları, kırsal kesimde ise bu oranın %51 olduğu bulunmuştur (9).

Yaşlılık; biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkenlerin birleşerek ve birbirlerini etkileyerek geliştirdiği bir olgudur. Ömrün uzaması; ruhsal, sosyal ve fiziksel yetenekler, istenilen düzeyde korunabildiği ölçüde bir anlam kazanmaktadır (7).

Geçmiş çağlarda yaşlanmayla sosyal statünün artması, toplumda veya ailede lider olmak için istenen bir durumdu, çünkü yaşlının aile içinde önemli bir statüsü vardı. Türkiye’de kentleşmeye paralel olarak, özellikle büyük kentlerde yaşlılara ilişkin pek çok sorun ortaya çıkmaya başlamıştır. Sanayileşme, köyden kente göçün hızlanması, ailenin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısındaki değişimler geniş ailenin yerini çekirdek aileye bırakması ve kadının da giderek artan oranda çalışma hayatına girmesi, yaşlının ailedeki geleneksel yerini daraltmakta, geleceğe yönelik tek güvence olarak gördükleri çocuklarının desteğini giderek kaybetmekte ve evde yaşlının bakımını sorun haline getirmektedir. Yaşlı nüfusundaki artış ve aile yapısındaki değişimler beraberinde önemli bakım ve sağlık sorunlarını getirmektedir. Yaşlanmayla beraber bireylerde bir çok değişiklik meydana gelmekte, biyolojik değişikliklerle beraber psikososyal değişikliklerde yaşlının hayatını etkilemektedir (7,10,11).

Kırsal bir bölgede yapılan alan araştırmasında yaşlılığın bir düşkünlük dönemi olarak algılandığı ortaya çıkarılmıştır. Araştırmada “kendini gezdiremezsin”, “elin ermez gücün yetmez”, “elimde olsa kapıma koymam” gibi sözlerle yaşlılıktaki güçsüzlükler, maddi ve toplumsal kayıplar dile getirilmiştir. Yaşlı bireyler, aile ya da yakın çevresindeki bireyler tarafından, “ununu elledi eleğini astı” gibi deyimlerle ifade edilmekte ve somut hastalık belirtileri göstermediğinden psikolojik ve sosyal yönden de ihmal edilmektedir (7). Yeni durumlara uyumu zorlaşan, zihinsel işlevleri yavaşlayan, günlük yaşamını sürdürmek için bağımlı olmak zorunda kalan yaşlılar üretkenlik dönemini geride bırakmışlardır. Bu durum da yaşlılıkta önemli psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir (10).

İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen yıllarda sağlık; yalnızca hastalıkların ve sakatlıkların olmaması değil, bedensel, akılsal ve sosyal anlamda tam iyilik durumu olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlama ile sağlık bireysel olmaktan çıkmış ve giderek daha çok toplumsal değişkenlerin etkilediği bir değer olarak görülmeye başlamıştır.

Yaşlı bireylerde çoklu ve süregelen hastalık oranı yüksektir. İşlevsel yetmezlikler vardır, mortalite yüksektir, iyileşme yavaştır, hatta iyileşmeme yatağa bağımlı olma olasılığı yüksektir. Yaşlılıkta denge problemleri, kalp hastalıkları, inkontinans, artrit, kırıklar, akciğer problemleri, Parkinsonizm, felçler, konfüzyon, depresyon, görme-ışıtme problemleri sık görülür. Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik değişimler ise, moleküler düzeyde enzim aktivitesinde değişim, hücresel düzeyde hücre bölünmesinde değişim, deride, diğer organ ve dokularda bozulma, immün sistemde zayıflama, vital kapasitede, akciğer kapasitesinde, kas tonusunda azalma, kardiyak kapasitede değişim, hafıza ve entelektüel güçte azalma, ışıtme-görme-tat duyularında azalma, osteoporoz ve buna bağlı postür bozuklukları, boşaltım düzeninde bozulma, kolesterol düzeyinde ve sistolik kan basıncında artmadır (10).

Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %90'ında bir kronik hastalık olduğu, bunların %35'inde 2, %23'ünde 3 ve %15'inde 4 veya daha fazla hastalık bulunduğu belirtilmektedir (10). İnsan vücudunun korunması açısından önemli olan duyu organlarında yaşlılığa bağlı işlevsel kayıpların olması önemli kazalara yol açabilmekle birlikte sosyal ilişkilerin engellenmesi gibi önemli sonuçlar da doğurmaktadır (7,3). Yaşlıda gittikçe artan fiziksel değişiklikler bireyin aktivitelerinin azalmasına ve yavaşlamasına neden olmaktadır. Bu nedenle aktivite kaybeden birey sistemlerini yetersiz kullanmakta ve fonksiyon azalması meydana gelmektedir. Yaşlanmayla birlikte bireyin bağımlılığı artar, hastalık etkenleri bireyi daha fazla etkiler ve hastalık insidansı yükselir (10).

Nüfus piramidi yaş gruplarının toplam nüfus içindeki oranını gösterir. Teknoloji ve sağlık bilimlerindeki gelişmeler yaş gruplarının toplam nüfus içindeki

oranlarının belirlenmesinde önemli bir faktördür. Gelişmiş ülkelerdeki nüfus piramidi üçgen biçiminden silindirik şekle dönüşmeye başlamıştır. Nüfus piramidindeki bu değişiklik ülkemizde gelişmiş ülkeler boyutunda olmasa da mevcuttur. Bu durum yaşlılığı sadece kişileri ilgilendiren bir sorun olmaktan çok toplumsal bir sorun haline getirmektedir.

Demografik yapıdaki değişikliğin getirdiği sorunların çözümü için çeşitli önlemler alınmış, değişik uygulamalar gündeme gelmiştir. Uluslararası kuruluşlar halkın ve sağlık personelinin yaşlılık sorunları, yaşlının gereksinimleri ve bakımı konusunda eğitilmesine ilişkin projeler geliştirmiştir. Ayrıca her toplum kendi özelliklerine göre bakımevleri ve yurtları açmıştır.

Yaşlanma ile beraber hastalık ve özürlülüklerin artması, başkalarına daha fazla bağımlı olma anlamına gelmektedir. Yaşlıların çoğunluğu sonunda yardıma şu ya da bu şekilde gereksinim duymaktadırlar. Yardımlar; akrabalar, komşular ve çevrelerindeki kişilerce sağlanmakla beraber, daha uzun süreli ve düzenli yardımlar ve planlı hizmetler ancak sağlık kurumları ve sosyal hizmet kurumlarınca sağlanabilmektedir. Ancak, bu desteğin maliyetinin tümüyle karşılanabilmesi pek az yaşlı kişi ya da ailesi tarafından mümkün olmaktadır (7). Yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla daha fazla sağlık yardımı aradığı bilinmektedir. Örneğin 50-55 yaş grubunda bir yılda erkeklerin %73.5'i, kadınların %81.7'si bir uzman doktora gitme gereksinimi duymuşlardır. 70 yaş ve üzeri yaş grubunda ise bir yılda erkeklerin %84'ü, kadınların %87.4'ü bir uzman tarafından muayene edilmiştir. Bu sayısal büyüme sağlık bakım hizmetlerini kullanan yaşlı bireylerin sayısını ve sunulan hizmetin maliyetini artırmaktadır (10). Bu maliyeti kimin üstleneceği ve gerekli fonların nasıl bulunacağı önemli bir sorundur. Gelişmiş toplumlarda yaşlılık sorunları uzun yıllardır (özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra) gündemde olup üzerinde yoğun çalışma ve araştırmalar yapılan bir konudur. Bugün bir çok ülke yaşlılara yönelik alternatif refah paketi arayışı içerisinde (7).

İngiltere’de yaşlılara sağlanan hizmetlerin oldukça ileri bir düzeye ulaştığı, yaşlılar için çok yönlü ve çeşitli servis ve birimlerin hizmet verdiği belirtilmektedir. Özellikle son yıllarda yaşlılara ilişkin belirlenen politikalarla, yaşlıların toplum ve ailelerinden koparılmadan bağımsız yaşamlarına olanak sağlayacak konutlar ve onların sosyal bağlarını güçlendirecek yemek kulüpleri, günlük uğraşı kulüpleri gibi sosyal merkezler geliştirilmiştir. Uzun dönemli ticari sigorta planları da hızla yaygınlaştırılmaktadır (6,7,12). İsveç yaşlı refahı alanında sistematik stratejiler uygulayarak yaşlı nüfusa geniş hizmetler sunmaktadır. Almanya’da yaşlılara yönelik sigorta giderleri için gerekli kaynaklar büyük ölçüde kamu tarafından karşılanmaktadır (6,7). Avustralya’da uzun dönemli bakım hizmetlerinin büyük bölümü kar amacı güden kuruluşlarla ve böyle bir amaç gütmeyen kuruluşların ortak girişimleri sonucu özel kesim tarafından sağlanmaktadır. “Ömür Uzunluğu Ulusal Bilim Enstitüsü (The National Institute For Longevity Sciences, NILS)” hem toplumsal hem de klinik araştırmalar yaparak 65 yaş ve üstü nüfus oranı en hızlı artan ülke olan Japonya’daki yaşlı kesimi desteklemek amacıyla kurulmuştur (7).

Türkiye’de yaşlı hizmetleri içinde ilk sırayı sosyal güvenlik programları ve sosyal hizmet programları çerçevesinde kurum bakımı (huzurevleri) almaktadır. Ülkemizde yaşlı bakım hizmetleri Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yürütülmektedir. 1956 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş ve bu tarih itibarıyla yaşlılara götürülen hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi görevinden devlet sorumlu tutulmuştur. 1983 yılında çıkarılan 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile bu kurum doğrudan yaşlı refahı ile ilgili tüm görevleri üstlenmiştir. Yaşlı refahı ile ilgili hizmetlerden en önemlileri kurum bakımı hizmetleri (huzurevi), yaşlı dayanışma merkezleri ve evde bakım hizmetleridir (11).

Endüstrileşmiş ve ekonomik kalkınması belli bir düzeye gelmiş olan ülkelerde giderek önem kazanan yaşlılık konusu sadece yaşlının bakımıyla ilgili değil, yaşlının toplumla bütünleşmesi, işlevselliğinin artması olarak algılanmakta, yaşlının toplumsal değeri yeni boyutlar kazanmaktadır. Hızlı gelişim ve değişim

sürecinde olan toplumumuz yaşlılık konusunu hem geleneksel hem de modern yaklaşımla ele almak zorundadır (7).

Günümüzde dünyada ve ülkemizde yaşlı bireylerin yaşadığı ortam, ailesiyle birlikte ya da tek başına kendi evi veya huzurevidir. Ülkemizin değişen aile yapısı ile gelişen çekirdek aile yapısı ve dolayısıyla huzurevlerinde yaşamlarını sürdüren yaşlıların sayısında görülen artış, huzurevlerine daha fazla önem verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Ancak bir çok yaşlı insan, huzurevlerini yaşamlarının son durağı veya geri dönüşü olmayan bir kışla olarak nitelemekte, kendilerini ailelerinden dışlanmış olarak algılamakta, yalnız hissetmektedir. Hissedilen yalnızlık aynı zamanda sorunların kaynağı ve sonucu olarak da karşımıza çıkmakta, yaşlı birey bir çok psikososyal ve fiziksel sorun yaşamaktadır (1).

Geliştirilen bakımevlerine rağmen Geriatri Bilimi'nin amacı, her olanağı kullanarak yaşlının aile içinde kalmasını sağlamaktır. Çünkü, yapılan araştırmalar göstermiştir ki en modern tıbbi bakım hizmetlerinin yer aldığı yaşlı bakım evlerindeki yaşlıların ölüm oranı ve hastalık korkusu, ailesiyle birlikte yaşayanlardan daha yüksektir. Ankara'da yapılan bir araştırma, ölüm oranının huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda %17.3, kendi evinde yaşayan yaşlılarda ise %9.3, hastalık korkusunun huzurevinde yaşayanlarda %46.6, kendi evinde yaşayanlarda %21.3 olduğunu göstermiştir. Yine aynı araştırmada huzurevlerinin düzenli sağlık kontrollerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Erzurum yöresinde yapılan bir çalışmada ise 100 yaşlıdan 91'inin huzurevine gitmek istemedikleri belirtilmektedir. Bu görüşte yaşlıların huzurevlerine ilişkin duygu ve endişelerinin büyük payı vardır ancak kültürel değerlerin de burada önemli etkisi olduğu unutulmamalıdır (7).

1962 yılında İngiltere'de yapılan bir araştırmada, yaşlı yurtlarında kalan yaşlılarda; meşguliyet yokluğu, yakın aile, arkadaş ve toplumdan kopma, yalnızlık, mahremiyet ve kişilik kaybı ya da yokluğu ile kendi kendine karar verme yeteneğinin azalması ya da kaybolması gibi olumsuz deneyimlerin

yaşandığı saptanmıştır. Bu nedenle bu tür kurumlar sadece normal yaşantıya bir bariyer değil, aynı zamanda yaşlıyı bağımlılığa teşvik eden kurumlar olarak görülmektedir (7).

Huzurevi ve aile ortamında kalan yaşlıların sorunlarının karşılaştırıldığı başka bir araştırmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların psikolojik semptomlarının genel olarak evde yaşayanların psikolojik semptomlarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu nedenle yaşlıların yetersiz olan huzurevi ortamları yerine kendi aile ortamlarında yaşamlarını daha kaliteli bir şekilde sürdürebilmelerine yönelik hizmetlerin planlanma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır (7).

Yaşamlarını kendi yaşındakilerle birlikte bakım yurtlarında, ailesinden uzakta sürdürmek zorunda kalan yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Huzurevlerinde kalan yaşlıların, yalnızlık sorunları ile başetmesinde yaşlıya bakan kişilerin ve sağlık personelinin önemli rolü olup, sağlık personeli ve aile üyelerinin yaşlı bireyin yalnızlığının farkında olması, yaşlı bireyi bu yönde desteklemesi çıkabilecek sorunları önleyecek, yaşlının yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır (1).

Yaşlanan nüfusun sağlığının ve yaşam kalitesinin korunması, hem toplumsal hem de ekonomik açıdan yaşamsal önem taşımaktadır. Toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranının artmasıyla beraber yaşanabilecek sorunlar önümüzdeki 25 yılda daha da belirginleşecek, ailenin yaşam tarzında, yaşam düzenlemelerinde, istihdam alanlarında, sağlık hizmetlerinde, emeklilik sisteminde ve ekonomik durumda bir çok değişikliklere neden olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996-2001 yılları arasında yaşlanma ve sağlık politikalarındaki amacı olan yaşam kalitesi kavramı, bireylerin fiziksel, biyopsikososyal iyiliğinden etkilenen günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili doyumunu olarak tanımlanmaktadır (1).

Yaşam kalitesine ilişkin birçok yayın ve akademik çalışma olmasına karşın, yaşam kalitesi tanımlanması güç olan bir kavramdır, hatta kullanımı kişiden kişiye değişebilmektedir. Yaşam doyumu ise bireyin iyi olma algısını yansıtan bir tutum ya da arzulanan ile başarılan arasındaki algılanan farklılık olarak tanımlanır. Bu kavram çerçevesinde özellikle vurgulanan, bireyin tüm yaşamına ya da tek tek yaşam alanlarına ilişkin geliştirdiği duygularıdır. Yaşam doyumu, bireyin kendi yaşamını değerlendirirken, yaşam kalitesine ilişkin algısının tutumsal ifadeleri ile ilgilidir. Bu yönüyle yaşam doyumu, yaşam kalitesinin psikolojik ağırlıklı bir göstergesi gibi görünse de her iki kavram benzer dinamikleri içerdiklerinden aralarında kesin bir ayrıma rastlanmamıştır (13).

Yaşam kalitesi kavramı ise, ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireylerin kendilerin nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdiklerini gösteren, kişinin sağlık statüsünü açıklamak için kullanılan bir kavramdır. Haes ve Knipenherg ise, yaşam kalitesine ilişkin olarak farklı literatürdeki beş tanımları açıklamışlardır (13):

1. Hastaların kendi yaşamlarını yönetme yetenekleri.
2. Fiziksel, psikolojik, sosyal, işlevsel, maddi ve yapısal alanlardaki gereksinimlerin doyurulma derecesi.
3. Aile ya da sosyal çevresi tarafından birey adına gösterilen çabalar ve bireyin doğal yetenek fonksiyonu.
4. Bireyin yaşamdan doyum bulmasının bir bütün olarak değerlendirilmesi.
5. Fiziksel ve emosyonel faktörlerin bir arada bulunması.

Sonuç olarak yaşam kalitesi ve yaşam doyumu birbiriyle ilintili iki kavramdır. Bu kavramlar arasındaki ilişki, bireyin hayatında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle yaşam doyumu ve yaşam kalitesi değerlendirilmeli, bunları etkileyen olumsuz faktörler belirlenerek ortadan kaldırılmalı, böylece bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlanmalıdır (13).

Yaşlı bireylerin toplum içerisinde yaşamalarını desteklemek, bağımsızlıklarını en üst düzeyde kullanmalarını ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarını sağlamak için götürülen hizmet anlayışı, toplum temelli bir hizmet anlayışı olmalıdır.

Sağlık hizmetlerini geliştirmek ve dünyadaki bütün insanların sağlık düzeylerini iyileştirmek ve düşünülen çözüm önerilerini tartışmak amacıyla 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü'ne üye olan devletler Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da bir toplantı düzenlemiştir. Bu toplantı sonucunda "Alma-Ata Bildirgesi" yayınlanmıştır. Böylece Dünya Sağlık Örgütü "2000 yılına kadar herkese sağlık" olarak bilinen hareketi başlatmıştır.

"Alma-Ata Deklerasyonu"na göre temel sağlık bakımının bu ana ilke ve unsurları yalnızca sağlık bakımı planlaması, organizasyonu ve hizmet sunulmasını değil, aynı zamanda bu hizmeti verenlerin mesleki öğrenim ve eğitimlerini de içeren bir düşünce alt yapısı oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarının yoğunlaşması gereken konular aşağıda özetlenmiştir:

1. Sağlığın geliştirilmesi, devamlılığın sağlanması ve hastalıkların önlenmesi,
2. Bireylerin, ailelerin ve toplumların hizmete katılımlarının sağlanması ve kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmelerini mümkün kılacak çözümler getirilmesi,
3. Sağlık bakım hizmetlerinden yararlanılmasında karşılaşılan eşitsizliklerin azaltılması ve özellikle yeterli hizmetten yararlanamamış kesimler olmak üzere tüm insanların gereksinimlerinin karşılanması yolunda aktif çalışmalarda bulunulması,
4. Disiplinler ve sektörler arası işbirliği,
5. Bakımda kalitenin sağlanması ve teknolojinin uygun kullanımı,
6. Hem hastanede hem de toplumda bu hedefleri gerçekleştirebilecek hemşireler yetiştirilmesi için gereksinim duyulan temel hemşirelik programının yeniden yapılandırılması, yeniden yönlendirilmesi ve güçlendirilmesi.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLANMA İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAM VE TANIMLAR

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir (6,14,15). Yaşlanma sadece insanoğluna özgü bir olay değildir ve organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (14,15,16). Çağımızda yaşam sürecinin bir parçası olarak görülen yaşlanma insan türünde zamana bağlı değişimleri içine alır. İnsan organizmasının yaşam döngüsünün herhangi bir organizma gibi doğumla başlayıp ölümle son bulması doğanın evrensel bir olgusudur (16). Yaşlılık ve yaşlanma aslında yaşam döngüsünün diğer aşamaları gibi doğal bir yaşam aşamasıdır (17).

Yaşam döngüsü geleneksel olarak dört dönemi kapsar. Bunlar çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemleridir. İlk iki dönem yetişkinliğe hazırlık olarak kabul edilir. Canlının oluşumundan yaşamın bitimine kadar süren bu süreç aynı zamanda yaşlanmayı da gösterir (16). Başka bir gruplamaya göre yaşam döngüsünün dönemleri şu şekilde gösterilmiştir (17):

1. Bebeklik aşaması; yaşam döngüsünün doğumla başlayan ilk aşamasıdır ve bireyin en edilgen, bağımlı, bakıma muhtaç olduğu aşamadır.
2. Çocukluk aşaması; özel ilgiye, özel hizmetlere en çok ihtiyacı olan, gözetilmesine ve gelişmesine özen gösterilmesi gereken aşamadır.
3. Ergenlik aşaması ve gençlik aşaması; bireyin biyolojik ve psikolojik değişimler yaşadığı, kişiliğinin geliştiği, kimlik ve bağımsızlık aradığı, anlayış, hoşgörü, kabul edilme, ilgi ve desteğe ihtiyacı olduğu aşamadır.
4. Yetişkinlik aşaması; bireyin en üretken olduğu, toplumla bütünleştiği aşamadır.

5. Yaşlılık aşaması; bireyin en birikimli, buna karşılık fiziksel, mental ve sosyal açılardan bazı kayıplara uğradığı, özel bakım ve korunmaya ihtiyaç duyduğu kadar toplum yaşamına katkıda bulunma niteliği kazandığı, kendine güvenin güçlendiği, diğer bir deyişle, hem kayıp, hem kazanımları olan bir aşamadır.

Bireylerin yaşam süresi toplumun bilgi kaynakları ve değerlerinin şartlandığı bir “değişken”dir (16). Yaşlanma bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır (11,12,16,19). Her insanda yaşlanmakla ölmek arasında süren bu mücadelede; yaşlı bireyin uyum sağlama ve başarma yeteneği, onun fiziksel sağlığı, kişiliği, önceki yaşam deneyimleri, yeterli maddi olanakları, tıbbi bakım, sosyal rolü ve sosyal etkinliklere katılma gibi aldığı toplumsal destek ve kültürel etmenlerle önemli ölçüde etkilenmektedir (12,16,20).

Her durumda geçerli olabilecek bir yaşlılık tanımı yapmak olanaksızdır (2,21). Bu güne kadar çeşitli yaşlanma tanımları yapılmıştır. Zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fiziksel işlev değişiklikleri “normal yaşlanma” (2,22), biyolojik değişikliklere bağlı olarak organlarda ortaya çıkan değişiklikler “fizyolojik yaşlanma”, kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesi “duygusal yaşlanma”, aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonlarının devam ettirilememesi “fonksiyonel yaşlanma” (8,22,23), kültürel duruma ve değer yargılarına göre toplumdan topluma değişebilen ve yaşlı olarak belirtilen kişilerin nitelikleri “sosyal yaşlanma” (21), kişinin çalışma yaşamını sonlandırdıktan sonraki yaşam süreci “ekonomik yaşlanma” (21,22), kişinin doğum tarihine göre belirlenen, yani, insanın doğumundan itibaren içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı olarak gelişen yaşlanma “kronolojik yaşlanma” (16,22) ve yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen (8,22,23), ergenlik çağında (kimilerine göre yumurtanın döllenenmesinden sonra) başlayan ve yetişkinlik dönemi boyunca süren

(2,21), kalıtım, sağlık ve iş gücüne göre saptanan görünüş yaşlanması “biyolojik yaşlanma” ile ifade edilmektedir (16).

Biyolojik yaş, doğal olan kalıtımsal etmenlerin yanında yaşam tarzının, kimyasal, psikolojik ve çevresel etmenlerin etkisi altında meydana gelmektedir. Biyolojik yaş kişiden kişiye kronolojik yaştan ayrılan farklılıklar göstermektedir. Takvim yaşıyla her zaman çakışmayan biyolojik yaşı belirlemede uzmanlar tüm organların işlevsel ölçütlerini ve metabolizmanın tümünde oluşan değişimleri göz önünde tutmaktadırlar (8,22,23). Bir organizmanın vücudundaki yaşla ilgili değişimler konuşulurken, iki önemli ilke hatırlanmalıdır: 1) herhangi bir organizmada tüm organlar aynı hızla yaşlanmayabilir, 2) herhangi bir organ (kalp, mide ya da beyin) aynı türün farklı bireylerinde aynı hızla yaşlanmayabilir. Bu ilkeler, yeryüzünde, genetik yapı olarak en heterojen olan insan türüne de uygulanabilir (2).

Yaşlılık bireyin zamanla ilişkisini, yani dünya ile ve kendi öz tarihi ile olan ilişkisini değişikliğe uğratır. Bu iki yaşlanma dengeli ilerlemez. Bazı kişilerde kronolojik yaşlanma, bazı kişilerde biyolojik yaşlanma nde gider. Örneğin, 60 yaşında olup da 80 yaşındaki bir yaşlının arterleri, eklemleri gibi yıpranmış, görme, işitme keskinliğe kaybolmuş olabilir. Ya da tam tersi olabilir (24). Çünkü, organların kişisel kullanımına ve yapılarına göre ayrı ayrı yaşlanma ve yıpranma kronolojisi vardır (16).

Bir toplumun yaşlılık durumunu belirtirken ölçüt olarak kronolojik yaş kullanılır. Yaşlılık durumu, bir toplumda belirli bir yaşın üstündekilerin toplam sayısının, o toplumun genel nüfusa oranının yüzdesidir. Kronolojik yaş ile biyolojik, sosyal ve ekonomik yaşlılık ltleri arasında ülkeden ülkeye değişen belirli bir ilişki vardır. Kronolojik yaş, yaşlılığın iyi bir ölçütü değildir. Ne var ki uygulamada kolaylık sağladığı için çoğu kez bu ölçüt kullanılmaktadır (21). Yaşlılıkla ilgili pek çok çalışmada yaşlı tanımı kronolojik olarak yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerin önemli bir kısmında emeklilik yaşı olan 65 yaş yaşlılığın başlangıcı olarak kullanılmaktadır. Birleşmiş Milletler’in yaşlılıkla ilgili yayınladığı

raporlarda yaşılanma kronolojik olarak 60 yaştan başlatılmaktadır (12,21). DSÖ'nün 1963 yılında yaşlıların sağlık sorunları konusunda düzenlediği seminerde ve Birleşmiş Milletlerin, 1982 yılında Viyana'da düzenlediği "Dünya Yaşlılık Asemblası"nde yaşılanma kronolojik olarak üç döneme ayrılmıştır (2,12,21): 1) orta yaşlılar (45-59 yaş), 2) yaşlılar (60-74 yaş) ve 3) kocamışlar (ileri yaş) (75+ yaş).

Bununla birlikte çoğu ülkede yaşlılıkla ilgili çalışmalar için 65 yaş ve üzeri yaş grubu "yaşlı" kabul edilmektedir (10,21). Yaşlılık sorunlarının belirlenmesinde ve yaşlı sağlığı hizmetlerinin planlanmasında göz ardı edilmemesi gereken önemli tanımlar bulunmaktadır (22):

1. Otonomi: Kişinin kendi kural ve tercihlerine göre, günlük yaşamı nasıl yaşadığı hakkında algılarını kontrol etme, onlarla baş etme ve kişisel kararlar alabilmesi becerisidir.

2. Bağımsızlık: Genel olarak, günlük yaşamla ilgili fonksiyonları yapabilme yeteneği, diğer ifade ile başka kişilerden hiç ya da az yardım alarak toplum içinde yaşayabilme kapasitesidir.

3. Yaşam Kalitesi: Kişinin yaşamdaki pozisyonunu, yaşadığı yer ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak kültürel ve değer sistemleri kapsamında algılamasıdır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresi ile ilişkisini kompleks bir yolla kapsayan geniş bir içeriktir (22). Çok çeşitli sonuçları içeren bir terimdir. Genel olarak bireylerin yaşamlarında önemli olan subjektif deneyimlerin toplamını gösterir. Bu etkiye dört alanın katılımı söz konusudur: fiziksel ve mesleki fonksiyonlar, psikolojik durum, sosyal etkileşim ve ekonomik durum. Genellikle; a) yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu, b) fiziksel fonksiyon, psikolojik durum, sosyal etkileşim ve somatik duyu ölçütlerini içermesi gerektiği, c) kullanılan kriterlerin seçiminin hastalıktan ve hastalığın şiddetinden etkilendiği ve d) tedavi ve tıbbi bakımın değerlendirilmesinde önemli olduğu konusunda

görüş birliği mevcuttur (25). Yaşam kalitesi optimal tıbbi bakımın, özellikle kronik hastalıkların tedavisinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt özelliğini kazanmıştır (25,26). Kişiler yaşlandıkça, yaşam kaliteleri büyük oranda, otonomi ve bağımsızlıkla başa çıkma yeteneklerine bağlıdır (22).

4. Sağlıklı Yaşam Beklentisi: Genellikle herhangi bir özür olmaksızın yaşam beklentisi ile eş değer olarak kullanılır (22).

5. Yaşam Beklentisi: Belirli bir yaştaki kişinin daha ne kadar yaşayacağını tahmin edilmesidir. Doğumda yaşam beklentisi, toplumun yaşlanması için önemli bir gösterge olarak kullanılırken, kişilerin özürlülük olmaksızın ne kadar süre yaşayabileceği yaşlanan toplumlarda özellikle önemlidir (22,27). Ölçüt olarak kronolojik yaş yerine yaşam beklentisinin kullanılmasını önerenler vardır. Ancak, doğuştaki yaşam beklentisini, özellikle az gelişmiş ülkelerde, bebek ölümlerinden büyük ölçüde etkilendiği için, toplumun yaşlılık durumunu belirten bir ölçüt olarak kullanmak yanlıştır. Nitekim, doğuştaki yaşam beklentisi, az gelişmiş ülkelerde 60 yıldan daha az olduğu halde, gelişmiş ülkelerde 70 yılın üzerindedir. Üstelik kadınlarda erkeklerden 3-6 yıl daha fazladır. Ama yetişkinlik dönemini, yani 64 yaşını, aşan kişilerdeki yaşam beklentisi, yaşlılık durumunu belirlemek amacıyla kullanılabilir. Çünkü bu tür yaşam beklentisi yönünden, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasındaki ayrım gerçek bir ayrımdır (21).

Ülkeler için hesaplanan doğumda yaşam beklentisi ve 60 yaştan sonra yaşam beklentisi ülkelerin sağlık düzeylerini kıyaslamaya yarayan, aynı zamanda ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişliklerini yansıtan ölçütlerdir. 1995 UNICEF (The United Nations Children's Fund) verilerine göre doğumda yaşam beklentisi Afganistan'da 44 yıl, Japonya'da 79 yıl, Türkiye'de 67 yıl idi. Aynı kaynağa göre sanayileşmiş ülkelerde doğumda yaşam beklentisi ortalama 76 yıl, gelişmekte olan ülkelerde 62 yıl, az gelişmiş ülkelerde 50 yıl idi. 1960'da ise bunlar sırasıyla 69, 46, 39 yıl idi (27).

60 yaşta yaşam beklentisi Yunanistan'da erkekler için 18.7 yıl, kadınlar için 21.3 yıl, Çekoslovakya'da erkekler için 14.4 yıl, kadınlar için 18.8 yıldır. Olasılıkla genetik ve daha büyük oranda çevresel faktörlere bağlı olarak kadınlarda ortalama ömrün erkeklerden 7-8 yıl kadar daha uzun olduğu görülmektedir. 60 yaşındaki kadınlar aynı yaştaki erkeklerden ortalama 4 yıl daha uzun yaşamayı beklemektedirler. Erkeklerde yaşam beklentisinin yüzdesi olarak kadınlarda yaşam beklentisi Türkiye'de 108, Afganistan'da 102, Estonya'da 114'tür. 1990-1995 yılları arasında Türkiye'de doğuştan yaşam beklentisi kadınlar için 70.33, erkekler için 65.08 olarak hesaplanmıştır (27).

1900-1978 yılları arasında dünya genelinde 60 yaşta beklenen yaşam umudunda, erkeklerde ortalama 2.2 yıllık, kadınlarda 5.3 yıllık bir artış saptanmıştır. Kadınlardaki uzun ömürlülük genetik faktörlerden çok çevresel faktörlere bağlı gibi görünmektedir. Nitekim yapılan kohort araştırmaları, örneğin kardiyovasküler hastalıklar ve kanserde alışkanlıkların ve yaşam tarzının hastalığın ortaya çıkışında, cinsiyetten daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Yıllar içinde ve toplumların sosyo-ekonomik gelişmişlikleri arttıkça doğumda ve 60 yaşta her iki cinsten de beklenen yaşam ümidinin arttığı da bir gerçektir. Bundan bulaşıcı hastalıklardan korunmanın, beslenmenin, sporun, sigara ve alkol kullanmamanın ve mesleğin büyük payı vardır (27).

Bir toplumda yaşam beklentisinin hesaplanabilmesi için, o toplumda her yaşta ve her iki cinsten ölenler sayısının ve yaşayanların yıl ortası nüfusunun bilinmesi gerekir. Oysa ki bir çok ülkede bu veriler güvenilir bir şekilde toplanamamaktadır. Tüm bu nedenlerle, yaşlılık konusu irdelenirken en uygunu kronolojik yaşın kullanılmasıdır (21).

2.2. YAŞLI TOPLUMUN TANIMLANMASINDA KULLANILAN EPİDEMİYOLOJİK ÖLÇÜTLER

2.2.1. Mortalite (ölümlülük)

Yaşlı nüfusta mortalite, o ülkenin sağlık düzeyi hakkında fikir verebilir. Paya, o yıl, o ülkede yaşlı nüfusta görülen ölüm sayısı, paydaya yaşlı nüfus sayısı yazılır ve binle çarpılır. Örneğin, Sri Lanka'da 1973'deki yaş gruplarına göre mortalite incelenecek olursa, 0-1 yaşta %0114 iken, 1-4 yaşta 8.1, 5-14 yaşta 1.8, 15-24 yaşta 1.9, 25-34 yaşta 3.3, 35-44 yaşta 7.4, 45-54 yaşta 16.8 ve 65 yaş ve üzerinde 130.8 olduğu görülür. Dikkati çeken, 65 yaşta mortalitenin tıpkı 0-1 yaşta olduğu gibi çok yüksek olmasıdır. Bu nedenle günümüzde gelişmiş ülkelerde, ülkenin sağlık düzeyini yansıtmak için, bebek ve çocuk ölüm hızları yerine yaşlı nüfusta mortalite gibi daha ileri yaşlardaki nüfusun değişim ve eğilimlerini gösteren ölçütleri kullanmak daha tercih ediliyor olabilir. İngiltere, Avusturya, Danimarka, Amerika Birleşik Devleti (ABD) ve Macaristan'da yaşlılarda en sık mortalite nedenleri kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve solunum sistemi hastalıklarıdır. Türkiye'de de 65 yaş ve üzerinde en sık ölüm nedeni olan hastalıklar aynı hastalıklardır (27).

2.2.2. Sağkalım Eğrileri

Belli bir yaştaki ölme olasılığından hareketle elde edilir. Yatay eksene yaş dilimleri, dikey eksene hayatta kalanların yüzdeleri yazılır; yaşa karşılık gelen yüzdeye göre eğriler çizilir. Hayatta kalma yüzdeleri belli bir toplum için kayıtlardan ve epidemiyolojik çalışmalardan yararlanarak elde edilir. Doğumda yaşam beklentisi, 60 yaşta yaşam beklentisi bu eğri üzerinden bulunur (27).

Ülkeler geliştikçe bazı mortalite nedenleri azalmaktadır; ama yine de ömrün uzamasının bir üst sınırı vardır. 1900 ve 1980 yılları için çizilmiş sağkalım eğrilerinden elde edilen ve "son nokta" (point terminal= T_x) denilen bu üst sınır, yaşanabilecek en uzun ömrü gösterir. $T_x1900=105.4$; $T_x1980=113.9$ 'dur. Diğer

bir deyişle 1900-1980 yılları arasında yaşanabilecek maksimum ömür 8.5 yıl olarak uzamıştır (27).

2.2.3. Morbidite

Yaşlılıkta karşılaşılan hastalıkların sıklıkları morbidite hızları ile belirlenir. Örneğin bir kronik hastalık için, pay bölümüne yeni saptanan hastaların sayısı, paydaya yaşlı nüfus yazılır ve bin ile çarpılırsa insidans, pay bölümüne yeni saptanan hastaların sayısı ve eski olgular, paydaya yaşlı nüfus yazılır bin ile çarpılırsa prevelans hesaplanmış olur. İleri yaşlarda morbiditenin arttığı saptanmıştır. Bu konudaki veriler sağlık hizmeti veren kurumlardan alınan bilgiler ve epidemiyolojik çalışmalarla elde edilmiştir. Kalp hastalıkları, kanser, diyabet, hipertansiyon, ateroskleroza ait morbidite yaşlılıkta yüksek iken, son yıllarda yaşlılarda dermatozlar, göz ve kulakla ilgili problemler ve ortopedik problemlere ait morbiditede azalma görülmektedir (27).

2.2.4. Yetersizlik (Incapacite, Disability)

Yaşlının sağlık durumunu ortaya koyabilmek için bir ölçüte daha gerek vardır, o da başka birinin yardımı olmadan günlük yaşamını sürdüremeyen yaşlıların, yaşlı nüfusa olan oranıdır ve yetersizlik veya kapasite kaybı (incapacite, disability) olarak tanımlanmaktadır. Hastalıklar ve bozukluklar zayıflığa (impairment), yetersizliğe (disability) ve sakatlığa (handicap) yol açarlar. Zayıflık, hastalıkların ve sağlık sorunlarının belirtiler vererek klinik olarak saptanmasıyla ortaya çıkar. Yetersizlik, kişilerin bu durumdan etkilenmesi ve normal performansını sürdürememesidir. Sakatlık ise bireyde oluşan fizyolojik veya psikolojik kayıp ve anormallığın, sosyal bir boyut kazanacak düzeyde olmasıdır. Yetersizliğin anket soruları ile belirlenmesi zordur. Yaşlıların kendilerini nasıl hissettikleri sorulmuş, semptomlar, akut ve kronik hastalıklar ile fonksiyon kısıtlılığına neden olan diğer fizyolojik şartlar araştırılmış, günlük yaşam aktivitelerini tek başlarına gerçekleştirip gerçekleştiremedikleri sorgulanmıştır. Sonuçta yetersizliğin

saptanmasında günlük yaşam aktivitelerinin sorgulanmasının en geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilmiştir (27).

Sağkalım eğrileri gibi morbidite ve yetersizlik eğrileri de elde edilebilir. Bu eğriler belli yaş grubunda hayatta kalanların yüzde ne kadarının kronik bir hastalığa sahip veya yetersizlik içinde olduğunu gösterir. Doğumda yaşam beklentisi gibi, doğumda hastalıksız veya kendine yeterli yaşam beklentisi de bu eğrilerden hesaplanabilir. Bu konuda yapılmış çalışmalardan elde edilen eğrilerden üç eğrinin birbirine paralel olduğu, önce morbiditenin, sonra yetersizliğin, daha sonra mortalitenin geliştiği gözlenmektedir. Yaşam uzarsa, hastalıklar ve yetersizliklerle geçen süre de uzamaktadır. Hastalıklar ve yetersizlikler ile uzun yıllar yaşamak zorunda olan bu nüfusa hizmet verecek çok sayıda ve çeşitlilikte tıbbi servisler gerekmektedir. Her konuda olduğu gibi burada da korumak, tedavi etmekten çok daha etkili ve çok daha ucuzdur. Bu nedenlerle önemli olan koruma programlarına ağırlık verilmesidir. Hastalık ve yetersizliklerin önlenmesi için daha fazla çaba sarfederek, morbidite ve inkapasitenin mortaliteye olan paralelliği bozulmaya çalışılmalıdır (27).

2.3. TOPLUMUN DEMOGRAFİK YAPISI

Yaşlanma insan yaşamının beklenen, hatta arzu edilen doğal bir sonucudur. Geçtiğimiz yüzyıl içinde bilim alanında pek çok gelişme kaydedilmiştir. Bunlardan bir bölümü de insanlardaki sağlık sorunlarının oluşumundaki bazı temel bilgilerin ortaya konması ve bazı önemli hastalıklara karşı etkili ve başarılı koruyucu yaklaşımların yapılmış olmasıdır. Bu gelişmelerin sonucunda hastalıklar ve ölümlerde, özellikle de bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde olan ölümlerde, dikkate değer azalmalar sağlanmıştır. Tüm bu gelişmeler yaşanırken ailelerin aile planlaması yöntemlerini kullanarak üremelerini kontrol altına almaları, hızı farklı da olsa tüm toplumlarda nüfusun yaşlanması olgusunu beraberinde getirmiştir (17,28). Bir ülkede nüfusun yaşlanması, 65 ve üzeri yaştaki kişilerin toplamının bütün nüfusa oranının artması demektir. Bu ölçüye dayanarak dünya nüfusu dört esas gruba ayrılabilir (2,27):

1. Genç Nüfuslar: 65 yaş ve üzerinde bulunan kişilerin %4'ten az olduğu nüfuslardır. 1993 Dünya Sağlık İstatistikleri'ne göre Afrika ve Doğu Akdeniz ülkelerinde bu oran %2.9 ve 3.2'dir.

2. Olgun (erişkin) Nüfuslar: 65 yaş ve üzeri yaştaki kişilerin %4-7 düzeyinde bulunduğu nüfuslardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1993 istatistiklerine göre Güney-Doğu Asya ve Batı Pasifik ülkelerinde bu oranlar % 4.4-6.4'dür.

3. Yaşlı Nüfuslar: 65 yaş ve üzeri yaştaki kişilerin %7'den fazla ve %10'dan az bulunduğu nüfuslardır. 1993 Dünya Sağlık İstatistiklerine göre Amerika'da yaşlı nüfus %7.9 oranındadır.

4. Çok Yaşlı Nüfuslar: 65 yaş üzeri yaştaki kişilerin %10 ve üstünde bulunduğu nüfuslardır. 1993 Dünya Sağlık İstatistikleri'ne göre Avrupa'da bu oran %12'dir.

Ülkelerin nüfuslarının bu şekilde değişim göstermesi demografik geçiş dediğimiz bir süreç sonucu oluşmaktadır. Toplumlar yüksek mortalite ve yüksek doğurganlıktan, düşük mortalite ve düşük doğurganlığa, düşük oranda yaşlı nüfustan, yüksek oranda yaşlı nüfusa doğru bir geçiş gösterirler. Ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlikleri bu süreç ile paralellik göstermektedir (2,27). Bu eğilim toplumlarda yaşlılığa sosyo-ekonomik boyutta farklı bir bakış açısı getirmekle, yaşlılık kavramını hatta yaşını değiştirmektedir (17).

Dünyada yaşlıların sadece sayısı değil, oranları (yaşlılık durumu) da artmaktadır. Çünkü, bir yandan bebek ve çocuk ölümlerinin azalması sonucu yetişkinlik çağına erişenlerin sayısı artarken, diğer yandan üreme düzenindeki değişiklikler ve aile planlaması uygulamaları, yeni doğanların sayısını azaltarak yaşlıların oranının yükselmesine neden olmaktadır. Üstelik yetişkinlik çağındaki ölümler azalmakta, dolayısıyla yaşlılık dönemine erişenlerin sayısı artmaktadır. Bu durum gelişmiş ülkelerde yaklaşık 100 yıl önce başlamıştır. Günümüzde gelişmiş ülkelerin nüfusunun %10'undan çoğu, 65 ve daha yukarı yaşlardadır. Az gelişmiş ülkelerde

ise, bu olgu henüz başlamış olup yaşlılar oranı %5'i bile bulmamaktadır (21). 1990 yılında bazı ülkelerde 65 yaş ve üzeri yaş gruplarının ülke nüfusları oranlarına baktığımızda; Kuveyt'te %1.3, Suudi Arabistan'da %2.6, Kenya'da %2.9, Türkiye'de %4.4, Avustralya'da %10.9, Japonya'da %11.7, ABD'de %12.6, Fransa'da %13.8 ve İsveç'de %18.1 olduğu görülmektedir (21). Türkiye'deki 65 yaş ve üzeri yaş gruplarının 1960-1990 yılları arasındaki ülke nüfusuna oranlarına baktığımızda da bu oranların sırası ile %3.5, %4.4, %4.7 ve %4.4 olduğu bildirilmiştir (29).

Nüfus projeksiyonları ile yapılan hesaba göre 2034 yılında Avrupa nüfusunun %26'sı 60 yaşın üstündeki bireylerden oluşacaktır. 1980-2000 yılları arasında yaşlı nüfus gelişmekte olan ülkelerde 100.000.000, gelişmiş ülkelerde 38.000.000 artacaktır. Görüldüğü gibi toplam yaşlı nüfus artışının üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkeler, artacak yaşlı nüfusun sorunlarını şimdiden görüp, ona göre gerekli önlemleri almalıdırlar (27).

Gelişmiş ülkelerde yaşanan yaşlı nüfus artışına bağlı sosyal, ekonomik ve politik sorunlar, yakında bizim ülkemizde de yaşanabilir. Bu ülkelerde görülen çok ileri yaştaki nüfusun artışı, özellikle bu gruba yönelik hizmetlerin plan ve organizasyonuna öncelik verilmesini zorunlu kılmıştır. Örneğin 1992'de İsviçre'de Vaud Kanton'unda 593.000 nüfusa düşen 4525 yataktan 255'i psikogeriatric yatağı olarak ayrılmıştır. Çok ileri yaşlı nüfus, sağlık sorunları ve hizmet gereksinimleri açısından ayrı olarak değerlendirilmesi gerektiğinden yaşlı nüfustan ayrılmıştır. Gerçekten yaşlılar, sağlık durumları ve sorunları ile onlara götürülecek hizmetler yönünden üç yaş grubuna ayrılırlar. 65-75 yaş arası "genç yaşlılık" olarak anılır ve bu yaş grubu fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların beklenmediği bir dönemdir. 75-85 yaş arası ise fonksiyonel kayıpların gözlendiği "ileri (orta) yaşlılık" dönemidir. 85 yaş ve üstüne ise "çok ileri yaşlılık" denmektedir. Bu dönemdeki kişiler özel bakıma, özel evlere veya yardımcıya gereksinim duymaktadırlar (27).

Doğurganlığın yanı sıra, mortalitenin de yüksek olduğu ülkeler genç nüfusludurlar. Mortalitenin azaldığı, fakat doğurganlığın aynı kaldığı toplumlarda yaş yapısında çok kısa süre içinde belirgin bir etki meydana gelmez, nüfus yine genç nüfustur; ancak uzun vadede yaşlı nüfus artar. Birinci durumdaki yaşlı nüfus artışı uzun sürede, ikinci durumdakinden fazladır (27).

Yaşlılık karmaşık yönleri olan bir olgudur. Bazıları yaşlılığı bir problem olarak algılamakta, bazıları ise yaşlılığa karşı olumlu tutumlar benimsemektedir. Yaşlılığı, yaşam sorunlarının giderek arttığı bir olgu olarak değerlendirenler, yaşlılığı fiziksel yeteneklerinin ve mental fonksiyonlarının kaybolduğu, bağımlılığının arttığı, çevresiyle iletişiminin zayıflayarak giderek sosyal yalnızlığa itildiği, amaçsızlaşıp yaşamasının gereksiz olduğu duygusuna kapıldığı bir yaşam dönemi olarak tanımlamaktadır (17). Aslında fiziksel ve mental olarak sağlıklı olan bir yaşlının toplumu aktif olarak engelleyen bir durumu söz konusu değildir. Öte yandan fiziksel engeli olup, mental açıdan sağlıklı iseler topluma çok değerli katkıları olabilir.

Yaşlılık kavramının değişmesi bağlamında toplumların yaşlılardan ne beklediği, yaşlının topluma nasıl katılmak istediği ve ne tür katkı vermeye hazır olduğu hususlarında, yaşlı ile toplum arasında diyalog kurulabilecek iletişim kanallarının açılması gerekir. Toplum yaşlıyı yalnızca korumak, bakmak, huzurlu bir yaşam sağlama sorumluluğunun ötesinde, onu nasıl değerlendirebileceği ve sorumluluklarının ne olması gerektiği konusunda da örgütlenmelidir. Aynı zamanda yaşlının yaşamını düzenlerken, toplumsal değerler, kültürel öğeler ve yaşlının hakları önemle üzerinde durulması gereken hususlardır. Örneğin, yaşlı saygındır, yaşlı bilge kişidir, yaşlı geçmişi günümüze taşıyan kişidir, vb (17).

2.4. YAŞLILARIN ÖZELLİKLERİ

Yaşlılık, kişinin iş veriminin azalması, genel sağlık durumunun bozulması ve vücut yapısında kimi yıkımlar olması şeklinde tanımlanabilir. Birincil yaşlanma denilen bu olgunun, kalıtımsal olduğunu savunanlar bulunduğu gibi, fiziksel ve

sosyal çevrenin etkilerine bağılı olarak geliştiğini benimseyenler de vardır. Birincil yaşlanmayı, hastalıkların ve gerek bedensel gerekse ruhsal travmaların etkisiyle oluşan ikincil yaşlanmadan ayırmak gerekmektedir. Birincil yaşlanmada kişinin genel görünümü ve davranışları yaşı için iyi bir göstergedir. Saçların gri ve beyaz bir renk alması ve dökülmesi; deride kırıma ve buruşmalarla açık kahverengi lekelerin oluşması; görme ve işitme işlevlerinin azalması; gözlerinin altındaki derinin torbalaşması; hareketlerde ve tepki göstermelerde yavaşlama vb. birincil yaşlanma belirtilerindendir (21). Yaşlılık her bireyde aynı şekilde ortaya çıkmamakta, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal değişiklikler farklılık göstermektedir. Kalıtım, yaşam koşulları, hastalıklar, aile bağları ve kültürel özellikler, çevreyle olan ilişkiler, stresle baş etme yöntemleri ve savunma özellikleri bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını etkiler. Bu özellikler doğrultusunda her yaşlının kendine özgü olduğu söylenebilir (11).

Toplum içinde yaşlı, sürekli olarak her şeyden yakınan kişi olarak ifade edilmektedir. Aslında diğere yaş gruplarıyla kıyaslandığında, yaşlılarda, sorun başına ortalama yakınma sayısının çok olmadığı görülmektedir. Yaşlılar, özellikle geçmiş yaşamlarında olumlu izler taşıyan anıların özlemine bağılı olarak yakınırlar. Yaşlının geçmiş yaşam öyküsü, yaşlının sağlığını anlamada çok önemlidir ve sağlık durumu ile ilgili şimdiki problemlerini tanımlayabilmemize yardımcı olur (3). “Bizim zamanımızda..” diyerek başlayan konuşmalar bu tür yakınmaların kanıtıdır. Ruhsal durumu iyi olan yaşlıların fazla yakınmadığı bilinmektedir. Hatta, yaşlıların çoğu, hekime muayene olurken kimi sorunlarını belirtmeyi ve bu sorunları hakkında bilgi edinmeyi bile gereksiz görmektedir. Sağlık sorunlarıyla ilgili yakınmalarının azlığı ya da yakınmaların belirli bir hastalığın belirtilerine uymayışı nedeniyle, kimi kez yaşlıların hastalıklarına tanı konulmasında güçlük çekilmektedir (21).

2.4.1. Yaşlanmaya Bağılı Fizyolojik Değişimler

İnsanoğlu, hemen hemen var olduğundan beri yaşlanmanın ve ölümün nedenini çözmeye çalışmaktadır. Bilimsel olarak yaşlanmayı açıklayabilmek için 130’u

aşkın kuram ve varsayım ileri sürülmüştür (2): Somatik mutasyon teorisine göre; somatik hücrelerde yaşam boyu biriken mutasyonlar, birçok hastalığa neden olmaktadır. Serbest radikal teorisi; endojen olarak üretilen, yüksek reaktivitedeki serbest radikallerden olan oksidatif değişikliklerin, yaşlılığın dejeneratif hastalıklarında etkili olduğunu belirtmektedir. Hücre yaşlanma teorisi ise hücre proliferasyonunu kontrol eden genlerin klonal yaşlanmaya neden olduğunu söylemektedir. Yaşlılarda görülen primer immün yanıtın zayıflayarak yaşlıları enfeksiyonlara duyarlı hale getirmesi, bağışıklık teorisi ile açıklanmaktadır. Endokrin ve nörendokrin teorilerine göre; yaşlanma metabolizmadaki hormonların azalması veya hormonal bezlerdeki değişiklikler sonucu gelişmektedir. Yaşlanmanın mekanik ve biyokimyasal özellikleri, eklem ve dişlerin yaşlanma ile birlikte erezyona uğraması, kullanılmaya bağlı eskime teorisi ile açıklanmaktadır (22). Yaşlıların sağlığını korumak için mümkün olan her şey yapılsa bile, biyolojik bir olay olan yaşlanma döneminde kişi vücudunda kimi fizyolojik ve metabolik değişiklikler olur. Bu değişiklikler şöyle özetlenebilir (21):

1. Kas dokusu, plazma hacmi ve albümi, toplam vücut suyu azalırken, yağ dokusu ve glikoproteinler artar.
2. Kalbin kardiyak atım hızı ve strese yanıtı azalır ve kalp hipertrofisi görülür. Damar duvarları kalınlaştığı ve esnekliği azaldığı için karaciğer, böbrek, beyin vb. gibi organların perfüzyonu azalır.
3. Özefagusun peristaltik hareketleri ve midenin boşalma hızı azaldığı için aktif taşıma yavaşlar, emilimde hafif bir azalma olur. Karaciğerin boyutları küçülür ama işlevi pek değişmez. Kimi enzimlerin düzeyi düşer, ilaçlar daha yavaş metabolize edilir.
4. Solunum sisteminde, fonksiyonel rezidüel kapasite, rezidüel hacim ve ölü boşluk artar; zorlu ekspiratuvar hacim azalır. Siliaların sayısı ve etkinliğiyle kollajen liflerin esnekliği azalır. Göğüs kafesinin boyutları değişir.

5. Sinir sisteminde iletim hızı azalır, refleksler yavaşlar. Beyin kan akımı düşer. Yeni öğrenilenlerde daha belirgin olmak üzere, bellek kaybı görülür. Koordinasyon kaybı ortaya çıkar.
6. Böbreklerde işlev yapan nefron sayısı, glomerüler filtrasyon hızı, renal kan akımı, kreatinin klirensi ve tubuler işlevler azalır.
7. Endokrin sistemde, hormonların salgılanması ve glukoz toleransı azalır.

2.4.2. Yaşlılarda Sık Rastlanılan Sağlık Sorunları

Genel sağlık tanımı olan bedensel, ruhsal ve sosyal bakımlardan tam bir iyilik hali yaşlılar açısından değerlendirildiğinde, önemli problemlerin varlığını ortaya çıkarmaktadır. Yaşlıların çevre sorunları fizik, biyolojik ve sosyal çevre öğeleriyle bir bütün olarak ele alındığında sorunun boyutları daha da büyümektedir. Sosyal sağlık, gelişmekte olan ülkelerde o ülkenin standartlarına göre geniş aile içerisinde bir dereceye kadar çözümlenmiş gibi görünmektedir. Özellikle yaşlıların yeni kuşaklar üzerindeki etkisinin sürmesi, onların daha fonksiyonel bir yaşam sürmelerine neden olabilmektedir. Ancak bununla ilişkili eğitim ve sosyal sorunlar da bulunabilir. Toplumlar, çekirdek aileye kaydıkları oranda yaşlılarla ilgili problemler ön plana çıkmaktadır. Çünkü yaşlı, alışlagelen geniş aile içerisindeki işlevlerini yitirmekte, yaşlıyı yaşama bağlayan bir takım uyarılar ortadan kalkmaktadır. Yaşlıların yalnızlığı, beraberinde sosyal ve ekonomik bir takım stres faktörlerini de birlikte getirmektedir. Yaşlıların toplumsal açıdan önemli bir sosyal güvenlik grubu oluşturduğu bilinmektedir. Yaşlılıkla ilgili bir çok sağlık sorununun yaşlanma sürecinden ayırddilmesi, bunlarla ilgili koruyucu önlemlerin belirlenmesi zordur (2).

Yaşlılıkta sağlık durumunu tanımlamak ve ölçmek oldukça güçtür. Yaşlılara, “genel durumun nasıl” ya da “sağlığını nasıl değerlendiriyorsun” gibi sorular sorulduğu zaman, çoğunluğu “iyiyim” ya da “çok iyiyim” gibi yanıtlar vermektedir. Hele ülkemiz gibi kadercı toplumlarda, hasta bir yaşlıya “nasılsın” diye sorulduğunda çoğu kez “çok iyiyim” diye cevap vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 11 Avrupa ülkesinde yaptığı bir araştırmada, 60-64 yaş arasındaki

erkeklerin %75'i sağlıklarını "iyi" olarak değerlendirmişlerdir. Daha ileri yaşılarında aynı yanıtı verenlerin sayısı azalmakla birlikte, 85-89 yaşındakilerin bile %58'i sağlık durumlarını "iyi" olarak değerlendirmişlerdir (21).

Sağlık durumlarını tanımlamak için sorulan sorulara verilecek yanıtlar, kişinin bilgi birikimine ve kùltürüne, örneğin, kimi yakınmalarını hastalık sayıp saymamasına; deneyimine, örneğin, kendi sağlığını başkalarının sağlığıyla kıyaslamasına; çalışabilecek durumda olup olmamasına ya da hekim ve diğer sağlık personelinin değerlendirmelerine bağlı olabilmektedir. Kimi yaşıllar, hastalık durumlarını normal yaşılanmanın belirtileriyle karıştırmaktadır. Bunun nedeni, bu tür yakınmaların yaşıllığın doğal bir süreci olduğu ya da sağlık bilimlerinin bu durumda yardımcı olamayacağını düşünmeleri olabilmektedir.

Genel olarak yaşıllarda görùlen hastalıklar nitelik ve nicelik yönünden gençlerdekinden farklıdır. Süreğen hastalıkların ve metabolizma bozukluklarının yaşıllıkta artmasına karşın, akut hastalıklarda belirgin bir azalma vardır ve belirtilerin şiddeti atipiktir. Akut hastalıklar, genellikle süreğen bir hastalığın komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşıllarda vùcut direnci azaldığından, enfeksiyonlar ağır bir gidiş gösterir. Kandaki antikor düzeyi yaşıla bir değişime uğramamaktadır. İleri yaşıllarda ortaya çıkan enfeksiyonlarda antikor eksikliğinin değil, dokuların dayanıksızlığının neden olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyonlar ne kadar sık oluşursa, yaşılanma o kadar hızlı ve erken ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, enfeksiyonlardan korunmak için alınacak her önlem değer taşımaktadır. Yaşıllıkta fizyolojik değişikliklere bağlı olarak, vùcudun hastalıklara yanıtı farklı olmakta ya da azalmaktadır. Örneğin, yaşılların yarıya yakınında göğüs ağrısı olmaksızın pnömoni ve sadece iştahsızlıkla belirgin akut karın tablosu görùlebilir (21).

Yaşıllarda özellikle görme ve işitme kusurları sık görùlmektedir. Erken tanı ve tedavi, yakınmaların çoğunu azaltacağı gibi, düşme, yanlış anlama sonucu olumsuz tepki gösterme vb. gibi istenmeyen sonuçların oluşumunu engelleyebilecektir. Çok önemli yakınmalardan biri de, özellikle dışkı ve idrar

tutamama şeklinde kendini gösteren sfinkter kaslardaki bozukluklardır. Huzursuzluk verici durumların yaşlılıkta ne derecede kaçınılmaz olduğu ve ne ölçüde kontrol altına alınabileceği ya da tedavi edilebileceği, henüz yanıtını bulamamış sorulardır. Ayrıca yaşlılarda ağız, diş ve damak hastalıklarının hem çok sık görüldüğü, hem de önemslenmediği saptanmıştır (6,21).

Yaşlılarda iç salgı bezlerin tümünde atrofi başlamakta ve işlev kaybı ortaya çıkmaktadır (6). Bu nedenle Diabetes Mellitus insidansı ve komplikasyonları artar. Enfeksiyonlara direnci azalttığı için, özellikle yaşlılarda diyabetin tedavisi gerekmektedir. Tiroid bezi küçüldüğü, işlevi gerilediği için bazal metabolizma düşer. Yaşlılığa özel endokrin değişimlerin başta geleni gonadal işlevlerin azalmasıdır. Kadınlarda daha belirgin olan bu değişim, menopoz denen özel bir dönemi oluşturmakta, erkeklerde buna benzer duruma, andropoz denilmektedir (21).

Yaşlılar kronik ağrı açısından önemli bir risk grubu oluşturmaktadır. 65 yaşın üzerindeki nüfusun %80-85'inde ağrıya predispozan en az bir sağlık problemi olduğu ileri sürülmektedir. Çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen bacak ve ayak ağrıları, yaşın ilerlemesiyle artan sorunlardandır. 75 yaşın üzerinde %85 oranında dejeneratif eklem hastalığı yakınması olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda 65 yaşın üzerindekiilerin ise %10'unda romatoid artrit bulunduğu ileri sürülmektedir. Volkenburg, 55 yaş üzerindeki kadınların %53'ünde, erkeklerin ise %30'unda periferik eklem ağrısı şikayeti olduğunu bildirmiştir. Crook ve arkadaşlarının yaptığı alan araştırmasında, yaş artışı ile birlikte ağrı yakınmalarında artışın olduğu ileri sürülmüştür. Ağrıların süregelen seyri nedeni ile yaşlı hastalar ağrılara karşı başa çıkma yeteneklerini geliştirmektedir. Ağrının nedeni hakkında bilgi sahibi olan yaşlı hastalar, daha önceden deneyimli olduğundan günlük aktivitelerine ağrının etkisini ve ağrıların kontrolünde en uygun ilaç seçimini belirleyebilir (30). Sağlık personelinin yaşam kalitesine ve normal fonksiyonlara engel olan, yaşlıların katlanmak zorunda olduğu ağrıyı göz önünde tutmaları gerekmektedir (31).

İleri yaştaki bir hasta hem akut hem de süreğen pek çok karmaşık psikososyal ve fiziksel bozukluk nedeni ile hastanelere başvurabilmektedir. Geriatrik değerlendirme yaşlılardaki değişik pek çok problemi kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı en önemlisi çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalıdır (32). Ayrıca belli bir organ sistemine veya hastalığa ait olmayan bazı semptomlara yaşlı hastalarda sık rastlanmaktadır (22). Hasta değerlendirilirken mutlaka göz önüne alınması gereken bazı semptomlar bulunmaktadır (2,22,32):

1. Baş Ağrısı: Yaşlı hasta grubunda baş ağrısı sıklığında belirgin azalma görülür. Erişkin yaş grubunda baş ağrılarının en sık nedenlerinden biri olan migren ağrılarının sıklık ve şiddeti yaş ilerledikçe azalır. Geriatrik yaş grubunda tipik migren ağrıları son derece nadir olarak görülür. Yine gerilim baş ağrıları da bu yaş grubunda nadirdir. Geriatrik hastalarda özellikle ani gelişen baş ağrıları sıktır (2). Yaşlılarda ani başlayan baş ağrılarının nedeni sıklıkla kafa içi kitle veya temporal arterit olabilir. Servikal spondiloza bağlı oksipital baş ağrıları da olabilmektedir.

2. Halsizlik: Halsizlik yakınmasının akut ya da süreğen olduğu araştırılmalıdır (2). Halsizliğin akut olarak gelişmesi miyokard enfarktüsünü, serebral trombozisi veya enfeksiyon hastalığını, kronik olarak gelişmesi ise aterosklerotik kalp hastalığını, anemiyi, kronik pulmoner hastalıkları, kronik enfeksiyonları, tiroid fonksiyon bozukluklarını, tiazid grubu diüretik kullanımına bağlı hipopotasemiyi, hipnotik kullanımını düşündürmelidir.

3. İştahsızlık: Yaşlı kişilerde tat ve koku duyularının azalmasına bağlı olarak genel bir iştahsızlık sık rastlanan bir bulgudur (2). Ancak depresyon, kronik karaciğer ve böbrek hastalıkları ve gastrointestinal sistem hastalıklarında da iştahsızlık olabilir (2,22). Ayrıca yaşlılarda ani olarak gelişen iştahsızlık, herhangi bir enfeksiyon hastalığından, kalp yetmezliğine kadar pek çok değişik hastalığın ilk bulgusu olabilmektedir. İştahsızlığı normal olarak algılayan yaşlılar bundan yakınma olarak bahsetmeyebilirler. Bu nedenle öykü alma sırasında iştahsızlık özellikle sorgulanmalıdır (2,32).

4. Vertigo: Geriatrik yaş grubunda vertigo sık rastlanan bir yakınmadır. Sıklıkla vertebral arter yetmezliği, iç kulak patolojisi, serebellum, beyin sapı lezyonu veya nadiren postural hipotansiyon atakları da vertigo şeklinde ortaya çıkabilmektedir (33).

5. Konstipasyon: Lifli besinlere diyetle az yer verilmesi, abdominal adelelerde kuvvet kaybı ve pelvik tabanda gevşeme nedeniyle ortaya çıkmaktadır (22,32). Bu nedenle geriatrik yaş grubunda laksatif kullanımı çok sıktır. Özellikle beslenme alışkanlıklarında değişiklik sağlayarak yaşlı kişilerde laksatif kullanımı azaltılmaya çalışılmalıdır (2).

Herhangi bir hastalık veya semptom nedeni ile sağlık kurumuna başvuran yaşlı kişide tedavi edilmesi gereken pek çok sorun olabilir. Dolayısı ile tüm semptomlar tek hastalık ile açıklanmaya çalışılmamalı, herhangi birinin farklı hastalık belirtisi olabileceği göz önüne alınmalıdır (22).

Hekimlerce göz ardı edilmemesi gereken temel konulardan biri etik kavramıdır. Etik boyut; klinik koşullarda o anda ne yapılması gerektiği ve tıbbi tercihle ilgili olarak hastaya yardım edilmesi konusunda pratikteki kararlardır. Tıbbın insan bedenine müdahalesinin amacı yaşamın sürdürülmesine hizmet edilmesidir. Herhangi bir karar aşamasında da bunun hasta ile birlikte ortak olarak alınmış bir karar olması gerekir ki; o zaman da gündeme “aydınlatılmış onam” konusu gelir. Amaç bilgilendirdikten sonra hastadan gerekli girişim için onay alınmasıdır, çünkü kişinin bedensel bütünlüğü yasa ve etik değerler veya kurallarla korunmuştur. Yaşlı hastanın kendisine anlatılan bilgiyi anlaması ve karar vermesi aşamasında sağlık personeline büyük sorumluluk düşmektedir (22).

2.4.3. Yaşlılarda İlaç Kullanımı

Yaşla birlikte artan sağlık problemleri uzun süreli ve fazla ilaç alımını gerektirmektedir. Bu durum yaşlı popülasyonda fazla ilaç kullanma yatkınlığını arttırmaktadır ve sonuçta yaşlılarda sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları

önemli yer tutmaktadır (33). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlılardaki ilaç tüketimi azımsanmayacak boyutlardadır. Oysa uygulanacak olan ilaç tedavisini titizlikle planlamak ve hastayı izlemek gerekmektedir. İlaç kullanımının temel kuralları, ilacın etkinliği, güvenilirliği, kullanılan hastaya uygunluğu ve maliyet-yarar ilişkisine göre belirlenir. Her yaş grubu için geçerli olan bu kurallar yaşlı hastalarda daha önemlidir (30). Çünkü ilaçların vücuttaki etkisini belirleyen farmokokinetik ve farmokodinamik olaylarda yaşlanmaya bağlı olarak bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma ile doku cevabı değişmekte, tedaviye uyum azalmakta, bir çok hastalık bir arada bulunabilmektedir. Ayrıca yaşlılığın derecesi, kronolojik yaştan bağımsız olabilmekte, genetik varyasyonlara rastlanabilmekte ve çevresel etkenlere de değişik oranlarda maruz kalınabilmektedir.

Yaşlılar, birkaç ilacı birlikte ve uzun süre kullanmak durumundadırlar. İyi görememe, iyi duyamama, hatırlama güçlüğü, anlatılanı yeterince anlayamama gibi nedenlerle yaşlının ilacını doğru kullanamaması da önemli bir sorundur. Yaşlılıkta ilaç kullanımı ile birlikte alkol kullanımı söz konusuysa ciddi sorunlar yaşanmaktadır (10).

Epidemiyolojik araştırmalar, geriatrik popülasyonun %60 ile %80'inde en az bir kronik hastalık bulunduğunu ve bu yaş grubunun ilaç harcamalarının 65 yaşından genç popülasyona oranla 3-4 kez daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (2). Fransa'da 65-79 yaş grubundaki bireyler, ortalama iki kat daha fazla ilaç tüketmektedir. 80 ve üzeri yaş gruplarında ise, ortalama 2.5 kat daha fazla ilaç tüketilmektedir. Bu oranın son birkaç yılda daha da arttığı söylenmektedir (10). Bir çok hastalığın farmakolojik tedavisinde sağlanan gelişmeler, genellikle birden çok hastalığın aynı anda görüldüğü bu hasta grubunda kullanılan ilaç etkileşimleri, ilaç yan etkileri ve iyatrojenik hastalıklar da sıklaşmaktadır. Bu hasta grubuyla çalışan sağlık personelinin ilaç tedavisine yaklaşımları, ülkelerin ilaç politikaları, sosyoekonomik durum ve reçeteli veya reçetesiz satılan ilaçlara erişim kolaylığı gibi etmenler de geriatrik popülasyona önerilen ilaçların sayı ve tipini etkilemektedir (2).

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için çalışmalar yapılırken geriatrik sağlık harcamaları içinde artan ilaç maliyetini göz önüne alarak ilaç sarfiyatını ve ilacın zararlı etkilerini en aza indirmek gerekmektedir (33). Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri dokuz ana başlık altında ele alınmaktadır (14):

1. İlaç tedavisinin gerekli olup olmadığı irdelenmelidir.
2. Halen kullanılan ilaç ve sigara-alkol gibi maddeler bilinmelidir.
3. Reçeteye yazılan ilaçların farmakolojik özellikleri bilinmelidir.
4. Yaşlılarda ilaç tedavisine düşük doz ile başlanmalıdır.
5. Doz veya ilaç kombinasyonları, ya da ilacı kesme kriterleri dikkatle belirlenmelidir.
6. Tedavi mümkün olduğunca basitleştirilmelidir; böylece yaşlı hastanın tedaviye uyumu artacaktır.
7. Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
8. Hastanın gereksinimi olmayan ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır.
9. Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği akılda tutulmalıdır.

2.4.4. Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu

Erikson'a göre yaşamın sekiz evresi vardır ve bunların sonuncusu olan "benlik bütünlüğü" evresi yaşlılık dönemini kapsar. Birey yaşlandığında geçmişini daha sıklıkla sorgulamaktadır. Bu evrede benliğin (egonun) en önemli görevi daha önceki evrelerde kazanılmış olan benlik özelliklerinin bütünleştirilmesidir. Benlik bütünlüğü, olumlu-olumsuz, acı-tatlı yanları ile bütün bir yaşamın olduğu gibi kabul edilişidir (22). "Benlik bütünlüğünün" sağlanması ile ölümün kaçınılmazlığına rağmen yaşamın hala anlamlı ve değerli olduğuna ilişkin inancın sürdürülebilmesi kastedilmektedir. Benlik bütünlüğünün sağlanması, insan yaşamının kısıtlı olduğunun kabul edilmesi ile mümkündür. Dolayısıyla yaşlılığa uyum sağlamada en önemli etkenlerden biri "zamanı geldiğinde gitme" düşüncesini hazmedebilmektir (34). Kişi geçmişinde kendisine doyum veren bir hayat yaşamışsa, hedeflerine, ideallerine yaklaşabilmişse, yaşlılığı daha kolay kabullenir. Üretkenlik döneminde yapamadığı etkinliklere katılabilir. Seyahat

etmek, okumak, artık daha genişlemiş olan ailesine ve arkadaşlarına zaman ayırmak gibi yaşamını zenginleştiren aktiviteler yapabilir. Benlik bütünlüğünün sağlanamaması ise geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu ve ölüm korkusu şeklinde ortaya çıkar (22). Özellikle daha önceki dönemlerin çatışmalarını uygun şekilde çözemeyenler, yaşlılık dönemini pişmanlıklarla ve kendilerine acıyarak geçirirler (17).

Yaşlılığı kabullenme her bireyin dinamiklerine göre değişir. Maddi olarak güvencesi olmaması ya da az olması, ailesi ve dostları içinde sevdiği kişileri kaybetmiş olması, kendini fazlalık olarak hissetmesi, yakınlarına yük olduğunu varsayması yaşlı kişileri etkileyebilmektedir. Huzursuz bir dönem başlayabilir ve yaşlı kişi de affektif bozukluklar ve depresyon ortaya çıkabilir. Yaşlanma ile beden görüntüsünün değişmesi, bedenin eskimesi, organların bazı işlevlerinin bozulmasının sonucu olarak bir organın cerrahi olarak çıkarılması ve fiziksel görüntüsünün bozulması herkeste değişik psikolojik tepkilere neden olmaktadır. Bu tepkilerin derecesi kişiden kişiye değişik anlamlar taşıyabilmektedir. Kişinin kişilik yapısı, beden imgesi, fiziksel görünümünü kabul ediş biçimi ve yorumlar, başkalarının kendilerini küçümseyebileceği kaygılarıyla toplum içine karışmak, kişiler arası ilişkiler kurmakta çekinceler yaşayacak boyuta ulaşabilir (22).

Yaşlı kişiler çeşitli kayıp ve güçlüklerle karşı değişik tepkiler ve baş etme çabaları gösterirler. Örneğin, bedenselleştirme (somatizasyon) yoluyla bedensel yakınmalar ve hipokonriyazis geliştirebilirler. Bedensel yakınmalar ve diğer bilinç dışı savunma düzenekleri ile ortaya çıkan semptomlar, yakınma olmadığı halde varmış gibi belirtmeden (temaruz) farklıdır. Paranoid düşünce, yetersizlik duygularının inkarı (yadsıma) ve yansıtılması (projeksiyon) ile ortaya çıkabilir. Gündelik yaşamdaki yetersizliklerin anksiyete yarattığı durumlarda, yaşlı birey bu sıkıntıyı hafifletmek için etkinliklerini kısıtlayabilir, yeniliklere direnir ve bağımlılık geliştirebilir (22).

Yaşlanmayla birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama görülebilir. Buna karşın, birey yaşam deneyimleri ile

zenginleşmiş olduğundan, iyi bir değerlendirme ve zengin konuşma dili yaşlılık döneminin kazançlarıdır. Öğrenme yeteneğindeki azalmaya, hareketlerdeki yavaşlama eşlik edebilir. Ribot Kanunu'na göre, yaşlılarda daha önce edinilen bilgiler sağlam kalır ve yeni öğrenilen bilgiler çabuk unutulur. Zihinsel değişikliklere paralel olarak, kişilikte de değişiklikler oluşabilir. Yeni durumlara uyum sağlayabilme, yeni düşünceleri kabul etmede güçlük yaşanabilir. Çevreye karşı daha az ilgili, kendi bedenine ve kendine karşı daha ilgili olup, ilişkilerde daha derin ve seçici olabilirler. Yeniliklerden ürkebilir ve eski yaşamlarını özleyerek genç nesille aralarındaki uzaklık artmaya başlayabilir. Ayrıca, aşırı tutumluluk, kişisel eşyalarına karşı bağımlılık geliştirebilirler (22).

Gelişim psikoloğu olan Sheehy, yaşlılık dönemini “seçici 60’lar”, “düşünceli 70’ler” ve “gururlu 80’ler”, şeklinde guruplamıştır. Altmışlı yaşlarda kişi önceki dönemlere nazaran seçimlerinde çok daha özgürdür. Çocuklar büyümüş, kendi yaşamlarını kurmuş, iş yaşamında belli başarılar elde edilmiş, yeterince deneyim kazanılmış ve gerek iş gerekse sosyal yaşamda daha çok akıl alınan, görüşüne başvurulmuş kişi haline gelmiştir. Bu dönemde artık kişi, yaşamda gerçekten nelerin önemli olduğunu farketmiş olduğundan tercihlerini daha iyi yapabilmektedir. Kısaca 60’lı yaşlar kişilik gelişiminin en üst noktaya çıktığı ve nitelik kazandığı bir dönemdir (34).

70 ile 80 arasındaki 10 yıllık dönemde, artık günlük problem ve sıkıntıların üstesinden gelinmiştir. Bu dönem daha çok şöyle bir arkaya yaslanıp düşünme fırsatının daha sık bulunduğu bir dönemdir. Olaylara daha esnek, daha deneyimli ve daha bilgece bakılmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyindeki kısıtlılıklara rağmen özgür, sağlıklı, mutlu olunmaması için hiçbir neden yoktur (34).

Seksenli yaşlar için “gururlu 80’ler” denmektedir, çünkü bu dönemdeki kişiler, hala yaşamın zorluklarıyla başa çıkabilme konusundaki ustalıklarını devam ettirebilmenin gururunu yaşamaktadır. Her ne kadar bu dönemde diğer insanların yardım ve desteğine gereksinim duyulsa da çocuklara ve arkadaşlara çeşitli biçimlerde yardım ve destek verme kapasitesi devam etmektedir. İyi uyum

sağlamayı başaranlar, fiziksel kısıtlılıklara rağmen zihinsel olarak aktif kalmanın ve diğer insanlarla ilgilenebilmenin tadını çıkarabilirler (34).

Sağlık durumu bozuk olan yaşlılar, sağlık durumu iyi olan yaşlılardan farklı davranış ve tutumlara sahip olmaktadır. Genel olarak kendisini sağlıksız algılayan yaşlıların, sağlıklı algılayanlara göre daha az aktif ve daha çok depresyona eğilimli oldukları bulunmuştur. Yaşlının fiziksel sağlığını algılaması ruhsal yaşamının birçok görüntüsünü yansıtmaktadır (35).

Boş zamanlarını değerlendirmek için yapılan düzenli fiziksel aktiviteler, fiziksel sağlık ve ruh sağlığı üzerine olumlu etki yapmaktadır. Fiziksel olarak aktif olan insanlar, pasif bir yaşam sürdüren insanlara göre ruhsal açıdan daha iyi durumdadırlar. Avusturalya'da yaşlı kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada, egzersiz yapan kadınların, pasif yaşayan kadınlara göre ruhsal açıdan daha iyi durumda olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada fiziksel aktivite yapan kadınların pasif bir yaşam sürdürmeye başladıklarında, sürekli pasif yaşayan kadınlara göre ruhsal durumunda daha fazla olumsuz değişiklikler yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmanın sonunda, 70'li yaşlarda olan kadınların ruhsal açıdan daha iyi durumda olabilmesini sağlamak için fiziksel aktivitelerin yükseltilmesi gerektiği önerisinde bulunulmuştur (36).

Kronik hastalığı olan yaşlılarda kurumsal bakım, kişilik bozulmasına neden olmaktadır. Yaşlıda kişilik bozulmasının derecesi de kurumun özelliği ile doğrudan ilişkili olarak değişir (35). Kerem ve arkadaşları, huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlıların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden güçlüklerle karşılaştıklarını, özellikle huzurevinde kalan yaşlıların daha çok psikolojik zorluklarının olduğunu belirtmiştir (37). Şahin ve Yalçın da, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların depresyona yakalanma risklerinin daha yüksek olduğunu söylemiş ve bu kurumlarda sağlık hizmeti verenlerin daha dikkatli olmaları gerektiği konusunda öneride bulunmuştur (26).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan davranışları: bu dönemin mümkün olduğunca tadını çıkaranlar, pasif bir kabulleniş içinde ölümü bekleyenler ve bu dönemi mutsuz, huzursuz ve öfkeli geçirenler şeklinde özetlemek olasıdır. Yaşlılık döneminin tadının çıkarılmasında rol oynayan en önemli faktörler: 1) fiziksel güzellik, kuvvet ya da dayanıklılıktan çok akıl ve deneyime değer vermek, 2) dostluklara ve sosyal ilişkilere önem vermek, 3) yaşamda meydana gelecek değişikliklere esnek bakabilmek ve alternatif çözüm yolları geliştirebilmek, 4) eğlenceli ve ilgi çekici faaliyetlere ağırlık vermek, 5) yeni arkadaşlıklar, dostluklar kurmak, 6) ölüm düşünceleri ve bedensel kısıtlılıklardan çok fazla etkilenmemek için diğer insanlarla ve yaşamla aktif olarak ilgilenmek olarak belirtilebilir (17).

Yaşlıların bedensel olduğu kadar ruhsal sağlıkları da yaşamlarının tüm dönemleri kadar özene ihtiyaç duyar (15). Tüm bu gerekçelerden dolayı, ruhsal sağlığı sürdürebilmek için, kişilerin yetişkinlik döneminden itibaren kendilerini yaşlılığa hazırlamaları gerekir. Böyle bir dönemin kaçınılmaz olduğunu bilinçli olarak algılayan yaşlılar, çalışma yaşamından koptuktan sonra meşgul olabilecekleri işler bulmaya, örneğin, okumak, gönüllü kurumlarda görev almak, bahçeyle uğraşmak vb. alışkanlıklar kazanmaya özen göstermelidir. Yaşlının geleceğinden endişe etmemesi, diğer bir tanımla maddeten ve manen güvenceli bir yaşlılık süreceğini bilmesi, onu sadece sosyal yönden değil, ruhsal yönden de sağlıklı kılacaktır. Aile bireylerinin ve toplumsal örgüt ve kurumların olabildiğince yeterli ilgi ve desteğinin her zaman hazır olacağını bilmek, yaşlıları sosyal ve ruhsal yönden sağlıklı kılmanın ön koşuludur (21).

2.4.5. Yaşlanmanın Toplumsal Boyutu

Toplumsal değişme, endüstrileşme ve kentleşme sürecine bağlı olarak geniş aile yapısından çekirdek aileye dönüşüm, hem kent hem de kırsal bölgelerdeki aileleri büyük ölçüde etkilemekte, yaşlıya her tür güvenceyi sağlayan geniş aile sayısını azaltmaktadır (22,38). Aileler küçülürken ekonomik özellikleri değişmekte, buna bağlı olarak yeni değerler ortaya çıkmaktadır (22). Kadının ev dışında çalışması

ve ekonomik bağımsızlık toplumsal değişme sonucu meydana gelen önemli değişikliklerdir (19). Kırdan kente göç, yaşının statüsünü değiştirmekte; kentte teknoloji, toplumsal yapı, kültürel değerlerin farklılığı ve hareketlilik yaşlıyı modası geçmiş, eskimiş yapmaktadır (16). Bu durum yaşının toplumsal ve aile içi statüsünün değişmesine neden olmaktadır (22). Aile yapısındaki bu değişiklikler akraba ilişkilerinin zayıflamasına neden olmakta, özellikle şehir hayatında etkin bir role sahip olmayan yaşlılar ve aileleri bu durumdan etkilenecek çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedirler (38):

1. Hızlı toplumsal değişmelere bağlı olarak değişen değerlerin etkisiyle kuşaklar arası çatışmalar şiddetlenmektedir.
2. Ailenin, yaşlı üyesine karşı sorumluluklarını yerine getirmesi engellenmektedir.
3. Sosyal güvenlik sistemlerimizin kapsamının sınırlı olması, yaşının bakımı konusunda aileye altından kalkılması güç ekonomik yükler getirmektedir. Ayrıca yaşlıların da bu değişimlere paralel olarak sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçları daha önceki yıllara göre değişmekte; değerleri, alışkanlıkları, rol ve davranışları da farklılaşmaktadır. Gelirin ve sosyal ilişkilerin azalması, sağlığın bozulması, barınma, ulaşım, boş zaman değerlendirilmesi ve beslenmesi bu dönemde yaşlılar için önemli sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır.

Kırsal alanda ailesiyle birlikte yaşayan yaşlılar hala bir çok yönden kentlerde yaşayanlara göre daha avantajlıdır ve aile üyeleri tarafından desteklenmektedirler. Çevrelerinden daha çok saygı gördükleri gibi, uzun yıllar aile içindeki üst düzeydeki konumlarını sürdürme olanağına da sahiptirler. Geleneksel yapı içinde geniş aile, yaşının ruhsal ve fizyolojik gereksinimlerini karşılamaya daha elverişlidir. Bu yapıda yaşlılık, kentsel yapıdaki tersine otorite ve prestij sembolüdür (18). Tüm bu nedenlerden dolayı aile yapısının değişmesi, ailelerin yaşlı insanların ihtiyaçlarını karşılama güçlerinin yetersiz olduğu durumların ortaya çıkması, geleneksel yardım şeklinin yetersiz kalması yaşlılara sunulacak hizmetin önemini artırmaktadır (22).

1999 yılı DSÖ tarafından “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde durulmuştur. Ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzı yanında sosyal eşitsizlik ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesine destek olacaktır. 1982 yılında düzenlenen “Yaşlanma Konulu Dünya Asemblası” (World Assembly on Ageing) raporunda yer alan bazı önemli noktalar şunlardır (22):

1. Yaşlılar fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmamalı,
2. Toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmeli,
3. Yaşlı birey, potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli,
4. Nerede yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı,
5. Hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli,
6. Olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli,
7. Yeterli gelire sahip olmalı,
8. Güvenli bir çevrede yaşayabilmeli,
9. Kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verebilmeli,
10. İş gücüne katılabilmeli,
11. Bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmeli.

Üretken yaşlılığın yolu sağlıklı yaşlanmadan geçer. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır.

Yaşlı bireylerin topluma katılımları kişisel bir tercih olmasına rağmen, politika, yönetim, eğitim vb. alanlara katılım arzularını azaltan engeller bulunmaktadır. Bu

tür katılımların mümkün olduğunca desteklenmesini içeren girişimlerin olması ve engellerin mümkün olduğunca ortadan kaldırılması gerekmektedir (39). Yaşlı hastaya sunulacak hizmetler, yaşlı ve ailesinin yaşam kalitesini güçlendirme ve sürdürmeleri konusunda destek olmalıdır. Yaşlının fiziksel ve ruhsal iyilik halini engelleyen fiziksel, psiko-sosyal, ailesel, kültürel, etnik, örgütsel ve toplumsal faktörlerin ortadan kaldırılması gibi konular sunulacak hizmetler kapsamındadır. Yaşlının saygınlığını korumak, kendi kararlarını kendisini vermesine yardımcı olmak, en üst düzeyde işlevselliğini sağlamak ve mümkün olduğu ölçüde içinde bulunduğu yaşam koşullarını iyileştirmek gerekir. Gerektiğinde aile üyeleri arasında iletişimi düzenleyici olarak yaşamı kolaylaştırıcı önlemler alınmalı, ailenin diğer sosyal destek ağı bağlantıları sağlanmalıdır. Yaşlılara yönelik çalışmaların disiplinlerarası bir anlayışla ve ekip çalışması ile yürütülmesi gerekmektedir. Yaşlı nüfustaki artışla beraber gereksinimlerde de artış olacaktır. Yaşlı sağlığını koruyucu ve geliştirici hizmetlerin planlanması, ortaya çıkabilecek sorunların ve ülke ekonomisine getireceği yükün azalmasını sağlayacaktır. Çünkü, yaşlı nüfus diğer yaş gruplarına göre en fazla tıbbi bakım kaynaklarından yararlanan gruptur.

2.4.6. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu

Yaşlılık sosyal bir problem olarak görülmektedir. Bir çok gelişmiş ülke, yaşlılık dönemini “bağımlılık yükü” olarak da adlandırılan durumuna daha fazla odaklanma eğilimindedir. Çünkü yaşlı insanlar bağımlı, sosyal özerklikten yoksun, dışlanmış ve üretici dünya için bir yük olan bireyler olarak tanımlanmaktadır (39).

Yaşlılık, kişinin toplumsal rollerinde bir değişikliğe ve çoğu zaman da bir kayba yol açmaktadır. Çalışan insanlar için emeklilik, yaşlılıkla gelen en önemli değişikliklerden birisidir. Emeklilik, beklenen bir biçimde ve yaşlının kendi isteği ile gerçekleştirilmişse bir ruhsal sıkıntı kaynağı olmamaktadır. Fakat emekliliğin, toplumsal normlarla belirlenmiş emeklilik yaşından çok daha önce ya da sonra olması, ruhsal sıkıntıya ait belirtilerin ortaya çıkması riskini arttırmaktadır. Bu

durumda yaşı için önemli olan çalışma ya da aktif yaşamının sona ermiş olmasıdır (22).

Eğer çalışma yaşamının yerini alabilecek başka seçenekler yoksa yaşlının diğer kişilerle kuracağı ilişkiler sınırlıdır. Öte yandan yapacak bir işi, gerçekleştirmek istediği bir amacının olmaması, işi bitmiş bir insan olduğu duygusu, yaşlının yalnızlığa itilmesine neden olmakta, kendisinden istenilenler azalmakta; yapmak istedikleri, ya güçsüzlüğü ya da etrafındakilerin aşırı koruyuculuğu nedeniyle engellenmekte ve sosyal işlevsellikleri giderek azalmaktadır. Bu nedenle değişen koşullara ayak uydurmaları, alışkanlık ve değer yargılarından vazgeçmeleri giderek zorlaşmakta ve etraflarında olup bitenlerle ilişki kurmaları güçleşmektedir (17).

Yalnızlık duygusu, yaşlı bireyler için üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Çünkü yalnızlık, bireyin kendi dışındaki yaşamla olan ilişkilerinin azalmasına neden olmaktadır. Çevresiyle olan iletişimlerinin azalması yalnızlık duygusunu arttıracaktır.

Kuşkusuz yaşlının sosyal yalnızlık derecesi, yaşadığı toplumun özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Örneğin geleneksel toplumlarda yaşlının kendisini yalnız bulma olasılığı çok azdır. Çünkü bu tür toplumlarda yaşlıya verilecek yeni görevler daha çoktur. Her şeyden önce evdeki hakimiyeti daha belirgindir. Sözü dinlenen, akıl danışılan, evin düzenini yönlendiren bir kimse olduğundan daha saygınlık kazanır. Yeni rolleri arasında evdeki çocuklara bakma, zamanının çoğunu ev içinde harcadığından ev işleriyle daha çok ilgilenme, modern girdilerin daha az olduğu bu toplum yapısı içinde yaşam deneyimlerinden daha çok yararlanma şansına sahiptir. Etrafindakilere yararlı olabileceği ölçüde, varlığı anlam kazanmakta ve sosyal yalnızlık duygusuna kapılma söz konusu olmamaktadır. Hatırı sayılan, ziyaret edilen, sözünü geçiren, aklına ve deneyimine danışılan bir kişi olması nedeniyle etrafındakilerle olan ilişkilerini sürdürebilmektedir (17).

Endüstrileşmiş toplumlarda ise durum daha değişik olmaktadır. Bu tür toplumlarda, ailenin çeşitli üyelerine verilen hizmetler ailenin geleneksel fonksiyonlarını azaltmakta, aile dışındaki hizmetlerin nitelikli olması, bu hizmetlerin tercih edilmesine neden olmaktadır. Örneğin küçük çocukların evde yaşlı bir büyükanne ile kalması yerine bir kreş ya da anaokulunda olması, çocuğun gelişmesi açısından daha çok tercih edilen bir ortamdır. Hele bu tür hizmetler kamulaştırılmış ise, yani aileye parasal açıdan yük getirmiyorsa daha çok tercih edilmektedir. Komşuluk ilişkilerinin zayıfladığı, toplumsal hizmetlerin sosyal dayanışmanın yerini aldığı bu tür toplumlarda, boş zamanın değerlendirilmesi, yaş gruplarının ilgi alanlarına göre organize faaliyetler olarak düzenlendiğinden, çeşitli yaş grupları arasındaki ilişkiler giderek azalmakta, nüfusun yaş faktörüne göre farklılaşan kesimleri kendi kapalı grupları içinde sınırlanmakta, dolayısıyla birbirinden daha çok soyutlanmaktadır. Bu durumdaki yalnızlık, bireysel düzeyde olmaktan çok grup düzeyinde kendini göstermektedir. Diğer taraftan modern yaşamın hızlı temposu, çalışma düzeni yaşlıya parasal, sağlık ve bakım güvencesi sağlarken, insani gereksinimlerini doyurucu bir düzeyde karşılamaktan uzaktır. Örneğin, huzurevinde çok iyi koşullarda bakılan bir yaşlı oğlu, kızı, torunları tarafından haftada ya da 15 günde bir 1 saati aşmayan ziyaretle yetinmektedir. Yaşlı kendisine gösterilen bütün ihtimama rağmen ailesinden uzak, ailesiyle beraber olmanın kendisine sağlayacağı psikolojik doyumdan yoksun olarak yaşamını sürdürmek zorundadır. Bu arada toplumsal ilişkilerden de kopmaktadır. Çünkü ihtiyaçlarının çoğu kurum içinde karşılanabilmektedir. Bütün bunlar, yaşlının sosyal yalnızlığa düşmesini hızlandırıcı faktörler olarak nitelendirilebilir (17).

Yaşlının sosyal yalnızlığında kendisinden de kaynaklanan çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yaşlıların aile hayatı ve yakınları ile olan ilişkilerinde iki tip yalnızlık vardır. William H. Horlan'ın "Isolation and Conduct in Later Life" adındaki çalışmasında, yaşlıların bir kısmının gençlik ve orta yaşlılık dönemlerinde de çevreleriyle olan ilişkilerinin az olduğu ve yaşamlarının her döneminde yalnız oldukları tespit edilmiştir. Diğer bir yaşlı grubu ise yalnız

olmayı kendileri tarafından istenmeyen bir durum olarak belirtmişlerdir. Çalışmada, yaşlıların tümüyle ailelerinden kopmadıkları bulunmuştur (17).

Evlilik durumu, ileri yaşlardaki kadın ve erkek gruplarında birbirinden çok farklıdır. 65 yaş üzerindeki kadınların %40'ı eşleri ile birlikte yaşıyorken, aynı yaş grubundaki erkeklerin %75'i eşleri ile birlikte yaşamaktadır. Eş kaybından doğan yas tepkileri depresif belirtilerde artmaya neden olmaktadır. Dulluğa alışmakta en önemli desteğin arkadaşlık ve aile ilişkileri olduğu gözlenmektedir (22). Bir başka bulgu ise, endüstrileşmiş kentlerdeki çekirdek ailede toplumsal soyutlanma değişen toplum ve aile yapısından çok çocuklar arasındaki etkileşim beklentileri sonucu olmaktadır (17).

Yaşlı kişilerin çevresindeki sosyal desteğin ve ilişkilerin özellikle batılı toplumlarda giderek azalıyor oluşu bu kişilerin ruh sağlığı açısından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Buna karşı çocuklarla ve kardeşlerle ilişkilerin sürüyor oluşu yaşlılıkta önemli bir duygusal doyum kaynağıdır. Yaşlı hastayla çalışan sağlık personeli, çoğu zaman sosyal destek kaynaklarını saptayıp bunları harekete geçirmek için hasta ve çevresini yönlendirmek yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmaktadır (22).

Sosyal yalnızlık bir iletişim sorunu sonucu olmakla beraber, iletişim sorununun nedeni de olabilir. Yaşlılıkta iletişimi olumsuz olarak etkileyen etmenler arasında, ağır işitme, konuşma zorluğu, algılayamama gibi fizyolojik fonksiyonların yetersizliği olabileceği gibi değer yargılarındaki tutum ve kuşaklar arasındaki farklılaşmadan da kaynaklanabilmektedir (17).

Ülkemizde de aynı durumlar yaşanmakta ve emeklilik yaşı yaşlanmayla özdeşleşmemektedir. Modernleşme sürecinin hızlı olduğu kent toplumlarında ve gelenekselliğin egemen olduğu kırsal alanlarda yaşlıya bakış açısı farklılığını korumaktadır. Ancak bilinen bir gerçek vardır ki nüfusumuzda yaşlıların oranı giderek artmakta, o nedenle sosyo-ekonomik ve psikolojik boyutları ile yaşlılık konusu sosyal politikada daha çok önem kazanmaktadır (17). Topluma yaşlıların

katılımında yaşadıkları çevre ve ailesi temel alınmalıdır ve mümkün olduğu kadar aile merkezli sosyal politikalar oluşturulmalıdır (39).

2.5. YAŞLILARIN BAKIMI

Sağlık bilimi toplumdaki değişmelerden en çok etkilenen ve toplumdaki gereksinimlerden dolayı kendini sürekli yenilemesi gereken bir bilim dalıdır. Nüfus içindeki yaşlı oranının artışı sağlık hizmetlerindeki kalitenin yükselmesine paralel gelişmektedir. Bu artış aynı zamanda yaşlı popülasyona verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin daha dikkatli yerine getirilmesini koşul haline getirmektedir. Çünkü yaşlı hastalar bağımsız bir yaşam için sağlık personelinin yeteneğine en bağımlı gruptur.

Yaşlanmaya bağlı yeti kaybının ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması, yaşlılarda görülme sıklığı artan hastalıklara bağlı sorunların yoğunlaşması ve yaşlanmanın altında yatan yapısal ve işlevsel mekanizmaların gün geçtikçe daha fazla aydınlanması geriatri bilimine sadece gereksinimi değil, ilginin de artmasına neden olmaktadır (6,14).

Yaşlılık sorunlarıyla uğraşan iki bilim dalı vardır. Bunlardan biri , ihtiyarlık bilimi de denilen ve yaşlılıktaki biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyolojik nitelik taşıyan, yani tıbbi olmayan, sorunlarla uğraşan gerontoloji ve diğeri, yaşlıların tıbbi sorunlarıyla uğraşan geriatri (2,21). Yaşlıların topluma yararlı olmalarını, üreticiliklerini ve bakımlarını sağlamak amacıyla, yaşlıları tek tek ele alan geriatri ile yaşlıların sorunlarını toplumsal yönden irdeleyen gerontolojinin işbirliği, yaşlıların bakımı için çok gereklidir. İşbirliği sağlınırsa; yaşlıları çalışamaz duruma getiren dejeneratif ve ilerleyici hastalıklar kontrol altına alınabilir, eğitim yoluyla bireyler yaşlılığa hazırlanabilir ve o döneme ait değişik sorunların çözüm yolları öğretilir. Çeşitli nedenlerle çalışamaz duruma gelmiş yaşlılar için rehabilitasyon merkezlerinin açılması yaşlıların yeniden hayata aktif olarak katılmasını ve yaşlıları tüketici olmak psikozundan kurtulmasını sağlayabilir (2).

Yaşlılık döneminde süregelen hastalıklar artmaktadır. Bu nedenle yaşlı popülasyon genç popülasyona göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmakta ve daha uzun süre hastanede kalmaktadır. Daha çok yaşlılık döneminde ortaya çıkan kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve inmenin tedavisindeki gelişmeler ile bu hastalıklar tam iyileşme ile sonuçlanmasalar da bireyin yaşam süresini uzatmaktadır. Yaşlılarda sık görülen hastalıklar (kronik pulmoner hastalıklar, Alzheimer, Parkinson, duyu ve görme bozuklukları) bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Ayrıca mortalite istatistiklerinde yer almayan fakat önlenemeyen Alzheimer, Parkinson, Osteoporoz ve Osteoartroz gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özürölülüğe neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde sık görülen hastalıkların tedavisindeki amaç fonksiyonların iyileştirilmesi, aynı düzeyde kalmasının sağlanması ve yaşam kalitesinin yüksek tutulmasıdır (14).

Dünya Sağlık Örgütü, düşük düzeyde de olsa kişinin kendi kendine yeterli olmasını sağlamaya yönelik sağlık ve sosyal hizmetler sunmayı, yaşlılık bakımının amacı olarak belirlemiştir. Bu nedenle yaşlının işlevsel yeteneğinin ölçülmesi gerekmektedir. Bu iş; fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevlerinin, aileden ve toplumdan sağlanabilen desteklerin, ekonomik kaynakların ve çevresel koşulların saptanmasını zorunlu kılar. Fiziksel işlevler arasında yaşlının günlük işleri örneğın, yıkama ve yıkanma, beslenme ve tuvaleti kullanabilme vb. gibi kendi kendine bakımın temel işlevleri sayılabilir. Çoğu kişi yaşamı boyunca bu işlevleri sürdürür. Ama sürdüremeyenler için, denetim ve bakım gereklidir. Ruhsal ve sosyal işlevler arasında, diğer kişilerle olumlu ilişkilerini sürdürmesi, toplumsal yaşamdan kopmaması, yaşamdan zevk alabileceğı hususlar olduğunun belirtilmesi gerekir. ABD’de 75-84 yaşları arasındaki bireylerin 2/3’ünün 400 metre yürüyebildiğı, %80’inin 5 kilogramlık bir ağırlığı kolayca kaldırabildiğı ve %72’sinin güçlük çekmeden ya da durmadan 10 basamak merdiveni çıkabildiğı belirtilmektedir. Ayrıca, erkekler her yaşta bu işlevleri aynı yaştaki kadınlara göre daha kolay ve iyi şekilde yapabilmektedir (21).

Yaşlıların bakıma gereksinimi olup olmadığı aileleri tarafından gözlenebilir. Ama bu durumu hazırlayan nedenler ancak tıbbi muayenelerle saptanabilir. Örneğın,

merdiven çıkmada güçlük çeken bir yaşlıda, bu durumun nedeni dizlerdeki artrit, akciğer ya da kalp hastalığı olabilir ve nedene göre bakım yapılarak yaşlıya yardım edilebilir. Yaşlılar, kendilerine sağlık hizmeti ve sürekli destek sağlanması gereken ayrı ve özel bir gruptur. Gerek gelişmiş gerekse az gelişmiş ülkelerde yaşlıların birinci basamak sağlık hizmetlerinden ve aileleri tarafından evde sağlanacak bakım hizmetlerinden yararlanabilmeleri için çaba harcanması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden sadece hastalık durumlarında yararlanmaları önemli bir sorun teşkil etmez. Ama bakım yönünden önemli aksaklıklar ortaya çıkabilir. Kimi hastalık belirtilerini yaşlılığın doğal sonucu olarak kabul edip zamanında başvurmadığı veya başvurursa bile hekimlerce yakınmalarının önemsenmemesi durumlarında yaşlıların önemli sağlık sorunları ortaya çıkabilir. Kimi kez yaşlının normal belirtilerine hastalık tanısı konulup aşırı bir tedaviye girilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu durum sık görülmekte ve yaşlıların hastaneye yatırılmasının önde gelen nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Yanlış anlaşılmalara ve uygulamaları ortadan kaldırmak için sağlık hizmeti, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda çalışan sağlık personelinin, yaşlılık dönemine ait bilgi birikiminin olmasını gerektirmektedir (21).

İnsanların temel ihtiyaçlarından biri barınmadır. Aile kalıplarının değişmesi ile yaşlı açısından bu ihtiyacın karşılanmasında önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yaş ilerledikçe yaşlıların yaşamlarını tek başlarına sürdürmeleri güçleşmektedir. Bu nedenle yaşlının barınma ihtiyacının karşılanmasında günümüzde yaşlıya yaşadığı çevrede hizmet verme yaklaşımı benimsenmekle birlikte kurumsal bakım hizmetleri ortaya çıkmaktadır (12). Yaşlılara kendi evlerinde ve özellikle aile bireyleri tarafından bakılması için özel çaba harcanmalı ve gerekirse aileler bu hususta desteklenmelidir. Aile bireylerince bakım sağlanamadığı durumlarda yaşlılar, olanaklıysa içinde yaşadıkları toplumdaki bakım hizmetlerinden yararlanmalıdırlar. Huzurevleri ve gündüz bakım evleri gibi kuruluşlarda yaşlılara bakım kolaylıkları sağlanmalı, yaşlıların gereksinimleri göz ardı edilmemeli ve olanaklar el verdiğince ev atmosferi oluşturulmaya çalışılmalıdır. Ancak, yaşlıların bu tür kuruluşlarda bakımı, onlara sunulan diğer bakım hizmetleri

beklenen yararı sağlamadığı takdirde düşünölmelidir. Çünkü, önemli sayıda yaşlının bir arada yaşamasının yaşlılar üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görüşü tartışılmaktadır. Yaşlıların bakımındaki amaç; kendine bakamayacak durumdaki yaşlının huzurlu bir ortamda barınmasını sağlamak, bakımını gerçekleştirmek, rehabilitasyon merkezlerinde çeşitli aktiviteler ile rehabilite ederek topluma kazandırmak ve bireyi üretken kılmaktır (21).

2.6. YAŞLILARIN SAĞLIĞININ KORUNMASINA YÖNELİK DÜZENLEMELER

İnsanlık tarihi boyunca yaşlanmayı durdurma ve engellemeyi sağlayacak çalışmalar yapılmışsa da biyolojik süreci geri döndürmek mümkün olamamıştır. Yaşlanma canlı varlıkların bir işlevi sayıldığına göre, yaşlanmanın durdurulması, ebedi gençliğin sürdürölmesi demek yaşamın ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir (16).

Yaşlılık sorunu her şeyden önce tıbbi ve toplumsal bir nitelik taşımaktadır. Bu konuda var olan güçlükleri yenmek için yaşlanmaya ilişkin koruyucu sağlık hizmetleri konusuna önem verilmesi gerekmektedir. Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı bir birincil yaşlanma sürdürebilmek, diğeri bir deyimle ikincil yaşlanmadan korunabilmek için dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. Yetişkinlik döneminde ve daha önceleri olumlu bir yaşam sürdürölmesi sağlıklı bir yaşlılık dönemini hazırlamaktadır. Düzenli bir yaşam sürmek, uykusuz kalmamak, uygun havalarda 3-4 kilometre yürüyüş yapmak, aşırı yorgunluğa neden olmayacak şekilde beslenmek, alkol ve sigara kullanmamak, madde bağımlısı olmamak bedensel sağlığı sürdürmenin temel gereklerindendir (21).

İnsanlar yaşlandıkça yaşamın anlamı, özellikleri ve biçimleri değişmektedir. Yaşlanmanın içerdiki fiziksel, psikolojik ve toplumsal değişimler bir yandan da onlarla başa çıkabilmek için bir takım stratejilerin geliştirilmesini, uygulanmasını, değiştirilmesini gerektirmektedir. Yaşlı kişilerin bireysel yaşamı için önemli olan değişimler aynı zamanda onların aile ve toplum yaşamını da etkilemektedir. İster

yaşlılarımız aileleri ile birlikte otursunlar, isterse ayrı otursunlar, geçmişle bağ kuran halkalar olarak, aile içerisinde belli bir yere ve role sahiptirler. Yaşlı için de aile başlıca psikolojik, toplumsal destek sistemidir. Yaşlılık, aile içindeki bireylerin (eşleri, çocukları, anne-babaları) ve diğer aile bireylerinin arasında süren ilişkilerle bir arada gelişen bir olgudur ve yaşlılık konusu ele alınırken ailenin yapısı ilk anda incelenmesi gereken kurum olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü yaşlılık ve yaşlı aile yapısı içinde değerlendirilebilir (18).

2.6.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde Yaşlılık

Bildirgenin 25. maddesinin 1. bendinde “herkesin gerek kendisi, gerek ailesi için yiyecek, giyecek, konut, sağlıksal bakım, gerekli toplumsal hizmetler de içinde olmak üzere sağlığına ve esenliğine uygun bir yaşam düzeyine, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılıktan ya da geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksul kaldığı başka durumlarda, güvenliğe hakkı vardır” denmektedir (7).

2.6.2. Sağlık 21 Hedefleri'nde Yaşlı Sağlığı

Kopenhag'da 14-18 Eylül 1998 tarihinde yapılan Dünya Sağlık Örgütü 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı'nda “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” (Sağlık 21) hedefleri belirlenmiştir. Ülkelerin bu hedeflere ulaşabilmeleri için kendi önceliklerini saptayarak eylem planlarının yapmalarının önemi vurgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa bölgesi için Sağlık 21 programı doğrultusunda Ulusal Sağlık 21 Politikası'nın 5. hedefi “yaşlı sağlığı”dır.

Hedef 5 (yaşlı sağlığı): “2020 yılına kadar, 65 yaşın üzerindeki insanlar sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olmalı ve aktif sosyal rol oynayabilmelidir”.

1. Yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan yaşama beklentisinde en az %20 artış sağlanmalıdır.

2. Otonomi, öz saygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80’li yaşlardaki insanların oranı en az %50 artırılmalıdır (41).

2.6.3. Bazı Ülkelerde Yaşlılara Yönelik Hizmetler

Bireyin kendi kendine bakamaz hale gelmesi çevresindeki kişilere belirli sorumluluklar getirmektedir. Geçmişe bakıldığında tüm ülkelerde yaşayan yaşlıların sorumluluğu ailedeki çalışanlar tarafından üstleniliyordu. Ailesi olmayan yaşlılara da her ülkenin kendi yasa ve geleneklerine göre yardımlar sağlanıyordu. Günümüzde ise özellikle batı kültüründe yaşlıların toplumdan soyutlanması sık görülen bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca yaşlı nüfusun hızlı artışı gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarını ve ekonomik yapıyı zorlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlılara verilen hizmetler iki ana grupta toplanmaktadır (6):

1. Koruyucu Hizmetler ve Rehabilitasyon: Halkın yaşlanma ve yaşlı bakım hizmetleri konusunda eğitilmesini kapsar. Evde bakım, evlere yemek servisi, fizyoterapi, uğraşı tedavisi ve beslenme uzmanlarının yaşlıyı evinde ziyaret ederek verdikleri destek hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu hizmetler sağlık merkezine bağlı ekipler ve gönüllü kuruluşlarca yürütülmektedir.

2. Tanı ve Tedavi Hizmetleri: Hastane poliklinikleri, yoğun bakım üniteleri, geriatri hastaneleri, gündüz hastaneleri ve psiko-geriatri bölümlerinde verilen hizmetlerden oluşmaktadır.

Batı ülkelerindeki hastanelerde geriatrik değerlendirme birimleri adı altında açılan ve sayıları giderek çoğalan özel birimler vardır. Yapıları, amaçları ve kapsamları farklı olabilen bu birimler yaşlı kimselerin tıbbi ve psikososyal yönden değerlendirilmelerine olanak vermektedir. Bu birimlerin personelleri de çok değişik olabilmektedir. Konuya ilgi duyanlar, geriatri uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, özel eğitim görmüş hemşireler ve diğer personel böyle bir geriatrik

değerlendirme birimini oluşturabilmektedir. Bu birimlerin hedefi, bölgelerinde yaşayan ve çeşitli sağlık sorunları olan hastaların tedavisini sağlamak ve bakımevlerinde tedavisi öngörülen hastaları desteklemek. Rubenstein ve arkadaşları bu birimlerin verdiği hizmetle ilgili olarak gerçekleştirdikleri ileriye dönük araştırmada, yalnızca bakım evlerinde yatırılan hasta sayısında değil, bunun yanı sıra mortalite de bir azalma sağlandığını belirtmişlerdir (6).

Başağa çalışmasında, İsveç, Almanya ve İsviçre’de yaşlıların problemlerinin kiliseler, özel kuruluşlar, dernekler, belediye ve özel idareler tarafından çözümlendiğini ortaya çıkartmıştır. Huzurevleri bu kuruluşlar tarafından finanse edildiği gibi içindeki yaşlılar da kendi imkanları ölçüsünde finansmana katkıda bulunmaktadır. Yaşlılık hizmetleri açısından ülkeler arasındaki uygulama farklılıkları, yaşam biçimlerinin, sosyo-ekonomik durumlarının, kültürel ve geleneksel yapıdaki ayrımların sonucudur. Bazı ülkelerde hizmet yalnız resmi servisler tarafından verilirken diğerlerinde halkın da katılımı söz konusudur (6). Birleşmiş Milletler yaşlı sağlığına yönelik ilkeler hazırlayarak bu ilkeler doğrultusunda yaşlı sağlığına yönelik hizmetlerini planlamıştır (42):

A. Bağımsızlık: Yaşlı bireyler;

1. Beslenme, barınma, giyim gibi temel gereksinimlerini karşılamak ve sağlık bakımından yararlanmak için yeterli gelire sahip olmalıdır.
2. Sayılan gereksinimlerini karşılayabilmek için ailelerinden ve toplumun her kesiminden destek almalıdır.
3. Gereksinimlerini karşılama konusunda kendi kendilerine yardımcı olabilmeleri yönünde destek almalıdır.
4. Gelir getirici bir işte çalışabilmeli ya da toplumdaki diğer gelir getirici faaliyetlerden yararlanmalıdır
5. Emeklilik yaşının belirlenmesi ve emeklilik koşullarının tanımlanmasında söz sahibi olmalıdır.
6. Yaşlarına, yeteneklerine uygun eğitim ve öğretim programlarına sahip olmalıdır.
7. Bireysel tercihlerine uygun, güvenli bir çevrede yaşamalıdır.

8. Yaşadıkları çevre aynı zamanda onlara kapasitelerini geliştirebilecek fırsatlar sunmalıdır.
9. Mümkün olduğunca uzun süre kendi evlerinde ya da aile ortamında yaşamalıdır.

B. Katılım: Yaşlı bireyler;

1. Toplumla ilişkilerini sürdürmelidir.
2. Refah düzeylerini doğrudan etkileyecek politikaların hazırlanması ve uygulanması aşamalarına aktif bir biçimde katılımında bulunmalıdır.
3. Bilgi ve becerilerini genç kuşaklar ile paylaşmalıdır.
4. Topluma hizmet etmek için çeşitli fırsatlar geliştirebilmelidir.
5. Kendi ilgi ve yeteneklerine uygun etkinliklere gönüllü olarak katılımında bulunmalı ve hizmet edebilmelidir.

C. Bakım: Yaşlı bireyler;

1. Aile ve toplum tarafından desteklenmeli, ihtiyacı olanlara uygun bakım hizmetleri verilmelidir.
2. Her toplumun kültürel değerler sistemine uygun bir biçimde korunmalı ve gözetilmelidir.
3. Asgari düzeyde fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyiliği kazandıracak ve sürdürecektir sağlık bakımına sahip olmalıdır.
4. Yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilecekleri, gereksinim duyduklarında korunabilecekleri ve bakılabilecekleri çeşitli sosyal hizmetlere ve yasal düzenlemelere sahip olmalıdır.
5. İnsana yakışır ve güvenli bir ortamda, sosyal ve zihinsel yönden desteklenecekleri, kendilerini geliştirebilecekleri, koruma ve rehabilitasyon hizmeti alabilecekleri, uygun kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanmalıdır.
6. Bir huzurevi ve rehabilitasyon merkezinde yaşamaları durumunda; ihtiyaçları doğrultusunda ve inançlarına, haysiyetlerine, özel yaşamlarına uygun bakım almalı ve yaşam biçimleri hakkında kendi kararlarını

verebilmeleri konusunda tam olarak saygı görmeli, insan haklarından ve temel özgürlüklerinden tam olarak yararlanmalıdır.

D. Kendini Gerçekleştirme: Yaşlı bireyler;

1. Bireysel potansiyellerini (yetenek ve becerilerini) tam olarak geliştirebilecek fırsatlar yaratmalı, varolan uygulamalardan yararlanmalıdır.
2. Toplumun eğitim ve kültür etkinliklerine aktif olarak katılabilmelidir.

E. İtibar: Yaşlı bireyler;

1. İtibar görmeli ve güven içersinde yaşamalıdır.
2. Sömürüden, fiziksel ya da zihinsel istismardan uzak tutulmalıdır.
3. Hizmetlerden yararlanırken; yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, özür durumu ya da diğer konuları nedeniyle bir ayırım görmemelidir. Gelir durumları belirleyici bir unsur olmamalı, gelir düzeyinden bağımsız olarak gereksinimleri karşılanacak şekilde uygun hizmetlerden yararlanmalıdır.

1. Hollanda

Hollanda'da nüfusun %20'sini yaşlılar oluşturmaktadır. Hollanda'da 65 yaşına gelen herkese bulundukları belediyece emekli aylığı bağlanmaktadır. Emekli aylığı için 65 yaşına gelen kişinin çalışıyor olması gerekmez. Yaşlı kişiler bağımsız yaşayabildikleri sürece kendi evlerinde yaşamaktadır. Kendi başına evde kalamayacağını düşünen yaşlı, bulunduğu belediyeye müracaat eder ve bir yaşlı yurduna yerleştirilir. Evden yurda geçiş döneminde yaşlıya bağlı bulunduğu belediyenin sosyal işler bölümü tarafından gereksinim duyduğu konuda kendisine yardım sağlanır (6,12). Hollanda'da yaşlılık kuruluşları arasında küçük dairelerden oluşan evler de yer almaktadır. Bu kuruluşlar paralıdır, ancak yaşlı isterse hükümetin bağladığı maaşın üzeri belediye tarafından tamamlanarak ve hatta yaşlıya cep harçlığı bile verilerek bu kuruluşlarda kalabilmektedir (6,12). Yaşlılar bu kuruluşlarda tek başlarına veya eşleri ile birlikte kalabilir, yemeklerini ister kendileri yapabilir, isterse kuruluşun genele açık yemekhanesinde

yiyebilirler. Bu kuruluşlarda, yaşlıyı sosyal ortamdan izole etmemek için spor salonu, kütüphane, dinlenme salonu bulunmaktadır. Kuruluşta geziler, yemekler düzenlenerek değişik etkinlikler yapılmaktadır (12). Bu durum yardım almaktan çok vatandaşlık hakkı olarak görülmektedir. Hollanda'da çocukların anne ve babalarına bakma zorunluluğu olmadığı halde ana ve babaların, çocuklarına hatta torunlarına bakma zorunluluğu vardır. Toplumdan yaşlıları izole etmemek ve topluma bağlı tutmak, onları mutlu etmek amacı ile dernekler, gönüllüler ve din kuruluşları da faaliyetlerde bulunurlar (6).

2. Almanya

Almanya'da yaşlı nüfus, genel nüfusun %22.2'sidir. Almanya'da yaşlılara götürülen hizmetler kurumsal hizmetler ve mobil hizmetler olarak ele alınabilir. Bu hizmet türlerini devletin üstlenmesi ve yerine getirmesinin yanı sıra bu alanda çeşitli sosyal refah kuruluşları, kiliseler, vakıflar ve özel kuruluşlarda görev yapmaktadır (6,12). Kurumsal hizmetler yaşlı konutları, yaşlı huzurevleri, yaşlı evleri ve yaşlı bakımevleri aracılığıyla verilmektedir. Yaşlı konutlarında, yaşlıların, rahatça yaşayabileceği nitelikte dairelerin yer aldığı apartmanlarda isterlerse hastane, günlük alışveriş ve temizlik gibi yardımcı hizmetlerden yararlanmaları mümkündür. Yaşlı huzurevleri kendi işini yapmak istemeyen veya yapacak durumda olamayan ancak yatalak veya devamlı bakıma muhtaç olmayan kişilerin kaldığı kurumlardır. Bu kurumlarda müşterek yemekhane, oturma salonu, spor salonu bulunmaktadır (6).

Almanya'da 1980 verilerine göre 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin %4.5'i kurum bakımından yararlanmaktadır. Bunların %1.2'si yaşlı bakımevlerinde, %2.4' huzurevlerinde ve %9'u yaşlı evlerinde kalmaktadır. Bu tür kurumlarda belli bir ücret karşılığı kalan yaşlılara gelirlerinin kendilerine yetmediği hallerde devlet tarafından cep harçlığı verilmektedir. Yaşlıya verilecek cep harlığının miktarı aldığı emekli maaşına bağlıdır (6,12).

Mobil hizmetlerin ilki evde bakım ve ev işlerine yardım hizmetleridir ve Almanya'da 65 ve daha yukarı yaştakilerin %14'ü bu hizmetten yararlanmaktadır. İkinci mobil hizmet ise yemek servisi hizmetleridir ve evinde kalan yaşlılara yemek servisi yapılmaktadır. Bu hizmetlerin yanında Almanya'da yaşlı gündüz evleri, yaşlı kulüpleri ve yaşlı gündüz bakımevleri bulunmaktadır. Almanya'da yaşlılara götürülen hizmetler arasında geriatrik hizmetler ele alındığında; geriatri hastaneleri, psiko-geriatri hastaneleri, gündüz geriatri hastaneleri ve gündüzlü psiko-geriatri hastaneleri ile karşılaşılır (6).

3. ABD

Amerika'daki yaşlı nüfus son 20 yıldır nüfusun tamamı içinde 2 kat hızla büyümektedir. Bugün yaklaşık 8 Amerikalıdan biri 65 yaşında veya daha ileri yaşta bulunmaktadır. 2030 yılında ise her 4 kişiden birinin yaşlı olacağı tahmin edilmektedir. Tüm yaş gruplarındaki yaşam beklentisindeki önemli gelişmeler özellikle ileri yaş grubundadır. Sadece nüfus içindeki yaşlı oranında değil özellikle de 85 yaşın üzerindeki grupta artış beklenmektedir. Ekonomistler, devletin yaşlılar için harcamalarının çocuklardan 3 kat daha fazla olacağını belirtmektedir (43).

ABD'de yaşlı popülasyonun artması uzun süreli bakım ve kurum hizmetlerine ilgiyi arttırmıştır. Yıllar geçtikçe de uzun süreli bakım hizmetlerine ihtiyaç duyanların sayısı artmaktadır. ABD'de yapılan masrafların sorumluluğu, aile ve diğer destek gruplarının kuvvetlendirilmesi, hizmetlerin sistematize edilmesi, finans ve kalitesinin kontrol edilmesi, sigorta ve mekanizmasının adapte edilmesi çalışmaları 1980'lerden beri devam etmektedir (6).

ABD'de yaşlıların tek ya da çift olarak kaldıkları bağımsız kat ya da küçük evlerden oluşan bakım kurumları bulunmaktadır. Bu mekanlar yerel otoriteler ya da konut birlikleri tarafından inşa ettirilmekte ve yaşlılara kiralanmaktadır. Korumalı ev ve daireler olarak tanımlanabilen bu tip kurumlarda sosyal servis bulunmakta, bir müdürün idaresinde bulunan sosyal servis yaşlılara istediklerinde

hizmet götürmektedir. Bu durumda ABD’de kurumsal bakımın geliştiğini ve kültürel bakımdan büyük kabul gördüğünü göstermektedir. Kurumlarda bakım hizmeti çerçevesinde yemek ve gündüz aldığı ilaçlar zamanında verilmekte, yaşlının istirahati sağlanmakta ve yaşlı akranları ile bir arada olduğundan ilişkileri daha sağlıklı olmaktadır (12). Bakımevlerine rehabilitasyon ve nekahat için başvuranların bakımı 3 aydan az sürer. Diğerleri devamlı kalanlardır. Kalan yaşlıların 3/5’inin kognitif yetersizlikleri vardır. %93’ünün bazıları günlük yaşamda en azından bir aktivitesinde yardıma ihtiyaç duyar (6).

4. İngiltere

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisi’nde “Geriatrik Tıp” adı altında yeni bir bölüm kurularak yaşlıların hastanedeki bakımları için gereken özel ilgi ve beceri sağlanmaya başlanmıştır. Günlük bakım geriyatrik hastanelerde 1950’lerde başlamıştır. Yerel hükümet ve sosyal klüpler günlük bakım merkezleriyle özellikle devamlı yaşlıların bakımını desteklemektedir. Çok ağır hastalarda, ayaktan tedavi klinikleri sadece küçük bir rol oynamaktadır. Bunun nedeni hastanın taşınmasındaki zorluklar ve evdeki bakımın avantajlı olmasıdır (6).

İngiltere’de yaşlıların tek ya da çift olarak kaldıkları bağımsız kat ya da küçük evlerden oluşan bakım kurumları bulunmaktadır. Bu mekanlar yerel otoriteler ya da konut birlikleri tarafından inşa ettirilmekte ve yaşlılara kiralanmaktadır. Korumalı ev ve daireler olarak tanımlanabilen bu tip kurumlarda sosyal servis bulunmakta, bir müdürün idaresinde bulunan sosyal servis yaşlılara istediklerinde hizmet götürmektedir. Ayrıca İngiltere’de yaşlının kendi evinde ya da korumalı dairelerde bakılamayacağı duruma geldiğinde kalabileceği huzurevleri bulunmaktadır. Huzurevlerinde kalanlar bakım yurtlarında bakılanlardan farklı olarak devamlı bakıma gerek duymayan kişilerden oluşmaktadır (12).

5. İsveç

İsveç’de nüfusun yaklaşık %15’i yaşlılardan ve yaşlıların çoğu da emeklilerden oluşmaktadır. İsveç’de emekli aylığı yaşlı kişinin ekonomik güvence altında olacağı şekilde planlanmaktadır (12). Yapılan ödemeler temel ödeme, yan ödeme ve kısmi ödeme olmak üzere 3 farklı şekilde yapılabilmektedir. Temel ödeme, daha önceki çalışma kazancına bakılmaksızın yapılan ödeme; yan ödeme, kar getiren bir işten dolayı saklanan gelire dayalı ödeme ve kısmi ödeme ise 60-65 yaşlarında olan bir kişinin part-time çalışması ve emekli aylığı ile birleştirilmesine dayalı ödemedir (6).

İsveç’de yaşlının yerleşimi çok önem taşımakta ve yerleşim yerlerinin belirli standartlara uygun olması gerekmektedir. İyi bir evde oturma, kiralık ev veya bir aile evinde kalma gibi alternatifler üretilmektedir. Ayrıca yaşlı yerleşim evleri bulunmaktadır ve bu kurumlar belediyeler tarafından inşa edilmekte ve odalar isterse yaşlı bireyin eşyaları ile döşenmektedir. Bu kurumlarda yaşlı bireyin hobileri ve fiziksel durumları çerçevesinde çeşitli faaliyetler yapılmakta ve özel eğitilmiş personel tarafından belirli saatlerde genel bakım uygulanmaktadır. Yaşlılar kişinin kendi evlerinde yaşamlarını sürdürebilmeleri için değişik biçimde hizmetlere ve yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle belediyeler yaşlılar için özel bakım ve sosyal refah servisleri kurmaktan sorumludurlar. Her İsveç belediyesi “Eve Yardım Servisi” sağlamaktadır (6). İsveç’de yaşlı bireye çok yönlü verilen hizmetlerde ekip işbirliği için gereken koordinasyon kurulmaktadır. Yaşlının tıbbi sorunu nedeniyle evde bakılması gerektiğinde ev hemşiresi ile işbirliği yapılarak gereken bakım sağlanmaktadır (12).

Eve yardım servisleri yaşlının ihtiyaçlarına uygun ev temizliği, yemek pişirme, çamaşır yıkama gibi yardımlar sağlamaktadır ve yardım servislerinin ücretleri kişinin gelirine bağlı olarak değişmektedir. Belediyeler bölgelerinde berber, banyo yardımı, yiyecek hizmeti, telefon hizmeti, fiziksel işler, iş ve hobi programları, kütüphane servisleri, çamaşır yıkama ve kar temizleme hizmetleri sağlamaktadır (6). Evde tedavisi ve bakımı mümkün olmayan yaşlılar için de merkezi ve yerel

huzurevleri ve gündüz bakımevleri bulunmaktadır. İsveç'te tüm belediyelerde ve yaşlıya hizmet veren kuruluşlarda yaşlı konseyi bulunmaktadır ve bu konsey yaşlılar için alınacak kararlarda danışmanlık hizmeti vermektedir (12).

6. Japonya

Geleneksel olarak yaşlının çok saygı gördüğü Japonya'da yaşlılık problemleri çok daha ağır biçimde hissedilmektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana Japonya'nın batılılaşması, iş bulmak için şehirlere göç edilmesi ve bunu takip eden ciddi konut bunalımı sırasında aile sistemi zedelenmiştir. Savaştan bu yana aile küçüldüğü fakat ömür uzunluğu yükseldiği için yaşlıların nüfus içindeki oranı gençlere oranla daha fazladır. Bunun sonucu olarak da yaşlılar için çok sayıda yerleşme projeleri ve bakımevleri yapılmıştır (6).

2.6.4. Türkiye'de Yaşlılığa Genel Bakış

Türkiye tarihi boyunca çocukların ve yaşlıların korunmasına önem veren bir ülke olmuştur. Türk kültüründe kökleşmiş olan sevgi ve merhamet duyguları çocuk ve yaşlı haklarını aile davranışının odak noktası haline getirmiştir. Toplumumuzda yaşlı ve yaşlılıkla ilgili toplumsal kalıplara tarihsel açıdan bakıldığında, eski Türklerde atanın kadın ya da erkek olsun korunduğu anlaşılmaktadır. Kabile yaşamının gelişmesi ile tecrübeli yaşlıların zamanla topluluk içinde çok yararlı, saygın kişiler olduğu kabul edilmeye başlanmış ve bu da töreleşmiş, ataya saygı duyulmuş ve yaşlılar korunmuştur (44).

Yaşlılara verilen hizmetlerin tarihi incelendiğinde, yardım biçimlerinin toplumların toplumsal ve kültürel yapılarına ve inançlarına göre kalıplaştığı görülmektedir. Eski dönemlerde yaşlılar inançlara, geleneklere dayalı ve toplumdan kaynaklanan destek yardımlarla korunmaktaydı. Yaşlıları koruma hizmetini veren ilk kurum Selçuklular döneminde 11. yüzyılda kurulmuştur. Sivas'ta 11. yüzyılda Reha Oğulları tarafından Darülrha (Huzurevi), Mısır'da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri, dört

darülaceze, dullar için barınma tesisi bulunduğu saptanmıştır. Memlûklular döneminde 13. yüzyılda Kahire'de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir. Osmanlılar döneminde imarethaneler, aşevleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verdikleri bilinmektedir. Kurulan darürehalar, yapılan vakfiyeler ve hastaneler günümüzde yaşlı bakımı ile ilgili hizmetleri yerine getiriyorlardı. Osmanlılar döneminde sosyal hizmetler 19. yüzyıla kadar vakıf kuruluşları tarafından veriliyordu. Bu alanda hizmet veren kamu kuruluşları ve hayır kurumları 19. yüzyılda kurulmaya başlanmıştır. Bu kuruluşlar diğer ihtiyaç gruplarının yanında yaşlılara da hizmet götürüyorlardı. Bunların arasında yer alan 1868 yılında kurulmuş olan Kızılay Derneği ve 1895 yılında kurulmuş olan Darülaceze, Osmanlılar döneminde kurulup günümüze kadar yaşayan kurumlardır. Darülaceze sakat ve yoksul erkek, kadın ve kimsesiz çocukları korumak için II. Abdülhamit devrinde hizmete girmiştir. Bugün İstanbul Belediyesi'ne bağlı, döner sermaye ile yönetilen bir kurumdur (44).

Cumhuriyetin ilanından sonra 1926 yılında çıkarılan 743 Sayılı Medeni Kanun'un 315, 316, 317, 356 ve 359'uncu maddelerinde ailede yaşlı, çocuk ve sakatların korunmasına ilişkin hükümler yer almaktadır (2). 1930 tarihinde yürürlüğü giren 1580 Sayılı Belediyeler Kanunu ile ilk defa kamu kuruluşu olan belediyeler bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması için yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açmıştır. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıha Kanunu'nda, yaşlıların Sağlık Bakanlığı tarafından korunması ve bakılmasına ilişkin hükümler yer almıştır (44).

Her geçen gün sayıları artan, sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan muhtaç yaşlı kişilerin, huzurlu bir ev ortamı içinde yaşantılarını devam ettirmelerini, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumalarını, sosyal ilişkilerini geliştirmelerini, huzur, güven ve refah içinde bulunmalarını sağlamak amacıyla huzurevlerinin açılmasına ihtiyaç duyulmuştur (45). Her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve özürlülerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul

kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 3017 Sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanunu'nun 17. maddesine istinaden 225 Sayılı Kanun'un 4. maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Böylece tarih boyunca yaşlı kişilere, dini buyruklar ve hayırsever duygularla kişisel olarak, değişik mevzuatlar çerçevesinde kamu ve özel kuruluşlarca ayni ve nakdi yardımlar şeklinde verilen bu plansız ve programsız hizmetlere yeni bir yön verilerek, söz konusu ihtiyaç gruplarına hizmetin bir bütün olarak ve insan onuruna yaraşır bir biçimde bir sistem dahilinde götürülmesi hedeflenmiştir. Bu şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ilk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de açılmıştır (44).

1982 Anayasasının 61. maddesi Sosyal Hizmetler alanına giren grupları açık bir şekilde belirlemiş, korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç çocuk, sakat ve yaşlılara öncelik tanıyarak, devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmünü getirmiştir (44). 1982 Anayasası'nın 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak “yaşlılar devletçe korunur, yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” hükmü yer almaktadır. Sosyal hizmetin çeşitli gönüllü kuruluşlarla ve kamu kuruluşları tarafından dağınık ve programsız yürütülmesi karşısında verilen hizmetlerin bir şemsiye altına alınması amacıyla 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu 27/05/1983 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (45). Anayasanın hükmü doğrultusunda hazırlanan 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile; sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetlere devletin denetim ve gözetiminde halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülmesi esası getirilmiştir. Böylece 2828 Sayılı Kanun ile kurulan Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) “ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olan özel ihtiyaç gruplarının (aile, çocuk, sakat, muhtaç yaşlı ve diğer kişiler) ihtiyaçlarının karşılanmasını, çeşitli sorunların önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını, hayat standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü olarak mahalli ve ulusal düzeyde planlama, yönetim ve denetleme” görevini üstlenmiştir. Kanunun 3. maddesi (a) bendi ile “korunmaya, bakıma ve yardıma

muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması ve bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak” ile görevlendirilen SHÇEK Genel Müdürlüğü, kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre koşullarından doğan ve kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi, sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü olan sosyal hizmetleri, yaşlı vatandaşlarımıza Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri aracılığıyla götürmektedir (45). Kanunun 3. maddesi (d) bendinde muhtaç yaşlı “sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç kişi” olarak tanımlanmakta, aynı maddenin (e) bendi 4’üncü fıkrasında huzurevleri “muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşları” olarak tanımlanmıştır. Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri de “bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan kişilerin, fonksiyon kayıplarını gidermek veya bu becerileri kazanamayanlara devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşları” olarak tanımlanmaktadır (45). Kanunun 4. maddesinin (b) fıkrasında “sosyal hizmetler alanında faaliyet gösteren kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında koordinasyon ve işbirliği tesis edilerek güç birliği sağlanır ve mevcut kaynakları en verimli şekilde işlerlik kazandırılır”, (f) fıkrasında ise “bu kanunla kurulan kuruma bağlı kuruluşların dışındaki sosyal hizmet kuruluşlarının kurulması izne tabi olup, alınacak tertip ve tedbirlerle bunların hizmet, işleyiş ve personele ilişkin hususlarında tespit edilen standart ve esaslarına uygun olarak faaliyette bulunmaları sağlanır” hükmü yer almaktadır (44). Aynı kanunun 10. maddesinin (f) fıkrası ile kurulan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı’nın görevleri aşağıdaki gibi belirtilmiştir (45):

1. Sosyal ve ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlıların tespiti, bakımı ve korunmaları ile ilgili hizmetleri düzenlemek, takip etmek, koordinasyonu sağlamak, denetlemek.

2. Yaşlılara yönelik huzurevi ile benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının yurt sathında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması ve belirli program çerçevesinde yaygınlaştırılması ile ilgili faaliyetleri planlamak, uygulamak ve yürütülmesini takip ve koordine etmek.
3. Yaşlıların toplum içinde korunması ile ilgili faaliyetleri düzenlemek ve yürütülmesini sağlamak.
4. Kamu kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerin açılacak yaşlı kuruluşlarının açılmaları, çalışmaları ve denetlemeleri ile ilgili esasları belirlemek, rehberlik etmek, uygulamayı takip, koordine etmek ve denetlemek.

İlgili yasanın öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlıya yönelik varolan hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmaları 3 yönetmelik çerçevesinde düzenlenmektedir (45):

1. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliği: Yönetmelik, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun 15'inci maddesi gereğince düzenlenerek 21/02/2001 tarih 24325 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Yönetmeliğin amacı, kapsamı, yaşlıların huzurevlerine kabul koşulları ve yaşlıların kuruluştan ayrılışı ile ilgili bilgiler Ek I'de belirtilmiştir.

2. Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği: Yönetmelik, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun 9'uncu maddesinin (g) bendi ile 34 ve 35'inci maddeleri gereğince düzenlenerek 03/09/97 tarih 23099 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

3. Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik: Yönetmelik, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun 9'uncu maddesinin (g) fıkrası ile 34 ve 35'inci maddeleri gereğince düzenlenerek 05/04/1987 tarih 19422 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

Kalkınma Planlarında Yaşlılığa İlişkin Hükümler ve Yaşlılık Sorunlarına Yaklaşım

I. Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sosyal güvenlik alanında “herkes için ihtiyarlık ve sağlık sigortalarını kapsayan genel bir sosyal güvenlik düzeni kurulacaktır” denilmektedir. Ayrıca, sosyal hizmet çalışanlarının çeşitli gönüllü kuruluşlarla ve kamu çalışanları tarafından dağıtık ve programsız olarak yürütüldüğü, bunu önlemek için işbirliği ve koordinasyonun gerekli olduğu vurgulanmaktadır (46).

II. Beş Yıllık Kalkınma Planı: “Çalışamayacak yaşlılar için ihtisas kurumları ve hizmetleri geliştirilecek, sosyal sigorta kapsamı dışında kalan yaşlılara ihtiyaç durumunda, gelir güvenliğini tamamlayıcı nitelikte olan sosyal yardımlar sağlanacaktır” denilmektedir. Sosyal refah hizmetleri yanında yaşlı refah hizmetlerinin geliştirilmesi üzerinde durulmakta, yaşlılar için güvenli ortam yaratmak ve artan refahtan paylarını almaları için hizmetlerin geliştirilmesi vurgulanmaktadır (47).

III. Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sosyal yardım hizmetlerinin sosyal sigorta hizmeti dışında kalan ve geleneksel dayanışma imkanları olmayan güçsüz, çocuk, kadın ve yaşlılara öncelik verilerek geliştirileceği, bunun için genel idarenin, mahalli idarelerin ve gönüllü kuruluşların tek bir sistem içerisinde yeniden düzenleneceği, sosyal yardım sisteminin kurulmasında, yardım edilecek gruplar, yapılacak yardımın şekli ve yardım yapılacak kişilerin ihtiyaç derecelerinin objektif olarak tespit edilmesi konularına özen gösterileceği vurgulanmaktadır (48).

IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı: Kimsesiz, muhtaç yaşlılara sosyal hizmet ve sosyal yardımlarının götürülmesi, bu amaçla huzurevi, rehabilitasyon ve diğer toplumsal hizmet tesislerinin kurulması ve geliştirilmesi, bu hizmetlerini tek elde toplayacak bir sosyal hizmetler kurumunun kurulması, Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kendi programları çerçevesinde huzurevleri yatırımlarının hızla bitirilmesi ve hizmete girmesi için gerekli önlemlerin alınması, özel girişimcilere

özellikle huzurevi ve benzeri sosyal tesisler açmalarının özendirilmesi ana politika ve hedefleri arasında bulunmaktadır (49).

V. Beş yıllık Kalkınma Planı: Sosyal hizmet programları, korunmaya ve yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilerin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde düzenlenerek yaygınlaştırılması ve huzurevlerinin artan ihtiyaca cevap verebilecek seviyeye çıkarılması gerektiği vurgulanmaktadır (50).

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı: Kurum bakımını odak alan yaklaşımdan uzaklaşmaya başlanmış, aile fertleri arasında bağlılık ve dayanışmayı geliştirici ve özendirici politikalara ağırlık verilmiştir. Boş zamanlarının değerlendirilmesinde kullanılacak olan tesislerin diğer grupların yanında yaşlılar tarafından da kullanılacak şekilde düzenlenmesi, yaşlıların korunmasında sektörler arası işbirliği yapılması, korunmaya muhtaç çocuklar ve sakatlarla birlikte yaşlılara da öncelik verilmesi, kurum bakımı yerine aile içinde bakımın hedef alınması, yaşlıların toplumla bütünleşmesinin sağlanması planlanmıştır. Kurum bakımı yerine mümkün olduğunca aile içinde bakımın hedef alınarak hizmetin organize edilmesinin, hizmetin başarısı yanında kaynakların verimli kullanımı içinde önemli olduğu belirtilmekte, büyük kentlerde huzurevi ihtiyacının devam ettiği, yatağa bağımlı ve kimsesiz yaşlılara yönelik hizmetlerin önemini koruduğu ifade edilmektedir (51).

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı: Ailelerin çocuk yetiştirme, yaşlı ve özürlü üyelerin bakımı konularında eğitilerek desteklenmesi öngörülmüştür. Temel Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilerek, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ruh sağlığı, okul sağlığı zararlı alışkanlıklarından korunma, ağız ve diş sağlığı, yaşlı sağlığı özürlülerin bakımı, evde bakım hizmetlerini, sağlık ve beslenme eğitimi hizmetlerine yönelik programlar geliştirilmesi üzerine durulmuştur (52).

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı: “Ülkemizin sosyo ekonomik gelişmesine paralel olarak gelişme gösteren sanayileşme, kentleşme ve aile yapısında meydana gelen değişimler ve 60 ve üstü yaş grubunda yavaş da olsa görülmeye başlayan

nüfus artışı, huzurevi ve yaşlı dayanışma merkezlerinin açılmasını, bu kesime yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin artırılarak sürdürülmesi ihtiyacının önemini ortaya koymaktadır” konusu yer almaktadır (45).

2.6.5. Sosyal Refah Hizmetleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Sosyal refah kavramı, modernleşme sürecinin hızlı sanayileşme ve kentleşme olgusu ile ailenin fonksiyonlarının toplum tarafından üstlenilmesi sonucu bireylerin yaşam standartlarını korumayı ve yükseltmeyi amaçlayan hizmetlerin tümünü içermektedir. Kuramsal olarak “sosyal refah modelleri” genelde toplumların “iyileştirilmesini” amaçlamakla ve uygulanan sosyal politikalar itibarıyla iki ana başlık altında toplanabilmektedir.

1. “Artık” (toplumsal arta kalan ve iyileştirilmesi gereken ünite) Refah

Modeli: Amaç toplum içinde yaşam düzeyi ve genel sosyal ilişkiler açısından problematik bir durum gösteren bireyler, özellikle aileler üzerine odaklanarak ayrı ayrı yardım götürmektir.

2. “Kurumsal” Refah Modeli: Çağdaş bir yaklaşım olan bu model, toplumun bir bütün olarak etkili bir şekilde örgütlenmiş sosyal refah ve sosyal hizmet programlarıyla iyileştirilmesini esas almaktadır. Bu çerçevede toplumların sosyal yönden iyileştirilmesini amaçlayan politikaların saptanması ve buna ilişkin “standartların” tanımlanması önem kazanmaktadır. Standartlar işlevsel ve teknik olarak iki ana bölüme ayrılabilir. Birinci gruptaki standartlar sosyal refah programlarının kapsamı, gerekli insan gücünün ve hizmet verecek kurumların (örneğin, yaşlı dinlenme ve bakım evleri veya yetiştirme yurtları) sayısal ve niteliksel açıdan belirlenmesiyle ilgilidir. İkinci grubu oluşturan teknik standartlar ise verilmesi planlanan hizmet ve yardım programlarından kimlerin, ne ölçüde yararlanabileceklerinin saptanmasını amaçlamaktadır (1).

Yaşlılara Hizmet Veren Kurumlar

1. Yaşlı Bakımevi: Bu kurumu tanımlamak ve açıklamak güçtür. Çünkü bu kurumlar Güçsüzler Yurdu ve Huzurevi ile karıştırılmaktadır. Burada ön planda olan öncelikle muhtaç kişilere bakım verilmesidir. Bakımevlerinin huzurevlerinden farkı, huzurevlerinin “aktif ve nispeten aktif” yaşlılara, bakımevlerinin ise öz bakımlarını yapamayan bağımlı “bakıma muhtaç” yaşlılara yönelik oluşudur. Bakımevleri diğer kişilere de (örn. sakatlar, karışık gruplarda) bakım vermektedir. Bakımevlerinin statüsü hastaneler ve huzurevleri arasında kalmaktadır. Kadınların çalışma hayatına girmesiyle bakıma muhtaç yaşlılar daha çok yaşlı bakımevlerinde bakılmaktadır. Bakımevleri bir bakıma huzurevlerinin ve hastanelerin uzantısıdır. Huzurevine gelen yaşlı bir süre sonra yatalak, muhtaç olmakta ve bu durumda devreye bakımevleri girmektedir (7).

2. Güçsüzler Yurdu (Düşkün Evleri): Türkiye’deki en çok ve en iyi bilinen güçsüzler yurdu Darülaceze’dir. Esas niteliği koruma hizmetidir. Bu gibi kurumların başlıca farklılığı müracatçıların özelliğidir. Bu kuruluşlarda yaş önemli değildir. Her türlü müracatçı kabul edilmektedir. Ayrıca yoksul kişilerin bakıldığı yerdir.

3. Evde Bakım Hizmetleri: Kurum bakımının pahalı olması ve yaşlıyı toplumsal hayattan soyutlaması gibi nedenler günümüzde yaşlının yakın çevresinde kalabilmesine olanak sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır. Yaşlının evinde yapılacak bazı fiziksel düzenlemelerle kendi evinde ya da ailesinin yanında yaşamını sürdürmesine olanak sağlanmaktadır (7). Evde bakım bireylere kendi evlerinde veya yaşadığı yerlerde sağlanan sağlık bakımı ve sosyal hizmetleri kapsamaktadır (hemşirelik, rehabilitasyon, sosyal hizmet, ev sağlığı ve diğer uzun süreli hizmetler). Evde bakım, yaşlıların mümkün olduğunca kendi evlerinde kalmalarını olanak sağlar (hastanelerin yükünü hafifletir), yaşlıların ve bakım verenlerin yaşam kalitelerini artırır (53).

4. Yaşlı Kulüpleri ve Yaşlı Dayanışma Merkezleri: Daha çok büyük kentlerde evlerinde aileleri ile birlikte ya da yalnız yaşayan 60 ve daha yukarı yaştaki kişilere sosyal, psikolojik ve sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında destek hizmeti veren gündüz hizmet kuruluşlarıdır. Bu merkezlere üye olan yaşlılar için sohbet ve eğlence toplantıları düzenlenmekte, psikolojik danışmanlık, çeşitli konularda rehberlik, refakatçi temini, el becerilerine yönelik aktiviteler, basit sağlık yardımları yapılmaktadır. Koşar, yaşlı dayanışma merkezini “belli bir mekanda yaşlıların genelde haftada iki veya daha fazla gün buluştukları profesyonel görevlilerin rehberliğindeki hizmet programları” olarak tanımlamıştır. Yaşlılara gündüzleri sıcak bir yer, barınak sağlamak için kurulan kulüpler, kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetlerin ortaya çıkmasıyla birlikte ruh sağlığı ve arkadaşlık ihtiyaçlarını da karşılamaya yönelik hizmet vermeye başlamışlar ve emekli, ancak hala aktif kişilerin yalnız kalmamaları ve sıkılmamaları için düzenlenmiş mekanlar olmuşlardır. Dolayısıyla, kulüpler daha çok sosyal ve rekreasyon imkanları sunan yerler haline gelmişlerdir. Kulüplerin çoğu aidatları ile bazen de yerel yönetimler tarafından desteklenmektedir (7).

5. Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetleri: Kendi işini göremeyen bir başkasının yardımına gereksinimi olan yaşlıların bakıldığı, hizmet götürüldüğü birimlerdir. Öncelikle koruyucu hizmetler vardır. Okul çağından başlayarak halkın yaşlanma ve yaşlı bakım hizmetleri konusunda eğitilmesi bu hizmet kapsamına girmektedir (7).

6. Geriatri Hastaneleri ve Hastane Bünyelerindeki Geriatri Klinikleri: 65 yaş üstü yaşlılara yönelik hizmet vermektedir. Hastanelerle, gündüz hastaneleri ve ev hizmetleri arasında iyi bir bağlantı vardır. Ülkemizde yaşlılara hizmet veren geriatri hastaneleri henüz bulunmamaktadır. Ancak geriatri hastaneleri kurulması çalışmaları ve üniversitelere bağlı geriatri üniteleri/merkezleri bulunmaktadır. Bu ünitelerde çoğunlukla poliklinik hizmetleri ve geriatrik araştırmalar yürütülmektedir (54). Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde açılmış olan geriatri polikliniği, sağlık sorunu olan yaşlılara ayaktan tedavi hizmeti vermektedir. Yaşlılar bu polikliniğe direk müracaat etmekte, tedavi ve takibe alınmakta ve

gerekiyorsa diğerkliniklerden konsültasyon istenmektedir. Diğerkliniklere müracaat eden yaşlı bireylere de konsültasyon hizmeti verilmektedir (7).

6. Huzurevleri: Huzurevi muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulmuş yataklı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Yaşlının sağlığı bozulduğu, yalnız kaldığı hareketliliğin azaldığı zaman ihtiyacına uygun bir yaşam olanağı sağlamaktadır.

Geleneksel kültürde geniş aile yapısı bulunmaktadır. Bu tip ailelerde, ailenin en büyüğü en çok bilen kişi durumundadır ve bilgi deneyimle kazanılmaktadır. En çok yaşayan ise en deneyimli insandır. Bu nedenle yaşlı kişi, geniş ailelerde en çok danışılan, saygı duyulan kişidir. Bu durum yaşlıyı tatmin eder ve psikolojik doyum sağlar. Endüstrileşme ve şehirleşme şeklindeki toplumsal gelişmeler en çok yaşlılar üzerinde etkisini göstermiş ve yaşlıyı en çok etkileyen değişiklik aile yapısında ortaya çıkmıştır. Ayrıca teknolojik gelişmeler ve buna paralel olarak ilerleyen tıbbi gelişmeler yaşlı oranının genel nüfus içinde hızlı bir şekilde yükselmesini sağlamıştır. Tarımsal yörelerde bu yükseliş belirgin bir problem teşkil etmemekte, yaşlı nüfusun geçimi yaşlıların çalışmamasına rağmen yakınlarının yardımı ve bölgelerde hayat standartlarının düşük olması nedeni ile kolay olmaktadır. Çekirdek ailenin hakim olduğu büyük kentlerde ise aile bireylerinin kazancı ile yaşamlarını sürdürmeye mecbur kalan yaşlı nüfusun bakımı ve korunması gün geçtikçe zorlaşmakta, yükselen hayat standartları karşısında da gün geçtikçe büyümektedir. Geleneksel olarak aileler; yaşlı ana-babalarına bakmak ve onlarla birlikte oturmak istemelerine rağmen aile yapısındaki değişimler, bu isteğin yerine getirilmesini gittikçe güçleştirmekte ve ana-babalarına bakmak ve birlikte oturmak isteyen aileler giderek azalmaktadır (6).

Bilgin'in yapmış olduğu incelemeler, bağımsız ve yalnız olarak yaşlı sayısının giderek arttığını, ayrıca yalnız ve bağımsız olarak yaşamak isteyen yaşlı kişi sayısının da arttığını göstermektedir. Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi; yaşlılık, bireysel bir değişim olarak kişinin fiziki ve ruhsal yönden

gerilemesidir. Bu nedenle yaşıların genç yakınlarıyla birlikte oturması hem genç hem de yaşlıda huzursuzluklara yol açabilmektedir. Yaşlıları barındırmak, onların fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için huzurevleri bir çözüm olarak görülmektedir. İlerlemiş yaşları nedeni ile çalışma gücünü yitiren, işgücünün dışında herhangi bir olanaktan yoksun, kimsesiz, sokaklarda kalan bireylerin, ayrıca maddi durumları iyi olmasına rağmen ilerlemiş yaşları nedeni ile sakin bir yaşamın özlemini duyan, çevresindekilere ve diğer yakınlarına herhangi bir konuda yük olmak istemeyen bireylerinde dinlenebilecekleri bir takım kurumlara ihtiyaç vardır (6).

Yaşlılar, çevreleriyle işbirliği ve dayanışma içinde olmanın ötesinde, sevgiye, saygıya ve güvene dayalı yeni bağlantılar kurabilmeli, bunun için çevreden destek ve anlayış görmelidir. Yaşlı toplumda bir yeri ve görevi olduğuna inanmalı, bu yerin sağlanması için kendinden gelecek girişim ve çabalara çevre anlayış göstermeli ve yardımcı olmalıdır. Yaşlının geleceğe dönük umutları, beklentileri, tasarımları olmalı, bunlara ulaşmak için olanakları ve yetenekleri oranında gerçekçi yolda çaba gösterilmeli, bu yolda çevrenin olanaklarından yararlanabilmelidir. Boş vakitlerini geçirecek yaratıcı, yapıcı uğraşlara girmeli ve bu konuda çevrenin hazırladığı olanaklardan yararlanabilmelidir. Bu nedenle bireyin dinamik bir yaşlılık dönemi geçirmesi için yaşadığı çevre ve bireyler çok önemlidir. Ülkemizde yapılmış olan yaşlı kulüpleri, şifa yurtları, huzurevleri, dinlenme evleri genelde yaşlılar için ideal yerler olmayıp, toplumun acil çözüm araçlarıdır. Yaşlı bakımevleri çoğunlukla yaşlıları izole eden yerlerdir. Yaşlı üyelerinin hareket ve etkinlik alanlarını daraltan aile çevreleri de böyledir. Bu gibi yerlerde yaşlılar kolayca toplum dışı kişilik özellikleri edinir ya da güvensiz, kuşkulu (paranoid) ve depresif reaksiyonlar oluştururlar. Alışkın olduğu ve sosyal ilişkilerini sürdürdüğü çevreden ayrılarak yepyeni bir ortamda yaşamaya başlayan yaşıların kurum bakımına karşı kızma, üzülmeye, kendini suçlama, içine kapanma gibi olumsuz tepkiler göstermesi doğaldır. Huzurevine kabul edilen yaşlılarla ilgili istatistik veriler pek iç açıcı görünmemektedir. Huzurevine kabul edilen yaşlıların %8'inin ilk hafta, %29'unun ilk ayda ve %45'inin ilk altı ay içinde öldüğü tespit edilmiştir. Bu durum buradaki hayat şartlarının yeterli olmayışına değil, yaşlı

insanın alışık olduğu çevreden, acı-tatlı anılarından, eski, işe yaramaz da olsa kendine ait eşyadan uzaklaşmasına, sevgi uyaranlarından mahrum kalmasına bağlanabilir (6). Karslı'nın yaptığı bir çalışmada da, huzurevinde kalan yaşlıların kendilerini yalnız ve terkedilmiş olarak gördükleri, mutlu olmadıkları görülmüştür. Sevil'in yaptığı çalışmada ise, yaşlıların kurum bakımından yeme, içme, yatma, temizlik gibi konularda memnun oldukları halde yine de kendi evlerinde kalmayı tercih ettikleri saptanmıştır (7).

Tüm bu veriler ışığında yaşlıyı sağlığı yönünden bir kurum bakımına gereksinme duyuncaya kadar aile içinde korumanın daha iyi olabileceğini söyleyebiliriz. Bu aynı zamanda yetişen kuşaklara güvenlik ve olgunluk aşılama da hizmet edecektir. Bu nedenle yaşlının bakımında kurum bakımı, ev bakımının bir uzantısı olarak kabul edilmelidir. Sağlık kurumu, sosyal hizmetler kurumu ve ev fonksiyonel bakımdan içiçe ve birbirine organik olarak bağlı bulunmalıdır ve hatta kurumlar bile ev havasına büründürülmelidir. Böylelikle yaşlının kurum içinde yabancılık çekmemesi ve kendini toplumdan soyutlanmış hissetmemesi sağlanmış olur.

Ülkemizde bir yandan yaşlı nüfusunun ve buna bağlı olarak yaşlı bakım sorununun artmasıyla birlikte, geleneksel kültürümüzden kaynaklanan nedenlerle, yaşlılara aile içinde bakılması eğilimi sürmektedir. Bu nedenle, huzurevleri coğrafi olarak ülke düzeyine yayılmış olmasına rağmen, geleneksel ilişkilerin korunduğu, küçük illerdeki kuruluşların boş kaldığı, buna karşın, özellikle batı bölgesinde ve metropol illerde bulunan huzurevlerinin tam kapasite ile çalıştıkları ve çok sayıda yaşlının sırada beklediği görülmektedir (1). Ülkemizde hizmet veren huzurevleri 2 grupta toplanmaktadır:

1. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na ait huzurevleri
2. Diğer huzurevleri
 - a) Kamu kurum ve kuruluşlarına ait huzurevleri
 - b) Yerel yönetimlere ait huzurevleri
 - c) Dernek ve vakıflara ait huzurevleri

- d) Gerçek kişilere ait huzurevleri
- e) Azınlıklara ait huzurevleri

Huzurevlerinin isimleri, bulundukları iller, hizmet özelliği, kapasite ve açılış yılı ile ilgili bilgiler Ek II’de belirtilmiştir. Yaşlıya hizmet veren bu kuruluşlarda doktor, hemşire, psikolog, sosyal çalışan, meşguliyet terapisti, fizyoterapist, diyetisyen bulunması ve kişilerin yaşlılık konusunda özel eğitim almış olmaları gerekir (54).

2.7. SAĞLIĞIN TANIMI VE ÖLÇÜLMESİ

Çağdaş sağlık kavramının gelişimi, tarihsel açıdan değerlendirildiğinde sosyal hakların gelişimi ile örtüşen bir gelişim sunar. Gelişim bireyselden toplumsala, sağaltımdan korumaya yönelik olmaktadır. Yaşam, hastalık ve iyilik durumlarının birbirinden kesin sınırlarla ayrılmadığı bir bütündür. Bireysel düzeyde fiziksel, mental, sosyal iyilik durumlarını kapsar. Toplumsal düzeyde koruma, geliştirme, sağaltım ve esenlendirme hizmetlerini içerir. Özellikle sanayileşme sonrasında toplumsal sağlığa verilen önem giderek artmıştır. Sanayileşme ve kapitalist üretim biçimi nüfusun kentlerde yoğunlaşmasını sağlarken yokluk ve sefaleti de kitleselleştirmiştir. Bu gerilemeye karşılık sağlığın toplumsal bir sorun olduğu gündeme gelmiştir. Alman hekim Johann Peter Frank devletin sağlıkla ilgili yaptırımlar uygulamasını istemiştir. Fransız Devrimi’nin hemen ardından ülkenin tümünü kapsayacak bir sağlık sistemi oluşturulması gündeme getirilmiştir. 1974 yılında Fransa’da sosyal yardım sistemi yasalaşmıştır. Hukukçu E. Chadwick 1842 yılında hazırladığı raporda İngiltere’de soyluların ortalama 40 yıl, tüccarların 25 yıl ve işçilerin 20 yıl yaşadığı belirtilmiştir. Böylece bölgesel ve sınıfsal farklılıkların hastalık ve ölümlere neden olabileceği somut olarak gösterilmiştir. Chadwick’e göre hastalıklardan korunmanın ilk koşulu çevre sanitasyonudur. 1847 yılında Alman hekim Solomon Neumann tıp biliminin sosyal bir bilim olduğunu ileri sürmüştür. Neumann’a göre insanların erken ölümlerinin nedeni büyük oranda sosyal etmenlerden kaynaklanmaktaydı ve sağlık devlet tarafından korunmalıydı. Birinci Dünya Savaşı’nı izleyen yıllarda

hekimliğin koruyucu ve geliştirici yönü giderek ağırlık kazanmış ve sağlık bütünsel olarak algılanmaya başlanmıştır. İkinci Dünya Savaşı'nın hemen ardından Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı ile sağlığın toplumsal boyutu ve bütünselliğini öne çıkartan tanımı somut olarak ifade edilmiştir. Bu tanıma göre sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlıkların bulunmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur. Sağlığın tanımında iyilik durumuna ve sosyal yönüne vurgu yapılması özellikle önemlidir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı “iyilik” kavramının yeterince açık olmaması nedeniyle eleştirilmiştir (21,55). Sağlık kavramı ve tanımı bugün literatürde en çok tartışılan konulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kavramın tanımı tıp dışında özellikle ekonomi, sosyoloji, antropoloji gibi bilim dallarının ilgi alanına girmiş ve buna yönelik kapsamlı çalışmalar yapılmıştır (56).

Tanım konusunda yapılan en belirgin ayırım, formal tanımlar (hekimlerin ve diğer sağlık personelinin görüşleri) ve halk inanışları ayırımıdır. Sağlığın formal tanımları ikiye ayrılmaktadır. Birinci ayırımda sağlık hastalığın olmaması olarak, yani negatif olarak tanımlanmaktadır. Negatif tanımlarla ilgili olarak ortaya çıkan en önemli sorun evrensel olarak kabul edilen ve bireyin hasta olarak kabul edilip edilmemesinde ölçüt olarak başvurulabilecek normların her zaman gelişmemiş olmasıdır. Ayrıca bireyde bazı patolojik bozuklukların ya da anormalliklerin olması her zaman hastalığa da yol açmayabilir. Bunun yanı sıra bu türde bir tanımlama sağlığı ancak bozulduktan sonra tanımlayabilmemize neden olmakta bu da özellikle “öncelikle insanların hastalanmasını önleme” ilkesiyle bağdaşmamaktadır. Sağlığın bu şekilde tanımlanması, ölçülmesinde de hastalığın esas alınması sonucunu doğurmuş ve bunun sonucunda morbidite ve mortalite istatistikleri yoluyla bir toplumun ne kadar sağlıklı veya ne kadar sağlıksız olduğu konusunda karara varılma yoluna gidilmiştir. Sağlığın formal tanımlamaları açısından ikinci kategori “pozitif” tanımlardır. Seedhouse bu konuda oldukça ayrıntılı bir sınıflama yapmıştır. Seedhouse, sağlığı belirli özelliklerin var olması şeklinde sınıflamakta ve bu özellikleri de gruplayarak açıklamaktadır. Bu sınıflardan 5 tanesi; ideal bir durum olarak sağlık, fiziksel ve ruhsal uyum olarak sağlık, bir mal olarak sağlık, kişisel güç ve yetenek olarak sağlık ve kişisel

potansiyel olarak sağlıklıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün daha önce verilen sağlık tanımlaması ilk gruba (ideal bir durum olarak sağlık) girmektedir. Bu tanım özellikle ulaşılabilir olmaması açısından eleştiriye uğramıştır. Ancak tanımın literatüre yaptığı en büyük katkı sağlığın pozitif olarak tanımlanması konusunda öncülük etmiş olmasıdır (56).

İkinci pozitif tanım 1972 yılında Talcott Parsons tarafından ortaya atılan tanımdır. Parsons'a göre sağlık, "bireyin sosyalleşmesinde gerekli rollerini ve ödevlerini en etkili şekilde yerine getirebilmesi için ulaştığı optimum kapasitedir". Bu görüş toplumsal düzenin korunması için bireylerinin sağlık düzeylerinin yüksek olması gerektiği görüşünün bir sonucudur. Tanımın en çok eleştiriye uğrayan boyutu sağlığı optimum kapasite ile sınırlaması ve bireyin sahip olabileceği değişik düzeylerdeki sağlık statüsünü göz ardı etmesi ya da bunları sağlıklı olarak nitelendirmesi olmuştur. Özetle pozitif sağlığın stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla entegrasyon, yüksek moral ve yaşam tatmini, psikolojik iyilik ve fiziksel uyum olarak tanımlanması mümkündür. Henüz "sağlık" kavramı konusunda ortak bir karara varılmamıştır. Ortak bir karara varılamayan bir kavramın ölçülmesinde zorluklar yaşanacaktır. Bugün sağlığı ölçmekte kullanılan tekniklerinin büyük bir çoğunluğunun başlangıç noktası sağlığın negatif tanımıdır. Yani bir toplumun sağlığının ya da sağlık statüsünün ölçümünde o toplumda mevcut hastalıklar ve ölümler ya da diğer negatif özellikler üzerinde durulmaktadır. Bowling'inde belirttiği gibi, sağlık statüsü çok düşük olan toplumlarda bu tip negatif göstergeler üzerinde durmak fayda sağlayabilir. Ancak bugün batı toplumlarına bakıldığında nüfusun ancak %15'inin kronik bir fiziksel rahatsızlığa, %10-20'sinin ise psikolojik rahatsızlığa sahip olduğu görülmektedir. Yani sağlığı negatif (hastalığın olmaması) olarak tanımlayıp buna göre ölçüm yapmak otomatik olarak nüfusun geri kalan çoğunluğunun sağlık düzeyi hakkında bilgi sahibi olmamakla sonuçlanabilir. İşte pozitif sağlık göstergeleri üzerinde yoğunlaşma bu alanda önemli ölçüm yöntemlerinin gelişmesine neden olmuştur (56).

Zengin veya yoksul hemen her ülkenin sağlık ve sağlık sektörü açısından yüz yüze bulunduğu en büyük sorunun kaynak kıtlığı olduğu yönünde yaygın bir görüş birliği vardır. Özellikle sürekli değişim içindeki teknoloji ve buna bağlı yüksek fiyat artışları ve nüfusun değişen demografik yapısı, derecesi farklı olmakla birlikte, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık bütçelerini önemli ölçüde baskı altında tutmaktadır. Bu durum mevcut kaynakların olabilecek en etkili ve en verimli alanlarda kullanımını bir zorunluluk haline getirmektedir. Önceliklerin saptanması ve buna bağlı olarak bireysel bazda çok gerekli olan ancak toplumsal olarak maliyeti getirisinden yüksek teşhis ve tedavi yöntemlerinin reddedilmesi bugün bilinçli ya da bilinçsiz olarak hemen her sağlık politikacısının ve personelinin günlük faaliyetleri arasında yer almaktadır. Piyasa mekanizmasının geçerli olduğu durumlarda sektörlerarası kaynak dağılımı kararları bu mekanizma yoluyla gerçekleştirebilir. Ancak, sağlık sektörünün (dışsal ekonomiler, ölçek ekonomisi, arzın talep yaratması, arz ve talep arasındaki enformasyon asimetrisi gibi) özellikleri bu sektörde tam rekabet koşullarının oluşması ve işlemesine engel olmakta ve bu durumda kaynakların verimlilik ve eşitlik ilkelerine uygun bir şekilde kullanımında hem makro düzeyde sağlık politikası belirleyenlerin hem de mikro düzeyde kaynak kullanımına karar verenlerin uygulamaları belirleyici olmaktadır. Verilen sağlık hizmetinin sonucunun ölçül(e)mediği uygulamaların hastanın yaşam kalitesini ve süresini yükseltmedeki etkisi değerlendiril(e)mediği sürece verilen her kaynak tahsisi kararı subjektif kriterlere göre verilmiş olacaktır. Sağlık sektöründe çıktı, sonuç ve süreç ölçütleri kavramları ile bunların birbirleri arasındaki ilişkileri konusunda bir karışıklık söz konusudur. Her üç kavram aşılama kampanyası örneği ile açıklığa kavuşturulabilir. Bir kampanya sonucunda aşılanan çocuk sayısı “çıktı”, aşılama sayesinde belirli bir hastalıktan önlenen vaka sayısı “sonuç”, kullanılan aşı miktarı ise bir “süreç ölçütü”dür (56).

Sağlık hizmetlerinin sonucunun ölçümü konusu kaynak tahsisinin yanı sıra tıbbi teknolojinin gelişimi konusunda da bilim adamlarına önemli veriler sağlamaktadır. Tıbbi müdahale yöntemlerinin hastanın sağlık statüsünde hem beklenen yaşam süresini artırma hem de hastanın “yaşam kalitesine” yaptığı katkı

açısından değerlendirilmesi, sağlık politika belirleyicilerine ve sağlık planlamacılarına önemli veriler sağlamaktadır. Sonuç olarak, sağlığın ölçülmesi çabalarının gerekçeleri şu şekilde özetlenebilir (56):

1. Bireylerin kendi sağlık ve refahlarını etkileyen farklı faaliyetlerin göreceli faydaları hakkında kendi değerlendirmelerini oluşturmalarına yardım etmek.
2. Hekimlerin bu konularda hastalarına tavsiyede bulunmalarını sağlamak.
3. Sağlık bakımında mevcut kaynakların kullanımında önceliklerin ne olduğu konusunda toplumun net bir görüş oluşturmalarını sağlamak.
4. Hekimlerin, yöneticilerin ve politika belirleyicilerin faaliyet ve kararlarının daha iyi izlenebilmesini sağlamak.
5. Tedavinin olumsuz fizyolojik ve psikolojik sonuçlarına yakalanma riski daha yüksek hastaları belirlemek.
6. Hekim uygulamalarının kalitesini, tedavi yönteminin etkililiğini ve örgütsel performansı değerlendirmek.
7. Farklı ülkelerin sağlık statüsünü ve bunun zaman içindeki değişimini karşılaştırmak.
8. Bölgelerarası kaynak dağılımı konusuna karar verebilmek için bir ülkenin farklı bölgelerindeki sağlık statülerini karşılaştırmak.

Sağlık göstergelerinin tarihsel gelişimi üç evrede incelenebilir. Birinci dönem MÖ. 1972 yılında Babylon'da Hamurabi Kanunları'nın yazıldığı dönemdir. Bu dönemde tıbbi uygulamalarla uğraşan kişilerin yaptıklarından sorumlu tutulması amacıyla çeşitli sağlık göstergeleri geliştirilmiştir. Bu dönemde hekimler kendi uygulamalarından doğrudan sorumlu tutulmuş ve hastalarına verdikleri zarar oranında cezalandırılmaları ön görülmüştür (hastasına yaptığı ameliyat sonrasında hastasının gözüne zarar veren bir cerrahın avucunun kesilmesi gibi). Sağlık göstergelerinde ikinci dönem Florence Nightingale ile başlamıştır. Kırım Savaşı sırasında Nightingale bugün olduğu gibi o zaman da ayrılan kaynakların büyük bir çoğunluğunu tüketen hastanelerdeki bakım kalitesi ile ilgilenmiş, hastane istatistiklerinin toplanması konusunda bir sistem önermiş ve bu da hastanelerde

sağlık göstergesi kullanımının ilk örneğini oluşturmuştur. Bu sistem sonucunda hasta bakım sonucunun “öldü, iyileşti ya da iyileşemedi” şeklinde sınıflandırılması önerilmiş ve bugün hastanelerde rutin olarak toplanan bakım sonucuna ilişkin göstergeler de bu sınıflamadan ortaya çıkmıştır. Üçüncü dönemin başlangıcı 1930’lu yıllarda epidemiyologların yaptıkları çalışmalara kadar gider ancak bu alandaki önemli gelişmeler son 30 yılda gerçekleşmiştir (56).

2.7.1. Geleneksel Sağlık Göstergeleri

Bugün gerek bir ülkede gerekse de ülkeler arasında sağlık statüsüne ilişkin değerlendirmeler yapılırken en çok mortalite göstergesi temel alınmaktadır. Bu gösterge değişik yaş gruplarına, değişik hastalıklara ve cinsiyete göre hesaplanabilmesine ve sağlık politikası açısından önemli veriler sağlamasına karşın bir çok yazarında öne sürdüğü gibi 20. yüzyıl koşullarında yetersiz kalmaktadır. Örneğin, İngiltere’de 65 yaşın üzerindeki erkeklerin %4’ünü, kadınların %2’sini etkileyen “artrit” çok nadiren ölüme yol açarken kişilerin yaşam kalitesini son derece olumsuz yönde etkileyen ve sağlık hizmeti kullanımını önemli ölçüde artıran bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün gelişen tıp teknolojisine ve yöntemlerine bakıldığında bunların mortaliteye değil daha çok sağlığın diğer yönlerine etki eden, örneğin, acı/ağrı ve rahatsızlığı azaltan veya şekil bozukluklarını gideren nitelikte olduğunu görmekteyiz. Tüm bunlar toplumun sağlık statüsünü daha net bir biçimde değerlendirebilmek için yaşam kalitesini ölçmeye yönelik farklı göstergelere gereksinim duyulduğunu göstermektedir. Bugün hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelere bakıldığında mortalite verilerinin en kolay ulaşılabilir ve göreceli olarak en güvenilir veriler olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kayıt ve veri toplamaya ilişkin bazı aksaklıklar nedeniyle bu verilerin güvenilirliği tartışılabilir da başka verilerin yokluğunda bunlar temel başvuru noktası olmaktadır. Geleneksel olarak kullanılan bir başka sağlık göstergesi de morbiditedir. Morbidite verilerinin bir toplumda mevcut hastalıkların yapısı ve miktarı konusunda çok önemli bilgiler sağladığı tartışmasızdır. Ancak bu verilerin eksikliği bu hastalıkların ciddiyeti ve hastanın faaliyetlerini ne kadar sınırladığı konusunda bir fikir vermemesidir.

Ayrıca hem gelişmiş hem de özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlıklı morbidite verilerine ulaşılabildiğini söylemek mümkün değildir (56).

2.7.2. Modern Sağlık Göstergeleri

Geleneksel sağlık göstergelerindeki aksaklıklar özellikle sağlık ekonomistlerinin dikkatini çekmiş ve bu aksaklıkları giderici, toplumun sağlık statüsünü daha gerçekçi olarak değerlendirmeye yönelik göstergeler geliştirme yönünde araştırma yapmalarına neden olmuştur. Yaşam, ölüm ve hastalıktan ziyade sağlık statüsünü yaşam kalitesi boyutuyla ölçmeye yönelik göstergeler üzerinde tartışılmıştır.

Bugün bir çok yazar tarafından varılan ortak kanı, ortalama yaşam süresindeki artışa ek olarak sağlık bakım politikalarında kronik, sakat bırakan ve stres yaratan hastalıkların önem kazanması ve toplumun daha büyük kesiminin bu hastalıklardan şikayet eder hale gelmesi sonucu insanların “yaşam kalitesi”ne daha çok önem verilmesi gerekliliğinin ortaya çıktığı şeklindedir (56). Yaşam kalitesi doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Yaşam kalitesi, yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. İçinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur. Ancak yaşam kalitesinin bir sağlık göstergesi olarak kullanımına yönelik bu uğraş sağlık personeline yeterince ulaşmamaktadır. Çeşitli tedavi çalışmalarında %30-50 oranında yaşam kalitesinden söz edilmekte iken, yaşam kalitesi ölçeği kullanımı ise yalnızca %2-7 oranındadır (57).

Yaşam kalitesi çalışmalarını artırıp günlük uygulamaya sokabilmek için bu alanda kullanılacak ölçeklere gereksinim vardır. Yaşam kalitesi ölçekleri iki türdür, jenerik ölçütler ve özel ölçütler. Jenerik ölçütler, yaşam kalitesinin çeşitli bileşenlerini içerirken; özel ölçütler herhangi bir hasta grubu, hastalık grubu ya da tedavi biçimi ile sınırlıdır. Jenerik ölçütler uygulamanın uzun sürmesi dezavantajına karşın, hastayı ya da hastalığı çeşitli yönleriyle değerlendirmesi ile daha kullanışlıdır. Öte yandan, özel ölçütler belli bir grubu tanımlamada daha

başarılıdırılar ama ortaya çıkabilecek farklı sorunları göstermede yetersiz kalabilirler. Bu nedenle daha çok jenerik ölçütlere gereksinimin olduğu görünmektedir (57). Yaşam kalitesinin boyutları şu şekilde sıralanabilir (56):

1. Fiziksel hareketlilik
2. Acı ve stresten yoksun olma
3. Kendi kendine bakabilme kapasitesi
4. Normal sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeterliliği

Başlangıçta yalnızca ölüm ve hastalıklarla ilgili verilerin toplanmasını amaçlayan sağlık enformasyon sistemleri tarihsel süreç içinde kalan yıllarda toplumdan elde edilen hastalık, yeti yitimi, çeşitli hastalıklar için risk faktörleri, yaşam biçimi ile algılanan sağlık gibi göstergeleri de kapsamaya başlamıştır. Bu göstergelerden biri olan ve sıklıkla kullanılan “algılanan sağlık” (perceived health), kişilerin genel olarak sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergedir. Kişilere sorulan tek bir soru ile elde edilen algılanan sağlık durumunun sağlıkla ilgili pek çok olay ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin yapılan izleme araştırmalarında algılanan sağlığın mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Buna göre sağlığını kötü olarak algılayan erkekler arasında, mükemmel olarak algılayanlara göre tüm ölüm nedenleri için yaşa göre düzeltilmiş mortalitenin rölatif riski 2.33 olarak saptanmıştır. Aynı gruplar için kadınlarda bu rölatif risk ise 5.1’dir. Ancak algılanan sağlık ile mortalite arasındaki ilişkinin tüm yaşlar da cinsiyetler için geçerli olmadığını, bu ilişkinin özellikle orta yaşlı erkeklerde önemli olduğunu bildiren çalışmalar vardır (58).

2.7.3. Yaşam Kalitesi ve Ölçülmesi

İyi bir yaşam nedir? Ve biz iyi bir yaşam için neler yapmalıyız soruları yüzyıllardır düşünürler tarafından tartışılmaktadır, fakat yaşam kalitesi kavramı son zamanlarda tartışılan yeni bir kavramdır.

Genellikle mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlanan “yaşam kalitesi” terimi Amerikan sözlüğüne İkinci Dünya Savaşı sırasında girmiştir. Kavramın içeriğinde çeşitli halk katmanlarının mutluluğu ve esenliğinden çevresel kalite ve ekolojik yapılara kadar uzanan çok çeşitli değişkenler topluluğunu bulma olanağı vardır. Sosyal bilimciler, yaşam kalitesi terimini 1970’li yıllarda kullanmaya başlamışlar ve kavram bu tarihten itibaren gittikçe büyüyen bir ilgiyle tıp, hemşirelik ve diğer sağlık alanlarında kullanılmaya başlanmıştır (1).

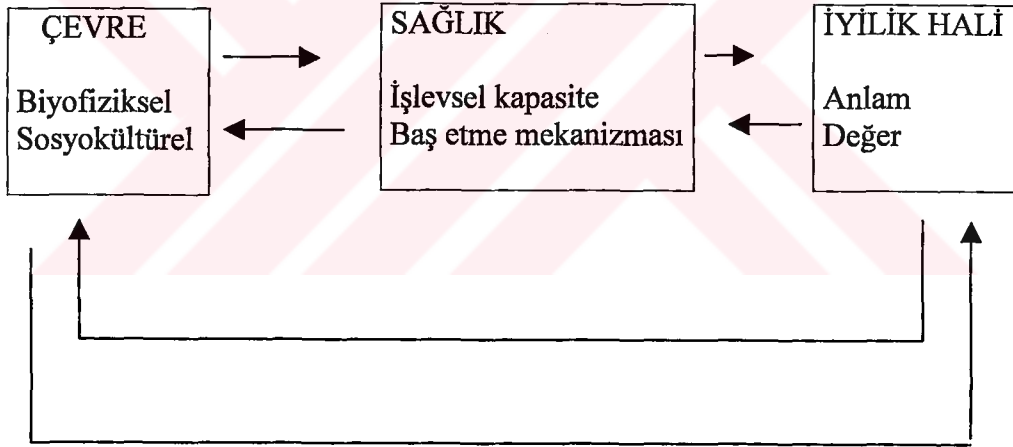
Günümüzde sağlık farklı disiplinlerce değişik yöntemlerle ölçülmeye çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, tıbbi bakım kalitesinin değerlendirilmesi, tanımlanamayan sağlık sorunlarının belirlenmesi, sosyal ve ekonomik planların yapılması, toplumun yaşam koşullarının ve hastalığa duyarlı grupların, bölgelerin ve işlerin belirlenmesi, kaynakların kullanımı, koruyucu önlemlerin belirlenmesi gibi amaçlarla sağlık düzeyi ölçülmektedir. Toplumsal ve bireysel sağlığın ölçülmesinde kullanılabilecek kimi veriler rutin olarak toplanmaktadır. Doğum ve ölüm hızları, hastaneye başvurular, kazalar ve benzeri bilgiler kayıtlardan elde edilebilmektedir. Ancak kayıtlardaki bilgi, sağlığın bütünsel tanımı göz önüne alınacak olursa yetersiz kalmaktadır. Yetersiz kalmasının nedenlerini şu şekilde özetleyebiliriz (55):

1. Bu bilgiler neredeyse tamamen tıbbi (klinik) niteliktedir.
2. Bireylerin sağlık sistemi ve çevreleri hakkındaki düşüncelerini içermez.
3. Sağlık hizmetini kullanmayanlar hakkında bilgi içermez.
4. Yaşam tarzı ve çevresel etkenlerle ilgili bilgi içermez.

Rutin veri sisteminden yola çıkmayan sağlık araştırmaları sağlık klinik bakı araştırmaları ve sağlık görüşme araştırmaları olmak üzere iki başlık altında incelenebilir. Sağlık klinik bakı araştırmalarında laboratuvar incelemeleri ve fizik bakı yapılarak sağlık düzeyi değerlendirilir. Değerlendirme soncunda hastalıklar hakkında bilgi toplanırken, bireylerin “iyilik durumu” hakkında bilgiye ulaşamamaktadır. Sağlık görüşme araştırmaları ise bireyin kendi sağlığını

değerlendirmesine olanak sağlar. Bireyin değerlendirdiği (algılanan) sağlık ile mortalite ve morbidite arasında ilişki bulunmaktadır. Hastalığın kişiye getirdiği yük, hastalık ile tam olarak açıklanamamaktadır. Örneğin, süregelen bir hastalığın varlığı sadece beden üzerinde etkisi olan bir durum değildir. Bunun yanı sıra hastalığın varlığı bireyin ailesel ve bireysel görevlerinin yerine getirilememesi gibi psikososyal değişkenlerinde hastalık ve iyilik durumuna etkileri bulunmaktadır. Bu yaklaşımdan yola çıkılarak yaşam kalitesi kavramı sağlık alanında kullanılmaya başlanmıştır.

Lawton'a göre yaşam kalitesi objektif çevre, sağlığı içeren davranışsal yeterlilik, algılanan yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu içeren psikolojik iyilik hali olmak üzere 4 ana konudan oluşan çok yönlü bir kavramdır. Sarvimaki ve Stenbock, yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili yaptıkları bir çalışmada yaşam kalitesini aşağıda ki gibi açıklamışlardır.



Kişinin iyilik hali, anlam ve değerleri yaşam kalitesi koşulları olarak düşünülmüş, içsel ve dışsal koşullar olmak üzere sınıflandırılmıştır. Sağlık işlevsel kapasite ve baş etme mekanizması yaşam kalitesi için içsel; çevre, iş, ev koşulları, sosyal ağ vb. dışsal koşulları oluşturmuştur. Bu faktörler birbirlerini etkilemekte ve ortaya yaşam kalitesi çıkmaktadır. Hoernquist ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda doyum gereksiniminin derecesi olarak tanımlamıştır. Mc Daniel ve Bechi. ise yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedirler (1):

1. Dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi)
2. Çok boyutluluk
3. İnteraktif olması (bireyler ve çevre ile olan etkileşimden etkilenmesi)
4. Bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi

Yaşam kalitesinin bir çok bileşeni doğrudan gözlenemediği için tipik olarak çok sorulu ölçeklerle değerlendirilir. Bir grup soru belirli bir boyutun değerlendirilmesi için sorulur (örneğin fiziksel işlev). Daha sonra verilen yanıtlar sayısal ifadelerle dönüştürülür ve toplamaları söz konusu boyutun değeri olarak hesaplanır. Elde edilen değer sürekli bir değişkendir ve sağlığın “iyilik” ve “hastalık” arasındaki dinamik yerini tanımlar. Ölçeklerdeki temel fark genel ya da özgül olmalarıdır. Genel ölçekler her tür hastalık durumunda, değişik sağıltım işlemlerinin izleminde ve geniş toplum kesimlerinde kullanılmak üzere geliştirilmişlerdir. Özgül ölçekler ise belirli bir durum ya da koşula uygun olarak düzenlenmişlerdir (55).

Yaşam kalitesi ölçeklerinde biri olan Kısa Form 36 (Short Form 36, SF 36) genel ölçek özelliğine sahip bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. RAND Corporation tarafından sağılık çıktılarının araştırılması (Medical Outcomes Study, MOS) çalışmasından elde edilen sonuçlardan yola çıkarak geliştirilmiştir. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 150’ye yakın maddeden oluşan ölçekle başlanmış ve 22.462 kişide yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar ile önce 20 soruluk kısa form (SF-20), daha sonra 36 soruluk kısa form (SF-36) geliştirilmiştir. Uluslararası Yaşam Kalitesi Ölçümü Projesi (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) ile SF 36 uluslararası kullanımı en fazla olan, sistematik ve eşgüdümlü çalışılan sağılık durum değerlendirmesi ölçeklerinden biridir. IQOLA projesi ile 15 kadar ülkede geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Klinik çalışmalarda, sağılık politikalarının ve birincil sağılık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, genel toplumun izlemi ve sağılıkta eşitsizliklerin ölçülmesi çalışmalarında kullanılması önerilmektedir (55). SF 36 özet değerlerinin hesaplanması Ek III’de belirtilmiştir.

Yaşam kalitesi terimini yaşlılıkla birlikte ele aldığımızda, “bir çok alanda, yaşlıların yaşadığı koşullar dikkate alındığında deneyimleri sonucu elde ettikleri doyum ve iyilik hali” olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1996-2001 yılları arasında yaşlanma ve sağlık politikalarındaki amacı olan yaşam kalitesi kavramı, bireylerin fiziksel, biyopsikososyal iyiliğinden etkilenen günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili doyumunu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Günü çalışmalarında, doğuştan yaşam beklentisindeki artışta, yaşama yılların eklenmesinden daha önemlisinin yıllara yaşam katmak olduğu görüşünden hareketle sağlık ve sosyal hizmetlerin esas ilgisinin yaşam kalitesi olması gerektiği, kısaca yaşam kalitesinin yaşanan süreden daha önemli olduğunu vurgulamıştır. O yılları doyurucu ve verimli kılmadıktan sonra yaşamı uzatmanın anlamı ve değeri olmadığını ifade etmiştir (1,23). DSÖ tarafından önerilen politikalar çerçevesinde ABD’de yaşlılara yönelik faaliyet gösteren en önemli kuruluşlardan biri olan “Yaşlı Kadınlar Birliği” nin kuruluş amaçları kapsamında yaşlılara yaşam kalitesini belirleme ölçütleri aşağıda ki gibidir (1):

1. Uygun konut koşulları ve donanım
2. Yeterli ve dengeli beslenme
3. Giyim ihtiyaçlarının karşılanması
4. Sağlıklı aile ilişkilerinin kurulması
5. Tüketici davranışların belirlenmesi
6. Yeterli gelir ve ekonomik kaynaklarının yönetimi

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşlıların doyum ve iyilik hallerinin yanı sıra onlara sunulan hizmetlerin kalitesini değerlendirmemizi sağlar. Dolayısıyla bu değerlendirme yaşlılara sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ip uçları verebilir. Türkiye’de yaşlı nüfusun diğer ülkelere göre ortalamalarının altında olmasına rağmen, gelecekte yaşlı nüfusunun artacağı kesindir. Bu nedenle, yaşlıların yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik önlemler alınmalıdır.

2.7.4. Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü

Yaşlı bireyler için oluşturulan sosyal ve sağlık politikalarının temel amacı, yaşlıların mümkün olduğu kadar aktif faaliyetlerini sürdürmelerine imkan sağlayarak sadece yaşam ömrünün değil, yaşam kalitesinin de artmasını sağlamaktır.

Halk Sağlığı Hemşiresinin Görevleri

Yaşlı bireylerin toplum içerisinde yaşamalarını desteklemek, bağımsızlıklarını en üst düzeyde kullanmalarını ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarını sağlamak için götürülen hizmet anlayışı, toplum temelli bir hizmet anlayışı olmalıdır. Burada götürülen hizmetler bütünsel yaklaşımı temel almakta, sektörler arası (sağlık ve sosyal hizmetler) ve disiplinler arası işbirliğini gerektirmektedir (7).

Halk sağlığı hemşiresi çalıştığı toplumda yaşayan bireylere ve ailelere sağlık hizmeti vermekle yükümlüdür. Toplumda yaşayan yaşlı bireylerin gereksinimlerini saptayarak ve genel yaşlanma sorunlarını göz önüne alarak, bakım planı geliştirmeli ve uygulamalıdır. Halk sağlığı hemşiresi yaşlı birey ve ailesi için bakım planı geliştirmeden önce, yaşlı bireye ilişkin kapsamlı bir öykü almalıdır. Alınan bu öykü içinde (59);

1. Yaş,
2. Cins,
3. Eğitim durumu,
4. Emekli ise daha önce yaptığı iş,
5. Herhangi izlenen bir hastalığı olup olmadığı,
6. Devamlı ilaç kullanıp kullanmadığı,
7. Ağırlığı,
8. Halen yaptığı bir işi olup olmadığı gibi yaşlının kendisine ilişkin bilgiler yanında çevreye ve özellikle konuta ilişkin bilgi alınmalı ve gözlemler yapılmalıdır.

Kapsamlı bir biçimde toplanan bilgilerden sonra yaşlı bireyin gereksinimleri saptanmalı, öncelik sırasına konmalı ve gerekli hemşirelik bakımı bireye verilmelidir. Daha sonra bu sorunun çözümlenip çözümlenmediği değerlendirilmelidir.

Halk sağlığı hemşiresinin yaşlı sağlığına ilişkin fonksiyonları genel olarak aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir (54):

1. Yaşlı bireye ve bu bireye bakım verenlerin eğitimini yapmak,
2. Yaşlı bireye ve bu bireye bakım verenlere danışmanlık yapmak,
3. Sağlığı korumak ve fiziksel değerlendirme yapmaya yönelik çalışmalar yapmak,
4. Öz bakım ve kişisel hijyeni öğretmek,
5. Genel değerlendirme yapmak için ev ziyaretleri yapmak,
6. Acil durumlarda ev ziyareti yapmak,
7. Ev sağlık hizmetlerini organize etmek,
8. Kazaya neden olabilecek durumları değerlendirmek,
9. Beslenme ve egzersiz konusunda eğitim yapmak,
10. Bireyin kapasitesini artırmak,
11. Temel hemşirelik gereksinimlerinde danışmanlık yapmaktır.

Halk sağlığı hemşiresinin düzenli izlemeleri sonucu;

1. Yaşlı kişi düzenli olarak hemşire ile görüşecek, sağlık problemlerini anlatabilecektir,
2. Olası semptomların erken teşhisi söz konusu olabilecek ve hastalıkların ilerlemesi önlenebilecektir,
3. Kronik hastalığı olanlar (ilaç-diyet-egzersiz yönünden) takip edilecek ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar önlenebilecektir,
4. Hemşire yaşlıyı tanıdığı, sürekli ve düzenli ziyaret ettiği için manevi destek sağlayacaktır,
5. Saptanan sağlık sorunlarına yönelik daha gerçekçi çözüm yolları üretilebilecektir,

6. Yaşlı veya ailesinin güçlükleri, örf ve adetleri, gelenekleri, kültürleri, kaynakları, sağlıklarına verdikleri önem ev ortamında hemşire tarafından gözlemlendiği için, verilecek sağlık hizmeti amacına daha uygun bir biçimde planlanacaktır.

Halk sağlığı hemşireleri, yaşlı bireyler ve aileleri ile işbirliği yaparak, evde bakıma ihtiyacı olan yaşlılar için hizmet sağlamakla sorumludurlar. Ayrıca hemşireler, yaşlıların şimdiki ve gelecekteki bakımlarının planlanmasında evde bakım hizmeti veren şirket ile işbirliği yapmalıdır (3). DSÖ, özellikle kurum dışı sağlık hizmetlerinde evde bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşireleri kilit insan gücü olarak görmektedir. Türkiye'nin sağlık sistemi içerisinde 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun 154 Sayılı Yönerge'sinde evde sağlık bakımı halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğuna verilmiştir (7).

Evde bakım hizmetinde hemşirenin klinisyen, eğitici, araştırmacı, yönetici ve danışman rolleri ortaya çıkar. Evde bakım hemşiresi hizmet alan bireye ve ailesine hemşirelik bakımı sağladığı için klinisyen, bakımın niçin ve nasıl yapıldığını öğrettiği için de eğitici (53).

Halk sağlığı hemşiresi ayrıca hizmet verdiği toplumda geriatrik hizmete veya bir kurum bakımına ihtiyacı olan yaşlıyı belirleyerek yaşlı ve ailesine alabileceği hizmetleri, nereden ve nasıl alabileceği konusunda da yardımcı olmalıdır. Gerekirse yaşlı ve ailesi adına bu kurumlarla işbirliği içine girmelidir.

Yaşlıların sağlık gereksinimlerinin kendine özgü olması nedeniyle, onlara yönelik sağlık hizmetleri planlaması, sunulması ve geliştirilmesinde geriatri eğitimi önemli bir faktördür. Hemşirelik bir bakım disiplindir ve yaşlıların sağlık bakımında önemli bir sağlık ekip üyesidir. Yaşlıların sorunlarındaki farklılık ve kronikleşme eğilimi kapsamlı bakım vermek için yeterli şekilde donanmış hemşirelerin yetiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Hızlı artan ve gelecekte de artmaya devam eden bu nüfusun yaşam kalitesini artırmak için; hemşirelik

alanında, Lisans ve Yüksek Lisans programlarında diğer alanlara olduğu kadar geriatri eğitime de önem verilmesi gereklidir (60). Gelişmiş ülkelerde geriatri hemşireliği son 15 yıldan bu yana artan bir önem kazanmaktadır. Çünkü Amerika’da yaşlı nüfusun hastalıklarına yönelik sağlık harcamalarının önemli boyutlara ulaştığı görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ve kaliteli bakım ile yaşlılık sağlık hizmetleri daha etkin hale getirilebilir (2). Hemşirelik bakımının planlanmasında, problem çözme yöntemi doğrultusunda şu basamaklar yer alır:

1. Problemin tanımlanması,
2. Planlama,
3. Uygulama,
4. Değerlendirme.

Problemin tanımlanması aşamasında hemşire tüm kaynakları kullanarak yaşlı ve çevresi hakkında bilgi toplar, bunları analiz eder, bilgilerin ve belirlediği problemin geçerliliğini birey, ailesi ve ilgili personel ile birlikte değerlendirir. Planlama aşamasında ise belirlediği soruna yönelik uygun ve uygulanabilir hemşirelik hizmetlerini planlar. Daha sonra da soruna yönelik planlarını uygulamaya geçirir. Son olarak da yaptığı uygulamaları değerlendirerek sorunun ne derece çözümlenip çözümlenmediğini belirler.

Kurumlarda Yaşayan Yaşlıların Bakımı

Huzurevlerinin amacı; bireye sadece barınak, yatak ve yiyecek sağlamak değil aynı zamanda sağlık (fiziksel ve psikolojik) ve sosyal gereksinimlerine de cevap vermektir. Bu nedenle yaşamlarını huzurevinde sürdürmek zorunda kalan yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Huzurevi Yönetmeliği’nde “hemşirenin görevleri; sorumlu olduğu yaşlıların ve odaların genel temizliğini sağlamak, hasta

olduğunu söyleyen yaşlıları dinlemek ve gerektiğinde tabibe bildirmek, yaşlıyı muayene ve tedaviye hazırlamak, hasta yaşlıların tedavileri için gereken bütün kayıt, bakım, tedavi ve diğer uygulamaları meslekleri dahilinde tabiplerin tariflerine göre yürütmek, yaşlıların hekimin verdiği ilaçları kullanmalarını sağlamak, enjeksiyonlarını yapmak ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalamak olarak” sınırlandırılmaktır (2).

Yönetmelikte belirtilen uygulamalar hemşirenin bağımsız fonksiyonları içinde olan hemşirelik uygulamalarını planlama ve uygulama aşamalarını içermemektedir. Yönetmelik hükmü sadece hemşirenin teknik düzeyde yapması gerekenleri hatta bunları da doktorun önerileri doğrultusunda yapmasını kapsamakta ve bu nedenle de yüzeysel, kısır ve yetersiz kalmaktadır (2).



BÖLÜM 3

ÇALIŞMANIN AMAÇLARI

1. Zonguldak İli'nde, huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık algılamalarının değerlendirilmesi ve buna etki eden sosyodemografik, alışkanlık, önceki yaşam öyküsü, şimdiki yaşam öyküsü ve destek faktörleri ile ilgili değişkenlerin incelenmesi.
2. Zonguldak İli'nde, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sağlık algılamalarının değerlendirilmesi ve buna etki eden sosyodemografik, alışkanlık, önceki yaşam öyküsü, şimdiki yaşam öyküsü ve destek faktörleri ile ilgili değişkenlerin incelenmesi.
3. Zonguldak İli'nde, huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sağlık algılaması düzeylerinin karşılaştırılması.

BÖLÜM 4

GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kesitsel bir çalışmadır.

4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK SEÇİMİ

Zonguldak İli huzurevlerinde yaşayan yaşlılar ile bu yaşlılarla eşleştirilen, Zonguldak İl Merkezi 1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan yaşlılar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın olgu grubu huzurevlerindeki yaşlılardan oluşmaktadır [Karadeniz Ereğli İzmirlioğlu Huzurevi (50) ve Devrek Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde (39) yaşayan toplam 89 yaşlı. Ereğli Huzurevi'nde, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 1, izinli olan 4 yaşlı; Devrek Huzurevi'nde ise, izinli olan 1, hastanede bulunan 1, anksiyeteli olan 1, Alzheimer hastalığı nedeniyle iletişim sorunu yaşanan 5 yaşlı çalışma dışında bırakılarak 76 yaşlı ile görüşüldü. Bu grupta ulaşılma oranı %85.4'tür.].

Olgu grubu ile karşılaştırmanın yapılacağı yaşlılar ise; 1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan yaşlılar arasından, olgu grubunda bulunan yaşlıların sayısı kadar, yaş ve cinsiyet özellikleri dikkate alınarak, rasgele sayılar tablosu yardımıyla belirlendi.

Çalışmada, olgu grubunda 76, kontrol grubunda 76 olmak üzere toplam 152 yaşlı yer almaktadır.

4.3. DEĞİŞKENLER

4.3.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırma kapsamında değerlendirilen bağımsız değişkenler şunlardır:

- Sosyodemografik özelliklere ait değişkenler
 - Yaş
 - Cinsiyet
 - Medeni durum
 - Öğrenim durumu
 - Sosyal güvence durumu
 - Toplam aylık gelir
 - Çocuk sahibi olma durumu
- Alışkanlık değişkenleri
 - Sigara kullanımı
 - Alkol kullanımı
- İlaç kullanımı
- Önceki yaşam öyküsüne ait değişkenler
 - Sağlıkla ilgili yakınma
 - Kronik hastalık
 - Huzurevinden önce/şu an birlikte yaşadığı kişi
- Şimdiki yaşam öyküsüne ait değişkenler
 - Sağlıkla ilgili yakınma
 - Sağlık muayenesi
 - Kronik hastalık
 - Huzurevini/şu anki yaşamını tercih nedeni
 - Huzurevinde kalma süresi
 - Huzurevinde/şu anki hayatını yaşamaya yönelik memnuniyetlik durumu
 - Yaşlılığa ait düşünce içeriği
 - Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)' ni yapabilme durumu
 - Sağlığını algılama düzeyi

- Destek faktörlerine ait değişkenler
 - Medeni durum
 - Sosyal güvence durumu
 - Toplam aylık geliri
 - Çocuk sahibi olma durumu
 - Akraba durumu
 - Ziyaret edip etmedikleri
 - Telefonla arayıp aramadıkları
 - Yakınları ile iletişimi
 - Ziyaret edip etmediği
 - Telefonla arayıp aramadığı
 - Huzurevindeki/çevresindeki diğer yaşlılarla iletişimi

4.3.2. Bağımlı Değişken

Araştırma kapsamında Yaşam Kalitesi Düzeyi bağımsız değişken olarak değerlendirilmiştir.

4.4. DEĞİŞKENLERİN TANIMI VE ÖLÇÜTLERİ

4.4.1. Bağımsız Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler

Bu bölümde sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar, ilaç kullanımı, önceki yaşam öyküsü, şimdiki yaşam öyküsü, destek faktörleri ele alındı.

Sosyodemografik değişkenlere ait tanım ve ölçütler

1. Yaş bilgisi için doğum tarihi sorgulandı. Yaş hesaplaması yapılarak 60 yaş altı, 60-69 yaş, 70-79 yaş, 80-89 yaş, 90 yaş ve üzeri biçiminde gruplama yapıldı.
2. Cinsiyet bilgisi için kadın ve erkek olmak üzere veri toplandı.
3. Medeni durumu “evli”, “bekar”, “boşanmış”, ve “eşi ölmüş” olarak 4 grupta sorgulandı.
4. Öğrenim durumu en son bitirilen okul göz önüne alınarak “okur-yazar değil”, “okur-yazar”, “ilkokul”, “ortaokul”, “lise”, “yüksekokul”, “üniversite” ve diğer olarak sorgulandı.
5. Sosyal güvence durumuyla ilgili açıklamalar destek faktörlerine ait değişkenlerde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.
6. Toplam aylık geliri ile ilgili açıklamalar destek faktörlerine ait değişkenlerde açıklandı.
7. Çocuk sayısı ile ilgili açıklamalar destek faktörlerine ait değişkenlerde açıklandı.

Alışkanlık değişkenlerine ait tanım ve ölçütler

1. Sigara kullanma durumu, “hayır”, “bırakmış” ve “evet” biçiminde üç grupta ele alındı.
2. Alkol kullanma durumu, “hayır”, “bırakmış” ve “evet” biçiminde üç grupta ele alındı.

İlaç kullanımına ait değişkenin tanım ve ölçütü

1. Sürekli veya düzenli aralıklarla ilaç kullanma durumu, “hayır”, “evet” biçiminde sorgulandı.

Önceki yaşam öyküsüne ait değişkenlerin tanım ve ölçütleri

1. Son 1 aya kadar sık aralıklarla tekrarlayan sağlıkla ilgili yakınmaları olup olmadığı “hayır”, “evet” biçiminde sorgulandı.
2. Son 1 aya kadar doktor tarafından tanı konulmuş kronik hastalığının olup olmadığı “hayır”, “evet” biçiminde sorgulandı.
3. Huzurevinde yaşamaya başlamadan önce kiminle yaşadığı açık olarak sorgulandı ve verilen cevaplara göre gruplama yapıldı. Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların da şu an kiminle birlikte yaşadığı açık olarak sorgulandı ve gruplama yapıldı.

Şimdiki yaşam öyküsüne ait değişkenlerin tanım ve ölçütleri

1. Son 1 aydır sık aralıklarla devam eden sağlık yakınması olup olmadığı, “hayır”, “evet” şeklinde sorgulandı.
2. Son bir ay içinde herhangi bir sağlık muayenesinden geçip geçmediği, “hayır”, “evet” şeklinde sorgulandı. Verilen cevap “evet” ise muayene nedeni açık olarak sorgulandı ve gruplama yapıldı.
3. Huzurevini tercih nedeni açık olarak sorgulandı ve verilen cevaplar üzerine gruplama yapıldı. Huzurevinde kalmayan yaşlılara bu soru şu anki yaşama biçimini neden tercih ettiği şeklinde açık olarak soruldu ve gruplama yapıldı.
4. Huzurevinde yaşayan yaşlılara ne zamandan beri şu an kaldığı huzurevinde yaşadığı açık olarak sorgulandı ve daha sonra gruplama yapıldı.
5. Huzurevindeki yaşlıların kuruma yönelik düşüncesi, “hiç memnun değilim”, “memnun değilim”, “biraz memnunum”, “memnunum”, “çok

memnunum” gibi ifadelerle sorgulandı. Bu soru huzurevinde kalmayan yaşlılara şu anki yaşamından memnun olup olmadığı şeklinde soruldu.

6. Yaşlıların yaşlılık dönemine ait düşünce içeriği açık olarak sorgulandı. Bireyin anlamasını kolaylaştırmak için bir tane örnek verildi. Verilen cevaplar üzerine gruplama yapıldı.
7. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu, her bir aktivite için “kendisi”, “biraz zorlanarak”, “yardımla”, “tamamen başkası” gibi ifadelerle ayrı ayrı sorgulandı.
8. Sağlığını algılama düzeyini belirlemek için, bireylere kendi sağlıklarını 0(dahil)-10(dahil) arasında bir rakamla ifade etmesi istendi ve veriler daha sonra ortalaması alınarak ortalamanın altı ve ortalamanın üstü olarak gruplandı.

Destek faktörlerine ait değişkenlerin tanım ve ölçütleri

1. Medeni durumla ilgili açıklamalar sosyodemografik verilere ait değişkenlerde ele alındı.
2. Sosyal güvence durumu “sosyal güvencesi yok”, “SSK”, “Emekli Sandığı”, “Yeşil Kart”, “Özel Sigorta” ve “diğer” olmak üzere 5 grupta sorgulandı. Toplanan veriler “sosyal güvencesi yok”, “SSK”, “Emekli Sandığı”, “Bağkur” ve “Yeşil Kart” şeklinde 5 grupta ele alındı.
3. Toplam aylık geliri açık olarak sorgulandı ve veriler daha sonra gruplandı.
4. Çocuk sahibi olma durumu “hayır”, “evet” biçiminde sorgulandı. Verilen cevap “evet” ise çocuk sayısı açık olarak sorgulandı ve gruplama yapıldı.
5. Akraba durumunu değerlendirebilmek için, halen hayatta olan yakınları olup olmadığı “yok”, “var” biçiminde sorgulandı. Yakınları varsa nerede yaşadıkları sorularak Zonguldak içinde ve Zonguldak dışında olmak üzere iki grup yapılarak değerlendirildi.
6. Yakınlarının bireyi ziyaret edip etmediği, “hayır”, “evet” biçiminde sorgulandı. Verilen cevap evet ise ziyaret sıklığı açık olarak soruldu. Toplanan veriler doğrultusunda ziyaret periyodu “hergün”, “sık sık”, “bazen” ve “nadiren” olmak üzere 4 grupta değerlendirildi.

7. Yakınlarının bireyi telefonla arayıp aramadığı, “hayır”, “evet” biçiminde sorgulandı. Telefonla arıyorlarsa telefonla aranma sıklığı açık olarak sorgulandı ve veriler toplandıktan sonra telefonla aranma periyodu “hergün”, “sık sık”, “bazen” ve “nadiren” olmak üzere 4 grupta değerlendirildi.
8. Bireyin yakınları ile iletişimini sürdürüp sürdürmediğini değerlendirmek için, kendisinin yakınlarını ziyaret edip etmediği “hayır”, “evet” biçiminde sorgulandı. Ziyaret ediyor ise ziyaret sıklığı açık olarak sorgulandı ve veriler toplandıktan sonra ziyaret periyodu “hergün”, “sık sık”, “bazen” ve “nadiren” olmak üzere 4 grupta değerlendirildi.
9. Bireyin yakınlarını telefonla arayıp aramadığı, “hayır”, “evet” biçimde sorgulandı. Verilen cevap “evet” ise telefonla arama sıklığı açık olarak sorgulandı ve veriler toplandıktan sonra telefonla arama periyodu “hergün”, “sık sık”, “bazen” ve “nadiren” olmak üzere 4 grupta değerlendirildi.
10. Huzurevindeki yaşlıların diğer yaşlılarla iletişim durumunu değerlendirebilmek için, iletişimini “kötü”, “orta”, “iyi” ve “diğer” gibi ifadelerden biriyle değerlendirmesi istendi. Huzurevinde kalmayan yaşlılara bu soru çevresindeki diğer insanlarla olan iletişimlerini “kötü”, “orta”, “iyi” ve “diğer” olarak değerlendirmesi istendi.

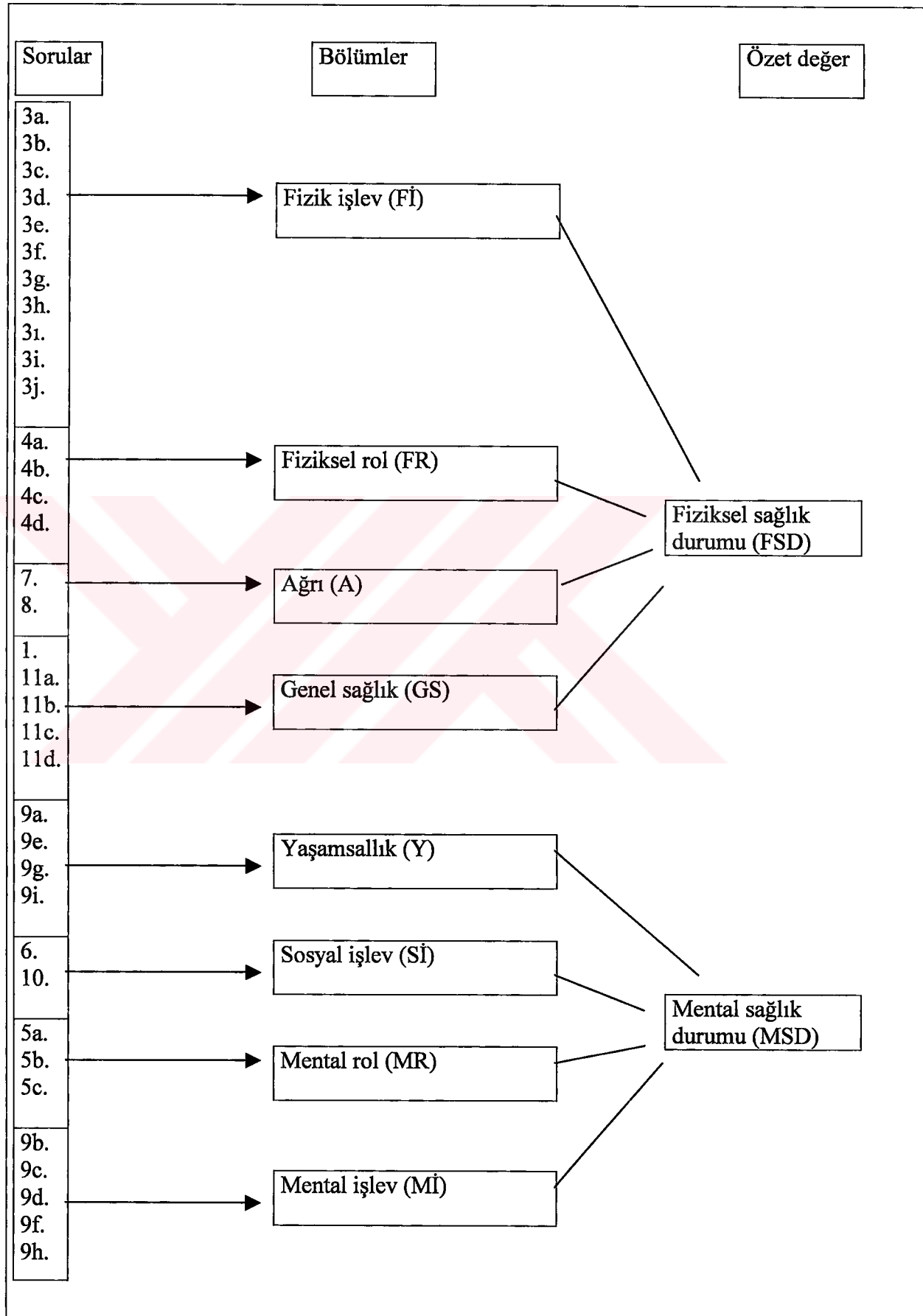
4.4.2. Bağımlı Değişkene Ait Tanım ve Ölçütler

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş olup kişinin kendi kendini değerlendirme ölçeğidir (1). Çalışmada bireylerin kendi sağlıklarını algılama şekli yaşam kalitesi düzeyinin bir göstergesi olarak düşünüldü ve bireylerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi olarak SF 36 anketinden elde edilen fiziksel ve mental sağlık durumu özet değerleri kullanıldı. SF 36 anketi (Short Form 36: Kısa Form 36) yaşam kalitesini 35 soruda, sağlıkla ilişkili sekiz ayrı kavram (boyut) altında değerlendirilir. SF 36'dan elde edilen sekiz sağlık boyutu için elde edilen değerler ekler bölümünde özetlenmiştir (Ek III). SF 36 soruları, sağlık bileşenleri (bölümler) ve özet değerler (55) Şekil 4.1'de gösterilmiştir. Değerlendirmede 2 soru dışında likert tipi ölçek kullanılmaktadır. Dördüncü ve beşinci sorular evet/hayır olarak yanıtlanmaktadır. Elde edilen değer sıfır ile yüz arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmiştir. "0" kötü sağlığı, "100" iyilik durumunu göstermektedir. SF 36 alt bileşenlerinin ifade ettiği anlamlar Çizelge 4.1'de özetlenmiştir.

Çizelge 4.1. SF 36’da Yer Alan Sekiz Sağlık Kavramı (55).

	Soru sayısı	Düşük puan	Yüksek puan
Fiziksel İşlev (Fİ)	10	Yıkanma ya da giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirebilme
Fizik Rol (FR)	4	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Ağrı	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrıya ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık algısı (GS)	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötüye gideceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık (Y)	4	Sürekli yorgun ve bitkin (worn out) hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal İşlev (Sİ)	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental Rol (MR)	3	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Mental İşlev (Mİ)	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Şekil 4.1. SF 36 Soruları, Sağlık Bileşenleri (Bölümler) ve Özet Değerler (55).



4.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplanması için değişkenler doğrultusunda anket formu hazırlandı ve SF 36 soru formu ile hazırlanan anket soruları birlikte uygulandı. Oluşturulan anket formu ve SF 36 soru formu evrene benzer özellik gösteren ama huzurevinde yaşamayan, 10 yaşlıya ön test olarak uygulandı.

Çalışmanın yürütüleceği kurumların bağlı bulundukları Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne yazılı izin başvurusu yapıldı. 19.04.2004 tarih ve 987-3475 Sayılı karar ile kurumsal izin alındı. İlgili izin doğrultusunda çalışmanın yürütüleceği Devrek ve Ereğli Huzurevlerine bilgi yazısı gönderildi ve huzurevlerinde çalışan yetkili personele gerekli açıklamalar yapıldı.

Huzurevlerindeki veri toplama Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapan 2 öğrencinin katkılarıyla yüz yüze görüşme tekniği ile yapıldı. Anket ve SF 36 formu uygulanmadan önce anketörlere uygulanacak olan veri formları ve nasıl doldurulacaklarına ait bilgi verildi. Araştırma grubunda yer alan yaşlılar görüşme öncesi çalışma konusunda bilgilendirildi. Alınacak olan kişisel bilgilerin yürütülen tez çalışmasında kişisel gizlilik ilkesine dikkat edilerek kullanılacağı, sonradan sağlık algılama düzeyi düşük olan yaşlılara ulaşılarak gerekli çalışmaların yapılabilmesi amacıyla isim alındığı bilgisi verildikten sonra çalışmayı kabul edenlerle görüşüldü.

Kontrol grubunda veri toplama aşamasında yaşlıların adreslerine gidilerek araştırma hakkında kısa bilgi verildikten sonra görüşme yapıldı. Araştırma süreci boyunca kontrol grubunda çalışmaya katılmak istemeyen yaşlı olmadı. Adreslere gidildiğinde evde bulunmayan yaşlılara yapılan tekrarlı ziyaretlerle kontrol grubunun tümüne ulaşıldı.

4.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 11.0 paket programına aktarıldı. Ortalama değerler “aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma” olarak gösterildi. Gruplararası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Student t Testi ve Ki-kare Testi kullanıldı, analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirildi.

4.7. ZAMAN ÇİZELGESİ

	2003 Aylar							2004 Aylar							
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
Konu Seçimi															
Kaynak İnceleme															
Planlama															
Tez Kabulü															
İzin ve Onay Alma															
Ön Çalışma															
Veri toplama															
Verilerin bilgisayara aktarılması															
Veri değerlendirme															
Yazım															

BÖLÜM 5

BULGULAR

Araştırma 76'sı huzurevlerinde, 76'sı huzurevi dışında yaşayan 152 yaşlının katılımı ile gerçekleştirildi.

Araştırmaya katılan yaşlılara ait demografik özellikler Çizelge 5.1'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş dağılımları incelendiğinde huzurevindeki yaşlıların %9.2'si (n=7) 59 yaş ve altı, %84.2'si (n=64) 60-89 yaş grubu, %6.6'sı (n=5) 90 yaş ve üzerinde iken, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %7.9'u (n=6) 59 yaş ve altı, %85.5'i (n=65) 60-89 yaş grubu, %6.6'sı (n=5) 90 yaş ve üzerinde olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, huzurevinde yaşayanların %43.4'ü (n=33) kadın, %56.6'sı (n=43) erkek iken, huzurevi dışında yaşayanların %44.7'si (n=34) kadın, %55.3'ü (n=42) erkek olarak belirlenmiştir. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yaş gruplarına (p=0.999) ve cinsiyetlerine (p=0.870) göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı gözlenmiştir.

Huzurevinde yaşayanların %3.9'unun (n=3) evli, %14.5'inin (n=11) bekar, %17.1'inin (n=13) boşanmış, %64.5'inin (n=49) eşinin öldüğü, huzurevi dışında yaşayanların %69.7'sinin (n=53) evli, %1.3'ünün (n=1) boşanmış ve %29.0'ının (n=22) eşinin öldüğü saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim durumları incelendiğinde huzurevindeki yaşlıların %35.5'i (n=27) okur yazar değil, %14.5'i (n=11) okur yazar, %32.9'u (n=25) ilkokul, %17.1'i (n=13) ortaokul ve üzeri iken, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %27.6'sı (n=21) okur yazar değil, %19.8'i (n=15) okur yazar, %36.9'u (n=28) ilkokul, %15.7'si (n=12) ortaokul ve üzerinde eğitim aldığı tespit edilmiştir. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların eğitim durumlarına

göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.585$).

Araştırmada yer alan huzurevindeki yaşlıların aylık gelir durumları değerlendirildiğinde %9.2'sinin ($n=7$) geliri yok, %30.3'ü ($n=23$) 250 milyon TL/ay ve altında, %44.7'si ($n=34$) 251-500 milyon TL/ay, %15.8'i ($n=12$) 501 milyon TL/ay ve üzerinde gelire sahip iken, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %1.3'ünün ($n=1$) geliri yok, %51.3'ü ($n=39$) 251-500 milyon TL/ay, %47.4'ü ($n=36$) 501 milyon TL/ay ve üzerinde gelire sahipti.

Araştırmaya katılanlar sosyal güvence bakımından değerlendirildiğinde huzurevindeki yaşlıların %69.7'si ($n=53$) herhangi bir sosyal güvence kapsamında iken bu oran huzurevi dışında yaşayan yaşlılar da %98.7 ($n=75$) olarak tespit edilmiştir. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sosyal güvence durumuna göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu gözlemlendi ($p=0.001$).

Araştırmaya katılanlar çocuk sahibi olup olmadığına göre değerlendirildiğinde huzurevinde yaşayan yaşlıların %26.3'ünün ($n=20$) çocuk sahibi olmadığı, %11.8'inin ($n=9$) 1, %36.9'unun ($n=28$) 2 veya 3, %25.0'inin ($n=19$) 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğu, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %2.6'sının ($n=2$) çocuk sahibi olmadığı, %6.6'sının ($n=5$) 1, %34.2'sinin ($n=26$) 2 veya 3, %56.6'sının ($n=43$) 4 ve üzerinde çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlendi ($p=0.001$).

Çizelge 5.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özelliklerinin Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)		p
	n	%	n	%	
Yaş grubu					0.999
≤59	7	9.2	6	7.9	
60-69	18	23.7	19	25.0	
70-79	29	38.1	29	38.1	
80-89	17	22.4	17	22.4	
≥90	5	6.6	5	6.6	
Cinsiyet					0.870
Kadın	33	43.4	34	44.7	
Erkek	43	56.6	42	55.3	
Medeni durum					
Evli	3	3.9	53	69.7	
Bekar	11	14.5			
Boşanmış	13	17.1	1	1.3	
Eşi ölmüş	49	64.5	22	29.0	
Eğitim					0.585
Okur yazar değil	27	35.5	21	27.6	
Okur yazar	11	14.5	15	19.8	
İlkokul	25	32.9	28	36.9	
Ortaokul	6	7.9	9	11.8	
Lise	5	6.6	2	2.6	
Yüksekokul/üniversite	2	2.6	1	1.3	
Aylık gelir					
Geliri yok	7	9.2	1	1.3	
≤250 milyon TL	23	30.3			
251-500 milyon TL	34	44.7	39	51.3	
501-1000	11	14.5	25	32.9	
>1000	1	1.3	11	14.5	
Sosyal güvence durumu					0.001
Yok	23	30.3	1	1.3	
SSK	27	35.5	55	72.4	
Emekli Sandığı	13	17.1	14	18.4	
Bağkur	9	11.8	4	5.3	
Yeşil Kart	4	5.3	2	2.6	
Çocuk durumu					0.001
Çocuğu yok	20	26.3	2	2.6	
1	9	11.8	5	6.6	
2-3	28	36.9	26	34.2	
≥4	19	25.0	43	56.6	

Çizelge 5.2’de araştırmaya katılan yaşlıların sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına göre dağılımı görülmektedir. Sigara kullanma alışkanlıklarına bakıldığında huzurevindeki yaşlıların %52.6’sı (n=40) sigara kullanmadığını, %25.0’ı (n=19) sigarayı bıraktığını, %22.4’ü (n=17) sigara kullandığını, huzurevi dışındaki yaşlıların %50.0’ı (n=38) sigara kullanmadığını, %44.7’si (n=34) sigarayı bıraktığını, %5.3’ü (n=4) sigara kullandığını belirtmiştir. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlılar sigara kullanıp kullanmama durumuna göre değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edildi (p=0.002). Araştırma grubundaki yaşlıların alkol kullanma alışkanlıklarına bakıldığında huzurevindeki yaşlıların %78.9’u (n=60) alkol kullanmadığını, %19.8’i (n=15) alkol kullanmayı bıraktığını, %1.3’ü (n=1) alkol kullandığını, huzurevi dışındaki yaşlıların %64.5’i (n=49) alkol kullanmadığını, %32.9’u (n=25) alkol kullanmayı bıraktığını, %2.6’sı (n=2) alkol kullandığını belirtmiştir. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlılar alkol kullanıp kullanmama durumlarına göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p=0.139).

Çizelge 5.2. Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)		p
	n	%	n	%	
Sigara kullanma					0.002
Hayır	40	52.6	38	50.0	
Bırakmış	19	25.0	34	44.7	
Evet	17	22.4	4	5.3	
Alkol kullanma					0.139
Hayır	60	78.9	49	64.5	
Bırakmış	15	19.8	25	32.9	
Evet	1	1.3	2	2.6	

Araştırma kapsamına alınan yaşlılar sağlık öykülerine göre değerlendirildiğinde (Çizelge 5.3.) huzurevindeki yaşlıların %73.7’si (n=56) düzenli olarak en az bir ilaç kullandığını, %80.2’si (n=61) bir ay öncesine kadar sağlıkla ilgili bir yakınma yaşamış olduğunu, %80.2’si (n=61) en az bir kronik hastalığı bulunduğunu,

%64.5'i (n=49) son bir aydır sürekli sağlıkla ilgili bir yakınması bulunduğunu, %73.6'sı (n=56) son bir ay içinde yakınma veya kontrol amaçlı olarak sağlık muayenesinden geçtiğini, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %82.9'u (n=63) düzenli olarak en az bir ilaç kullandığını, %89.5'i (n=68) bir ay öncesine kadar sağlıkla ilgili bir yakınma yaşamış olduğunu, %89.5'i (n=68) en az bir kronik hastalığı bulunduğunu, %84.2'si (n=64) son bir aydır sürekli sağlıkla ilgili bir yakınması olduğunu, %27.6'sı (n=21) son bir ay içinde yakınma veya kontrol amaçlı olarak sağlık muayenesinden geçtiğini belirtmiştir. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların düzenli ilaç kullanıp kullanmadığı (p=0.168), bir ay öncesine kadar sağlıkla ilgili bir yakınması olup olmadığı (p=0.113), kronik hastalığı bulunup bulunmadığı (p=0.113) değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaz iken, son bir aydır sürekli yakınmasının bulunup bulunmadığı (p=0.005), son bir aydır sağlık muayenesinden geçip geçmediği (p=0.001) değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu gözlemlendi.

Çizelge 5.3. Araştırmaya Katılanların Sağlık Öykülerinin Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)		p
	n	%	n	%	
Kullandığı ilaç					0.168
Yok	20	26.3	13	17.1	
Var	56	73.7	63	82.9	
1 ay öncesinde yakınması					0.113
Yok	15	19.8	8	10.5	
Var	61	80.2	68	89.5	
Kronik hastalığı					0.113
Yok	15	19.8	8	10.5	
Var	61	80.2	68	89.5	
Son 1 aydır yakınması					0.005
Yok	27	35.5	12	15.8	
Var	49	64.5	64	84.2	
Son 1 ayda sağlık muayenesi durumu					0.001
Hayır	17	22.3	46	60.6	
Yakınma	28	36.9	9	11.8	
Kontrol	28	36.9	12	15.8	
İlaç yazdırma	3	3.9	9	11.8	

Katılımcıların kendi sağlık durumlarını 0 ile 10 arasında (0 kötü, 10 iyi) bir puanla değerlendirdiği soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde (Çizelge 5.4.) ortalama sağlık algı puanının 6.6 ± 2.3 (ortanca 7) olduğu gözlemlendi. Ortalama sağlık algı puanı huzurevinde kalan yaşlılarda 6.3 ± 2.4 , huzurevi dışında kalan yaşlılarda 6.8 ± 2.2 olarak tespit edildi ve sağlık algı puanı yönünden gruplar arasında anlamlı fark olmadığı gözlemlendi ($p=0.131$).

Çizelge 5.4. Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Sağlık Algı Puanlarının Ortalamaları

	Huzurevinde Yaşayan (n=76)	Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)
Ortalama	6.3	6.8
Standart sapma	2.4	2.2
Ortanca	6	7
Minumum	0.0	1.0
Maksimum	10.0	10.0

Katılımcıların yaşlılık dönemine ait düşünceleri Çizelge 5.5’de gösterilmiştir. Huzurevindeki yaşlıların %7.9’u ($n=6$) yaşlılığı başkasına bağımlılık olarak ifade ederken bu oran huzurevi dışında yaşayan yaşlılarda da %7.9 ($n=6$) idi. Yaşlılığı yaşanması gereken bir dönem olarak ifade edenlerin oranlarına bakıldığında huzurevinde yaşayan yaşlılarda %27.6 ($n=21$) iken, huzurevi dışında yaşayanlarda %35.5’dir ($n=27$). Yaşlılık dönemini huzurevindeki yaşlıların %2.6’sı ($n=2$) bencil bir dönem, %13.2’si ($n=10$) hastalıklarla dolu bir dönem, %15.8’i ($n=12$) harika bir dönem, %13.2’si ($n=10$) yaşanması zor bir dönem, %14.5’i ($n=11$) kötü bir dönem, %1.3’ü ($n=1$) yaşamın sonu, %1.3’ü ($n=1$) durgunluk dönemi, %2.6’sı ($n=2$) yalnız geçen bir dönem, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %7.9’u ($n=6$) hastalıklarla dolu bir dönem, %13.2’si ($n=10$) harika bir dönem, %21.1’i ($n=16$) yaşanması gereken bir dönem, %11.8’i ($n=9$) kötü bir dönem ve %2.6’sı ($n=2$) yaşamın sonu olarak tanımlamışlardır.

Çizelge 5.5. Araştırmaya Katılanların Yaşlılık Dönemine Ait Düşüncelerinin Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı

Yaşlılık dönemine ait düşünce	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)	
	n	%	n	%
Başkasına bağımlı olduğum bir dönem	6	7.9	6	7.9
Yaşanması gereken bir dönem	21	27.6	27	35.5
Bencil bir dönem	2	2.6		
Hastalıklarla dolu bir dönem	10	13.2	6	7.9
Harika bir dönem	12	15.8	10	13.2
Yaşamayı zor bir dönem	10	13.2	16	21.1
Kötü bir dönem	11	14.5	9	11.8
Yaşamın sonuna geldiğin bir dönem	1	1.3	2	2.6
Durgun geçen bir dönem	1	1.3		
Yalnız geçen bir dönem	2	2.6		

Araştırmada yer alan yaşlıların yakınları olup olmadığı, yakınları tarafından telefonla aranıp aranmadığı, ziyaret edilip edilmediği incelendiğinde (Çizelge 5.6.) huzurevindeki yaşlıların %1.3'ünün (n=1) yaşayan yakını olmadığı, %60.5'inin (n=46) Zonguldak içinde, %38.2'sinin (n=29) Zonguldak dışında yakını olduğu, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların ise %93.4'ünün (n=71) Zonguldak içinde, %6.6'sının da (n=5) Zonguldak dışında yakını olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada yer alan huzurevindeki yaşlıların %34.2'si (n=26) yakınları tarafından telefonla aranmadığını belirtirken bu oran huzurevi dışında yaşayan yaşlılarda %6.6 (n=5) idi. Huzurevindeki yaşlıların %2.6'sı (n=2) hergün, %31.6'sı (n=24) sık sık, %23.7'si (n=18) bazen, %7.9'u (n=6) nadiren, huzurevi dışındaki yaşlıların %23.7'si (n=18) hergün, %63.2'si (n=48) sık sık, %3.9'u (n=3) bazen, %2.6'sı (n=2) nadiren yakınları tarafından telefonla arandığını belirtmiştir. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yakınları tarafından aranılıp aranmadığı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi ($p=0.001$). Yakınları tarafından ziyaret edilme durumları incelendiğinde huzurevindeki yaşlıların %34.2'sinin (n=26), huzurevi dışında yaşayan yaşlıların ise %9.2'sinin (n=7) yakınları tarafından ziyaret edilmediği saptanmıştır. Huzurevindeki yaşlıların %17.1'i (n=13) sık sık, %26.3'ü (n=20)

bazen, %22.4'ü (n=17) nadiren, huzurevi dışındakilerin %32.9'u (n=25) hergün, %36.8'i (n=28) sık sık, %6.6'sı (n=5) bazen, %14.5'i (n=11) nadiren yakınları tarafından ziyaret edildiğini belirtmiştir.

Çizelge 5.6. Araştırmaya Katılanların Yaşamakta Olan Yakınları Olup Olmadığının, Yakınları Tarafından Aranma ve Ziyaret Edilme Durumlarının Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)		p
	n	%	n	%	
Yaşayan yakını					
Yok	1	1.3			
Zonguldak içinde	46	60.5	71	93.4	
Zonguldak dışında	29	38.2	5	6.6	
Yakınları tarafından telefonla aranma durumu					0.001
Hayır	26	34.2	5	6.6	
Hergün	2	2.6	18	23.7	
Sık sık	24	31.6	48	63.2	
Bazen	18	23.7	3	3.9	
Nadiren	6	7.9	2	2.6	
Yakınları tarafından ziyaret edilme durumu					
Hayır	26	34.2	7	9.2	
Hergün			25	32.9	
Sık sık	13	17.1	28	36.8	
Bazen	20	26.3	5	6.6	
Nadiren	17	22.4	11	14.5	

Çizelge 5.7'de araştırmaya katılan yaşlıların yakınlarını telefonla arama ve yakınlarını ziyaret etme durumları yer almaktadır. Huzurevindeki yaşlıların %50.0'ı (n=38) yakınlarını telefonla aramaz iken, %30.3'ü (n=23) sık sık, %18.4'ü (n=14) bazen, %1.3'ü (n=1) nadiren yakınlarını telefonla aramaktadır. Huzurevi dışındaki yaşlıların ise %17.1'i (n=13) yakınlarını telefonla aramadığını, %22.4'ü (n=17) hergün, %55.3'ü (n=42) sık sık, %3.9'u (n=3) bazen, %1.3'ü (n=1) nadiren yakınlarını aradığını belirtmiştir. Huzurevindeki yaşlıların %48.7'si (n=37), huzurevi dışındaki yaşlıların ise %21.1'i (n=16) yakınlarını ziyaret etmediğini bildirmiştir. Yakınlarını ziyaret edenlerin dağılımına bakıldığında huzurevindeki yaşlıların %7.9'u (n=6) sık sık, %25.0'ı (n=19) bazen, %18.4'ü

(n=14) nadiren, huzurevi dışındaki yaşayan yaşlıların %10.5'i (n=8) hergün, %38.2'si (n=29) sık sık %10.5'i (n=8) bazen, %19.7'si (n=15) nadiren yakınlarını ziyaret etmektedir.

Çizelge 5.7. Araştırmaya Katılanların Yakınlarını Arama ve Ziyaret Etme Durumlarının Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlılara Göre Dağılımı

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)	
	n	%	n	%
Yakınlarını telefonla arama durumu				
Hayır	38	50.0	13	17.1
Hergün			17	22.4
Sık sık	23	30.3	42	55.3
Bazen	14	18.4	3	3.9
Nadiren	1	1.3	1	1.3
Yakınlarını ziyaret etme durumu				
Hayır	37	48.7	16	21.1
Hergün			8	10.5
Sık sık	6	7.9	29	38.2
Bazen	19	25.0	8	10.5
Nadiren	14	18.4	15	19.7

Çizelge 5.8.1. huzurevinde, Çizelge 5.8.2. ise huzurevi dışında yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarının dağılımını göstermektedir. Huzurevindeki yaşlıların %60.5'i (n=46) giysilerini kendisi giyebilirken, %13.2'si (n=10) tamamen başkasına bağımlı durumdadır. Bu oranlar huzurevi dışında yaşayan yaşlılarda sırası ile %65.8 (n=50), %1.3 (n=1) idi. Yaşlıların giysilerini giyerken bir başkasına bağımlı olup olmadığı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.003$). Huzurevindekilerin %57.9'u (n=44) kendisi yatıp kalkabilirken, %17.1'i (n=13) tamamen başkasına bağımlı, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların ise %61.9'u (n=47) kendisi yatıp kalkabilirken sadece %1.3'ü (n=1) başkasına bağımlıdır. Yatağa yatıp kalkarken yardım alma durumları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark gözlemlendi ($p=0.001$).

Araştırmaya katılan huzurevindeki yaşlıların %56.6'sı (n=43) ayağa kalkarken, %67.0'ı (n=51) elini yüzünü yıkarken, %50.0'ı (n=38) banyo yaparken, %56.6'sı (n=43) tuvalete oturup kalkarken, %84.3'ü (n=64) yemek yerken, %63.3'ü (n=48) kapalı mekanda dolaşırken, %36.8'i (n=28) merdivenden inip çıkarken, %47.4'ü (n=36) dışarıda dolaşırken, %47.4'ü (n=36) ayak tırnağını keserken hiçbir yardım almamaktadır. Tamamen başkasına bağımlı olma durumları incelendiğinde %17.1'i (n=13) ayağa kalkarken, %14.5'i (n=11) elini yüzünü yıkarken, %22.3'ü (n=17) banyo yaparken, %21.0'ı (n=16) tuvalete oturup kalkarken, %1.3'ü (n=1) yemek yerken, %22.3'ü (n=17) kapalı mekanda dolaşırken, %23.7'si (n=18) merdivenden inip çıkarken, %23.7'si (n=18) dışarıda dolaşırken, %32.8'i (n=25) ayak tırnağını keserken tamamen bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yaparken bağımlı olup olmadıkları değerlendirildiğinde ise yaşlıların %1.3'ü (n=1) ayağa kalkarken, %1.3'ü (n=1) elini yüzünü yıkarken, %5.3'ü (n=4) banyo yaparken, %1.3'ü (n=1) tuvalete oturup kalkarken, %1.3'ü (n=1) kapalı mekanda dolaşırken, %2.6'sı (n=2) merdiven inip çıkarken, %1.3'ü (n=1) dışarıda dolaşırken, %10.5'i (n=8) ayak tırnağını keserken tamamen bir başkasına bağımlı olduklarını ifade etmişlerdir. Günlük yaşam aktiviteleri olarak sayılan ayağa kalkma (p=0.001), banyo yapma (p=0.001), merdiven inip çıkma (p=0.001), dışarıda dolaşma (p=0.001) aktivitelerinin yapılması sırasında yaşlıların bir başkasına bağımlı olup olmadıkları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi.

Çizelge 5.8.1. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumlarının Dağılımı

GYA	Değişken		Huzurevinde Yaşayan (n=76)					
	Kendisi		Biraz zorlanarak		Yardımla		Tamamen başkası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giyim	46	60.5	11	14.5	9	11.8	10	13.2
Yatıp kalkma	44	57.9	12	15.8	7	9.2	13	17.1
Ayağa kalkma	43	56.6	14	18.4	6	7.9	13	17.1
El yüz yıkama	51	67.0	10	13.2	4	5.3	11	14.5
Banyo yapma	38	50.0	10	13.2	11	14.5	17	22.3
Tuvalete oturup kalkma	43	56.6	12	15.8	5	6.6	16	21.0
Yemek yeme	64	84.3	8	10.5	3	3.9	1	1.3
Kapalı mekan içinde dolaşma	48	63.3	9	11.8	2	2.6	17	22.3
Merdiven inip çıkma	28	36.8	26	34.2	4	5.3	18	23.7
Dışarıda dolaşma	36	47.4	17	22.3	5	6.6	18	23.7
Ayak tırnağı kesme	36	47.4	11	14.5	4	5.3	25	32.8

Çizelge 5.8.2. Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumlarının Dağılımı

Değişken	Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)							
GYA	Kendisi		Biraz zorlanarak		Yardımla		Tamamen başkası	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giyim	50	65.8	22	29.0	3	3.9	1	1.3
Yatıp kalkma	47	61.9	26	34.2	2	2.6	1	1.3
Ayağa kalkma	41	54.0	33	43.4	1	1.3	1	1.3
El yüz yıkama	66	86.9	9	11.8			1	1.3
Banyo yapma	47	61.9	22	28.9	3	3.9	4	5.3
Tuvalete oturup kalkma	43	56.6	32	42.1			1	1.3
Yemek yeme	70	92.1	6	7.9				
Kapalı mekan içinde dolaşma	60	79.0	15	19.7			1	1.3
Merdiven inip çıkma	18	23.7	52	68.4	4	5.3	2	2.6
Dışarıda dolaşma	40	52.7	32	42.1	3	3.9	1	1.3
Ayak tırnağı kesme	42	55.3	26	34.2			8	10.5

Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların huzurevine gelmeden önce birlikte yaşadığı kişilere, huzurevini tercih nedenlerine, huzurevinde kaldığı yıllara, huzurevinden memnuniyetlik durumlarına ve huzurevindeki diğer yaşlılarla iletişim özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde (Çizelge 5.9.) Devrek huzurevinde yaşayan yaşlıların kuruma gelmeden önce %29.0'ı (n=9) yalnız, %22.5'i (n=7) eşi, %19.4'ü (n=6) oğlu, %6.5'i (n=2) kızı, %19.4'ü (n=6) akrabaları ve %3.2'si (n=1) bakıcısı, Ereğli huzurevindeki yaşlıların ise %33.3'ü (n=15) yalnız, %35.6'sı (n=16) eşi, %11.1'i (n=5) oğlu, %17.8'i (n=8) kızı, %2.2'si (n=1) akrabaları ile birlikte yaşadığını belirtmiştir. Kurumlarda yaşayan yaşlıların huzurevini tercih nedenlerine bakıldığında Devrek huzurevindeki yaşlıların %12.9'u (n=4) maddi nedenden, %6.5'i (n=2) bakımını yapamadığından, %25.8'i (n=8) çocukları bakmadığından, %9.7'si (n=3) bakacak kimsesi olmadığından, %32.2'si (n=10) yakınları bakmadığından, %6.5'i (n=2) kimseye yük olmak istemediğinden, %3.2'si (n=1) aile içi huzursuzluk olduğundan dolayı huzurevini tercih ettiğini belirtirken, %3.2'si (n=1) ise yaşlıları ile birlikte olmak istediği için huzurevine geldiğini söylemiştir. Ereğli huzurevindeki yaşlıların ise %26.6'sı (n=12) yalnız kaldığı için, %35.6'sı (n=16) bakımını yapamadığı ve kimseye yük olmak istemediği için, %20.0'ı (n=9) çocukları ve yakınları bakmadığı için, %2.2'si (n=1) maddi sıkıntı yaşadığı için, %6.7'si (n=3) aile içi huzursuzluk olduğu için, %8.9'u (n=4) ise yaşlıları ile birlikte olmak istediği için huzurevine geldiğini belirtmiştir. Kurumlarda yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşadığı yıllara göre dağılımı incelendiğinde Devrek huzurevinde yaşayan yaşlıların %25.8'inin (n=8) 1 yıldan az, %48.4'ünün (n=15) 1-3 yıl, %25.8'inin (n=8) ise 4-6 yıldır huzurevinde kaldıkları saptanmıştır. Bu durum Ereğli huzurevinde de sırası ile %15.6 (n=7), %35.6 (n=16) ve %48.8 (n=22) olarak tespit edilmiştir. Araştırma katılan yaşlıların kurumlardan memnuniyetlik durumları incelendiğinde Devrek huzurevi yaşlılarının %9.7'si (n=3) hiç memnun olmadığını, %12.9'u (n=4) memnun olmadığını, %19.4'ü (n=6) biraz memnun olduğunu, %41.9'u (n=13) memnun olduğunu ve %16.1'i (n=5) ise çok memnun olduğunu ifade ederken, bu oranlar Ereğli huzurevinde sırası ile %2.2 (n=1), %8.9 (n=4), %11.1 (n=5), %29.0 (n=13), %48.8 (n=22) idi. Diğer yaşlılarla iletişimlerini incelendiğinde Devrek huzurevindeki yaşlıların %58.1'i (n=18), Ereğli huzurevindeki yaşlıların ise

%62.2'si kurumdaki diğer yaşlılarla iletişimlerinin iyi olduğunu belirtmiştir. Kurumlarda yaşayan yaşlıların huzurevinden memnuniyetlik durumları incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark gözlenmiştir (p=0.049).

Çizelge 5.9. Kurumlarda Yaşayan Yaşlıların Huzurevine Gelmeden Önce Birlikte Yaşadığı Kişilere, Huzurevini Tercih Nedenlerine, Huzurevinde Kaldıkları Yıllara, Huzurevinden Memnuniyetlik Durumlarına ve Huzurevindeki Diğer Yaşlılarla İletişim Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişken	Devrek Huzurevi (n=31)		Ereğli Huzurevi (n=45)		p
	n	%	n	%	
Birlikte yaşadığı kişiler					
Yalnız	9	29.0	15	33.3	
Eşi	7	22.5	16	35.6	
Oğlu	6	19.4	5	11.1	
Kızı	2	6.5	8	17.8	
Akraba	6	19.4	1	2.2	
Bakıcı	1	3.2			
Huzurevini tercih nedeni					
Maddi sıkıntı yaşadığı için	4	12.9	1	2.2	
Bakımını yapamadığı için	2	6.5	8	17.8	
Çocukları bakmadığı için	8	25.8	7	15.6	
Bakacak kimsesi olmadığı için	3	9.7			
Yakınları bakmadığı için	10	32.2	2	4.4	
Kimseye yük olmamak için	2	6.5	8	17.8	
Yaşlıları ile birlikte olmak için	1	3.2	4	8.9	
Aile içi huzursuzluk olduğu için	1	3.2	3	6.7	
Yalnız kaldığı için			12	26.6	
Huzurevinde yaşadığı süre					0.123
<1	8	25.8	7	15.6	
1-3	15	48.4	16	35.6	
4-6	8	25.8	22	48.8	
Huzurevinden memnuniyeti					0.049
Hiç memnun değil	3	9.7	1	2.2	
Memnun değil	4	12.9	4	8.9	
Biraz memnun	6	19.4	5	11.1	
Memnun	13	41.9	13	29.0	
Çok memnun	5	16.1	22	48.8	
Diğer yaşlılarla iletişimi					0.935
Kötü	6	19.4	8	17.8	
Orta	7	22.5	9	20.0	
İyi	18	58.1	28	62.2	

Huzurevi dışında yaşayanların birlikte yaşadığı kişilere, bu yaşamı tercih nedenlerine, yaşamlarından memnuniyetlik durumlarına ve çevrelerinde olan diğer insanlarla iletişim özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde (Çizelge 5.10.) yaşlıların %10.5 (n=8) yalnız yaşarken, %48.7 (n=37) eşi, %18.5'i (n=14) eşi ve çocukları, %3.9'u (n=3) kızı, %14.5'i (n=11) oğlu, %2.6'sı (n=2) akrabaları ve %1.3'ü (n=1) bakıcısı ile birlikte yaşamaktadır. Şu anki yaşama biçimlerini tercih nedenleri incelendiğinde yaşlıların %40.8'i (n=31) kendi evlerinde daha rahat olduklarını bildirmiştir. Ayrıca yaşlıların %3.9'u (n=3) yalnız kalmak istemediği, %9.2'si (n=7) kendi bakımını yapamadığı, %1.3'ü (n=1) ise mecbur olduğu için bir başkasının yanında (kızı, oğlu, akraba, bakıcı) kaldığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan yaşlıların %14.5'inin (n=11) yaşamlarından hiç memnun olmadıkları, %42.0'ının ise memnun oldukları saptanmıştır. Yaşlılara çevrelerindeki diğer insanlarla olan iletişimleri sorulduğunda yaşlıların %6.6'sı (n=5) kötü, %34.2'si (n=26) orta, %59.2'si (n=45) ise iyi yanıtını vermiştir.

Çizelge 5.10. Huzurevi Dışında Yaşayanların Birlikte Yaşadığı Kişilere, Bu Yaşamı Tercih Nedenlerine, Yaşamlarından Memnuniyetlik Durumlarına ve Çevrelerinde Olan Diğer İnsanlarla İletişim Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişken	Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)	
	n	%
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	8	10.5
Eşi	37	48.7
Eşi ve çocukları	14	18.5
Kızı	3	3.9
Oğlu	11	14.5
Akraba	2	2.6
Bakıcı	1	1.3
Şimdiki yaşamını tercih nedeni		
Çocuğu kabul etmediği için	10	13.2
Kendi evinde daha rahat	31	40.8
Yük olmamak için	11	14.5
Yalnız kalmamak için	3	3.9
Çocukları evlenmediği için	12	15.8
Akrabaları bakmadığı için	1	1.3
Bakımını yapamadığı için	7	9.2
Mecbur olduğu için	1	1.3
Yaşamından memnuniyeti		
Hiç memnun değil	11	14.5
Memnun değil	11	14.5
Biraz memnun	5	6.6
Memnun	32	42.0
Çok memnun	17	22.4
İletişim özellikleri		
Kötü	5	6.6
Orta	26	34.2
İyi	45	59.2

Araştırma kapsamına alınan huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların fiziksel ve mental sağlık durumu değerleri Çizelge 5.11’de gösterilmiştir. Ortalama FSD değeri huzurevinde kalanlarda 39.6 ± 11.5 iken, huzurevi dışında yaşayan yaşlılarda 41.9 ± 10.4 ’tür. Ortalama FSD değeri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p=0.198$). Grupların MSD ortalamaları incelendiğinde huzurevinde yaşayan yaşlıların MSD ortalaması 47.0 ± 10.7 iken, huzurevi dışında yaşayanlarda 47.5 ± 9.6 ’dır. MSD değerleri

yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.746$).

Çizelge 5.11. Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerleri

	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)	
	FSD	MSD	FSD	MSD
Ortalama	39.6	47	41.9	47.5
Standart sapma	11.5	10.7	10.4	9.6
Ortanca	40.1	49	43.2	48.4
Minumum	20.3	23.2	17.7	22.1
Maksimum	59.6	65.1	57.4	66.9

Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel ve mental sağlık durumu değerleri Çizelge 5.12’de gösterilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaş gruplarına ($p_1=0.101$, $p_2=0.203$), medeni durumlarına ($p_1=0.066$, $p_2=0.868$) ve sosyal güvence durumlarına ($p_1=0.148$, $p_2=0.065$) göre FSD ve MSD ortalamaları yönünden fark yokken, cinsiyet özelliklerine ($p_1=0.016$, $p_2=0.011$) ve aylık gelir durumlarına ($p_1=0.040$, $p_2=0.015$) göre FSD ve MSD ortalamaları yönünden fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan huzurevindeki yaşlıların öğrenim durumları açısından MSD ortalamaları arasında fark yokken ($p_2=0.147$), FSD ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p_1=0.005$).

Çizelge 5.12. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerleri

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		p1	p2
	FSD	MSD		
Yaş grubu			0.101	0.203
≤59	42.0±13.1	44.8±11.3		
60-69	44.9±10.1	47.9±11.2		
70-79	39.4±12.5	49.7±10.1		
80-89	34.7±9.4	45.1±9.3		
≥90	34.8±9.0	37.1±13.0		
Cinsiyet			0.016	0.011
Kadın	36.0±11.2	43.3±11.5		
Erkek	42.3±11.1	49.8±9.4		
Medeni durum			0.066	0.868
Evli	46.3±12.7	44.1±18.1		
Bekar	37.3±11.5	45.0±10.2		
Boşanmış	46.5±8.2	47.1±11.2		
Eşi ölmüş	37.9±11.7	47.6±10.6		
Eğitim			0.005	0.147
Okur yazar değil	33.2±9.0	43.9±10.6		
Okur yazar	38.4±11.5	41.8±13.6		
İlkokul	42.2±12.0	50.5±9.1		
Ortaokul	50.3±8.9	51.2±11.5		
Lise	46.7±6.3	50.5±6.4		
Yüksekokul/ üniversite	49.8±11.9	51.9±2.4		
Aylık gelir			0.040	0.015
Geliri yok	34.5±10.9	43.2±8.4		
≤250 m. TL	35.3±10.5	41.5±11.9		
251-500 m. TL	41.0±10.9	49.9±9.5		
501-1000	45.9±12.2	50.7±8.3		
>1000	57.5	62.2		
Sosyal güvence durumu			0.148	0.065
Yok	34.5±10.1	43.2±11.3		
SSK	41.4±11.6	50.9±10.6		
Emekli Sandığı	42.2±11.4	45.8±9.1		
Bağkur	44.0±10.5	49.1±9.6		
Yeşil Kart	38.4±16.7	41.9±9.0		

p1: Grubun FSD yönünden karşılaştırma sonucu

p2: Grubun MSD yönünden karşılaştırma sonucu

Çizelge 5.13’de huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel ve mental sağlık durumu değerlerinin huzurevi yaşam özelliklerine göre karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırmaya katılan huzurevindeki yaşlıların huzurevinde yaşadıkları süre ($p_1=0.865$, $p_2=0.823$) ve huzurevinden memnuniyetlik durumlarına ($p_1=0.230$, $p_2=0.083$) açısından FSD ve MSD ortalamaları yönünden fark yoktur. Yaşlıların kurumdaki diğer yaşlılarla iletişimi açısından FSD ortalamaları arasında fark yokken ($p_1=0.198$), MSD ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p_2=0.021$).

Çizelge 5.13. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerlerinin Huzurevi Yaşam Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		p1	p2
	FSD	MSD		
Huzurevinde yaşadığı süre			0.865	0.823
<1	40.7±12.1	46.1±9.0		
1-3	39.9±11.1	46.8±11.7		
4-6	38.7±12.0	47.6±10.8		
Huzurevinden memnuniyeti			0.230	0.083
Hiç memnun değil	33.1±4.4	37.7±10.8		
Memnun değil	36.1±11.5	39.1±10.8		
Biraz memnun	36.5±13.0	46.5±11.0		
Memnun	39.0±10.7	48.1±10.0		
Çok memnun	43.4±11.9	49.8±10.3		
Diğer yaşlılarla iletişimi			0.198	0.021
Kötü	37.3±12.5	39.0±11.4		
Orta	36.3±10.2	47.4±7.5		
İyi	41.4±11.5	49.2±10.5		

p1: Grubun FSD yönünden karşılaştırma sonucu

p2: Grubun MSD yönünden karşılaştırma sonucu

Çalışmaya katılan huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel ve mental sağlık durumu değerleri Çizelge 5.14’de yer almaktadır. Huzurevi dışında yaşayan yaşlılarda yaş grupları ($p_1=0.079$, $p_2=0.806$), eğitim durumları ($p_1=0.077$, $p_2=0.630$), aylık gelir durumları ($p_1=0.705$, $p_2=0.936$) ve sosyal güvence durumları ($p_1=0.356$, $p_2=0.508$) açısından FSD ve MSD ortalamaları yönünden fark yoktur. Araştırmada yer alan huzurevi dışında yaşayan yaşlıların cinsiyet özellikleri ($p_2=0.133$) ve medeni durumları ($p_2=0.219$) açısından MSD ortalamaları arasında fark yokken, yaşlıların

cinsiyet özellikleri ($p1=0.001$) ve medeni durumları ($p1=0.009$) açısından FSD ortalamaları arasında fark olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 5.14. Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fiziksel ve Mental Sağlık Durumu Değerleri

Değişken	Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)		p1	p2
	FSD	MSD		
Yaş grubu			0.079	0.806
≤59	43.3±11.8	47.3±10.6		
60-69	45.3±10.9	45.0±11.6		
70-79	42.8±8.7	49.2±9.4		
80-89	39.5±10.0	47.0±8.3		
≥90	30.2±10.5	49.4±4.6		
Cinsiyet			0.001	0.133
Kadın	36.8±9.5	45.7±10.9		
Erkek	46.0±9.2	49.0±8.1		
Medeni durum			0.009	0.219
Evli	43.9±9.7	48.4±9.5		
Bekar				
Boşanmış	54.7	54.8		
Eşi ölmüş	36.5±10.0	45.0±9.7		
Eğitim			0.077	0.630
Okur yazar değil	37.3±9.9	45.7±11.6		
Okur yazar	42.4±9.7	48.0±8.9		
İlkokul	44.7±9.6	49.4±9.2		
Ortaokul	39.7±12.4	44.6±7.1		
Lise	50.4±6.1	48.6±8.8		
Yüksekokul/ Üniversite	54.1	48.7		
Aylık gelir			0.705	0.936
Geliri yok	44.8	52.5		
≤250 m. TL				
251-500 m. TL	41.8±9.8	46.8±10.8		
501-1000	40.5±11.6	48.1±7.9		
>1000	45.1±10.1	48.2±9.0		
Sosyal güvence durumu			0.356	0.508
Yok	44.8	52.5		
SSK	42.9±10.6	47.6±10.3		
Emekli Sandığı	41.1±8.9	48.8±6.9		
Bağkur	34.1±12.5	39.7±7.6		
Yeşil Kart	33.1±1.6	49.1±4.9		

Grubun p1: FSD, p2: MSD yönünden karşılaştırma sonuçları

Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre grup içi FSD ve MSD değerlerinin karşılaştırma sonuçları Çizelge 5.15’de gösterilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların FSD değerleri cinsiyet ($p=0.016$), eğitim durumu ($p=0.005$) ve aylık gelir ($p=0.040$) yönünden farklılık gösterirken, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların FSD değerleri cinsiyet ($p=0.001$) ve medeni durum ($p=0.009$) yönünden farklılık göstermektedir. MSD değerleri incelendiğinde ise huzurevinde yaşayan yaşlıların MSD değerleri cinsiyet ($p=0.011$) ve aylık gelir ($p=0.015$) yönünden farklılık gösterirken, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların MSD değerleri hiçbir yönden farklılık göstermemektedir.

Çizelge 5.15. Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Grup İçi Fiziksel ve Mental Sağlık Değerlerinin Karşılaştırma Sonuçları

Değişken	Huzurevinde Yaşayan (n=76)		Huzurevi Dışında Yaşayan (n=76)	
	FSD	MSD	FSD	MSD
Yaş grubu	0.101	0.203	0.079	0.806
Cinsiyet	0.016	0.011	0.001	0.133
Medeni durum	0.066	0.868	0.009	0.219
Eğitim durumu	0.005	0.147	0.077	0.630
Aylık geliri	0.040	0.015	0.705	0.936
Sosyal güvence durumu	0.148	0.065	0.356	0.508

BÖLÜM 6

TARTIŞMA

Kesitsel ve karşılaştırmalı nitelikteki bu çalışma huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sağlık algılamalarını değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Halk sağlığı alanında yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yaşam kalitesi ölçeklerinin daha sık kullanılması ile toplumu oluşturan değişik gruplar (işsizler, kadınlar, yaşlılar, çocuklar, engelliler vb) hakkında ayrıntılı bilgi birikimimiz olabilecek ve sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli ip uçları sağlanabilecektir (55).

Araştırmaya katılan huzurevindeki yaşlıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaşlıların %9.2'sinin 59 yaş ve altı, %84.2'sinin 60-89 yaş grubu, %6.6'sının 90 yaş ve üzeri olduğu, yaşlıların % 43.4'ünün kadın, %56.6'sının erkek olduğu, %64.5'inin eşinin öldüğü, %35.5'inin okur yazar değilken, %32.9'unun ilkokul mezunu olduğu, %9.2'sinin geliri yokken, %44.7'sinin 251-500 milyon TL arasında geliri olduğu, %30.3'ünün sosyal güvencesi yokken, %69.7'sinin sosyal güvencesi olduğu, %26.3'ünün çocuğu yokken, %36.9'unun 2 veya 3 çocuğu olduğu görülmektedir.

Yazgaç İstanbul'da 4 huzurevinde yaptığı çalışma sonucunda, yaşlıların %97.5'inin 60-89 yaş grubu olduğunu, %61.5'inin kadın, %13.5'inin evli, %18.0'ının bekar, %57.5'inin eşini kaybettiğini, %10.5'inin dul olduğunu, %19.0'ının okur yazar ve okur yazar olmadığını, %25.1'inin ilkokul, %59.5'inin ortaokul ve üzeri eğitilmiş olduğunu, %18.0'ının hiçbir gelirinin olmadığını ve %53.5'inin ise çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir (6).

Akgün'ün yaptığı bir araştırmada, araştırmaya katılan bireylerin %50.3'ünün 76 yaş ve üzerinde olduğu, yaşlıların %54.0'ının kadın, %46.0'ının erkek olduğu, %72.7'sinin dul olduğu, %16.8'inin okur yazar değilken, %34.2'sinin ortaöğretim mezunu olduğu ve %18.0'ının ise sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir. Akgün çalışmasında, Günaydın'ın huzurevlerinde yaptığı bir araştırmada yaşlı

bireylerin %57.3'ünün kadın, %43.7'sinin erkek olduğunu bildirdiğini belirtmiştir (1).

Gürhan ve arkadaşları Ankara'da Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı 3 huzurevinde yaptığı çalışma sonucunda, yaşlıların %82.0'nin 61-80 yaş grubunda olduğunu, %31.0'nin hiç evlenmemiş olduğunu, %41.0'nin okur yazar değilken, %43.0'nin ilkokul mezunu olduğunu, %62.0'nin herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığını, %58.0'nin kurumda kalışının devlet tarafından sağlanırken, %27.0'nin ise emekli maaşı karşılığı kurumda kaldığını bildirmiştir (61).

Beştepe ve arkadaşları, yaşlıların %11.4'ünün 65 yaş altı, %39.9'unun 65-74 yaş grubu, %57.7'sinin 75 yaş ve üzerinde olduğunu, %40.2'sinin kadın, %59.8'inin erkek olduğunu, %8.2'sinin evli, %10.3'ünün bekar, %75.3'ünün eşinin öldüğünü, %6.2'sinin ise eşinden boşanmış olduğunu ve %57.7'sinin okur yazar olmadığını ifade etmiştir (62).

Durgun ve Tümerdem'in yaptıkları araştırmada da, yaşlıların %95.0'nin 60-89 yaş grubunda, %5.0'nin ise 90 yaş ve üzerinde olduğu, %43.0'nin erkek, %57.0'nin ise kadın olduğu, %61.0'nin sürekli bir geliri varken, %39.0'nin ise hiçbir gelire sahip olmadığı bulunmuştur (9).

Sertbaş ve Bahar'ın Gaziantep huzurevinde yaptıkları çalışmada, yaşlıların %39.9'unun 60-70 yaş grubu, %46.4'ünün 71-80 yaş grubu, %16.6'sının 81-90 yaş grubu olduğu, yaşlıların %78.6'sının erkek, %21.4'ünün kadın olduğu, %19.6'sının evli, %14.3'ünün bekar, %46.4'ünün dul, %19.6'sının ise boşanmış olduğu, %23.2'sinin okur yazar değilken, %25.0'nin ilkokul, %8.9'unun ortaokul-lise mezunu olduğu, %75.0'nin geliri varken, %25.0'nin ise kurum yardımıyla gereksinimlerini karşıladığı ve %58.9'unun sosyal güvencesi bulunmadığı belirtilirken (11); Uncu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, yaşlıların %60.1'inin kadın, %39.9'unun erkek olduğu, %10.9'unun evli, %89.1'inin ise hiç evlenmemiş, eşi ölmüş, ve eşinden ayrı yaşıyor olduğu,

%45.0'nın okur yazar değilken, %38.3'ünün ilkokul ve %16.7'sinin ortaokul ve üzeri eğitime sahip olduğu, %34.2'sinin hiçbir geliri, %35.2'sinin ise hiçbir sağlık güvencesi olmadığı ve %41.0'nın ise çocuğu olmadığı belirtilmiştir (63).

Ağırbaş ve Şenses'in Kocaeli huzurevinde yaptıkları araştırmada, yaşlıların %41.7'sinin kadın, %58.3'ünün erkek, %13.3'ünün evli, %20.0'nın bekar, %66.7'sinin dul olduğu, %11.7'sinin okur yazar değilken, %63.3'ünün okur yazar, %18.3'ünün ortaokul, %5.0'nın lise ve %11.7'sinin yükseköğretim mezunu olduğu ve %21.6'sının ise sosyal güvenceye sahip olmadığı bulunmuştur (33).

Aksu araştırmasında yaşlıların %62.2'sinin erkek, %33.8'inin kadın (64); Arslan ve Şule, %61.5'inin erkek, %38.5'inin kadın (65); Yoldaşcan ve Yurdakul, %56.2'sinin erkek, %43.8'inin kadın, %37.7'sinin okur yazar değilken, %48.1'inin okuryazar ve ilkokul mezunu olduğunu (15); Bıyık ve Özgür, %55.5'inin erkek, %49.5'inin kadın (66); Berberoğlu ve arkadaşları, %73.6'sının erkek, %26.4'ünün kadın, %50.0'nın temel eğitimden yoksul olduğunu, %47.0'nın dul olduğunu (67) belirtmiştir.

Yaptığımız çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyodemografik özellikleri yapılmış olan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzer veya farklı değerler elde edildiği gözlenmiştir. Farklı şehirlerin olası farklı kültürel ve sosyo-ekonomik özellikleri kurumlar arasındaki farklılıkların oluşumunda rol oynayabilir.

Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların demografik verileri incelendiğinde ise yaşlıların sadece sosyal güvence durumu (%1.3'ünün sosyal güvencesi yok) ve çocuk sahibi olma durumu (%2.6'sının çocuğu yok) açısından huzurevlerinde yaşayan yaşlılardan farklılık göstermektedir. Yaşla birlikte sağlık sorunlarının ve bakım maliyetinin artması yaşlıların ve yaşlıya bakım veren ailelerin ekonomik gücünü zorlamaktadır. İnsanoğlunun çocuk sahibi olmak istemesindeki nedenlerden biri de çocuğu yaşlılığında bir garanti olarak görüyor olmasıdır. Bu

nedenle çocuk sahibi olmayan yaşlılar kendi gereksinimlerini karşılayamayacak duruma geldiklerinde huzurevlerini tercih edebilmektedirler. Bunun yanında çocuğu olduğu halde huzurevine gelenlerin oranı ise %73.7 (n=56) idi. Bu da bize kentleşmeye paralel olarak geniş ailenin yerini çekirdek aileye bırakması, ailenin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısının değişmesi, kadının giderek çalışma hayatına girmesi ile birlikte yaşlının bakımının aileleri tarafından bile karşılanamadığını düşündürmektedir.

Bilgili ve Kubilay (Ankara, 60 yaşlı) yaptıkları çalışmada, yaşlıların %58.3'ünün herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığını (68); Ellidokuz ve arkadaşları (Afyon, 2087 yaşlı), %38.2'sinin sağlık güvencesi olmadığını ve sahip oldukları çocuk sayısının ortalama 4.6 ± 2.0 olduğunu (69); Ergör (Etimesgut, 209 yaşlı), %69.9'unun 3'den fazla çocuğu olduğunu ve %49.3'ünün sosyal güvencesi olmadığını (70); Gökkoca ve Dönmez (Antalya, 840 yaşlı), %21.1'inin sosyal güvencesi olmadığını (71); Ekici ve Özdemir (İzmit), %31.0'ının emekli maaşı olmadığını (72) belirtmiştir.

Huzurevindeki yaşlıların sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde huzurevindeki yaşlıların %52.6'sının sigara kullanmadığı, %25.0'ının sigarayı bıraktığı ve %22.4'ünün sigara kullandığı, alkol kullanma durumlarına bakıldığında ise yaşlıların %78.9'unun alkol kullanmadığı, %19.8'inin alkölü bıraktığı ve %1.3'ünün alkol kullandığı görülmektedir.

Beştepe ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, yaşlıların %62.9'unun sigara, %91.8'inin alkol kullanmadığını (62); Ağırbaş ve Şenses ise, %25.7'sinin sigara, %20.0'ının ise alkol kullandığını bildirmiştir (33). Yine Beştepe ve Şenses çalışmasında, dünyada 65-75 yaşlarındakilerin %20.0'ının, 75 yaşın üstündekilerin ise %9.0'ının sigara içtiğinin bildirildiğini belirtmiştir (33).

Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %5.3'ü sigara, %2.6'sı alkol kullanmakta idi. sigara kullanma davranışı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.002$). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sigara kullanım

oranının yüksek olması, huzurevinin yaşlılar tarafından son durak olarak görülüyor olması ve yapılabilecek bir şey olmadığının düşünülmesi nedeniyle yaşlının kendi sağığına dikkat etmemesinden kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan huzurevindeki yaşlıların sağık öykülerine baktığımızda yaşlıların %73.7'sinin düzenli olarak en az bir ilaç kullandığı, %80.2'sinin bir ay öncesine kadar sağıkla ilgili bir yakınma yaşamış olduğu, %80.2'sinin en az bir kronik hastalığı bulunduğı, %64.5'inin son bir aydır sürekli sağıkla ilgili bir yakınması olduğu, %22.3'ü son bir ay içinde sağık muayenesinden geçmezken, %36.9'unun yakınma, %36.9'unun kontrol ve %3.6'sının ise ilaç yazdırma nedeniyle sağık muayenesinden geçtiğı görölmektedir. Genel olarak yaşlılarda görölen hastalıklar nitelik ve nicelik yönünden gençlerdekinden farklıdır. Kronik hastalıklar ve metabolizma bozuklukları yaşlılıkta artmaktadır (21). Yaşla artan sağık problemleri uzun süreli ve fazla ilaç alımını gerektirmektedir (33). Ayrıca yaşlı nüfusun genç nüfusa göre daha fazla sağık yardımı aradığı bilinmektedir (10). Çalışmamız sonucu elde edilen verilerin diğere çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerlik gösterdiği gözlenmiştir. Huzurevindeki yaşlıların %80.2'sinin en az bir kronik hastalığı bulunurken sadece %73.7'sinin düzenli olarak en az bir ilaç kullanması, huzurevinde verilen sağık hizmetinin sağık personeli yetersizliğinden dolayı eksik kaldığını düşündürmektedir.

Gürhan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, yaşlıların yarısından fazlasının (61); Uncu ve arkadaşları, %78.8'inin (63); Sertbaş ve Bahar, %35.7'sinin (11); Berberoğlu ve arkadaşları ise, %74.7'sinin (67) en az bir kronik hastalığı bulunduğunu bildirmiştir. Ağırbaş ve Şenses'in yaptıkları çalışmada, örnekleme alınan bireylerin %65.0'ının düzenli ve en az bir ilaç kullandığı, %36.8'inin bir, %63.2'sinin ise birden fazla hastalık/yakınması olduğu görölmektedir (33). Yine Aksu'nun yaptığı çalışmada, son altı ayda sağık kurumuna başvuranların sayısı %40.0 iken (64); Beştepe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, yaşlıların %89.1'i hekim kontrolünü gerektirecek sağık sorunu olmadığını ifade etmiştir (62).

Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların, son bir aydır sürekli yakınmasının bulunup bulunmadığı ($p=0.005$) ve son bir aydır sağlık muayenesinden geçip geçmediği ($p=0.001$) değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %84.2'sinde son bir aydır sürekli sağlıkla ilgili bir yakınması bulunurken, sadece %39.4'ü sağlık muayenesinden geçmiştir. Bunun nedeni huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sağlık hizmeti alırken yaşadığı (ulaşım, muayene veya ilaç kuyruğunda bekleme vb) zorluklar olabilir. Kılıç huzurevinde kalmayan yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada, yaşlıların sağlık kuruluşlarında karşılaştıkları sorunların başında hizmete ulaşma güçlüğü (%98.0), ulaşım sorunu (%62.0), hastane içerisinde ulaşım güçlüğü (%35.0) ve hastaneye yalnız gidememe gibi sorunların geldiğini bildirmiştir (7). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması ve toplumun gereksinimlerini karşılayamaması ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yığılmalara ve buna bağlı olarak da çeşitli problemlerin oluşmasına neden olmaktadır. Huzurevindeki yaşlıların %80.2'sinde, huzurevi dışında yaşayan yaşlıların ise %89.5'inde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Elde ettiğimiz verilerin, hastalık sıklığı huzurevlerinde kalan bireylerde topluma göre daha fazla olabilir (65) bilgisi ile uyumlu olmadığı görülmektedir.

Dönmez ve Dedeoğlu'nun Antalya'da 1000 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada, yaşlıların bir yıl içinde ortalama 3.41 ± 3.87 kez herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmış, yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda da kronik hastalık varlığının kişinin sosyal güvencesinin bulunmasının, eşiyile birlikte yaşamasının ve günlük yakınma sayısının kişinin sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (73).

Katılımcıların kendi sağlık durumlarını 0 ile 10 arasında (0 kötü, 10 iyi) bir puanla değerlendirdiği soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde ortalama sağlık algı puanının 6.6 ± 2.3 (ortanca 7) olduğu gözlemlendi. Ortalama sağlık algı puanı huzurevinde kalan yaşlılarda 6.3 ± 2.4 , huzurevi dışında kalan yaşlılarda 6.8 ± 2.2 olarak tespit edildi ve sağlık algı puanı yönünden gruplar arasında anlamlı fark olmadığı gözlemlendi ($p=0.131$). Sağlık problemlerinin yaşlılık döneminde daha fazla

olması, sosyal destek ve ilişkilerin giderek azalıyor olması bu kişilerin ruh sağlığı açısından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Bu nedenle sadece barınma ihtiyacının karşılanması sorunların ortadan kalkması için tek çözüm olarak düşünülmemelidir.

Beştepe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, örneklem grubunu oluşturan bireylerin %50.5'i sağlık seviyelerini orta düzeyde hissettiklerini belirtmiştir (62). Yine Sertbaş ve Bahar yaptıkları çalışmada, yaşlıların %44.6'sının orta, %28.6'sının iyi, %26.8'inin kötü (11); Bıyık ve Özgür ise, %44.5'inin iyi (66) olarak sağlıklarını algıladıklarını bildirmiştir. Yaşın artışı ile birlikte kişilerin sağlık algıları olumsuzlaşmaktadır. Cinsiyete, sosyal güvenceye ve medeni duruma göre algılanan sağlık durumu istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Kadınlar arasında kendi sağlığını olumsuz olarak algılayanlar erkeklere göre daha fazladır. Eşi ölmüş/ayrılmışlar yüksek olumsuz sağlık algılarıyla diğerlerinden, hiç evlenmemişler ise yüksek olumlu sağlık algılarıyla evlilerden farklılık göstermektedir (58).

Huzurevinde yaşayan araştırmaya katılan yaşlıların yaşlılık dönemine ait düşüncelerine baktığımızda huzurevindeki yaşlıların %7.9'u yaşlılığı başkasına bağımlılık, %27.6'sı yaşanması geren bir dönem, %2.6'sı bencil bir dönem, %13.2'si hastalıklarla dolu bir dönem, %15.8'i harika bir dönem, %13.2'si yaşanması zor bir dönem, %14.5'i kötü bir dönem, %1.3'ü yaşamın sonu, %1.3'ü durgunluk dönemi, %2.6'sı yalnız geçen bir dönem olarak tanımlamaktadır. Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %48.7'si yaşlılık hakkında olumlu tanımlama yaparken, %51.1'i olumsuz tanımlama yapmıştır. Yaşlanmayı kabullenme her bireyin dinamiklerine göre değişebilmektedir. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan davranışları: bu dönemin mümkün olduğunca tadını çıkaranlar, pasif bir kabulleniş içinde ölümü bekleyenler ve bu dönemi mutsuz, huzursuz ve öfkeli geçirenler şeklinde özetlemek olasıdır (17).

Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yarısından fazlası yaşlılık hakkında olumsuz tanımlama yapmıştır. Bunun nedeni, yaşın ilerlemesi ile artan

sağlık problemleri, fiziksel aktivite kısıtlılıkları, sosyal statülerinin giderek azalmasına bağlı ortaya çıkan psikolojik problemler olabilir.

Gürhan ve arkadaşları, yaşlıların %82.0'nın yaşlılığı kötü bir durum, %56.0'nın işe yaramazlık, %17.0'nın ise rahatsızlık olarak algıladıklarını bildirmiştir (61). Bilgili ve Kubilay yaptıkları araştırmada, yaşlı yakınlarının çoğunun yaşlı bireyi, kuvveti azalmış, elden ayaktan düşmüş, başkalarına muhtaç olan ve şefkat gösterilmesi gereken bir birey olarak tanımladıklarını bildirmiştir (68). Yaşam doyumunu denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantılardaki doyum anlaşılır. Yaşlılıkta önemli olan, işe yaramaz olduğunu hiçbir zaman düşünmemektedir. Bu işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmanın en iyi yolu, kendine mutluluk veren işlerle uğraşmaktır. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görülmektedir. çalışan ve üreten insan, emeklilikten kısa bir süre sonra kendisini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Artık eski yaşantılarını anma dönemine girmiş olduğu düşünülmektedir. Bu durum doğal olarak yaşlılarda yaşam doyumunu olumsuz etkilemektedir (74).

Araştırmada yer alan yaşlıların yakınları olup olmadığı, yakınları tarafından telefonla aranıp aranmadığı, ziyaret edilip edilmediği incelendiğinde huzurevindeki yaşlıların %1.3'ünün yaşayan yakını olmadığı, %60.5'inin Zonguldak içinde, %38.2'sinin Zonguldak dışında yaşayan yakını olduğu, %34.2'sinin yakınları tarafından telefonla aranmadığı, %34.2'sinin ise yakınları tarafından ziyaret edilmediği görülmektedir. Yaşlıların çoğunun Zonguldak içinde bir yakınının olması, yakınları tarafından sahip çıkılmasalar bile yaşlıların alışık olduğu şehirden ve yakınlarından uzak kalmak istemediklerini düşündürmektedir. Huzurevi dışında yaşayan yaşlıları incelediğimizde Zonguldak içinde yaşayan yakını olanlar %93.4, yakınları tarafından telefonla aranmayanlar %6.6, yakınları tarafından ziyaret edilmeyenler %9.2 idi.

Durgun ve Tümerdem'in çalışmasında, örnekleme alınan bireylerin %14.0'nın yakın akrabası yokken (9); Gürhan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise,

%62.0'nın yakınları tarafından ziyaret edildiği (61) bildirilmiştir. Huzurevine kabul edilen yaşlılarla ilgili istatistik veriler pek iç açıcı görünmemektedir. Huzurevine kabul edilen yaşlıların %8.0'nın ilk hafta, %29.0'nın ilk ayda, ve %45.0'nın ikinci altı ay içinde öldüğü tespit edilmiştir. Bu durum buradaki hayat şartlarının yeterli olmayışına değil, yaşlı insanın alışık olduğu çevreden, acı-tatlı anılarından, eski, işe yaramaz da olsa kendine ait eşyadan uzaklaşmasına, sevgi uyarılarından mahrum kalmasına bağlanabilir (7).

Araştırmaya katılan huzurevi ve huzurevi dışındaki yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumları incelendiğinde huzurevindeki yaşlıların %13.2'si giyinirken, %17.1'i yatıp kalkarken, %17.1'i ayağa kalkarken, %14.5'i elini yüzünü yıkarken, %22.3'ü banyo yaparken, %21.0'ı tuvalete oturup kalkarken, %1.3'ü yemek yerken, %22.3'ü kapalı mekanda dolaşırken, %23.7'si merdiven inip çıkarken, %23.7'si dışarıda dolaşırken, %32.8'i ayak tırnağını keserken tamamen başkasına bağımlı durumdadır. Huzurevi dışında yaşayan yaşlılarda bu oranlar (giyinme ($p=0.003$), yatıp kalkma ($p=0.001$), ayağa kalkma ($p=0.001$), banyo yapma ($p=0.001$), merdiven inip çıkma ($p=0.001$), ayak tırnağını kesme ($p=0.001$)) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu durumun iki nedeni olabilir. Birinci neden olarak huzurevlerinin yaşlılar tarafından bir hastane olarak görülüyor olması ve ancak kendi bakımlarını yapamayacak duruma geldiklerinde huzurevini tercih ediyor olmalarını, ikinci neden olarak da yaşlanmaya bağlı yeti kaybının ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması, pek çok yaşlı yakınının bu ihtiyaçları karşılayamaması ve yaşlıları huzurevine göndermelerini sayabiliriz.

Uncu ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, yaşlıların en fazla yardım gereksinimi duyduğu üç aktivitenin sırası ile; banyo yapma (%23.3), dışarıda gezme (%19.7) ve merdiven çıkma (%12.4) olduğunu belirtmiştir (63). Arslan ve Gökçe ise, alışveriş, ulaşım ve yıkanma gibi günlük yaşam aktivitelerinde kadınlarda bağımlılığın daha yüksek olduğunu bulmuştur (75).

Ellidokuz ve arkadaşları Afyon'da 2087 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yapabilme durumlarını incelemiş ve yaşlıların %98.6'sının yemek yeme, %97.0'ının yatak veya sandalyede oturup kalkma ve tualete gidebilme, %96.9'unun giyinebilme, %96.6'sının ev içinde yürüyebilme, %94.9'unun yıkanabilme ve %94.0'ının sokakta yürüyebilmede tamamen bağımsız olduklarını bildirmiştir (69). Dönmez ve arkadaşları da yaptıkları çalışma sonucunda, yaşlıların en çok kısıtlanan günlük yaşam aktivitelerinin yaşlının evden çıkmasını gerektiren aktiviteler olduğunu göstermiştir (76). Kılıç'ın çalışmasında, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ilgili durumlarına bakıldığında ise genelde bağımsız oldukları, banyo yapma (%25.0) ve dışarıda dolaşma (%16.0) gibi komplike aktivitelerde bağımlı oldukları görülmektedir (7).

Kurumlarda yaşayan yaşlıların huzurevine gelmeden önce birlikte yaşadığı kişilere, huzurevini tercih nedenlerine, huzurevinde kaldıkları yıllara, huzurevinden memnuniyetlik durumlarına ve huzurevindeki diğer yaşlılarla iletişim özelliklerine baktığımızda Devrek huzurevindeki yaşlıların huzurevine gelmeden önce %29.0'ının yalnız, %22.5'inin eşi, %19.4'ünün oğlu, %6.5'inin kızı, %19.4'ünün akrabası ve %3.2'sinin bakıcısı, Ereğli huzurevindeki yaşlıların ise %33.9'unun yalnız, %35.6'sının eşi, %11.1'inin oğlu, %17.8'inin kızı ve %2.2'sinin akrabası ile birlikte yaşamış olduğu görülmektedir. Devrek huzurevindeki yaşlılarda kuruma gelmeden önce yalnız yaşayanların oranının Ereğli huzurevindeki yaşlılara göre düşük olması, Devrek huzurevinin bir rehabilitasyon merkezi olması ve bu kuruma gelmeden önce de yaşlıların bakımını yaparken bir başkasının yardımına ihtiyaç duyduğunu düşündürmektedir. Durgun ve Tümerdem yaptıkları çalışmada, yaşlıların %12.0'ının eşi, %16.0'ının çocukları, %54.0'ının yalnız, %13.0'ının ailesi, %3.0'ının arkadaşları ile birlikte yaşadığını ve %2.0'ının ise bu soruya yanıt vermediğini bildirmiştir (9).

Örnekleme katılan bireylerin huzurevini tercih nedenlerini incelediğimizde Devrek huzurevindeki yaşlıların %68.0'ının çocukları ve yakınları bakmadığı için, Ereğli huzurevindeki yaşlıların ise %35.6'sının bakımını yapamadığı ve kimseye

yük olmak istemediği, %26.6'sının da yalnız kaldığı için huzurevini tercih ettiği görülmektedir. Gürhan ve arkadaşları araştırmasında, yaşlıların %33.0'ının kendi bakımını tek başına sağlayamadığı, %22.0'ının mecbur olduğu, %5.0'ının kimsesi olmadığı (61); Durgun ve Tümerdem, %41.0'ının bakacak kimsesi olmadığı, %7.0'ının bakacak kimsesi olduğu halde onunla ilgilenmedikleri, %20.0'ının yük olmak istemediği, %18.0'ının kalacak yeri olduğu halde orada ona hizmet sunacak kurum ya da kişiler olmadığı (9); Sertbaş ve Bahar, %12.5'inin kendi bakımını yapamadığı, %33.9'unun hiç kimsesi olmadığı, %41.1'inin ailesi kabul etmediği, %12.5'inin ailesine yük olmak istemediği (11); Berberoğlu ve arkadaşları, %75.0'ının kendi istediği (67); Akgün, %51.6'sının yalnız başına yaşamının zor olduğunu düşündüğü ve %8.1'inin ailevi anlaşmazlıklar (1) yaşadığı için huzurevine geldiğini bildirmiştir. Pınar ve Çınar'ın yaptığı çalışmada da, yaşlıların %33.3'ünün yalnızlık, %31.4'ünün kendine bakmada yetersizlik, %10.1'inin ekonomik güçlükler nedeniyle huzurevine başvurduğunu ve %83.0'ının kendi isteği ile huzurevine geldiği görülmektedir. Yine Pınar ve Çınar çalışmasında, Fadiloğlu ve arkadaşlarının araştırmasında, yaşlıların %75.3'ünün kendi isteği ile huzurevine geldiğini, geliş nedeninin %54.3 oranında yalnızlık, %4.2 oranında maddi güvensizlik olduğunun bildirildiğini belirtmiştir. Çalışma sonuçlarında gösterildiği gibi huzurevine başvurmadaki en önemli neden yalnızlıktır ve yalnızlık değişen, gelişen toplumumuzun, küçülen aile yapısının bir sonucudur (77).

Huzurevindeki yaşlıların %80.3'ü 1-3 yıl ve 4-6 yıldır huzurevinde kalmaktadır. Yaşlıların %69.7'si huzurevinden memnun ve çok memnun olduğunu, %10.5'i memnun olmadığını, %5.3'ü ise hiç memnun olmadığını ifade ederken, yaşlıların %60.5'i kurumdaki diğer yaşlılarla iletişiminin iyi olduğunu, %18.5'i ise kötü olduğunu ifade etmiştir. Yine Yoldaçcan ve Yurdakul çalışmasında, yaşlıların %70.4'ünün 2 yıldan az, %15.4'ünün 2.5 yıldır, %14.2'sinin 5 yıldan fazla süredir huzurevinde kaldığını belirtmiştir (15). Sertbaş ve Bahar'ın yaptığı çalışmada da, yaşlıların %25.0'ının kurumda 1 yıldan az, %35.7'sinin 1-3 yıldır, %17.9'unun 4-6 yıldır, %10.7'sinin 7-8 yıldır ve %10.7'sinin ise 10 yıl ve daha fazla süredir huzurevinde kaldığı belirtilmiştir (11).

Gürhan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, yaşlıların %84.4'ünün huzurevinde yaşamaktan memnun olduğunu (61); Uncu ve arkadaşları, %61.6'sının çok memnun olduğunu, %21.7'sinin ise memnun olmadığını (63) bildirmiştir. Yaşlıların kurumdaki memnuniyetsizliği kurumda verilen hizmetlerin eksikliğinden olabileceği gibi yaşlıların huzurevine gelme nedeninin kendi isteği ile olup olmamasından da kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Yine huzurevinde yaşayanların yarısından fazlası (%69.7), huzurevinden memnun ve çok memnun olduklarını ifade etmiştir. Bu durumun da nedeni kurumda verilen hizmetin tam olması veya kurumda yaşamayı kabul etmek zorunda olduklarını düşünmeleri olabilir.

Araştırma kapsamındaki huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların FSD ($p=0.198$) ve MSD ($p=0.746$) ortalamaları yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Pınar ve Çınar araştırmasında, bazı çalışmalarda hem evde hem de huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri arasında fark olmadığını, her iki grubun yaşam kalitelerinin genç popülasyona göre daha düşük olduğunu bildirildiğini belirtmiştir (77).

Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler incelendiğinde huzurevinde yaşayan yaşlılarda FSD ($p=0.016$) ve MSD ($p=0.011$) değerlerinin erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Pınar ve Çınar çalışmasında, mental sağlık puanı hariç ölçekteki tüm alt grup puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Yine Pınar ve Çınar çalışmasında, Feste'nin erkeklerde yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu bildirdiğini belirtmiştir (77). Çalışma sonuçlarımız Feste'nin bulguları ile uyum içindedir. Kesin bir yorum getirilememekle birlikte, erkeklerde yaşam kalitesinin daha iyi olmasının bir nedeni, belki de ülkemizde erkeklerin yetiştirilme tarzı ile ilgili olarak, kadınlara göre daha ön planda olmaları, genç erişkin yaşantılarında çocukların ya da aile sorumluluğunun büyük ölçüde kadının omuzlarına yüklenmiş olması ve öne çıkan erkek egemen kimliğinin sonucu ya da devamı olabilir (77).

Çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlıların medeni durum özelliklerine göre FSD ($p=0.066$) ve MSD ($p=0.868$) ortalamaları yönünden anlamlı fark bulunmamıştır. Pınar ve Çınar tarafından yapılan araştırmada, mental sağlık puanı hariç, gruplar arasında anlamlı fark olmamakla birlikte, evli olanların hemen hemen her alanda yaşam kalitesi puanlarının bekar ve dul olanlara göre daha yüksek bulunduğunu bildirmiştir. Belek'in yaptığı çalışmada da, evlenmemiş olanların sağlık algılamasının evli olanlara göre daha iyi olduğu bildirilmiştir (78). Yine Demiral çalışmasında, Kirschenbaum ve arkadaşlarının, evlilik ve çocuk sahibi olmanın iyilik durumunu olumsuz etkilediğini bildirdiklerini belirtmiştir (55). Erengin ve Dedeoğlu ise, hiç evlenmemişlerin yüksek olumlu sağlık algılarıyla evlilerden farklılık gösterdiğini belirtmiştir (58).

Eğitim durumları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise MSD ($p=0.147$) ortalamaları arasında fark bulunmazken, FSD ($p=0.005$) ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Pınar ve Çınar çalışmasında, yaşam kalitesi puanlarının ilköğrenim, ortaöğrenim, ve yüksek öğrenimliler ile okur-yazar olmayanlar arasında farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Yine Pınar ve Çınar çalışmasında, Bergner, Palmore ve arkadaşlarının, öğrenim düzeyinin yükselmesine paralel olarak yaşam kalitesinin arttığını, daha yüksek öğrenim düzeyi ile daha iyi yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu bildirdiklerini belirtmiştir. Ancak yapılan bir çok çalışmada da öğrenim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanamadığının bildirildiğini söylemiştir (77). Akgün de çalışmasında, yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanların eğitim düzeyi arttıkça puanların arttığını ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu ifade etmiştir. Bu durum yaşlı bireylerin eğitim düzeyi arttıkça, sağlıklı davranış bilinci ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin arttığı şeklinde düşünülebilir (1).

Huzurevindeki yaşlıların gelir durumlarına göre FSD ($p=0.040$) ve MSD ($p=0.015$) ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. FSD ve MSD ortalamaları aylık geliri olmayanlar ve aylık geliri 250 milyon TL ve altında olanlarda, aylık geliri 250 milyon TL ve üzerinde olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Sosyal güvence durumlarına göre FSD ($p=0.148$) ve MSD

(0.065) ortalamaları yönünden fark olmadığı tespit edilmiştir. Sosyal güvence durumlarına göre ortalamalar arasında fark yokken, aylık gelir durumlarına göre fark vardır. Bu durum bize, sosyal güvencesi olmasa da yaşlıların gereksinimleri kurum tarafından karşılanırken, kendisine özel harcama yapabileceği bir gelirin olmaması veya olsa da ihtiyacını karşılayamayacak kadar az olması durumunda kişinin hem mental hem de fiziksel olarak bir takım sorunla karşı karşıya olduğunu düşündürmektedir. Gülseren ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, ekonomik durumun kötü olmasının huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir (79).

Çalışmamızda, huzurevinde yaşayan yaşlıların kurumdaki diğer yaşlılarla iletişim özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde iletişim özellikleri açısından FSD ($p1=0.198$) ortalamaları arasında fark yokken, MSD ($p2=0.021$) ortalamaları arasında fark bulunmuştur. MSD ortalamaları kurumdaki diğer yaşlılarla iletişimi iyi (49.2 ± 10.5) ve orta (47.4 ± 7.5) olanlarda iletişimi kötü (39.0 ± 11.4) olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yalnızlık duygusu yaşlı bireyler için üzerinde durulması gereken bir konudur. Yalnızlık bireyin kendi dışındaki yaşamla olan ilişkilerinin azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle birey çevresine karşı ne kadar duyarlı ve açık olursa o ölçüde kendisini yalnız hissetmeyip, kendi içine kapanmayacaktır. Bu durumda ruhsal açıdan bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlayabilir.

Huzurevi dışında yaşayanların sosyodemografik özelliklerine göre FSD ve MSD ortalamalarını incelediğimizde yaşlıların cinsiyet özellikleri ($p1=0.001$) ve medeni durumlarına ($p1=0.009$) göre FSD ortalamaları yönünden fark varken, cinsiyet özellikleri ($p2=0.133$) ve medeni durumlarına ($p2=0.219$) gören MSD ortalamaları yönünden fark bulunamamıştır. FSD ortalamaları erkeklerde (46.0 ± 9.2) kadınlara (36.8 ± 9.5) göre daha yüksek bulunmuştur. Bizim toplumumuzda genelde kadınlar ev içindeki sorumlulukları yüklenirken, erkekler ev dışındaki sorumluluklarda aktif rol oynamaktadır.

BÖLÜM 7

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1. SONUÇLAR

Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sağlık algılamalarını değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

1. Huzurevinde yaşayan yaşlıların %84.2'si (n=64) 60-89 yaş grubu, %43.4'ü (n=33) kadın, %64.5'i (n=49) eşini kaybetmiş, %35.5'i (n=27) okur-yazar değil, %9.2'si (n=7) hiçbir gelire, %30.3'ü (n=23) hiçbir sosyal güvenceye ve %26.3'ü ise hiç çocuğa sahip değil. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sosyal güvence ($p=0.001$) ve çocuk sahibi olma ($p=0.001$) durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir.

2. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlılar sigara kullanıp kullanmama durumuna göre değerlendirildiğinde sigara içenlerin oranı huzurevinde yaşayan yaşlılarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

3. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sağlık öyküleri incelendiğinde huzurevi dışında yaşayan yaşlılarda ilaç kullananların (%82.9), bir ay öncesine göre yakınması olanların (89.5), kronik hastalığı bulunanların (%89.5), son bir aydır sağlıkla ilgili yakınması olanların (%84.2) ve son bir aydır sağlık muayenesinden geçmeyenlerin (%60.6) oranı yüksek bulundu. Ayrıca huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %84.2'sinin son bir aydır sağlıkla ilgili bir yakınması olduğu halde yalnızca %60.6'sının sağlık muayenesinden geçtiği tespit edilmiştir.

4. Katılımcıların kendi sağlık durumlarını 0 ile 10 arasında bir puanla değerlendirdiği soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde sağlık algı puanı yönünden gruplar arasında anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir ($p=0.131$).

5. Araştırmaya katılanların yaşlılık dönemine ait düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde huzurevi (%56.6) ve huzurevi dışında (%51.3) yaşayan yaşlıların yarıdan fazlasının yaşlılık hakkında olumsuz düşünceye sahip olduğu tespit edilmiştir.

6. Araştırmada yer alan yaşlıların yakınları olup olmadığı, yakınları tarafından telefonla aranıp aranmadığı, ziyaret edilip edilmediği incelendiğinde huzurevinde yaşayan, yakınları tarafından telefonla aranmayanların (%34.2) ve ziyaret edilmeyenlerin (%34.2) oranları huzurevi dışında yaşayan yaşlılara göre yüksek bulunmuştur.

7. Araştırmaya katılan yaşlıların GYA'ni yaparken yardım alma özellikleri incelendiğinde huzurevinde yaşayan yaşlıların GYA'ni yaparken tamamen başkasına bağımlı olma oranları huzurevi dışında yaşayan yaşlılara göre yüksek bulunmuştur.

8. Huzurevinde yaşayan yaşlıların huzurevini tercih nedenlerine bakıldığında Devrek huzurevindeki yaşlıların %58.0'ı çocukları ve yakınları bakmadığı için huzurevine geldiğini belirtirken, Ereğli huzurevindeki yaşlıların ise %26.6'sı yalnız kaldığı, %17.8'i kimseye yük olmak istemediği için huzurevine geldiğini bildirmiştir.

8. Ereğli huzurevindeki yaşlıların yarıya yakını (%48.8), Devrek Huzurevindeki yaşlıların ise %16.1'i yaşadığı kurumdan çok memnun olduğunu belirtmiştir.

9. Araştırmaya katılan huzurevi dışında yaşayan yaşlıların %48.7'sinin eşi ile, %10.5'inin ise yalnız yaşadığı gözlenmiştir.

10. Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların ortalama FSD ($p=0.198$) ve MSD ($p=0.746$) değerleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

11. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre FSD ve MSD değerleri incelendiğinde, FSD ve MSD değerlerinin erkeklerde ($p_1=0.016$, $p_2=0.011$) ve aylık geliri fazla olanlarda ($p_1=0.040$, $p_2=0.015$) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca eğitim durumu arttıkça FSD ortalamaları arasında anlamlı olarak artış olduğu gözlenmiştir ($p_1=0.005$).

12. Huzurevinde yaşayan ve diğer yaşlılarla iletişimi iyi olan yaşlıların MSD ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p_2=0.021$).

13. Huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre FSD ve MSD değerleri incelendiğinde, erkeklerde ($p_1=0.001$) ve eşinden boşanmış olanlarda ($p_1=0.009$) FSD değerleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. MSD değerlerinin ise hiçbir yönden farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

7.2. ÖNERİLER

Huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların sağlık algılamalarını değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması için yapılması gereken uygulamalar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan halk sağlığı hemşiresi tarafından yapılması gerekenler:

1. Bu araştırmada, yaşlıların yarısından fazlasının yaşlılık hakkında olumsuz düşünceye sahip olduğu saptanmıştır. Bireyin dolayısı ile toplumun yaşlılığa verdiği anlam yaşlılığın toplumda algılanışını ve yaşlı bakım hizmetlerini etkileyecektir. Bu sonuca dayanarak; birinci basamak kurumlarında hizmet yapan hemşirelerin, bireylerin yaşlılık dönemine uyumunu kolaylaştırmak için bireylere yaşlılık öncesinde bu dönem ve özellikleri hakkında bilgi vererek yaşlılığın yaşamın doğal bir süreci olduğunu tüm topluma benimsetmesi önerilir.

2. Hemşirenin, yaşlı bireyin hastalıklarının önlenmesine, sağlıklarının geliştirilmesine ve sağlık bakımına odaklanarak; kronik sorunlarıyla birlikte kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlaması önerilir. Bu nedenle;

- Yaşlı bireylerin evde ziyaret edilmesi,
- Bu dönemdeki kronik hastalıkların en aza indirilmesi için daha önceki yaşam koşullarının düzeltilmesi ve riskli davranışların önlenmesi için yaşlı bireylere sağlık eğitimi verilmesi,
- Yaşlı bireylere günlük yaşam aktivitelerini yapabilmelerinin öğretilmesi ve cesaretlendirilmesi,
- Yaşlıların iletişim sorunlarını dikkate alarak yaklaşılması,
- Yaşlıların kendilerini işe yaramaz olarak görmemeleri için özgüvenlerini arttıracak sorumluluklar verilerek bağımsız fonksiyonlarının desteklenmesi,

- Yaşlı bireylerinin destek faktörlerinin belirlenmesi,
- Yaşlı bireylerin ailelerinin de bakıma katılımını sağlamak için, yaşlı birey ve ailesine var olan hastalığın özelliği, tedavisi (ilaç, diyet vb.) ve bakımı konusunda bilgi verilmesi,
- Yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek acil durumlar ve belirtileri hakkında yaşlı birey ve ailesine eğitim verilmesi,
- Yaşlı birey ve ailesinin yardım alabileceği, acil durumda başvurabileceği kurumlar hakkında bilgilendirilmesi,
- Yaşlı bireye ait tüm bilgilerin düzenli olarak kaydedilmesi, tedaviye ve yardıma gereksinimi olan yaşlı ve ailesine gereksinimi doğrultusunda ziyaretlerin düzenlenmesi,
- Kurum bakımına gereksinimi olan yaşlıların belirlenmesi, bu konuda yaşlı birey ve ailesine danışmanlık hizmeti verilerek ve gerekirse başvuruyu yaşlı birey ve ailesi adına yapması önerilir.

B. Bir hizmet verilmeden önce planlamasının çok iyi yapılması ve gereksinimi karşılayacak nitelikte olması o hizmetin etkinliğini ve kalitesini yükseltir. Bu nedenle; yaşlılara yönelik hizmetlerin planlanması ve politikalara dönüştürülmesi için yapılması gerekenler:

1. Yaşlının sadece bakımını değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılayabilecek yeterli hizmet geliştirilmesi ve yaşlının problemlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için yaşlanmanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve tıbbi yönleriyle ilgili bilgileri birleştirerek, yaşlıların yaşam biçimleri ile ilgili bilgileri araştırarak, erken bağımlılığı ve gereksiz kurumsallaşmayı önleyici, multidisipliner, multisektörel çalışmalar yapılmalıdır.
2. Son zamanlardaki yaşlı sorunlarına çözüm çalışmalarına bakıldığında genellikle geliştirilmiş hizmet modelleri kurumlarda ve evde bakım şeklindedir. Ancak kurumlardaki bakımın maliyeti diğer kurum hizmetlerinde olduğu gibi yüksek olması ve yaşlıyı toplumsal yaşamdan soyutlaması nedeniyle mümkün olduğunca yaşlının evinde, kendi yakın çevresinde kalabilmesini sağlayacak destek

hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ayrıca yaşlılar uzun süre yaşadıkları evlerinden, çevrelerinden ayrılmayı istememektedirler. Bakım için bile olsa ortam değiştirmeleri onları psikolojik olarak yalnızlığa itmekte ve çevreye uyumda güçlük çekmektedirler. Bu nedenle; yaşlının bulunduğu ortamda bakımının yapılabilmesi için:

- Sağlığı koruma, geliştirme, sürdürme, tedavi ve bakım hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında olmak üzere evde bakım hizmeti şeklinde planlanması önerilir.
- Yaşlılık döneminde fiziksel aktivitedeki azalmalar ve genellikle kent planlamasının yaşlılara yönelik önlemleri kapsamamasından kaynaklanan çevre düzenlemelerindeki yetersizlik nedeniyle yaşlılar ev dışındaki işlerinde yardıma ihtiyaç duymakta veya evden dışarı çok çıkamamaktadırlar. Yaşlıların yaşama bağlılığını sağlayabilmek için yaşlıların ev dışındaki aktivitelerini kolaylaştırıcı tedbirler alınması gereklidir.

3. Ortalama ömür beklentisinin artması, yaşlı nüfusuna götürülecek hizmetin önemini artırmaktadır. Bu hizmetlerin planlanması ve politikalara dönüştürülmesinde yaşlıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi büyük önem taşır. Yaşlılara yönelik hizmetlerin etkili olabilmesi için interdisipliner ekip çalışması anlayışı gereklidir. Ayrıca Türkiye’de kentleşme ile birlikte zorunlu veya gönüllü huzurevlerinde kalan yaşlı sayısının artması ve ortalama yaşam beklentisinin uzaması nedeni ile yaşlılık dönemiyle ilgili yatırımların artırılması gereklidir.

4. Ülkemizin kültürel yapısı ve ekonomik koşulları, yaşlıların genellikle bir yakını tarafından günlük yaşamlarında gerekli olan desteği bulmalarını sağlamaktadır. Ancak değişen koşullar ve değer yargıları nedeniyle yakın bir gelecekte bu destek ve yardımların kurumsallaşması, yaşlılara organize hizmetler sunulması gerekecektir. Bu nedenle; araştırmalar yapılarak yaşlıların hangi hizmetlere

gereksinimi olduğu konusuna ve hizmet sunulacakların veya kurumsal bakıma gereksinim duyanların belirlenmesine çalışılmalıdır.

5. Yaşlılıkla ilgili geniş kapsamlı araştırmalar yapan ülkelere göre çok sayıda yaşlının kurumsal hizmetleri tercih etme nedeni, güçsüzlük ve/veya muhtaçlık olmayıp yaşadıkları ortamlarda yaşamlarını sürdürebilecekleri destek hizmetlerinin yetersiz ya da bulunmayışıdır. Bu araştırmalarda ve bizim çalışmamız sonucunda da ortaya çıkan diğeri bir gerçek de, çok sayıda yaşlının ev ve aile ortamından uzak, birlikte yaşadıkları kurumlarda mutsuz ve huzursuz olduklarıdır. Bu nedenle; yaşlıların demografik, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri ve buna bağılı olarak farklı yaş gruplarının ihtiyaç ve gereksinimlerine göre kurumsal hizmetler düzenlenmelidir.

6. Yaşlanmayla birlikte sağlık problemleri ve ihtiyaç duyulan gereksinimler artmaktadır. Bu nedenle; bireysel ihtiyaçların ve sağlık harcamalarının karşılanabilmesi için sosyal güvence programlarının kapsamı genişletilmeli ve yaşlılara verilen cüzzi miktarlardaki emekli ve yaşlılık aylıklarında da ihtiyacı karşılayacak düzeyde ve günün koşullarına uygun iyileştirmeler yapılmalıdır.

7. Yaşlı bireylerin tedavi, bakım ve desteğe gereksinimleri olması nedeniyle bu gruba yönelik hizmetlerin multidisipliner bir yaklaşım içinde ele alınması gereklidir. Bu nedenle; tüm şehirlerde mümkünse geriatri hastaneleri veya en azından tüm hastanelerde geriatri üniteleri kurulması gereklidir.

C. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik yapılması gerekenler:

1. Yaşlı kurumlarında çalışacak olan sağlık personelinin yaşlı bakımına yönelik uzmanlığını almış ve yardımcı hizmetlilerin ise özel eğitilmiş bireylerden oluşturulması gereklidir.

2. Huzurevinde çalışacak sağlık personeli (özellikle birebir bakım verebilmesi için hemşirenin) sayısı, kurumdaki yaşlı sayısına ve kurumun hizmet özelliğine göre belirlenmelidir.

3. Yaşlıların sorunlarındaki farklılık ve kronikleşme eğilimi kapsamlı bakım vermek için yeterli şekilde donanmış hemşirelerin yetiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle; hemşirelik alanında, Lisans ve Yüksek Lisans programlarında, diğer alanlara olduğu kadar geriatri eğitimine de önem verilmesi gereklidir.

4. Yaşlının kurumdaki diğer yaşlılarla ve ailesi ile iletişiminin iyi olması yaşlının mental sağlığını olumlu yönde etkilediği için;

- Yaşlıya iletişim sorunları dikkate alınarak yaklaşılması,
- Yaşlının ailesi ile görüşmesinin sağlanması,
- Yaşlılar arasında grup çalışmalarının yapılması ve desteklenmesi,
- Kurumda sosyal faaliyetlere ağırlık verilerek yaşlının kendini ifade etmesi sağlanmalıdır.

5. Fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar, yaşlı bireyin gereksinimlerini karşılamasını zor hale getirmektedir. Bu nedenle;

- Yardıma gereksinim duyan yaşlıya daha fazla zaman ayrılması,
- Kurumların hizmet vereceği yaşlı grubun özelliğine göre inşa edilmesi,
- Yaşlıları kazalardan korumak için önlemlerin alınması ve destekleyici araç kullanımının öneminin belirtilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. **Akgün E.** Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algıladıkları Yalnızlık Duyguları ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkileri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001.
2. **Kutsal G, Çakmakçı M, Ünal S.** Geriatri I. Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara. 1997.
3. **Birchfield PC.** Elder Health. in “Community Health Nursing”, Ed. LS Wilson. IV. Edition, V Hoffmann Press, America. 1996, p.581-620.
4. **Kaya B.** Yaşlılık ve depresyon. Geriatri Dergisi 1999;2(2):67-70.
5. **Erden M, Akman Y.** Gelişim ve Öğrenme. Arkadaş Yayınevi, Ankara. 2001.
6. **Yazgaç R.** Yaşlılık ve Huzurevleri. İstanbul’da 4 Huzurevinde Yapılan Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Davranış Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1992.
7. **Kılıç Z.** Yalnız ya da Aile Bireyleri İle Yaşamlarını Sürdüren 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Günlük Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 2000.
8. **Güleç C, Köroğlu E.** Psikiyatri Temel El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1997.
9. **Durgun B, Tümerdem Y.** Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Geriatri Dergisi 1999;2(3):115-120.
10. **Terakye G, Güner P.** Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: yaşlılık. Kriz Dergisi 1997;5(2):95-101.
11. **Sertbaş G, Bahar A.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlığa ilişkin görüşleri ve sosyal uyumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003;6(5):33-39.

KAYNAKLAR (devam ediyor)

12. **Toplumdaki Yaşlı ve Yaşlanmakta Olan Bireylerin Rehabilitasyonu ve Sosyal Uyum Projesi.** <http://www.agv.org.tr/geriatri.doc>.
13. **İ FB, Özer M.** Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003;6(4):24-26.
14. **Kutsal YG.** Neden Geriatri?
http://www.atoçorg.tr/toplumsaglik/genel/genel_saglik_neden_geriatri.shtml.
15. **Yoldaşcan E, Yurdakul S.** Adana huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Diyarbakır 2002.
16. **Sosyal ve Psikolojik Yönleriyle Yaşlılık.**
<http://www.sosyalhizmetuzmani.gov.tr>.
17. **Kut S.** Yaşlılar ve toplum. Tüketici Bülteni 2001 Ağustos:4-6.
18. **Güven S.** Yaşlılıkta aile ilişkileri. Tüketici Bülteni 2001 Kasım:2-6.
19. **Emiroğlu V.** Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyum. Şafak Matbaacılık, Ankara. 1995.
20. **Robert N, Butler MD.** Successful ageing and the role of the life review. Journal of American Geriatric Society 1974 December;12(12):529.
21. **Dirican R, Bilgel N.** Yaşlılar ve Sağlık Sorunları. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Basımevi. 1993, s.453-460.
22. **Yaşlı Sağlığı.** T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. 2002.
23. **Onat Ü.** Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma. Antropoloji ve Yaşlılık. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksekokulu, Ankara. 2000.
24. **Beğner T.** Yaşlanma ve sağlık. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu. İstanbul 1998.
25. **Arslan Ş, Kutsal YG.** Geriatride yaşam kalitesinin değerlendirimi. Geriatri Dergisi 1999;2(4):173-178.

KAYNAKLAR (devam ediyor)

26. **Şahin M, Yalçın M.** Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Geriatri Dergisi 2003;6(1):10-13.
27. **Yardımcı E, Özden YI.** Toplumun yaşlanması: demografik özellikler ve epidemiyolojik ölçütler. Toplum ve Hekim 1997;12(77):63-69.
28. **Yaşlılıkta Beslenme.** Halk Sağlığı Kurumu Derneği ve Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. Teknik rapor no: 8.
29. **Türkiye Sağlık İstatistikleri.** Ankara.1997.
30. **Özyalçın S.** Yaşlı Hastalarda Ağrı Prevelansı ve Analjezik Kullanım İlkeleri. <http://www.hastanedergisi.com>.
31. **Kedziera PL.** Easing elders' pain. Holist Nurs Pract 2001 Jan;15(2):4-16.
32. **Yaşlıların Sağlık Sorunları.** <http://www.hacettepem.org/makaleler>.
33. **Ağırbaş K, Şenses M.** Kocaeli huzurevinde kalan yaşlıların ilaç kullanma durumlarına genel bakış. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003;6(2):11-16.
34. **Tuğrul C.** Yaşlılık psikolojisi. Tüketici Bülteni 2002 Ocak:6-8.
35. **Yaşlılık Döneminin Sorunları.**
<http://www.elele.gen.tr/yaslilik/sorunlar/ruhsal.html>.
36. **Lee C, Russell A.** Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women. Journal of Psychosomatic Research 2003;155-160.
37. **Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U.** Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi.
<http://www.ato.org.tr/konuk/geriatri/icindekt.html>.
38. **Kongar E.** İzmir'de Kentsel Aile Yapısı. Ayyıldız Matbaası, Ankara. 1972.
39. **Troisi J.** Değişen Dünyada Yaşlılık: Bir Kaynak Olarak Yaşlı Bireyler. Geriatri Sempozyumu. Ankara 2002. <http://www.gebam@hacettepe.edu.tr>.
40. **Turgut T.** İyi Bir Uzun Hayata Doğru. Olgar Basımevi (çev. M. Puner), Ankara. 1998.

KAYNAKLAR (devam ediyor)

41. **“Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık”**. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. 1999.
42. **Birleşmiş Milletler Tarafından Hazırlanan Yaşlı İlkeleri**.
http://www.shcek.gov.tr/web/hizmetler/yasli_hizm/bm_yasli_ilkeleri_html.
43. **Soldo BJ, Agree EM**. America’s elderly. Popul Bull 1998 Sep;43(3):1-53.
44. **Bir Sosyal Hizmet Alanı Olarak Yaşlılık**.
http://www.shcek.gov.tr/web/hizmetler/yasli_hizm/yaslilik_genel_bakis_html.
45. **Türkiye’de Yaşlılık Alanındaki Sosyal Hizmet Uygulamaları**.
http://www.shcek.gov.tr/web/hizmetler/yasli_hizm/sos_hizm/uygulamaları_html.
46. **DPT, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1962-1966)**.
47. **DPT, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**.
48. **DPT, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı**.
49. **DPT, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı**.
50. **DPT, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**.
51. **DPT, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı**.
52. **DPT, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**.
53. **Stanhope M**. Community Health Nurse In Home Health and Hospice Care in “Community Health Nursing” Ed. LS Wilson. IV. Edition, V Hoffmann Press, America. 1996, p.805-834.
54. **Akdemir N**. Yaşlılık ve Sorunları. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul. 2003, s.165-189.
55. **Demiral Y**. Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir 2002.
56. **Tatar M, Tatar F**. Sağlığın ölçülmesi: kavramsal bir çerçeve. Toplum ve Hekim 1997;12(78):54-61.

KAYNAKLAR (devam ediyor)

57. **Akdeniz C, Aydemir Ö, Akdeniz F, Gülseren Ş, Kültür S.** Sağlık düzeyi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999;9(2):104-108.
58. **Erengin H, Dedeoğlu N.** Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. Toplum ve Hekim 1997;12(77):11-16.
59. **Öztek Z, Kubilay G.** Evde Hasta Bakımı. Toplum Sağlığı Hemşireliği. Ankara. 1997, s.124-136.
60. **Demir Y.** Yaşlılık ve Geriatri. <http://www.dtip.edu.tr>.
61. **Gürhan N, Hisar F, Elbaş NÖ.** Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların huzurevleri ve yaşlılığa ilişkin görüşleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003 Mart-Nisan;6(2):7-10.
62. **Beştepe G, Oğur P, Özyürek P, Bayram F.** Afyon huzurevi yaşlılarında medikososyal bir araştırma. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Diyarbakır 2002.
63. **Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N.** Bursa huzurevi yaşlılarının sosyodemografik özellikleri ve sağlık taraması sonuçları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;28(3):65-69.
64. **Aksu TH.** Adana huzurevindeki yaşlıların medikal sorunlarının tanımlanması. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Adana, 1998.
65. **Arslan Ş, Atalay Ş, Kutsa YG.** Yaşlılarda ilaç kullanımı. J Am Geriatr Soc. 2002;50:1163-1164.
66. **Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Geriatri Dergisi 2003;6(1):10-13.
67. **Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Eruklu G, Saltık A.** Edirne huzurevinde kalan yaşlıların kimi sosyodemografik özellikleri ve katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. Geriatri Dergisi 2002;5(4): 144-149.

KAYNAKLAR (devam ediyor)

68. **Bilgili N, Kubilay G.** Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık ve Toplum 2003 Ocak-Mart;1:35-43.
69. **Ellidokuz H, Uçku R, Aydın YÜ, Ellidokuz E, Beştepe G.** 65 yaş üzeri kişilerde sağlık algısı: Çay ilçesi yaşlıları. 8. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Özet Bildiri Kitabı. Sivas 2003.
70. **Ergör G, Köybaşı Y, Akbelen B, Çiftçi MA, Kılıvı MH.** Etimesgut sağlık ocağı bölgesindeki 65 yaş üzerindeki kadınlarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul 1996.
71. **Gökkoca Z, Dönmez L.** Antalya kent merkezindeki 60 yaş ve üzerindeki yetiyitimi sıklığı, derecesi ve yetiyitiminin yaşamı etkileme düzeyi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Diyarbakır 2002.
72. **Ekici B, Özdemir S.** Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003 Temmuz-Ağustos;6(4)27-36.
73. **Dönmez L, Dedeoğlu N.** Antalya kent merkezindeki 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sağlık hizmetlerini kullanma durumu. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Adana 1998.
74. **Özer M, Karabulut ÖÖ.** Yaşlılarda yaşam doyumu. Geriatri Dergisi 2003;6(2):72-74.
75. **Arslan Ş, Kutsal YG.** Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. Geriatri Dergisi 1999;2(3):103-114.
76. **Dönmez L, Aktekin M, Erengin H.** Antalya kent merkezindeki yaşlıların sağlık sorunları ve günlük yaşam aktiviteleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul 1996.
77. **Pınar R, Çınar S.** İstanbul ilinde huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yaşam doyumları (kaliteleri) farklı mı? karşılaştırmalı bir çalışma. Hemşire Dergisi 2001;51(4):10-18.

KAYNAKLAR (devam ediyor)

78. **Belek İ.** Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyal eşitsizlikler. Antalya’da bir alan araştırması. Toplum ve Hekim 1998 Nisan-Mayıs;13:292-299.
79. **Gölseren ř, Koçyiđit H, Erol A, Bay H, Kùltür S, Memiř A, Vural N.** Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Geriatri Dergisi 2000;3(4):133-140.



(EKLER)



EKLER DİZİNİ

EK	Sayfa
I. HUZUREVLERİ İLE HUZUREVİ YAŞLI BAKIM REHABİLİTEASYON MERKEZLERİ YÖNETMELİĞİ	149
II. KURUMLARA AİT HUZUREVLERİ	155
III. SF 36 ÖZET DEĞERLERİNİN HESAPLANMASI	163
IV. HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN SAĞLIK ALGILAMASI	168
V. SF 36 SHORT FORM 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	171



EK I. HUZUREVLERİ İLE HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİ YÖNETMELİĞİ

Dayanak

Madde 3: Bu Yönetmelik, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun 15'inci maddesine dayanılarak hazırlanmış ve 21/02/2001 tarih 24325 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

Amaç

Madde 1: Bu Yönetmeliğin amacı, Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde bakım görececek 60 yaş üzerindeki yaşlıların saptanması, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılması, verilecek hizmetin tür ve niteliği ile işleyiş esaslarını belirlemek, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2: Bu Yönetmelik; 60 yaş ve üzerindeki muhtaç yaşlıları korumak, bakmak, sosyal, psikolojik ve fiziksel gereksinimlerini karşılamak, sürekli bakıma ve rehabilitasyona gereksinim duyanlara bakım ve rehabilitasyon hizmeti vermekle görevli ve yükümlü olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğüne bağlı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerini kapsar.

Tanımlar

Madde 4: Bu Yönetmelikte geçen;

- a) **Genel Müdürlük:** Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nü,
- b) **İl Müdürlüğü:** İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nü,
- c) **Yaşlı:** 60 yaş ve üzerindeki sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişiyi,

- d) **Huzurevi:** 60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşunu,
- e) **Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi:** Yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla, kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşunu,
- f) **Merkez:** Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ni,
- g) **Kuruluş:** Huzurevi ve Merkezleri,
- h) **Rehabilitasyon:** Doğuştan veya sonradan her hangi bir hastalık yada kaza sonucu kalıcı veya geçici olarak bedensel ve zihinsel yeteneklerini değişik derecelerde yitiren yaşlıların, mevcut fonksiyon kapasitelerinin belirlenerek tedavi edilmesi, geriye kalan güç ve yeteneklerinin geliştirilerek fiziksel, psikolojik sosyal ve ekonomik yönden var olan kapasitelerinin desteklenmesi ve günlük yaşamda bağımsız duruma gelmelerine yönelik çalışma ve yardımların tümünü,
- ı) **Özel Bakım:** Ruh sağlığı yerinde olup ,bulaşıcı hastalığı olmayan, yatağa bağımlı ya da fiziksel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle özel ilgi, destek ve koruma gerektiren yaşlılara verilen hizmeti ifade eder.

Kuruluş

Madde 5: Kuruluşların kapasite ve gereksinimine göre Genel Müdürlükçe uygun görülen nitelik ve sayıda müdür, müdür yardımcısı, sosyal çalışmacı, psikolog, tabip, diş tabibi, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, teknisyen, genel idare ve yardımcı hizmetler sınıfından olmak üzere çeşitli personel istihdam edilir. Her kuruluşta Koordinasyon ve Değerlendirme Kurulu ve Disiplin Kurulu, ilgili kanunlar gereği mali işlerin gerekli kıldığı Komisyonlar ile ilgili servisler bulunur.

Sosyal servisin görevleri

Madde 12: Sosyal servisin görevleri aşağıda belirtildiği gibidir:

- a) Yaşlının kuruluşa kabulü ve uyumuna ilişkin mesleki çalışmaları yapmak,
- b) Kuruluş ve çevre koşulları göz önüne alınarak yaşlılara ilişkin psiko-sosyal programlar hazırlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
- c) Yaşlının yakınlarıyla sağlıklı ilişki kurmasını sağlamak,
- d) Hukuki sorunları olan yaşlılara yardımcı olmak, gerektiğinde Genel Müdürlük Hukuk Müşavirliği ile işbirliği yapmak,
- e) Başvuru sahibi yaşlı yakınlarına danışmanlık ve yönlendiricilik yapmak,
- f) Yaşlılara yönelik sosyal, kültürel ve sportif etkinlikler düzenlemek,
- g) Yaşlılıkla ilgili konularda yaşlı, yaşlı yakını, personel ve özel hizmet alımı görevlilerine yönelik eğitim programları düzenlemek ve uygulamak,
- h) Yaşlılık alanı ve kuruluşla ilgili mesleki araştırma ve incelemeler yapmak, gerektiğinde yayınlamak,
- ı) Genel Müdürlükçe geliştirilen standart formları doldurmak, sayısal veriler elde etmek,
- i) Disiplin Kurulu işleyişinde gerekli olan raporlar ile mesleki çalışma raporlarını düzenlemek,
- j) Gizlilik ilkesine bağlı kalarak yaşlıya ilişkin tüm kayıtları tutmak, hazırlamak, dosyalamak, saklamak, hizmetin gerektirdiği tüm yazışma ve raporlaştırma işlemlerini sürdürmek,
- k) Toplumsal sorumluluk çerçevesinde, kuruluşa verilen hizmetlere halkın gönüllü katkı ve katılımını sağlayıcı etkinlik programları düzenlemek, düzenlenen programların gerçekleştirilmesi amacıyla gönüllü kişi ve kuruluşlar arasında işbirliği sağlamak, ayrıca kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği yapmak,
- l) Yaşlılara ilişkin konularda müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmak,

Başvuru Mercileri

Madde 52: Huzurevi ve Merkezlerde bakım görmek isteyen yaşlılar;

- a) Yaşadıkları mahaldeki Huzurevi ve/veya Merkez Müdürlüğü'ne,
- b) İlçe Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü'ne,
- c) İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne,
- d) Genel Müdürlüğe bir dilekçe ile başvuruda bulunabilir.

Mülki idare amirleri, muhtarlar, kolluk kuvvetleri, belediye başkanlıkları, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile vatandaşlar tarafından il müdürlüklerine bildirilen acil durumdaki yaşlılar için, kabul süreci başlatılır.

Basın yayın organlarındaki haberler de bildirim olarak kabul edilir.

Kabul koşulları

Madde 53: Huzurevlerine ve Merkezlere kabul edilecek yaşlılarda aranacak nitelikler aşağıdadır.

a) Huzurevlerine kabul koşulları:

- 1) 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
- 2) Kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak,
- 3) Ruh sağlığı yerinde olmak,
- 4) Bulaşıcı hastalığı olmamak,
- 5) Uyuşturucu madde yada alkol bağımlısı olmamak,
- 6) Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak.

b) Merkezlere kabul koşulları:

- 1) 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
- 2) Bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle sürekli ya da sürekli olarak özel ilgi, desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi olmak,

- 3) Ruh sağlığı yerinde olmak,
- 4) Bulaşıcı hastalığı olmamak,
- 5) Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
- 6) Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptamış olmak ,

Huzurevi ve merkezlere kabul koşullarına sahip olmasına karşın, ilgili belgeler düzenleninceye kadar mağdur olabileceği düşünölen yaşı için sosyal inceleme raporu düzenlenir ve mülki idare amiri onayı ile kuruluşa misafir olarak kabul edilir. Daha sonra ilgili belgeler düzenlenir, yaşı aynı kuruluştaki kalır yada başka kuruluşa tertibi yapılır. Huzurevi ve merkezlere girmek üzere başvuran, ekonomik yoksunluğu saptanan ancak sırada bekleyecek olan yaşlılara, gerek duyulması halinde il müdürlüğüne aynı ve nakdi yardım yapılır.

Düzenlenmesi gereken belgeler

Madde 54: Başvuruya ilişkin olarak düzenlenmesi gereken belgeler aşağıdadır:

- a) Dilekçe,
- b) Vukuatlı nüfus kayıt örneği,
- c) İkametgah belgesi,
- d) Gelir durumunu gösterir belge örnekleri,
- e) Sağlık kurulu raporu,
- f) Sosyal çalışmacı tarafından düzenlenecek sosyal inceleme raporu,
- g) İl müdürlüğüne düzenlenecek yoksulluk belgesi,

Sağlık kurulu raporunun karar bölümünde; "huzurevine girmesinde sakınca yoktur" ya da "Huzurevi, Yaşı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde bakım görmesinde sakınca yoktur" ibaresi yer almalıdır.

Ancak, sosyal çalışmacının sosyal inceleme esnasında yaşlının tamamen yatağa bağımlı olduğunu gözlemlemesi durumunda, sağlık kurulu raporu yerine uygun gördüğu uzmanlık dalındaki bir doktordan alınacak raporu istisnai olarak kabul

etme hakkı saklıdır. Sosyal çalışmacı tarafından yaşlının ikametgahında yapılacak sosyal inceleme sonucunda düzenlenecek raporun sonuç ve değerlendirme bölümünde; sosyal, fiziksel, ekonomik, ruhsal, zihinsel özellikleriyle değerlendirilen yaşlıya uygun hizmet modeli, hangi kuruluşa yerleştirilmesinin uygun olacağı bilgileri yer almalıdır. Sosyal inceleme sırasında ekonomik yoksunluğu saptanan yaşlı hakkında tapu, vergi dairesi ve mal müdürlükleri ile belediye başkanlığında yapılacak araştırmalarda adına kayıtlı menkul ve gayrimenkul bulunmadığının saptanması durumunda il müdürlüğünce yoksulluk belgesi düzenlenir.

Yaşlı kabulü

Madde 55: Sosyal inceleme raporu ve düzenlenen diğer belgeler ile birlikte değerlendirilen yaşlı kabul edilir, sıraya alınır ya da reddedilir. Kabulü uygun görülen yaşlının dosyası, yaşlının cinsiyeti, kalmak istediği oda tipi ve başvuru tarihi itibarıyla sıraya konulur. Sırası gelen yaşlıya çağrı yapılır. Çağrıya icabet etmeyen yaşlıya son çağrı yapılır. Gelmemesi durumunda dosya işlemiden kaldırılır.

Yaşlının kuruluştan ayrılışı

Madde 56: Kuruluştaki bakım gören yaşlıların;

- a) Kendi ya da yakınının isteği ile bir başka yerde yaşamını sürdürmek istemesi,
- b) Kendi isteği ile Genel Müdürlüğe bağlı bir başka kuruluşa nakil edilmesi,
- c) Kuruluşu terk etmesi,
- d) Kendi isteği dışında bir başka kuruluşa disiplin nedeniyle nakil edilmesi,
- e) Vefatı durumlarında kuruluşla ilişkisi kesilir.

EK II. KURUMLARA AİT HUZUREVLERİ

1. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna Bağlı Huzurevleri

İli	Huzurevi Adı	Hizmet Özelliği	Kapasite	Açılış Yılı
1 Adana	Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	174	1967
2 Afyon	Afyon Huzurevi	ÖBH	110	1987
3 Ağrı	Ağrı Huzurevi	H	30	1994
4 Aksaray	Aksaray A.Kadir Üçyıldız Huzurevi	ÖBH	100	2001
5 Ankara	Ankara Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	220	1975
6 Ankara	Ankara Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	249	1996
7 Ankara	Ankara Ümitköy Huzurevi Alzheimer Hastası Yaşlılar Gündüzlü Bakım Merkezi	ÖBH	100	1993
8 Antalya	Antalya Fethi Bayçın Huzurevi	ÖBH	150	1983
9 Aydın	Aydın Huzurevi	ÖBH	140	1993
10 Aydın	Aydın Söke Hilmi Fırat Huzurevi	H	90	1981
11 Balıkesir	Balıkesir Huzurevi	ÖBH	200	1985
12 Bartın	Bartın 75.Yıl Huzurevi	H	30	1998
13 Bolu	Bolu İzzet Baysal Huzurevi	ÖBH	60	1988
14 Bolu	Bolu İzzet Baysal Vakıf Huzurevi	ÖBH	60	1993
15 Bursa	Bursa Ali Osman Sönmez Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	316	1986
16 Çankırı	Çankırı Huzurevi	ÖBH	60	2002
17 Çorum	Çorum Atıl Üzelgün Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi	HRM	32	2001
18 Denizli	Denizli Çivril Huzurevi	H	75	1997
19 Denizli	Denizli Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	200	1985
20 Edirne	Edirne Huzurevi	ÖBH	110	1990
21 Erzincan	Erzincan 100. Yıl Atatürk Huzurevi	ÖBH	84	1989
22 Eskişehir	Eskişehir Hacı Süleyman Çakır Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	72	1967
23 Eskişehir	Eskişehir Maide Bolel Huzurevi	H	90	1990

24	Gaziantep	Gaziantep Huzurevi	ÖBH	100	1986
25	Hatay	Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	170	1985
26	Isparta	Isparta Atabey Huzurevi	H	30	1986
27	İstanbul	İstanbul Bahçelievler Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	210	1978
28	İstanbul	İstanbul Göztepe Semiha Şakir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	108	1986
29	İstanbul	İstanbul İzzet Baysal Huzurevi	H	60	1992
30	İstanbul	İstanbul Kartal Maltepe Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	450	1975
31	İstanbul	İstanbul Zeytinburnu Semiha Şakir Huzurevi	ÖBH	92	1985
32	İzmir	İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	210	1977
33	Kahramanmaraş	Kahramanmaraş Huzurevi	H	56	1981
34	Karabük	Karabük Yücel Huzurevi	ÖBH	140	2000
35	Karaman	Karaman Huzurevi	ÖBH	55	1998
36	Kastamonu	Kastamonu Huzurevi	H	100	1993
37	Kırklareli	Kırklareli Huzurevi	H	40	1999
38	Kocaeli	Kocaeli Darıca SHÇEK Gazeteciler Cemiyeti Hikmet Memduh Kızılağaç Huzurevi	H	41	1993
39	Kocaeli	Kocaeli Huzurevi	ÖBH	120	1994
40	Kocaeli	Kocaeli SHÇEK Gölcük Belediyesi Huzurevi	H	40	2002
41	Konya	Konya Dr. İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	180	1966
42	Konya	Konya Akşehir Nasrettin Hoca Huzurevi	H	40	2001
43	Kütahya	Kütahya Huzurevi	ÖBH	65	1977
44	Malatya	Malatya Huzurevi	ÖBH	100	1985
45	Manisa	Manisa Akhisar Huzurevi	ÖBH	45	1997
46	Manisa	Manisa Soma Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	HRM	12	1998
47	Manisa	Manisa Turgutlu Huzurevi	ÖBH	70	1980
48	Mardin	Mardin Marev Huzurevi	H	40	1999
49	Muğla	Muğla Abide Hasan Nuri Öncüler Huzurevi	H	80	1997

50	Nevşehir	Nevşehir Hacı Bektaş Rıfat Kartal Huzurevi	H	46	2001
51	Niğde	Niğde Bor Ahmet Kuddusi Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi	HRM	102	1992
52	Ordu	Ordu Ahmet Cemal Mağden Huzurevi	ÖBH	110	1992
53	Osmaniye	Osmaniye Özden Kardeşler Huzurevi	ÖBH	110	2001
54	Sakarya	Sakarya Abdülhamit Toprak Huzurevi	H	100	1997
55	Samsun	Samsun Bafra 75.Yıl Huzurevi	ÖBH	46	1998
56	Samsun	Samsun Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi	HRM	30	2000
57	Tekirdağ	Tekirdağ Zübeyde Hanım Huzurevi	H	80	1995
58	Trabzon	Trabzon Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	203	1985
59	Tokat	Tokat Huzurevi	ÖBH	100	2002
60	Uşak	Uşak Huzurevi	ÖBH	110	1990
61	Zonguldak	Zonguldak Devrek Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	YBRM	40	1999
62	Zonguldak	Zonguldak Karadeniz Ereğli İzmirlioğlu Huzurevi	H	60	1998

Hizmet Özelliği

H : Huzurevi

ÖBH : Özel Bakım Ünitesi olan Huzurevi

YBRM : Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi

HRM : Huzurevi Rehabilitasyon Merkezi

2. Diğerleri

a) Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Bağlı Huzurevleri

İl	Huzurevi Adı	Kapasite	Açılış Yılı	
1	Ankara	Emekli Sandığı 75.Yıl Dinlenme ve Bakımevi	316	2002
2	İstanbul	Milli Eğitim Bakanlığı Validebağ Mustafa Necatibey Öğretmen Huzurevi	66	1991
3	İstanbul	İçişleri Bakanlığı Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü	500	1895
4	İstanbul	PTT Sanatoryum Hastanesi ve Huzurevi	150	1993
5	İstanbul	T.C.Emekli Sandığı Etiler Dinlenme ve Bakımevi	500	1985

6	İzmir	T.C.Emekli Sandığı İzmir Dinlenme ve Bakımevi	1112	2001
7	Manisa	SSK Genel Müdürlüğü Salihli Huzurevi	47	1982

b) Yerel Yönetimlere Ait Huzurevleri

İl	Huzurevi Adı	Kapasite	Açılış Tarihi
1 Adana	Seyhan Belediyesi Bakım Yurdu	33	1981
2 Adıyaman	Adıyaman Belediyesi Huzurevi	7	1981
3 Ankara	Keçiören Belediyesi Güçsüzler Yurdu	228	1968
4 Aydın	Aydın Belediyesi Huzurevi	44	1957
5 Aydın	Kuşadası Belediyesi Huzurevi	76	1998
6 Balıkesir	Balıkesir Havran Belediyesi Şerife-Ali Soylu Huzurevi	38	1999
7 Burdur	Berberoğlu Belediyesi Huzurevi	100	1996
8 Bursa	İnegöl Belediyesi Huzurevi	60	1973
9 Bursa	Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi	332	1974
10 Diyarbakır	Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi Huzurevi	30	1943
11 Elazığ	Elazığ Belediyesi Düşkünler Yurdu	20	1953
12 Erzurum	Erzurum Büyükşehir Belediyesi Huzurevi	26	1965
13 İstanbul	İstanbul Bakırköy Belediyesi Huzurevi	68	2003
14 İzmir	İzmir Büyükşehir Belediyesi Zübeyde Hanım Huzurevi	304	1992
15 İzmir	İzmir Selçuk Belediyesi Akıncılar Huzurevi	58	1998
16 İzmir	Ödemiş Belediyesi Huzurevi	86	1990
17 Kayseri	Kayseri Büyükşehir Belediyesi Ali Rıza Özderici-Mustafa Koyuncu Huzurevi	200	2002
18 Manisa	Manisa Belediyesi İsmail Muammer Cider Huzurevi	120	1965
19 Muğla	Marmaris Belediyesi Huzurevi ve Dinlenme Evi	47	2003
20 Samsun	Samsun Büyükşehir Belediyesi Huzurevi	60	1971
21 Sivas	Sivas Büyükşehir Belediyesi İsmail Hakkı Toprak Huzurevi	100	1997
22 Şanlıurfa	Şanlıurfa Belediyesi Güçsüzler	40	1987

		Yurdu		
23	Yozgat	Yozgat Belediyesi Alparslan Türkeş Huzurevi	72	2002

c) Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri

İli	Huzurevi Adı	Kapasite	Açılış Yılı	
1	Ankara	Güçsüzler Yurdu Derneği Huzurevi	20	1994
2	Ankara	Özel Akyurt Vakfı Akyurt Yaşam Evi	72	2001
3	Ankara	Polatlı Huzurevi Yaptırma ve Yaşatma Derneği Huzurevi	62	1999
4	Ankara	Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı	50	1994
5	Ankara	Huzur Köşkleri Derneği Huzurevi	24	1995
6	Antalya	Antalya Güçsüz ve Kimsesiz Yaşlıları Koruma ve Yardımlaşma Derneği	24	2001
7	Balıkesir	Bandırma Kızılay Yaşlılar Konukevi	50	2000
8	Balıkesir	Kızılay Edremit Şubesi Huzurevi	40	1989
9	Çanakkale	Biga Sağlık ve Eğitim Vakfı (Bisev) Biga Huzurevi	34	2003
10	Çanakkale	Çakader (Çanakkale'yi Kalkındırma Dayanışma ve Güzelleştirme Derneği) Danış Acar Huzurevi	104	2003
11	Düzce	Kızılay Yaşlılar Konukevi	110	1991
12	Mersin	Mersin Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi	84	1982
13	Isparta	Sağlık, Eğitim ve Yardımlaşma Vakfı Huzurevi Yardım Derneği Isparta Huzurevi	200	1974
14	İstanbul	Huzurevleri Kurma ve Yaşatma Derneği İstanbul Huzurevi	35	1988
15	İstanbul	İhtiyarlara Yardım Derneği Huzurevi	91	1962
16	İstanbul	İstanbul Darülfafaka Cemiyeti Yakacık Bağışçıları Sitesi Huzurevi	95	1998
17	İstanbul	İstanbul Huzur Hastanesi ve Dinlenme Evleri Huzurevi	112	1985
18	İstanbul	İstanbul Kızılay Zeynep Nedim Oyvar Huzurevi	60	1985
19	İstanbul	M.E.B. Kadıköy Sağlık Eğitim Vakfı Kasev Vakfı Kadir-Rezzan Has Öğretmen Huzurevi ve Bakımevi	134	1999
20	İstanbul	Yapı ve Kredi Bankası A.Ş. Mensupları	33	1989

		Yardımlı ve Emekli Sandığı Huzurevi		
21	İstanbul	Alzheimer Vakfı Huzurevi	16	2002
22	İstanbul	Aziz Mahmut Hüdai Vakfı Huzurevi	63	1997
23	İzmir	Balım Sultan Kültür ve Hizmet Vakfı Vali Kutlu Aktaş Dinlenme Evi	144	1997
24	İzmir	Türkiye Yardımseverler Derneği Dr.Kemal Tarım Huzurevi	100	1983
25	Manisa	Manisa Huzurevi Vakfı Özel Manisa Huzurevi	120	1997
26	Nevşehir	Nevşehir Mevlüt Özden Vakfı Huzurevi	40	2001
27	Sakarya	Hayırseverler Derneği Huzurevi	50	1963

d) Gerçek Kişilere Ait Huzurevleri

İl		Huzurevi Adı	Kapasite	Açılış Yılı
1	Ankara	Altınçatı Huzurevi	26	1997
2	Ankara	Özel Tatlı Dil Huzur ve Yaşlı Bakımevi	47	1999
3	Ankara	Özel Özcan Yaşlı Bakımevi ve Rehabilitasyon Merkezi	28	1995
4	Ankara	Özel Pursaklar Yaşlı Bakımevi	57	1997
5	Ankara	Özel Talya Yaşlı Bakımevi ve Rehabilitasyon Merkezi	43	1997
6	Ankara	Özel Velican Huzurevi	55	2003
7	Antalya	Özel Antalya L. Bahar Huzurevi	33	2000
8	Antalya	Özel Şato Huzurevi	40	2001
9	Denizli	Özel Ateş Yaşlılar Bakımevi	12	2003
10	İstanbul	Acıbadem L. Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi	32	1996
11	İstanbul	Özel Acıbadem Huzurevi	9	1996
12	İstanbul	Özel Acıbadem Bakımevi ve Huzurevi	25	2003
13	İstanbul	Bayek Tedavi Sağlık Hizmetleri ve İşletmeciliği Özel Yaşamkent Huzurevi ve Bakımevi	84	1998
14	İstanbul	Eski Köşk Huzurevi	10	1996
15	İstanbul	Özel Akbal Huzurevi	29	1997
16	İstanbul	Özel Ariyan Huzurevi	21	1997
17	İstanbul	Özel Ariyan 2 Huzurevi	9	2003
18	İstanbul	Özel Bağcılar Huzurevi	35	1990
19	İstanbul	Özel Buket Huzurevi	36	1999
20	İstanbul	Özel Hayat Huzurevi	36	1997
21	İstanbul	Özel İkinci Bahar 2 Huzurevi	64	1999

22	İstanbul	Özel Ll. Bahar Huzurevi	79	1997
23	İstanbul	Özel Mimoza Huzurevi	63	1997
24	İstanbul	Özel Murat Huzurevi	36	2000
25	İstanbul	Özel Murat 2 Huzurevi	30	2002
26	İstanbul	Özel Gülşah Huzurevi	18	2002
27	İstanbul	Özel Neriman Hanım Huzurevi	12	1998
28	İstanbul	Özel Samanyolu Huzurevi	49	1997
29	İstanbul	Özel Simge Huzurevi ve Yaşlı Bakım Evi	13	2001
30	İstanbul	Özel Tonton Huzurevi	14	1999
31	İstanbul	Özel Yeşilköy Huzurevi	43	1998
32	İstanbul	Özel Yeşilvadi Huzurevi	16	2001
33	İstanbul	Özel Ferah Huzurevi	29	2002
34	İstanbul	Özel Eski Dostlar Huzurevi	18	2002
35	İstanbul	Özel Bakırköy Huzurevi ve Bakımevi	64	2001
36	İstanbul	Özel Sağlıklı Yaşam Huzurevi	38	2002
37	İstanbul	Özel Anadolu Park Huzurevi ve Bakımevi	22	2003
38	İstanbul	Özel Çamlıca Huzurevi	48	2002
39	İstanbul	Özel Çağdaş Bakımevi	25	2003
40	İstanbul	Özel Çengelköy Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi	55	2003
41	İzmir	Özel Can Güven Yaşlı Bakım Evi	23	2000
42	İzmir	Özel Güven Yaşlı Bakımevi	17	1997
43	İzmir	Özel İdil Yaşlı Bakım Dinlenme Evi	48	2000
44	İzmir	Özel İkinci Yuvam Huzurevi	11	2000
45	İzmir	Özel Ümit Yaşlı Bakımevi ve Dinlenme Evi	18	2001
46	İzmir	Özel İçmeler Budak Huzurevi	20	2002
47	İzmir	Özel Yenihayat Yaşlı Bakımevi	8	2002
48	İzmir	Özel İlgi Yaşlı Bakım ve Huzurevi	10	2002
49	İzmir	Özel Güneş Huzurevi	11	2002
50	İzmir	Özel Merve Yaşlı Bakımevi	5	2003
51	İzmir	Özel Çifte Havuzlar Güven Yaşlı Bakımevi ve Huzurevi	22	2003
52	Mersin	Özel Mersin İkinci Baharım Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi	10	2003
53	Yalova	Özel Hayat Bağları Huzurevi	60	2001

e) Azınlıklara Ait Huzurevleri

İl	Huzurevi Adı	Kapasite	Açılış Yılı
1 İstanbul	Balıkli Rum Hastanesi Vakfi Huzurevi	205	1852
2 İstanbul	Fransız Fakirhanesi Huzurevi	136	1892
3 İstanbul	Fransız Lape Hastanesi	150	1853
4 İstanbul	İhtiyarlara Mahsus Cemiyet-i Hayriye Derneği Huzurevi	102	1838
5 İstanbul	Sırp Agop Hastanesi Vakfi Huzurevi	40	1837
6 İstanbul	Neva Şalom Sinegogu Vakfi Barınyurt Huzurevi	79	2000
7 İstanbul	Sırp Pırgıç Ermeni Hastanesi Huzurevi	267	1832

EK III. SF 36 ÖZET DEĞERLERİNİN HESAPLANMASI

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların ağırlıkları toplanarak bölüm değeri elde edilir. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen değerlerden, özet sağlık düzeyleri elde edilir. Özet değerlerinin elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır.

Fiziksel sağlık durumu özet değeri fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol (FR), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GS) alt bileşen değerlerinden etkilenmektedir. Mental sağlık durumu özet değeri yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir işlevi olarak değerlendirilmektedir. Özet değerlerin elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır (55):

1) Soruların puanlanması: SF-36 sorularının puanlanması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 3a-3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a-4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a-5c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 6

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Soru 7

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

Soru 8 (eğer 7. ve 8. sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

2) **Ölçek oluşturulması:** Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham değerler aralığı
Fizik İşlev	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Fizik Rol	4a+4b+4c+4d	4-8	4
Ağrı	7+8	2-12	10
Genel Sağlık Algısı	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20
Yaşamsallık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Sosyal İşlev	6+10	2-10	8
Mental Rol	5a+5b+5c	3-6	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25

$$\text{Boyut değeri} = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$$

Örnek:

Fizik işlev ham puanı 21 ise (olası en düşük değer 10 ve olası ham puan aralığı 20)

$$FF = \frac{21 - 10}{20} \times 100$$

$$FF = 55$$

3) Özet değerlerin elde edilmesi: Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamaları hesaplanarak özet değerler elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

$$f_i_z = (F_i - 84.52404) / 22.89490$$

$$f_r_z = (F_r - 81.19907) / 33.79729$$

$$a_z = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$g_s_z = (G_s - 72.21316) / 20.16964$$

$$y_z = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$s_i_z = (S_i - 83.59753) / 22.37642$$

$$m_r_z = (M_r - 81.29467) / 33.02717$$

$$m_i_z = (M_s - 74.84212) / 18.01189$$

$$FS = (f_i_z \times 0.42402) + (f_r_z \times 0.35119) + (a_z \times 0.31754) + (g_s_z \times 0.24954) + (y_z \times 0.02877) + (s_i_z \times (-0.00753)) + (m_r_z \times (-0.19206)) + (m_i_z \times (-0.22069))$$

$$MS = (f_i_z \times (-0.22999)) + (f_r_z \times (-0.12329)) + (a_z \times (-0.09731)) + (g_s_z \times (-0.1571)) + (y_z \times 0.23534) + (s_i_z \times 0.26876) + (m_r_z \times 0.43407) + (m_i_z \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel Özet Sağlık Değeri (FSD)} = 50 + (MS \times 10)$$

$$\text{Mental Özet Sağlık Değeri (MSD)} = 50 + (FS \times 10)$$

EK IV.

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN SAĞLIK ALGILAMASI

Huzurevinin Adı:

No:

1) Adınız / Soyadınız:

2) Doğum Tarihiniz:

3) Cinsiyetiniz

1) Kadın

2) Erkek

4) Medeni Durumunuz

1) Evli

2) Bekar

3) Boşanmış

4) Eşi ölmüş

5) Öğrenim Durumunuz (En son bitirdiği okul dikkate alınarak işaretleyiniz)

0) Okur-yazar değil

1) Okur-yazar

2) İlkokul

3) Ortaokul

4) Lise

5) Yüksekokul-üniversite

6) Diğer (Açık olarak yazınız)

6) Sağlık/Sosyal Güvenceniz

0) Sağlık güvencesi yok

1) SSK

2) Emekli Sandığı

3) Yeşil Kart

4) Özel Sigorta

5) Diğer (Açık olarak yazınız)

7) Bir aylık toplam geliriniz:

8) Çocuğunuz var mı?

0) Hayır

1) Evet (Sayısı)

9) Sigara kullanıyor musunuz?

0) Hayır

1) Bırakmış

2) Evet

10) Alkol kullanıyor musunuz?

- 0) Hayır
- 1) Bırakmış
- 2) Evet

11) Sürekli ya da düzenli aralıklarla kullandığınız ilacınız var mı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

12) Son 1 aya kadar sık aralıklarla tekrarlayan sağlıkla ilgili yakınmalarınız var mıydı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

13) Son 1 aya kadar doktor tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mıydı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

14) Huzurevinde kalmaya başlamadan önce kiminle yaşıyor dunuz? Şu an kiminle birlikte yaşıyor sunuz?

.....

15) Son 1 aydır sık aralıklarla devam eden yakınmanız var mı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

16) Son 1 aydır herhangi bir sağlık muayenesinden geçtiniz mi?

- 0) Hayır
- 1) Evet (Nedeni?.....)

17) Huzurevinde kalmayı tercih nedeniniz nedir? Şu anki yaşama biçimini tercih nedeniniz nedir? (Açık olarak yazınız).

.....

18) Ne zamandan beri şu an yaşadığınız huzurevinde bulunuyor sunuz?

.....

19) Aşağıdaki ifadelerden hangisi şu an yaşadığınız huzurevine/yaşamınıza ait düşüncelerinizi ifade etmektedir?

- 1) Hiç memnun değilim
- 2) Memnun değilim
- 3) Biraz memnunum
- 4) Memnunum
- 5) Çok memnunum

20) Yaşlılık dönemine ait düşünceniz nedir? (Örneğin: Harika bir dönem)

.....

21) Günlük Yaşam Aktivitelerini yapabilme durumunuz nasıldır?

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Kendisi	Biraz zorlanarak	Yardımla	Tamamen başkası
Giyim				
Yatıp kalkma				
Ayağa kalkma				
El yüz yıkama				
Banyo yapma				
Tuvalete oturup kalkma				
Yemek yeme				
Kapalı mekan içinde dolaşma (evde dolaşma)				
Merdiven inip çıkma				
Dışarıda dolaşma				
Ayak tırnağı kesme				

22) Sağlığınızı 1 ile 10 arasında bir rakamla değerlendirmeniz istense siz sağlık düzeyinizi hangi sayıyla değerlendirirsiniz? (0- Kötü, 10- İyi)

.....

23) Halen yaşamakta olan yakınlarınız var mı?

0) Yok

1) Var

- yaşadığı şehir:.....

24) Yakınlarınız sizi ziyaret ediyor mu?

0) Hayır

1) Evet (ne sıklıkta?.....)

25) Yakınlarınız sizi telefonla arıyor mu?

0) Hayır

1) Evet (ne sıklıkta?.....)

26) Siz yakınlarınızı ziyaret ediyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet (ne sıklıkta?.....)

27) Siz yakınlarınızı telefonla arıyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet (ne sıklıkta?.....)

28) Aşağıdaki ifadelerden hangisi huzurevindeki/çevrenizdeki diğer bireylerle iletişiminizi tarif etmektedir?

1) Kötü

4) Diğer.....

2) Orta

3) İyi

EK V. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Lütfen her soruyu cevaplayınız. Bazı sorular birbirine çok benzese de her biri farklıdır. Dikkatlice okuduktan sonra her soru için size uygun yeri işaretleyiniz.

ÖRNEK:

Aşağıdaki cümlelerin her biri sizin için ne kadar geçerlidir?

	Kesinlikle doğru	Genellikle doğru	Bilmiyorum	Genellikle yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Başkalarına göre biraz daha kolay hasta oluyorum				×	
b)Sağlığım harikulade	×				

Lütfen şimdi aşağıdaki soruları cevaplamaya başlayınız.

1. Genel olarak sağlığınız konusunda ne dersiniz?

Harika
☐

Çok iyi
☐

İyi
☐

Şöyle böyle
☐

Kötü
☐

2. Bir yıl öncesine göre sağlığınız şu anda nasıl?

Çok daha iyi
☐

Biraz daha iyi
☐

Hemen hemen aynı
☐

Biraz daha kötü
☐

Çok daha kötü
☐

3. Aşağıda, günlük yaşamınızda yapabileceğiniz şeyler sıralanmıştır. Şu anda sağlığınız bunları yapabilmenizi engelliyor mu?

	Evet, çok engelliyor	Evet, biraz engelliyor	Hayır, hiç engellemiyor
a)Ağır faaliyetler, Örneğin koşma, ağır yük kaldırma, spor yapma			
b)Orta derecede ağır faaliyetler; örneğin elektrikli süpürge kullanma, masayı yerinden oynatma			
c)Alış veriş filesini taşıma			
d)Birkaç basamak merdiven çıkma			
e)Tek basamak çıkma			
f)Eğilme, çömelme			
g)Bir buçuk kilometreyi aşan mesafeyi yürüme			
h)Birkaç apartman öteye yürüme			
i)Bir apartman öteye yürüme			
j)Kendi kendine yıkanma ya da giyinme			

4. Son bir ay içinde günlük faaliyetlerinizde veya iş hayatınızda bedensel rahatsızlıklar nedeniyle aşağıdaki durumlar oldu mu?

	Evet	Hayır
a)İşlerime ayırdığım zamanı kısıtladım		
b)İşin miktarını kısıtladım		
c)İşin çeşidini kısıtladım		
d)İşlerimi yaparken ek çaba sarf etmek zorunda kaldım		

5. Son bir ay içinde günlük hayatınızda ya da iş hayatınızda ruhi sıkıntılar(depresif veya huzursuz hissetmek gibi) nedeniyle aşağıdaki durumlar oldu mu?

	Evet	Hayır
a)İşlerime ayırdığım zamanı kısıtladım		
b)İşin miktarını kısıtladım		
c)İşimi yaparken her zamankinden daha dikkatsizdim		

6. Son bir ay içinde bedensel rahatsızlığınız ya da ruhi sıkıntılarınız insanlarla münasebetlerinizi ne ölçüde etkiledi?

Hiç ☐ Biraz ☐ Orta derecede ☐ Oldukça, epey ☐ Çok ☐

7. Son bir ay içinde hiç ağrı çektiniz mi?

Hiç ☐ Çok az ☐ Biraz ☐ Orta derecede ☐ Epey ☐ Evet, çok fazla ☐

8. Son bir ay içinde çektiğiniz ağrı nedeniyle günlük işleriniz ne ölçüde aksadı? (Evdeki ya da dışarıdaki işlerinizde)

Hiç ☐ Çok az ☐ Biraz ☐ Epey ☐ Çok ☐

9. Bu sorular son bir ay içinde nasıl hissettiğiniz ve zamanın nasıl geçtiği hakkındadır. Lütfen her soru için hissettiklerinize en çok uyan cevabı seçin.

Son bir ay içinde zamanınızın ne kadarında.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Genelde	Bazen	Nadiren	Hiç
a)Neşe ve keyif doluydunuz						
b)Asabi bir insandınız						
c)Dünyada hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar mutsuz ve karamsardınız						
d)Sakin ve huzurluydunuz						
e)Enerji doluydunuz						
f)Üzüntülü ve kederliydimiz						
g)Yıpranmış hissettiniz						
h)Mutluydunuz						
i)Yorgundunuz						

10. Son bir ay içinde ne sıklıkta bedensel sağlığınız ya da ruhi sıkıntılarınız insanlar ile münasebetlerinizi olumsuz etkiledi?

Her zaman
☐

Çoğu zaman
☐

Genellikle
☐

Bazen
☐

Nadiren
☐

Hiç
☐

11. Aşağıdaki cümlelerin her biri sizin için ne kadar geçerlidir?

	Kesinlikle doğru	Genellikle doğru	Bilmiyorum	Genellikle yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Başkalarına göre biraz daha kolay hasta olurum					
b)Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım					
c)Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
d)Sağlığım harikulade					

ÖZGEÇMİŞ

Hülya Kulakçı 1979'da Zonguldak'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı. 1997 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na girdi. 2002'de mezun oldu. 1 ay Başkent Hastanesi Genel Cerrahi servisinde çalıştı. 2002'de Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitime başladı. 2002 Kasım ayından itibaren Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır.

