

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**İZMİT'TEKİ HUZUREVLERİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN GENEL SAĞLIK
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. HATİCE CEMRE KESER

HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

KOCAELİ-2024

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

İZMİT’TEKİ HUZUREVLERİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN GENEL SAĞLIK
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. HATİCE CEMRE KESER

HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN

KOCAELİ-2024

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanımlar	3
2.1.1. Yaşlanmanın Tanımı.....	3
2.1.2. Yaşlı Tanımı	3
2.1.3. Toplumun Yaşlılığı Tanımı	4
2.2. Yaşlanmanın Epidemiyolojisi	4
2.2.1. Dünya Yaşlanıyor	4
2.2.2. Dünyadaki Yaşlı Nüfus Oranları	5
2.2.3. Türkiye’deki Yaşlı Nüfus Oranları.....	5
2.2.4. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi.....	6
2.2.5. Dünyada Nüfusun Yaşlanma Nedenleri	7
2.3. Nasıl Yaşlanıyoruz?	8
2.3.1. Yaşlanma ile İlgili Kavramlar	8
2.3.2. Yaşlılık Döneminde Bakım Hizmetleri ile İlgili Kavramlar	9
2.3.3. Yaşlanma ile İlgili Teoriler.....	9
2.3.4. Yaşlılık Döneminde Vücutta Meydana Gelen Değişiklikler	11
2.4. Yaşlılarda Sık Görülen Sağlık Sorunları.....	14
2.4.1. Geriatrik Sendromlar	14
2.4.1.1. Depresyon	15
2.4.1.2. Deliryum	15
2.4.1.3. Demans	15
2.4.1.4. Düşmeler	16
2.4.1.5. Üriner İnkontinans (Üİ)	16
2.4.1.6. Malnütrisyon.....	16
2.4.1.7. Polifarmasi (Çoklu ilaç kullanımı).....	18
2.4.1.8. Uyku Bozuklukları.....	20
2.4.1.9. Yaşa Bağlı İşitme Kaybı (Presbiakuzi).....	20

2.4.1.10. Yaşa Bağlı Görme Sorunları	21
2.4.2. Yaşlılara Yönelik Olumsuz Tutum ve Davranışlar	21
2.5. Nasıl Sağlıklı Yaşlanırsınız?	26
2.5.1. Sağlıklı Yaşam Davranışları için Yaşam Boyu Yaklaşım	26
2.6. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet	35
2.6.1. Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri nerelerde verilir?	35
2.6.1.1. Huzurevleri	36
2.6.1.2. Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri	37
2.6.1.3. Gündüzlü Bakım Evleri	37
2.6.1.4. Evde Bakım Hizmetleri	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM:	38
3.1. Araştırmanın Tekniği	38
3.2. Araştırmanın Yeri	38
3.3. Araştırmanın Evreni	38
3.4. Araştırmanın Örneği	39
3.4.1. Örneklem Büyüklüğü	39
3.4.2. Örneklem Yöntemi	39
3.5. Araştırmanın Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	39
3.5.1. Dahil Etme Kriterleri	39
3.5.2. Dışlama Kriterleri	40
3.6. Araştırmanın Varsayımları	41
3.6.1. Araştırmanın Ana Varsayımları	41
3.6.2. Araştırmanın Alt Varsayımları	41
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	41
3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni	42
3.8. Veri Toplama Araçları	43

3.9. Araştırma ile İlgili İzinler.....	44
3.10. Araştırmanın İş Gücü ve Finansmanı.....	45
3.11. Verilerin Çözümlemesi	45
3.12. Araştırmanın Uygulanması	45
3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	46
4. BULGULAR.....	47
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	47
4.2. Sağlık Durumu Özellikleri	59
5. TARTIŞMA	80
5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Hata Kaynakları	80
5.1.1. Araştırmanın Temsil Boyutuyla İlgili Kısıtlılıklar	80
5.1.2. Araştırma Tekniğinden Doğan Kısıtlılıklar.....	80
5.1.3. Araştırma Grubunun Kendine Özgü Özellikleri ile İlgili Kısıtlılıklar	80
5.1.4. Değişkenleri Değerlendirme Yönteminden Doğan Kısıtlılıklar	81
5.1.5. Soruların İçeriğinden Doğan Kısıtlılıklar	82
5.2. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	82
5.3. Verilerin Karşılaştırılması.....	82
5.3.1. TÜİK Yaşlı Verileri ile Araştırmamız Verilerinin Karşılaştırılması.....	82
5.3.2. Sosyodemografik Verilerin Tartışılması	84
5.3.2.1. Kurumda Kalma Süresi.....	84
5.3.2.2. Cinsiyet	85
5.3.2.3. Yaş	85
5.3.2.4. Eğitim Durumu	86
5.3.2.5. Gelir Durumu	86
5.3.2.6. Sosyal Güvence ve Emeklilik	87
5.3.2.7. Medeni Durum	87
5.3.2.8. Çocuk Sayısı	87
5.3.2.9. Yaşam Yeri Tercihi.....	87

5.3.2.10. Ziyaretçi Varlığı.....	88
5.3.3. Sağlık Durum Özelliklerinin Karşılaştırılması	89
5.3.3.1. Egzersiz Yapma	89
5.3.3.2. Sigara Kullanımı	89
5.3.3.3. Düşme Durumu	89
5.3.3.4. Algılanan Sağlık Değerlendirmesi	89
5.3.3.5. Kronik Hastalık Varlığı.....	89
5.3.3.6. VKİ	90
5.3.3.7. İnkontinans.....	90
5.3.3.8. Aşılama	90
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
6.1.Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Sonuçlar.....	92
6.2.Sağlık Durumu ile İlgili Sonuçlar	93
6.3. Öneriler.....	94
6.3.1. Gelir Durumu ile İlgili Öneriler.....	94
6.3.2. Sigara Kullanımı ile İlgili Öneriler.....	95
6.3.3. Düşme ile İlgili Öneriler.....	95
6.3.4. Kurum Hekimi ile İlgili Öneriler.....	95
6.3.5. Sağlık Hizmetine Ulaşabilme ile İlgili Öneriler	95
6.3.6. Aşılama ile İlgili Öneriler	96
6.3.7. Beslenme ile İlgili Öneriler	96
7.ÖZET	97
8. ABSTRACT.....	98
9. EKLER.....	99
10. KAYNAKÇA.....	109

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü desteği sunan, bilgi ve deneyimleriyle yol gösterici olan danışman hocam Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan’a ve Dr. Öğr. Üyesi. Alp Aker’e

Sevgileri ve özverileriyle her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Sorularımı sabırla dinleyip cevaplayan ve onlarla geçirdiğim vakit zihnimde güzel bir anı olarak kalacak olan değerli tüm huzurevi sakinlerine,

Bu süreçte yanımda olan ve desteklerini hissettiren tüm sevdiklerime teşekkür ederim.



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

Üİ: Üriner İnkontinans

SD: Standart Deviasyon

DM: Diabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

GYAÖ: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

ASHB: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

CDC: The Centers for Disease Control and Prevention

NHIS: National Health Interview Survey

TTB: Türk Tabipleri Birliği

PPSV23 (pneumococcal polysaccharide vaccine): 23 Valanlı Polisakkarit Pnömonokok Aşısı

PCV13 (pneumococcal conjugate vaccine): 13 Valanlı Konjuge Pnömonokok Aşısı

TABLO DİZİNİ

Tablo numarasındaki ilk rakam, tablonun yer aldığı tez bölümünü göstermektedir. İkinci rakam ise ilgili bölümdeki sıra numarasını belirtmektedir.

Tablo 2.1. Dünyada yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payında değişim (1990-2100	4
Tablo 2.2. Dünyada yıllar içinde doğuşta beklenen yaşam sürelerindeki değişim.....	6
Tablo 2.3. Yaşlanma ile ilgili biyolojik ve sosyolojik kuramlar.....	9
Tablo 2.4. Malnütrisyon değerlendirmede kullanılan yöntemler.....	18
Tablo 2.5. İlaçların farmakokinetik faz aşamaları ve yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişikliklerle ilişkili olası ilaç yan etkileri	19
Tablo 2.6. DSÖ Yaşlılara Yönelik İstismar 2024, Sistematiik İncelemeler ve Meta-Analizler	25
Tablo 2.7. Fiziksel aktivite konusunda yaşlılar tarafından üretilen bahaneler ve verilebilecek yanıtlar	28
Tablo 2.8. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet Veren Kurum Sayısı, Ekim 2024.....	35
Tablo 2.9. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetlerden Faydalanan Kişi Sayısı, Ekim 2024.....	36
Tablo 3.1. Kocaeli Huzurevi ve Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Verileri	40
Tablo 3.2. Araştırma Zaman Çizelgesi	46
Tablo 4.1. Kurumda Kalma Süreleri.....	47
Tablo 4.2. Cinsiyet.....	47
Tablo 4.3. Yaş Dağılımları.....	48
Tablo 4.4. DSÖ Sınıflamasına Göre Yaş Kategorileri.....	48
Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Yaşlılık Gruplarının Karşılaştırılması	48
Tablo 4.6. Eğitim Durumları.....	49
Tablo 4.7. Cinsiyete Göre Eğitim Durumları.....	50
Tablo 4.8. Meslek Grupları.....	50
Tablo 4.9. Cinsiyete Göre Meslek Grupları.....	51
Tablo 4.10. Eğitim Durumuna Göre Meslek Grupları.....	51
Tablo 4.11. Çalışma Durumu.....	52
Tablo 4.12. Cinsiyete Göre Çalışma Durumu.....	52
Tablo 4.13. Emekli Olma Durumu	53
Tablo 4.14. Sosyal Güvence Türleri	53
Tablo 4.15. Gelir Durumu.....	54

Tablo 4.16. Kuruma Göre Gelir Durumları	54
Tablo 4.17. Medeni Durum.....	55
Tablo 4.18. Hayattaki Çocuk Sayısı	55
Tablo 4.19. Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etmede Birinci Neden	55
Tablo 4.20. Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etmede İkinci Neden	56
Tablo 4.21. Başka Bir Seçenek Olsa Nerede Yaşamak İsteneceği	57
Tablo 4.22. Ziyaretçi Varlığı	57
Tablo 4.23. Ziyaretçi Sıklığı	57
Tablo 4.24. Ziyaretçi Yakınlık Durumu	58
Tablo 4.25. İkinci Sıklıkta Gelen Ziyaretçi Yakınlık Durumları.....	58
Tablo 4.26. Sağlık Kurulu Engelli Raporu Varlığı	59
Tablo 4.27. Sağlık Kurulu Engelli Raporu Almaya Neden Olan Engel Türleri	59
Tablo 4.28. Düzenli Spor/Egzersiz Yapma Durumu	60
Tablo 4.29. Spor Yapma Sıklıkları	60
Tablo 4.30. Sigara Kullanım Durumu.....	61
Tablo 4.31. Sigara Kullanım Dağılımları	61
Tablo 4.32. Son Bir Yıl İçinde Düşme Durumu	62
Tablo 4.33. Düşme Yerleri.....	62
Tablo 4.34. Telefon/Teknolojik Ürün Kullanım Durumları	62
Tablo 4.35. Algılanan Sağlık Değerlendirmesi.....	63
Tablo 4.36. Sistemik Hastalıklar.....	64
Tablo 4.37. Cinsiyete Göre Sistemik Hastalıklar.....	65
Tablo 4.38. DM, HT Varlığı	66
Tablo 4.39. Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı	66
Tablo 4.40. Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı	66
Tablo 4.41. Cihaz/Protez Kullanımı	67
Tablo 4.42. Cihaz/Protez Türü.....	67
Tablo 4.43. Ameliyat Geçirme Durumları	67
Tablo 4.44. Ameliyat Türleri	68
Tablo 4.45. Kurum Hekimi Varlığı.....	69
Tablo 4.46. Görüşülen Kuruma Göre Kurum Hekimi Varlığı.....	69
Tablo 4.47. İhtiyaç Duyulduğunda Sağlık Hizmetine Ulaşabilme	70
Tablo 4.48. İlaçlarını Temin Edebilme	70
Tablo 4.49. Son 5 Yılda Aşılama Durumları	71

Tablo 4.50. Aşının Yapıldığı Yer	71
Tablo 4.51. Görüşülen Kuruma Göre Aşılama Yeri	72
Tablo 4.52. Aşı Türlerine Göre Aşılama Durumu	72
Tablo 4.53. Kendini Mutlu Hissetme Durumu	73
Tablo 4.54. Geçmişe Mutlulukla Bakma Durumu	73
Tablo 4.55. Şimdi Mutlu Olma ile Eskiden Mutlu Olmanın Karşılaştırılması	74
Tablo 4.56. Mutluluk Kaynağı	74
Tablo 4.57. Boy, Kilo, VKİ Dağılımları	76
Tablo 4.58. Cinsiyete Göre Boy, Kilo, VKİ Dağılımları	76
Tablo 4.59. VKİ Sınıflandırmasına Göre VKİ Dağılımları	77
Tablo 4.60. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanı	77
Tablo 4.61. Katz GYAÖ Alt Parametrelerine Göre Alınan Puanlar	78
Tablo 4.62. Cinsiyete Göre İnkontinans	78
Tablo. 4.63. Cinsiyete Göre Kendi Başına Banyo Yapma Durumu	79

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil numarasındaki ilk rakam, tablonun yer aldığı tez bölümünü göstermektedir. İkinci rakam ise ilgili bölümdeki sıra numarasını belirtmektedir.

Şekil 2.1. Yaşlı nüfus oranlarının en yüksek ve en düşük olduğu beş ülke.....	5
Şekil 2.2. Türkiye’de yaş grubuna göre nüfus oranları, 1935-2080	6
Şekil 2.3. Yaş gruplarına göre yaşlı nüfus oranları, TÜİK 2018-2024.....	6
Şekil 2.5. Yaş ve cinsiyete göre beklenen yaşam süreleri, 2020-2022	7
Şekil 2.6. Albert ve arkadaşlarına göre yaşlılık döneminde görülen bazı değişiklikler	17
Şekil 2.7. Kalıp yargı, ön yargı ve ayrımcılık döngüsü	22
Şekil 2.8. Yaş nedenli ayrımcılığın olası sonuçları, DSÖ.....	23
Şekil 2.9. Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin birincil ve ikincil değerlendirme başlıkları..	33

EKLER DİZİNİ

Ek-1. Araştırmanın Veri Formu	99
Ek-2. KOÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	106
Ek-3. KOÜ Rektörlüğü ve Tıp Fakültesi Dekanlığı Araştırma İzni	107
Ek-4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü Araştırma İzni	108



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma, her canlı organizmanın yaşam döngüsünün bir parçasıdır ve her zaman var olan bir süreçtir. Yaşlanma, kalıtsal yapının ve dış etkenlerin etkisiyle hücrelerdeki biyokimyasal etkilenmelerden başlayarak hücre, doku, organ ve vücut düzeyinde işlevlerin azalmasıdır.¹ **Yaşlılık**, vücudun yapı ve işlevlerindeki geri dönüşü olmayan bozulmaların görüldüğü ölümle sonuçlanan yaşamın son evresidir. Fonksiyonel gerileme, vücuttaki bozuklukların birikimi olarak da ifade edilmektedir.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 65 yaş ve üzeri **yaşlı** kabul edilirken Birleşmiş Milletler (BM)'e göre 60 yaş ve üzeri yaşlı kabul edilmektedir. DSÖ yaşa göre sınıflama sisteminde; 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 arası orta yaşlılık, 85 yaş ve üzeri çok ileri yaşlılık olarak değerlendirilmektedir. Bir toplumda 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4' den azsa genç toplum, %4 ila %7 arasında ise olgun toplum, %7 ila %10 arasında ise **yaşlı toplum**, %10 ve üzerinde ise çok yaşlı toplum olarak sınıflandırılmaktadır.¹

Dünyada toplumların yaşlanması 21. Yüzyılın en önemli demografik dönüşümlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. 2020 yılında tarihte ilk kez dünyadaki yaşlı nüfusu 5 yaş altı çocuk nüfusunu geçmiştir.² Doğum oranlarının düşmesi ve yaşam standartlarının yükselmesine bağlı doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması dolayısıyla yaşlı nüfus oranı hem dünyada hem ülkemizde giderek artmaktadır. Yaşam standartlarının yükselmesinin sebepleri arasında şunlar sayılabilir: Teknolojinin gelişmesi ve tıp alanında kullanımın artması; sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarındaki ve beslenme, barınma, hijyen şartlarındaki iyileşmeler; yeni aşı, antibiyotik ve ilaçların keşfi ile enfeksiyon hastalıklarına ve kronik hastalıklara bağlı erken ölümlerin azalması.³

BM dünya nüfus tahminlerine göre 2023 yılı dünya nüfusu 8.045.311.448'dir. Yaşlı nüfusunun ise 807.790.294 olduğu tahmin edilmektedir. BM 60 yaş üzerini yaşlı kabul etmektedir ve bu tahminlere göre dünya nüfusunun %10' unu yaşlı nüfus oluşturmaktadır.⁴ Türkiye 2023 yılı nüfusu 85.372.377'dir. 65 yaş ve üzeri nüfus ise 8.722.806'dır. Türkiye' de 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı %10,2'dir. Nüfus projeksiyonlarına göre ülkemizdeki yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. 2023 yılında yaşlı nüfusun %44,5'ini erkek nüfus, %55,5'ini kadın nüfus oluşturmaktadır. ⁴ Yaşlı nüfus oranının giderek artması yaşlıların fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik sorunlarına ve bu sorunların çözüm yollarına ağırlık vermeyi gerektirmektedir.

Yaşlılık dönemi en önemli sağlık sorunları arasında ‘geriatrik sendromlar’ yer alır. Geriatrik sendromlar, yaştın ilerlemesiyle birlikte görülen kompleks tıbbi durumlar olarak tanımlanmaktadır. Geriatrik sendromlar, yaşam kalitesini olumsuz etkiler, morbidite ve mortalite sıklığını artırır. Veizi ve arkadaşları tarafından (2023) sık görülen geriatrik sendromlar şöyle sıralanmıştır: depresyon, deliryum, demans, düşmeler, üriner inkontinans, malnütrisyon ve polifarmasi.⁵

Ülkemizdeki yaşlıların ölüm nedenlerine bakıldığında ise dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kanserler en sık 3 nedendir. Ülkemizdeki yaşlıların sık karşılaştığı sağlık sorunları ise şunlardır: kalp ve damar hastalıkları, diyabet, demans, kanserler, düşmeler sonucu olan yaralamalar ve psikolojik bozukluklar.⁴ Yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte yetersizlik yaşayabilirler.⁶ Kendi başına; banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama, bir yerden başka yere geçme, beslenme ve idrar gaita kontrolü sağlamada güçlük olası yetersizliklerden bazılarıdır.⁶

Ülkemizde huzurevlerinde ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde, gündüzlü bakım merkezlerinde ve evde sağlık hizmetleri ile yaşlı bakım hizmetleri verilmektedir. Ülkemizde toplamda 32.594 kapasiteli 459 huzurevi mevcuttur.⁷ Kocaeli İli İzmit İlçe ’sinde biri özel biri kamu olmak üzere iki huzurevi ve yaşlı bakım merkezi mevcuttur.

Bilimsel literatürde yaşlı temsiliyeti düşüktür. Örneğin; bel ağrısı şikâyeti için %3 araştırmada 65 yaş ve üzeri dahil edilmiştir. Yaşlı temsiliyetindeki yetersizliğin bazı nedenleri şunlardır: Onam almanın zorluğu, komorbidite varlığı, uyum problemleri, destekleyici bakım gereksinimleri, yaşa göre hariç tutma kriterleri. Temsiliyetin düşük olduğu bu grupta tüm bu gerekçeler doğrultusunda bilimsel araştırma yapmak kıymetlidir. Bölgemizdeki bu kırılgan grubun mevcut sağlık durumlarını değerlendirmek yoluyla bilimsel literatüre katkı sağlamak faydalı olacaktır.

Bu araştırmada İzmit’teki huzurevlerinde yaşayan yaşlıların genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla araştırmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yetileri ve genel sağlık durumları ile ilgili özellikler incelenmiştir. Bu araştırmanın orta ve uzun vadede amaçları arasında huzurevinde yaşayan yaşlılarla ilgili tespit edilen olası sorunların çözümüne yönelik gerek kurumsal gerekse politika düzeyinde yapılabilecekler konusunda öneriler oluşturmak da yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

2.1.1. Yaşlanmanın Tanımı

Yaşlanma, her canlı organizmanın yaşam döngüsünün bir parçasıdır ve her zaman var olan bir süreçtir. Yaşlanma, kalıtsal yapının ve dış etkenlerin etkisiyle hücrelerdeki biyokimyasal etkilenmelerden başlayarak hücre, doku, organ ve vücut düzeyinde işlevlerin azalmasıdır.¹

Yaşamı dört evrede incelemek mümkündür:

Embriyolojik gelişim: Sperm ve yumurtanın döllenmesinden başlayıp doğuma kadarki evreyi kapsar.

Büyüme: Doğumdan ergenliğin sonuna kadarki evredir.

Olgunluk: Ergenlikten yaşlılığa kadarki dönemdir.

Yaşlılık: Vücudun yapı ve işlevlerindeki geri dönüşü olmayan bozulmaların görüldüğü ölümle sonuçlanan yaşamın son evresidir. Fonksiyonel gerileme, vücuttaki bozuklukların birikimi olarak da ifade edilmektedir.¹

Yaşlanmanın beş alt tipi vardır: Kronolojik, biyolojik, ekonomik, sosyal, psikolojik.

Kronolojik yaşlanma: Yaşlılığın başlangıcı için kronolojik yaş kullanılır.

Biyolojik ya da fizyolojik yaşlanma: Yapısal ve fizyolojik değişimleri içeren yaşlanmadır.

Ekonomik yaşlanma: Emekli olma ile başlayan evredir. Kişinin aktif çalışma ve üretme döneminin sona ermesini ifade eder.

Sosyal yaşlanma: Bireyin yaşadığı sosyal statü ve rol kayıplarıyla birlikte toplum tarafından yaşlı olarak kabul edildiği evredir.

Psikolojik yaşlanma: Kişilerin duygu, algı ve davranışlarında gelişen değişimlerin olduğu evredir. Geçmişe karşı özlem, geleceğe karşı ümitsizliğin olduğu kaygı ve üzüntüleri içerir.¹

2.1.2. Yaşlı Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaş ve üzeri yaşlı kabul edilirken Birleşmiş Milletlere göre 60 yaş ve üzeri yaşlı kabul edilmektedir.¹

DSÖ yaşa göre sınıflama sisteminde; 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 arası orta yaşlılık, 85 yaş ve üzeri çok ileri yaşlılık olarak sınıflandırılmaktadır.¹

Literatürde 80 yaş ve üzeri yaşlılar “süper geriatrik”, en az 100 yaşında olanlar “asırlık”, en az 110 yaşında olanlara “süper asırlık” olarak adlandırılmaktadır. Bir insanın yaşayabildiği en uzun ömür 121 yıldır.⁸

2.1.3. Toplumun Yaşlılığı Tanımı

Bir toplumda 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4’ den azsa genç toplum, %4 ila %7 arasında ise olgun toplum, %7 ila %10 arasında ise yaşlı toplum, %10 ve üzerinde ise çok yaşlı toplum olarak sınıflandırılmaktadır.

“Yaşlanan toplum” kavramında nüfusun yaş değişimlerine odaklanılırken “uzun ömürlü toplum” kavramında ise yaşlanmanın olumsuz etkilerini geciktirmeye odaklanılır. Yaşlanma şeklinde değişiklikler yapılarak daha uzun yaşamın avantajlarından yararlanmak amaçlanmaktadır.⁹

2.2. Yaşlanmanın Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünya Yaşlanıyor

Dünyada toplumların yaşlanması 21. Yüzyılın en önemli demografik dönüşümlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. 2020 yılında tarihte ilk kez dünyadaki yaşlı nüfusu 5 yaş altı çocuk nüfusunu geçmiştir. Demografik yapıdaki dönüşüm, toplumsal, sosyal, ekonomik birçok alanı etkilemektedir.²

Tablo 2.1. Dünyada yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payında değişim (1990-2100), BM 2019 Nüfus Projeksiyonları^{2,10}

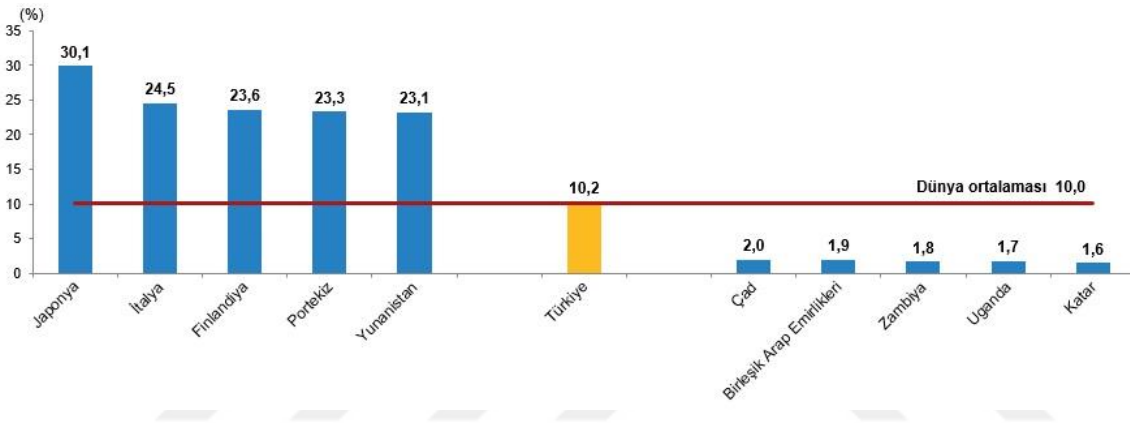
Yıl	(%)
1990	6,0
2019	9,0
2020	9,3
2030	11,7
2050	15,9
2100	22,6

2.2.2. Dünyadaki Yaşlı Nüfus Oranları

BM dünya nüfus tahminlerine göre 2023 yılı dünya nüfusu 8.045.311.448'dir. Yaşlı nüfusunun ise 807.790.294 olduğu tahmin edilmektedir. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %10' unu yaşlı nüfus oluşturmaktadır.⁴

2023 yılında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30,1 ile Japonya, %24,5 ile İtalya ve %23,6 ile Finlandiya olmuştur. Türkiye, 184 ülke arasında 67. sırada yer almıştır. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu ülke, %1,6 ile Katar olmuştur. Bu ülkeyi %1,7 ile Uganda, %1,8 ile Zambiya izlemiştir.⁴

Şekil 2.1. Yaşlı nüfus oranlarının en yüksek ve en düşük olduğu beş ülke

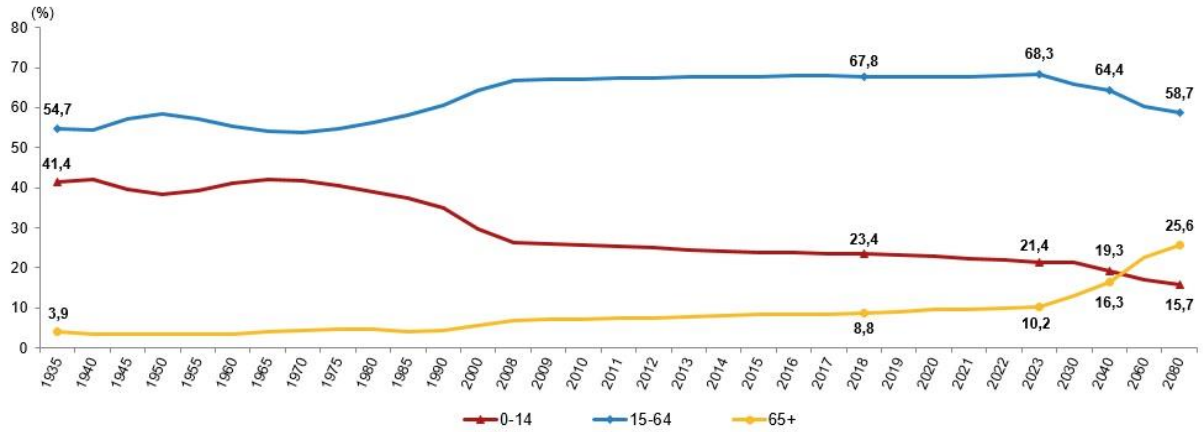


2.2.3. Türkiye'deki Yaşlı Nüfus Oranları

Son yayımlanan TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 verilerine göre; Türkiye 2023 yılı nüfusu 85.372.377'dir. 65 yaş ve üzeri nüfus ise 8.722.806'dır. Türkiye' de 65 yaş ve üzeri nüfus yaşlı nüfus oranı %10,2'dir. Yaşlı nüfusu 2018 yılında 7.186.204 kişi iken son 5 yılda %21,4 artmıştır. 2018 yılında yaşlı nüfus oranı %8,8'idi. 2023 yılında yaşlı nüfusun %44,5'ini erkek nüfus, %55,5'ini kadın nüfus oluşturmaktadır.⁴

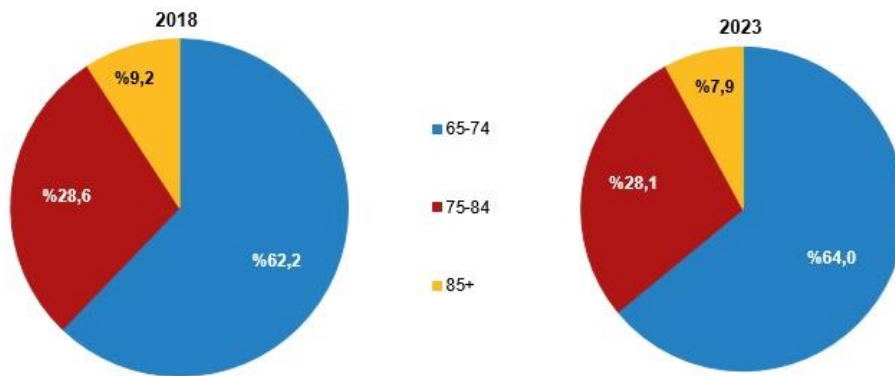
Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.⁴

Şekil 2.2. Türkiye’de yaş grubuna göre nüfus oranları, 1935-2080



Yaş gruplarına göre yaşlı nüfus oranlarına bakıldığında son beş yıl içinde 65-74 yaş nüfus oranının artarak %64’e ulaştığı, 75-84 yaş ve 85 yaş üstü nüfus oranlarının ise azalarak %28,1 ve %7,9’a gerilediği görülmektedir.⁴

Şekil 2.3. Yaş gruplarına göre yaşlı nüfus oranları, TÜİK 2018-2024



2.2.4. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

BM dünya nüfus tahminlerine göre 2023 yılı için **doğuşta beklenen yaşam süresi** dünya genelinde 73,4 yıl, erkekler için 70,8 yıl kadınlar için 76 yıl olduğu görülmüştür.⁴

Tablo 2.2. Dünyada yıllar içinde doğuşta beklenen yaşam sürelerindeki değişim, BM 2019 Nüfus Projeksiyonları

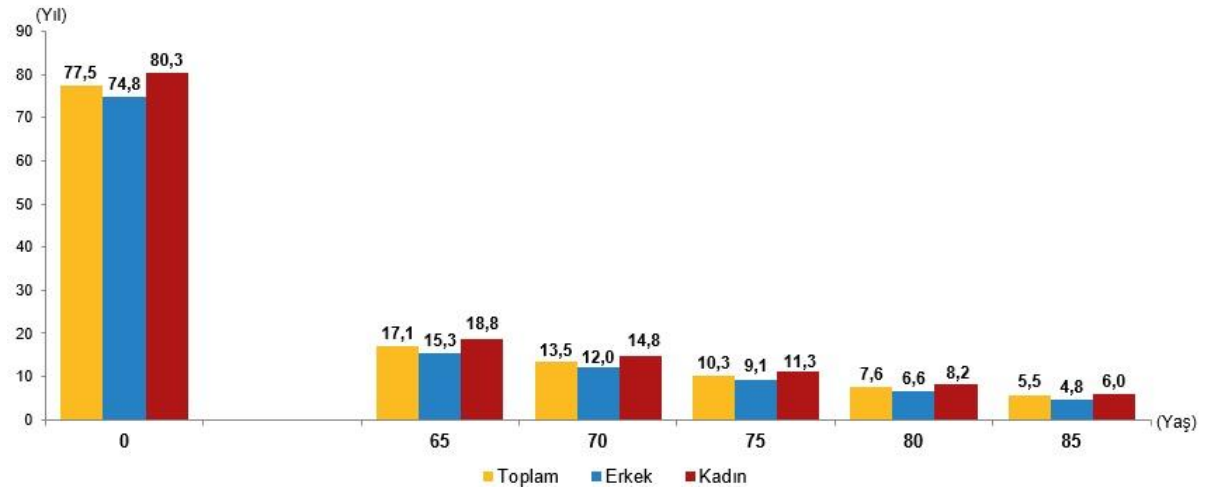
Bölge	Yıl		
	1990	2021	2050
Sahra Altı Afrika	49,2	59,7	66,7
Kuzey Afrika Batı Asya	64,3	72,1	78,3

Orta ve Güney Asya	58,3	67,7	77,1
Doğu ve Güneydoğu Asya	68,1	76,5	81,7
Latin Amerika ve Karayipler	67,7	72,2	80,6
Avusturalya ve Yeni Zelenda	76,8	84,2	87,0
Okyanusya (Avusturalya ve Yeni Zelenda Hariç)	62,5	67,1	71,6
Avrupa ve Kuzey Amerika	73,6	77,2	83,8
Dünya	64,0	71,0	77,2

Türkiye’de ise doğuşta beklenen yaşam süresi 2023 yılı için, erkeklerde 74,7, kadınlarda 80 olmak üzere 77,3 yıldır.¹¹

Türkiye’de 65 yaşına ulaşan bir kişinin kalan yaşam süresi ise ortalama 17,1 yıldır. Erkekler için bu süre 15,3 yıl, kadınlar için 18,8 yıldır. Beklenen yaşam süresi 75 yaşında 10,3 yıl iken 85 yaşında 5,5 yıldır.¹¹

Şekil 2.5. Yaş ve cinsiyete göre beklenen yaşam süreleri, 2020-2022



2.2.5.Dünyada Nüfusun Yaşlanma Nedenleri

Doğum oranlarının düşmesi ve yaşam standartlarının yükselmesine bağlı doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması dolayısıyla yaşlı nüfus oranı hem dünyada hem ülkemizde artmaktadır. Yaşam standartlarının yükselmesinin sebepleri arasında şunlar sayılabilir: Teknolojinin gelişmesi ve tıp alanında kullanımının artması; sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarındaki ve beslenme, barınma, hijyen şartlarındaki iyileşmeler; yeni aşı, antibiyotik

ve ilaçların keşfi ile enfeksiyon hastalıklarına ve kronik hastalıklara bağlı erken ölümlerin azalması.

Dünyada nüfusun yaşlanmasının öncelikli üç nedeni şunlardır:

- Doğurganlık hızında azalma
- Ölüm hızında azalma
- Göç.

Büyük göç dalgalarının yaşandığı ülkelerde, göçmenler daha genç yaş grubunda olmalarından dolayı yaşlanma sürecini geçici olarak azaltan bir faktör olabilir fakat uzun dönemde bu geçici etki gerileyecektir ve göç yaşlı nüfus oranını artırabilir.³

2.3. Nasıl Yaşlanıyoruz?

2.3.1. Yaşlanma ile İlgili Kavramlar

Sağlıklı yaşlanma: DSÖ bu kavramı şöyle açıklamaktadır: Bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılamalarına ve çevrelerine katkı sağlamalarına olanak sağlayan işlevsel yeteneği geliştirme ve sürdürme sürecidir.¹²

Başarılı yaşlanma: Bu model 1997 yılında Rowe ve Khan tarafından ortaya atılmıştır. Başarılı yaşlanmanın üç temel bileşeni vardır. Bunlar şöyledir:

1. Hastalıkların ve yeti yitiminin olmaması,
2. Mental ve fiziksel fonksiyonelliğin sağlanması,
3. Topluma katılımın olması.¹³

Temelde sağlıklılık (Essentially healthy): Akut hastalığı olmayan, kronik hastalığı kontrol altında olan, yakın zamanda kanser öyküsü olmayan kişilerin sağlık durumu için kullanılan bir tanımlamadır.¹⁴

Son derece sağlıklı (Exceptionally healthy): Kronik hastalığı olmayan, ilaç kullanmayan, normotansif, normal vücut ağırlığına sahip yaşlılar için kullanılan bir tanımdır.¹⁴

Yaşlılıkla ilgili iki temel bilim alanı bulunmaktadır: geriatri ve gerontoloji.

Geriatri: Geras(yaşlı) ve iatrikos(hekimlerle ilgili) kelimelerinin birleşmesi ile oluşmuştur. Tıbbın bir alt disiplini. Geriatri terimi ilk olarak 1909 yılında Ignatz Nascher tarafından ‘yaşlılıkla ilgili hastalıklarla ilgilenen hekimlik’ anlamında kullanılmıştır.¹⁵

Gerontoloji: Yaşlılık bilimidir. Tıp, fizyoloji, psikoloji, sosyoloji gibi disiplinlerden katkı alır. Multidisiplinerdir. Yaşlanma ile ilgili sorunların yönetimini içerir. Yaşlanmanın sağlık yönlerinin yanı sıra toplumdaki etkilerini de inceler.¹⁵

2.3.2. Yaşlılık Döneminde Bakım Hizmetleri ile İlgili Kavramlar

Yaşlılık döneminde bakım hizmetlerine gereksinim artmaktadır. Bu kapsamdaki bazı tanımlar aşağıda sunulmuştur.

Geriatrik bakım: Yaşlılarda sağlığın geliştirilmesine, hastalıkların önlenmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına odaklanılmaktadır.¹⁶

Palyatif bakım: DSÖ şu şekilde tanımlamaktadır: Yaşam tehdidi oluşturan hastalıklarla ilişkili durumlarda, hastaların ve ailelerin yaşam kalitelerini artıran bütünleşmiş ve insan odaklı sağlık hizmetidir. Palyatif bakım hastalıkla ilişkili semptomları azaltarak yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır.¹⁷ Palyatif bakım gereksinimi olan hastaların yaşadıkları en sık iki semptom ağrı ve nefes almada zorluktur.¹⁸ Dünyada her yıl 56,8 milyon kişi palyatif bakıma gereksinim duyarken bu bakıma gereksinim duyanların yalnızca %14'ü bu bakımı alabilmektedir. Palyatif bakıma gereksinim duyanların çoğu orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşamaktadır.¹⁷

Uzun süreli bakım: Kronik sağlık sorunları ya da yeti yitimi olan kişilerin gereksinim duyduğu sürekli hizmeti ve desteği ifade eder.¹⁸ Uzun süreli bakım gereksinimi duyan bireyler günlük aktivitelerini yapmakta güçlük çekerler. Günlük aktiviteler arasında; kişisel hijyen, giyinme, yeme, yer değiştirme gibi aktiviteler yer alır.¹⁹ Uzun süreli bakım evde ya da huzurevlerinde karşılanmaktadır. Uzun süreli bakım ihtiyacının giderek artmakta olduğu ve maliyetlerinin yüksek olduğu bilinmektedir.²⁰

2.3.3. Yaşlanma ile İlgili Teoriler

Yaşlanma ile ilgili olan biyolojik ve sosyolojik kuramlar Tablo 2.3. 'de gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Yaşlanma ile ilgili biyolojik ve sosyolojik kuramlar

Biyolojik Kuramlar	Sosyolojik Kuramlar
Telomeraz teorisi	Süreklilik kuramı
Yaşlanmada serbest radikal teorisi	Yaşamdan geri çekilme kuramı
Mitokondriyal yaşlanma teorisi	Aktivite kuramı
	Sosyal saat kuramı

	Erikson' un psikososyal kuramı
	Tornstam kuramı

Biyolojik Kuramlar

Telomeraz Teorisi: Telomerler, kromozom uçlarındaki tekrarlanan DNA dizileridir. Hücre bölünmesi sırasında kromozomların aşınmasını önlerler. Telomeraz tarafından korunmadıkça hücre bölünmesinde kısalırlar. Hücresel yaşlanmada telomer kısalması belirteçtir. Bu teoride; yaşlanma programlanmış bir süreçtir. Telomer kısalmasına yanıt olarak geri dönüşümsüz hücre ölümü gerçekleşir.²¹

Serbest Radikaller ve Yaşlanma: Serbest radikaller hücre membranını, proteinlerini, lipitlerini ve DNA'sını hasara uğratmaktadır. Hücredeki serbest radikaller arttıkça ömrün kısaldığı gösterilmiştir.²²

Mitokondriyal Yaşlanma Teorisi: Mitokondriler kendi DNA'larına sahiptir, bununla birlikte sınırlı DNA onarım süreçleri mevcuttur. Mitokondriyal DNA'daki mutasyonların birikmesi hücresel yaşlanmada etkilidir.²³

Sosyolojik Kuramlar

Süreklilik Kuramı: Bu kuramda birey yaşlılığa uyum sağlayarak psikolojik ve toplumsal bağlarının giderek azaldığını kabul eder ve değişimine tepki göstermez. Yaşlılıkta bireyin ve toplumun karşılıklı çekilmesi normatiftir. Bu kuramda yaşlılar geçmişten getirdikleri kazanım ve birikimleri kullanmaya isteklidirler.^{24,25}

Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı: Bu kuramda bireyler farklılık gösterse de ölüm beklentisi evrenseldir ve yeteneklerin azalması olasıdır. Yaşlılar yaşamdaki temel rollerinden geri çekilirler, toplumsal alanlardan geri dururlar. Emeklilik döneminde yaşamla olan sosyal bağların zayıflaması gibi.²⁶

Aktivite Kuramı: Bireyin yaşamdan memnuniyetinin sosyal etkileşim düzeyi ya da aktivite düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu ileri sürülür. Bu kuramda yaşlılık döneminde de aktif olan yaşlıların yaşamdan daha memnun olacağı düşünülür.²⁷

Sosyal Saat Kuramı: Yaşamda önemli olan olayların zamanlamasına dikkat çeken kuramdır. İlk işe başlama, evlenme, ilk çocuk doğumu, ev satın alma, emekli olma gibi olayların zamanlaması ile yaşlılık dönemindeki memnuniyet ilişkilendirilir.²⁸

Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı: Bu kuram yaşlılığı çocukluktan yaşlılığa bir süreç olarak tanımlamaktayken yeni görüşünde ise şöyle tanımlamaktadır: "Bütünlük ve bütünlük arayışı içindeki umutsuzluk duygusunun dengelenmesi".²⁹

Tornstam Kuramı: Bu kurama göre yaşlı bakış açısı geniştir. Bu yaşam doyumunu arttırmaktadır. Yaşlılık, yaşam ölüm gibi kavramların farklı bakış açısı ile yorumlandığı dönemdir.²⁹

2.3.4. Yaşlılık Döneminde Vücutta Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlılık döneminde organ ve sistemlerde pek çok değişiklik görülür. Yaşlılık döneminde vücutta meydana gelen değişiklikler sistem temelinde aşağıda belirtilmiştir.³⁰⁻³⁴

Dolaşım Sisteminde Değişiklikler

Myokardiyal hücrelerin iletim hızında azalma

Sol ventrikül hipertrofisi

Bağ dokusu hücrelerinin sayısında artış

Amiloid dejenerasyonu

Arter çapında genişleme

Damarlarda venöz yetmezlik

Kan akışında; böbreklerde %50 ve beyinde %15-20 azalma

Solunum Sistemindeki Değişiklikler

Trakea ve bronşların boyutunda azalma

Solunum kapasitesinde azalma

Akciğerlerin esnekliğinde azalma

Vital kapasitede azalma

Maksimum respiratuvar kapasitede azalma

Akciğer elastisitesinde azalma

Bronşiol ve alveol sayısında azalma

Fizyolojik ölü alanda artma

Solunum kaslarında zayıflama

Respiratuvar silyalarda bozulma

Akciğerin kendini yenileme fonksiyonunda gerileme

Sindirim Sisteminde Değişiklikler

Diş etlerinde çekilme

Diş kayıpları

Tükürük ve mukus salgısında azalma
Mide ve barsak motilitesinde yavaşlama
Mide boşalmasında gecikme
Gastrik asit sekresyonunda azalma
Pankreatik endokrin fonksiyonunda dekonjesyon
Karaciğerin rejenerasyon kapasitesinde bozulma
60 yaş üzeri kişilerin %30'unda barsak divertikülü

Ürogenital Sistemde Değişiklikler

Böbreklerin boyutunda küçülme
Böbreklerin ağırlığında azalma
Renal kan akışında azalma
Glomerüler filtrasyon hacminde azalma
Kreatinin klirens hızında azalma
Mesane kapasitesinde azalma
Detrüsör sfinkterin kuvvetinde azalma
Erkeklerde; prostat ağırlığında artma, prostat büyümesi
Kadınlarda;
- Vajinal atrofi, vajinal epitelde incelme, düz kaslarda atrofi, kan akışında azalma, kolajen doku elastikiyetinde azalma

Vulvovajinal semptomlarda (örneğin; kuruluk, cinsel ilişkide ağrı, iritasyon) artma

Kas ve iskelet Sistemi ile Lökomotor Sistemde Değişiklikler

Kemik yoğunluğunda azalma
Kemik kırılma riskinde artma
Eklem kıkırdaklarında dejenerasyon
Hareket sınırlılıkları
Kas kütlesinde azalma
Kas gücü kaybı
Travma sonrası kas iyileşmesinde gecikme
Boy uzunluğunda azalma (5cm)

Sinir Sistemi Değişiklikleri

Beyin ağırlığında azalma
Beyin hacminde azalma
(65 yaştan sonra beyin hacminde her yıl 7cm³'lük bir azalma görülür. Kayıplar en fazla frontal ve temporal loblarda meydana gelir.)

Beyaz cevherde atrofi
Lateral ventrikülde genişleme
Üçüncü ventrikülde genişleme
Gri cevherde atrofi
Beyinde amiloid içeren senil plaklar
Nörotransmisyonunda bozulma
Serebral kan akımında azalma
Serebellum ve serebral kortekste en fazla olmak üzere yaşa bağlı nöron kaybı
Kas konusunda azalma
Reflekslerde azalma

Hematopoetik Sistem Değişiklikleri

Kemik iliği kütlelerinde azalma
Kemik iliğinde yağlanmada artma
Hematopoetik fonksiyon rezervinde azalma
Filebotomi, hipoksi ve diğer zor durumlara hematopoetik sistem tarafından verilen
kompansatuvar yanıtlarda gecikme
Anemi riskinde artma
Derin ven trombozu riskinde artma

Duyularda Değişiklikler

Görme yeteneğinde gerileme
Görme keskinliğinde azalma
Retinal kan akımında azalma
Presbiyopi
Göz çevresindeki dokuda azalma
Göz çevresindeki yağ dokusunda azalma
Üst göz kapağında sarkma
Presbiakuzi
Yüksek frekanslı seslerin işitilmesinde daha fazla bozulma
Seksen yaşın üzerindeki kişilerde konuşmayı anlamada bozulma
Tat duyusunda gerileme
Koku almada azalma (Seksen yaşın üzerinde %50 azalmaktadır.)

Deri ile ilgili Değişiklikler

Epidermiste incelme
Dermiste incelme

Keratinosit atrofi

Su kaybının artması

Kolajen miktarında azalma

Kolajen ve elastinin parçalanması

Ter bezi sayısında azalma

Sinir uçlarındaki hücrelerde azalma

Derinin geçirgenliğinde işlev bozukluğu

Kutanöz immün fonksiyonda bozulma

İnflamasyona yanıtta bozulma

Yara iyileşmesi ile ilgili işlev bozukluğu

- Dermoepidermal birleşim yeri düzleşmesi

- Dermis içinde kolajen miktarında ve yapısında değişiklikler

2.3.5.Yaşlılık Dönemi ile Karakterize Farklı Tutumlar³⁰⁻³⁴

Yapıcı tutum: Yaşlanma sürecinin kabulü, içsel bütünleşme, başkalarıyla uyumlu etkileşim ile karakterizedir.

Mevcut tutuma bağımlı bir yaklaşım: Bağımlı ve pasif bir tutum ile karakterizedir.

Defansif duruş: Yardıma ihtiyaç duydukları halde başkalarından yardım almayı reddeden bir yaklaşım sergilenir. İçine kapanık ve yaşlılığa karşı karamsar bir bakış açısıyla karakterizedir.

Dünyaya karşı düşmanca tutum: Saldırgan, şüpheli ve başkalarıyla iletişimden memnun olmayan kişilerde görülür. Kendini sosyal olarak izole etme ile karakterizedir.

Kendine karşı düşmanca tutum: Özeleştirme yapma, kendi hayatlarını etkileyebileceklerine inanmama ile karakterizedir.

2.4. Yaşlılarda Sık Görülen Sağlık Sorunları

Ülkemizdeki yaşlıların ölüm nedenlerine bakıldığında dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kanserler en sık 3 nedendir. Yaşlılık dönemindeki sık karşılaşılan sağlık sorunları ise şunlardır: Kalp ve damar hastalıkları, diyabet, demans, kanserler, düşmeler sonucu olan yaralamalar, psikolojik bozukluklar.

2.4.1. Geriatrik Sendromlar

Yaşlılık dönemi en önemli sorunları arasında “geriatrik sendromlar” yer alır. Geriatrik sendromlar, yaşın ilerlemesiyle birlikte görülen kompleks tıbbi durumlar olarak

tanımlanmaktadır.^{37,38} Geriatrik sendromlar, yaşam kalitesini olumsuz etkiler, morbidite ve mortalite sıklığını artırır.

Veizi ve arkadaşları tarafından (2023) sık görülen geriatrik sendromlar şöyle sıralanmıştır:⁵

1. Depresyon
2. Deliryum
3. Demans
4. Düşmeler
5. Üriner inkontinans
6. Malnütrisyon
7. Polifarmasi

Geriatrik sendromlar başta olmak üzere yaşlılarda sık görülen sağlık sorunlarına aşağıda ayrıntılı yer verilmiştir.

2.4.1.1. Depresyon

Günlük yaşamda işlev bozukluğuna yol açar. Kadınlarda erkeklerden sık görülür. 60 yaş üstü bireylerin %5,7'sinde depresyon görüldüğü bildirilmektedir. Yaşlılık döneminde depresyon belirtileri genellikle gözden kaçır ve tedavi edilemeyebilir.³⁹

2.4.1.2. Deliryum

Dikkat ve bilişsel işlevsellikte akut gerileme olarak tanımlanan nörobilişsel bozukluktur. Hastanede yatan yaşlı hastalarda sık görülür. Deliryumun %30-40'ının önlenabilir olduğu belirtilmektedir.³⁸

2.4.1.3. Demans

İlerleyici, kronik bir hastalıktır. Düşünme, hafıza, davranış ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği bozulur. Dünyada yaklaşık 50 milyon demans hastası vardır ve demans hastalarının %60'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir. Demans hastalarının sayısının 2030'da 82 milyona, 2050'de 152 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Demans hastalarına bakım verenlerin de stres oluşturan durumlarla karşılaştıkları bilinmektedir.^{40,41}

En sık görülen demans tipi Alzheimer'dir. Alzheimer hastalığı hafif düzeyde hafıza kaybı ile başlar, sonraki dönemlerde konuşma ve çevreye tepki verme yeteneğinde kayıp görülür.

Bu hastalık beyin düşünce, hafıza ve dili kontrol eden kısımlarını etkiler. Kişinin günlük yaşam aktiviteleri ciddi şekilde etkilenebilir.⁴¹

2.4.1.4.Düşmeler

DSÖ tanımına göre düşme, bir kişinin istemeden yere, bir zemine ya da başka bir alt seviyeye düşmesi ile sonuçlanan olaydır. Her yıl dünyada 684 bin kişi düşerek ölmektedir. Bu vakaların %80'ini düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Her yıl 37,3 milyon kişi düşme sonucu tıbbi müdahaleye ihtiyaç duymaktadır.⁴² Yaşlılarda önemli, sık görülen, önlenebilen, ölümcül seyretme riski olan bir sorundur. Ülkemizde son bir yıl içinde düşen yaşlıların oranı %24'tür.³⁵

Düşme için şunlar risk faktörleri arasında sayılabilir: Nörolojik, kardiyak, hareket kısıtlılığı oluşturan tıbbi durumlar, kullanılan ilaçların yan etkileri nedeniyle denge kaybı, görme kusuru varlığı ve yaşam alanlarının güvenli bir şekilde düzenlenmemiş olması.⁴²

2.4.1.5.Üriner İnkontinans (Üİ)

Üİ, kadınlarda 80 yaşına kadar erkeklerden 1,3-2 kat daha sık görülürken, 80 yaşından sonra her iki cinsiyette benzer oranlarda görülmektedir. Toplumda yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlılarda görülme oranı %15-30 iken, bu oran huzurevinde kalan yaşlılarda %60-70'lere ulaşmaktadır. Bazı ilaçlar kontinansı güçleştirirken bazı komorbiteler de inkontinansı kolaylaştırmaktadır. Örneğin; kalp yetmezliğinde nokturnal poliüri, B12 eksikliğinde periferik nöropatiden kaynaklı detrüsör kas aktivitesinde azalma; ACEİ kullanımında öksürük ile stres inkontinansı görülmesi gibi.⁴³

Üİ, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Üİ özellikle yaşlılarda sosyalleşmeyi azaltabilir, depresyon için predispozan bir faktör olabilir. Üİ tedavi edilmesi gereken bir durumdur.⁴³

2.4.1.6. Malnütrisyon

Yetersiz ve dengesiz beslenme durumları için kullanılan bir terimdir. Dengesiz beslenme durumunda fazla kilolu olma, şişmanlık görülürken; yetersiz beslenme durumunda düşük kilolu olma, zayıflık görülür. Yaşlılık döneminde malnütrisyon sık görülür. 60 yaş ve üzere her 4 kişiden birinde malnütrisyon olduğu ya da malnütrisyon riski olduğu tahmin edilmektedir.

Yaşlılık döneminde malnütrisyon için risk faktörleri şunlardır:

- Gıdaya erişim sorunları, yoksulluk, gıda almayı/hazırlamayı zorlaştıran durumlar,
- Mevcut kronik hastalıklara bağlı beslenme sorunları, diş kaybı gibi ağız sağlığı problemleri, inkontinans durumunda yeme içmeden kaçınma davranışları, hazımsızlık gibi sindirim sistemi problemleri nedeniyle yeterli beslenmeden kaçınma.
- Yaşamdan zevk almama gibi ruhsal problemler, iştah kaybı, demans gibi yemek yemenin akla gelmemesini kolaylaştıran durumlar.⁴⁴

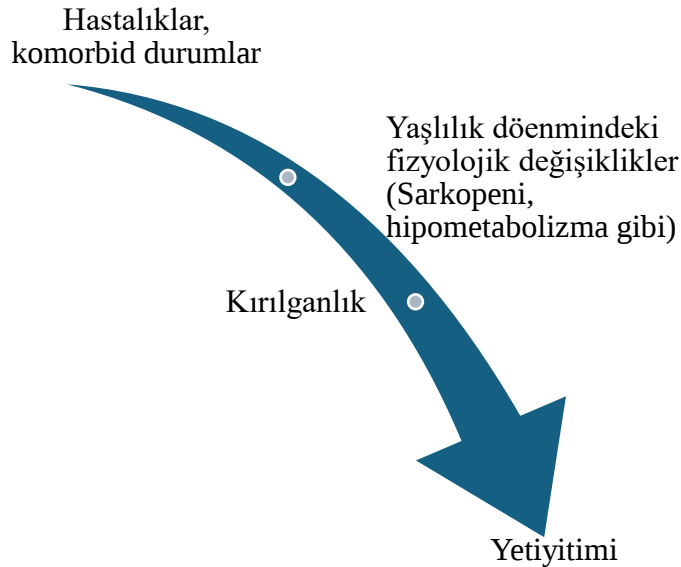
Yaşlılarda malnütrisyon geliştiğinde ise şu sorunlarla karşılaşılabilir:

- Protein yıkımı, kas kütlesi ve gücünde azalma, sarkopeni,
- Kırılganlık,
- Morbidite, düşmeler, hastane yatışları, mortalite.⁴⁵

Sarkopeni terimine bakacak olursak kas kaybı anlamına gelir. Yaşlılarda görülebilir ve/veya malnütrisyonu sekonder gelişebilir. Sarkopeni, hastaneye yatış ve mortalite riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir.^{46,47}

Kırılganlık, tıbbi bir sendrom olarak kabul edilir. Bireyde fizyolojik rezervlerin azalması nedeniyle strese karşı savunmasızlığın arttığı durumdur.⁴⁸

Şekil 2.6. Albert ve arkadaşlarına göre yaşlılık döneminde görülen bazı değişiklikler



Aşağıdaki 5 kriterden 3 ve daha fazlası olan kişiler kırılğan kabul edilebilir:

- İstemsiz kilo kaybı
- Bitkinlik/yorgunluk/tükenme duygusu
- Güç kaybı (El sıkma gücü ile ölçülür.)
- Yürüme hızında yavaşlama
- Fiziksel aktivitede azalma.⁵⁰

Malnütrisyonu değerlendirmek için şu yöntemler kullanılabilir:

Tablo 2.4. Malnütrisyon değerlendirmede kullanılan yöntemler

Yöntemler
BKİ*
Vücut ağırlığında istemsiz kayıp değerlendirmesi
Baldır çevresi ölçümü
Orta kol çevresi ölçümü**
Deri kıvrım kalınlıkları ölçümü
Bel çevresi ölçümü
BİA (biyoelektrik impedans analizi)
DEXA (dual energy x-ray absorbsiyometri)

*Malnütrisyon açısından BKİ için alt sınır 18 kg/m² iken yaşlılarda alt değer 20-22 kg/m² olarak kabul edilmektedir.

**Orta kol çevresi ölçümü erkekler için 23 cm'nin, kadınlar için 22 cm'nin üzerinde olması gerekmektedir.

2.4.1.7. Polifarmasi (Çoklu ilaç kullanımı)

Polifarmasi, akılcı olmayan ilaç kullanımlarından biridir. DSÖ, ‘‘akılcı ilaç kullanımını’’ şöyle tanımlamaktadır: Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kendi gereksinimlerini karşılayan dozda ve sürede, kendileri için en düşük maliyetle almalarıdır. Akılcı olmayan (irrasyonel) ilaç kullanım durumları ise şunlardır: Polifarmasi, antimikrobiyallerin uygunsuz kullanımı, ilacın oral formun etkili olduğu durumda enjeksiyon formunun aşırı dozda kullanımı, klinik rehberlere uygun olmayan reçeteler, kişilerin kendi kendine ilaç kullanması. DSÖ kullanılan ilaçların yarıdan fazlasının uygunsuz reçete edildiğini, satıldığını, dağıtıldığını, kullanıldığını tahmin etmektedir.⁵²

Beş ya da daha fazla ilacın düzenli olarak kullanılması polifarmasi olarak tanımlanmaktadır. Ondan fazla ilacın düzenli kullanılması durumunda hiper polifarmasi terimi kullanılmaktadır. Klinik endikasyonlar dışında ilaç kullanımı, en az bir gereksiz ilaç kullanımı polifarmasi tanımı içindedir.⁵³

Polifarmasi geriatrik sendromlardan biridir. Yaşlılarda farmakokinetik faz aşamalarında bazı değişiklikler meydana gelir. Bunları bilmek polifarmasi sorunlarının çözümünde önemli olabilir.⁵⁴ İlaçların farmakokinetik faz aşamaları şunlardır: emilim, dağılım, metabolizma, atılım. Aşağıdaki tabloda ilaçların farmakokinetik faz aşamaları ve yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişikliklerle ilişkili olası ilaç yan etkileri gösterilmektedir.⁵⁵

Tablo 2.5. İlaçların farmakokinetik faz aşamaları ve yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişikliklerle ilişkili olası ilaç yan etkileri⁵⁶

Farmakokinetik faz	Yaşlılıkta meydana gelen değişimler	İlaçların ilgili olası yan etkileri
Emilim	Gastrik sekresyonda azalma Gastrik hareketlerde azalma Mide boşalma süresinde uzama Gastrik kan akımında azalma Emilim alanında azalma Submukozal amiloid miktarında artma Toplam vücut sıvısında azalma	Oral alınan ilaçların emilim hızı azalır.
Dağılım	Toplam vücut su miktarında azalma Yağ miktarında artma Kan beyin bariyerinde azalma Serum albümin düzeyinde azalma	Yağda çözünen ilaçların dağılım hacmi artar. Suda çözünen ilaçların dağılım hacmi azalır. İlaçların plazma albüminine bağlanması azalır.
Metabolizma	Karaciğer kütleğinde azalma Karaciğer kan akımında azalma Mikrozomal oksidasyon reaksiyonlarında azalma	Karaciğeri ilk geçişte büyük ölçüde metabolize olan ilaçların biyoyararlanımları artar. Bazı ilaçların metabolizmaları yavaşlar.

Atılım	Renal kan akışında azalma GFR'de azalma Tübüler işlevlerde azalma	İlaçların renal eliminasyonu bozulabilir. GRF/tübüler sekresyon ile atılan ilaçların plazma yarılanma ömürleri uzar.
--------	---	---

Polifarmasinin de içinde bulunduğu akılcı olmayan ilaç kullanımlarının önlenmesi gerekmektedir. Rochon ve arkadaşları polifarmasi tespitinden sonra şu algoritmayı önermektedirler:

- I. Polifarmasi
- II. Uygun şekilde reçete edilmeyen ilaçların tespiti
- III. İlaç eksiltme (Uygun olmayan bir ilacın klinisyen tarafından denetlenerek geri çekilme süreci)
- IV. İlaç kullanımının kesilmesi.⁵⁷

2.4.1.8. Uyku Bozuklukları

Genç erişkinlerde toplam uyku süresi 7-8,5 saatken yaşlılarda bu süre 6-7,5 saattir. Yaşlılar uykunun derin olmayan kısmında daha fazla vakit geçirirler bu da çok kez uyanmaya, uykunun bölünmesine neden olur. İnsomnia(uykusuzluk) yaşlılarda sıklıkla görülür ve uykuya başlama, uyku süre ve kalitesi ile ilgili zorluk olarak tanımlanmaktadır.

Yaşlılarda genç erişkinlere göre daha sık görülebilen şu bozukluklar da uyku bozukluklarıyla ilişkilidir:

- Obstrüktif uyku apnesi, KOAH, astım gibi solunum sistemi hastalıkları,
- Kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon,
- Huzursuz bacak sendromu, ağrı,
- Gastroözofageal reflü,
- Depresyon, demans,
- Üriner inkontinans.^{58,59}

2.4.1.9. Yaşa Bağlı İşitme Kaybı (Presbiakuzi)

Dünyada bir milyar kişide hafif işitme kaybı, 400 milyon kişide orta ve ciddi düzeyde işitme kaybı, 30 milyon kişide de ileri/tam işitme kaybı olduğu bilinmektedir. Dünyada 700 milyon kişi işitme rehabilitasyonu gereksinimi duymaktadır.^{60,61}

İşitme kayıplarının %42'si 60 yaş üzerinde görülmektedir. Küresel düzeyde orta ve ciddi işitme kaybı prevalansı yaşın ilerlemesiyle birlikte artar. 60 yaşında işitme kaybı prevalansı %15 iken 90 yaşın üzerinde %58,2'ye çıkmaktadır.⁶¹ Yaşlı profili araştırmasına göre ülkemizdeki yaşlıların %10'u duymada zorluk yaşadığını belirtmiştir.³⁵

İşitme kaybı ayrıca şunlara da sebebiyet verebilmektedir:

- Sosyal izolasyon
- Bilişsel gerileme
- Demans
- Depresyon
- Kırılganlık.^{60,62}

2.4.1.10. Yaşa Bağlı Görme Sorunları

Dünyada 2,2 milyar kişi görme bozukluğu yaşamaktadır. Bir milyar kişinin görme bozukluğu önlenelidir. DSÖ'ye göre küresel en sık görülen görme kusurları şunlardır: kırma kusurları, katarakt, diyabetik retinopati, glokom, maküller dejenerasyon. Görme bozukluğu yaşayan kişilerin çoğunluğunun 50 yaşın üzerinde olduğu belirtilmektedir.⁶³ Yaşlı profili araştırmasına göre ülkemizdeki yaşlıların %10'u görmede zorluk yaşadığını belirtmiştir.³⁵

2.4.2. Yaşlılara Yönelik Olumsuz Tutum ve Davranışlar

Toplumun belli bir grubuna yönelik şu olumsuz tutum ve davranışlar görülebilir:⁶⁴⁻⁶⁶

Kalıp Yargı (Stereotip): Ötekilere yönelik olumlu ya da olumsuz inanç ve **düşünceler**dir.

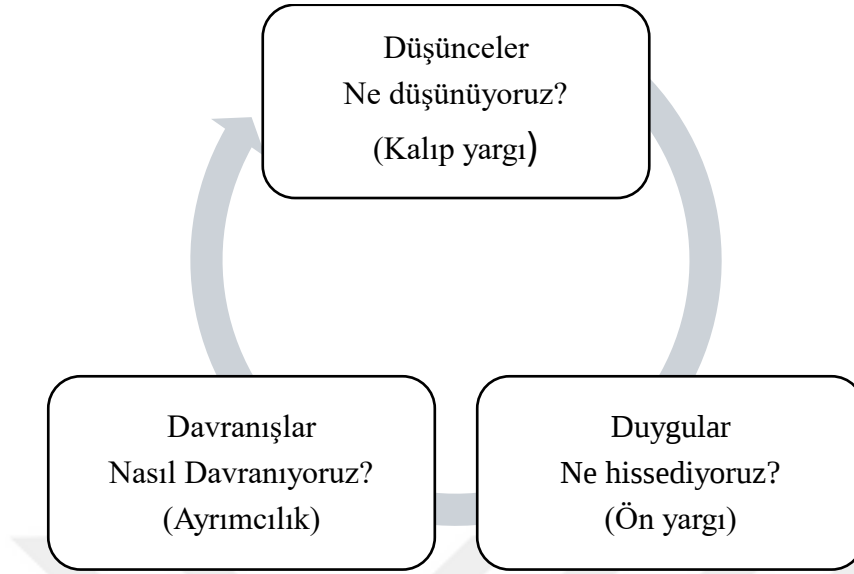
Damgalama (Etiketleme): İtibarsızlaştırışı etkisi olan olumsuz sıfatlanmalardır.

Ön Yargı: Basmakalıp inançlarla olumsuz **duygu** ve tutumların kombinasyonudur. Önyargı ile yaklaştığımız birey ve gruplarla aramıza, mesafe koymamıza yol açan **tutum**lardır.

Ayrımcılık: Önyargıların tutumdan çıkıp **davranışa** dönüştüğü durumlarda ise ayrımcılık söz konusudur. Kaçınma, hor görme, nefret etme temellindeki olumsuz davranışları içerir.

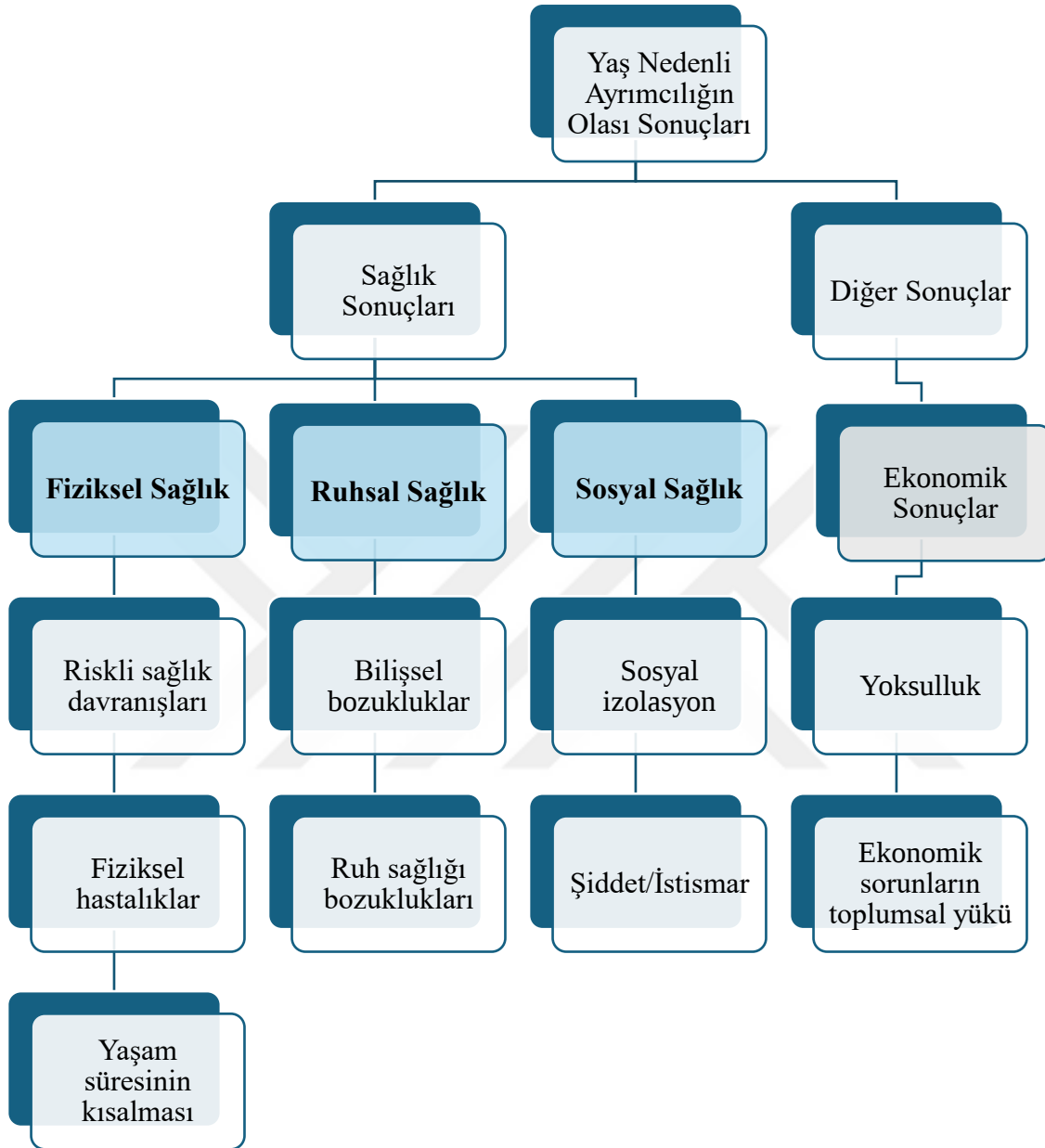
Yaş nedenli ayrımcılığın(ageismin) duygu, düşünce ve davranış olmak üzere üç boyutu olduğu ifade edilmektedir.

Şekil 2.7. Kalıp yargı, ön yargı ve ayrımcılık döngüsü



Bilindiği üzere 1948 yılında DSÖ sağlığı fiziksel, ruhsal, sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Yaş nedenli ayrımcılığın çok sayıda olası sonuçları bulunmaktadır. DSÖ, bu sonuçları sağlık tanımı üzerinden sınıflandırarak aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi açıklamaktadır.

Şekil 2.8. Yaş nedenli ayrımcılığın olası sonuçları, DSÖ



Yaş nedenli ayrımcılığın önlenmesinde DSÖ, şu üç temel mekanizmayı önermektedir:

- Politika ve yasal düzenlemeler,
- Eğitim,
- Kuşaklar arası iletişim.⁶⁷

Sosyal Entegrasyon: Toplumsal yapıya uyum sağlamayı toplumun bir parçası olmayı ifade eder.⁶⁴

Sosyal Dışlanma: Yaşlılar, sosyal dışlanmaya maruz kalabilmektedirler. Sosyal dışlanma şu üç komponentten oluşur:

- İş gücünden dışlanma/ üretime katılamama,
- Hizmetlere erişememe/ imkanlardan yararlanamama,
- Toplum dışına itilme/ karar almada olmama.⁶⁴

Yaşlılara Yönelik Kötü Muamele: DSÖ, her altı yaşlıdan birinin istismara uğradığını bildirmektedir.^{68,69} Yaşlılar istismara hastanelerde, hizmet aldıkları/ yaşadıkları diğer kurumlarda ya da evlerinde maruz kalabilmektedirler.⁶⁹ DSÖ, yaşlılara yönelik kötü muameleyi bir sağlık sorunu olarak kabul etmekte ve şöyle tanımlamaktadır: Yaşlıların fiziksel, ruhsal, duygusal, cinsel, ekonomik ihmali ya da istismarıdır.

- Fiziksel istismar: Fiziksel yaralamaya zarar vermeye neden olan eylemlerdir.
- Sözel ya da psikolojik istismar: Duygusal zarar verme amacıyla yapılan eylemlerdir.
- Cinsel istismar: Rıza olmadan gerçekleştirilen her türlü cinsel eylemdir.
- Ekonomik: Yaşlının parasını, mal varlığını kötüye kullanmaya yönelik eylemlerdir.
- İhmal: Yaşlının gereksinimlerinin karşılanmamasıdır.⁷⁰

Tablo 2.6. DSÖ Yaşlılara Yönelik İstismar 2024, Sistematiik İncelemeler ve Meta-Analizler

	Toplum ortamlarında yaşlılara yönelik istismar	Kurumsal ortamlarda yaşlılara yönelik istismar	
İstismar türü	Yaşlı yetişkinler tarafından bildirilen	Yaşlı yetişkinler ve onların vekilleri tarafından bildirilen	Personel tarafından bildirilen
Genel yaygınlık	%15,7	Yeterli veri yok.	%64,2 veya 3 personelden 2'si
Psikolojik istismar:	%11,6	33.4%	%32,5
Fiziksel istismar:	%2,6	14.1%	%9,3
Ekonomik istismar:	6.8%	13.8%	Yeterli veri yok
Cinsel istismar:	0,9%	%1,9	0,7%
İhmal:	%4,2	%11,6	12.0%

Demans hastası olmak, kadın cinsiyet, yeti yitimi olması, ruhsal sağlık sorunları varlığı, şiddete eğilimli kişilerle birlikte yaşamak, sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü yaşlılara yönelik kötü muamele için risk faktörüdür. Pozitif yaşam deneyimleri, toplumsal bağların güçlü olması ise koruyucu risk faktörlerindendir.⁷¹

2.5. Nasıl Sağlıklı Yaşlarız?

2.5.1. Sağlıklı Yaşam Davranışları için Yaşam Boyu Yaklaşım

Halk sağlığı uygulamaları, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ‘yaşam boyu yaklaşımı’ benimser. Yaşam boyu yaklaşımda, bireylerin çocukluk döneminden itibaren edindikleri sağlıklı yaşama davranışları aynı zamanda sağlıklı yaşlanmanın belirleyicileridir.⁴³

Sağlıklı yaşam davranışları, yaşam boyu yaklaşım gereği, her yaş için geçerlidir.⁷² Yaşlılık döneminde ise hastalıklardan korunmaya, uzun ve sağlıklı yaşamaya katkı sağlar. DSÖ’nün önerdiği sağlıklı yaşam davranışları şunlardır:

- Sağlıklı beslenme
- Fiziksel aktivite
- Tütünsüz yaşam
- Alkolden uzak yaşam
- Düzenli uyku
- Sosyal aktiviteler ve insanlar arası etkileşim
- Stresle başa çıkma yollarını öğrenme
- Cinsel sağlık
- Düzenli sağlık kontrolleri
- Aşılama.^{43,72}

2.5.1.1. Sağlıklı Beslenme:

Yeterli ve dengeli beslenmedir. Sağlıklı beslenme, herkes için temel gereksinimdir ve insan haklarındandır.⁷³ Günlük alınan kaloride şu kriterlere dikkat edilmelidir:⁷⁴

- Toplam alınan kalorinin en fazla %30’unu yağlardan alınan kalori oluşturmalıdır. Doymuş yağların oranı ise %10’u geçmemelidir.
- Toplam alınan kalorinin en fazla %10’u serbest şeker alımından olmalıdır, %5’e düşürülmesi ek faydalar sağlamaktadır.
- Günlük en fazla 5 gram tuz tüketilmelidir. Bu miktar 2 gram sodyuma eşdeğerdir.

Yaşlılarda sağlıklı beslenme önemlidir. Yaşlılar kırılgan bir dönemde olduklarından dolayı yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda sağlık durumları hızla bozulabilir. Yaşlıların enerji ihtiyacı azalır. Günlük kalori ihtiyacının %60’ı karbonhidratlardan, %25’i yağlardan

karşılanabilir. Yaşlılar genel olarak günlük kilogram başına 1 gram proteine ihtiyaç duyarlar. Yaşlıların posa tüketimi günlük 25-30 gram kadar olması önerilir. Kalsiyum, demir, D, B vitamini eksikliği varsa takviye edilmelidir. Besin çeşitliliğinde şu dört besin grubuna yer verilmelidir:

1. Süt ve süt ürünleri (süt, yoğurt, peynir gibi)
2. Et, kurubaklagiller (et, tavuk, balık; nohut, fasulye gibi)
3. Sebze, meyve (Günde 5-7 porsiyon meyve sebze tüketmeleri önerilir.)
4. Tahıllar (ekmek, makarna, bulgur; pirinç gibi).⁷⁴

2.5.1.2. Fiziksel Aktivite:

Dünyada yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapılması durumunda her yıl 5 milyon ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir. Fiziksel aktivite eksikliğinde kanser, kalp hastalığı, inme, diyabet riski %20-30 oranında artmaktadır. Fiziksel aktivitenin bazı yararları şunlardır:

- Fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması ve geliştirilmesi,
- Kas kemik kütlelerinin iyileşmesi,
- Düşmelerin azalması,
- Uyku kalitesinin artması.⁷⁵

DSÖ, yaşlılara şu fiziksel aktiviteleri önermektedir:

- Haftada en az orta yoğunlukta 150-300 dakika ya da kuvvetli yoğunlukta 75-150 dakika fiziksel aktivite,
- Haftada en az iki kez orta ya da kuvvetli yoğunlukta büyük kasların tamamını çalıştıracak *kas güçlendirici fiziksel aktivite*,
- Haftada en az üç kez orta ya da kuvvetli yoğunlukta *denge sağlayıcı fiziksel aktivite*.⁷⁶

DSÖ, Fiziksel aktivite konusunda yaşlılar tarafından üretilen bahanelerin ve verilebilecek yanıtların neler olabileceğini sunmuştur.

Tablo 2.7. Fiziksel aktivite konusunda yaşlılar tarafından üretilen bahaneler ve verilebilecek yanıtlar⁷⁷

Üretilen Bahane	Verilebilecek Yanıtlar
Egzersiz yapmak zordur.	Sıradan aktivitelerle başlayın ya da çoğu insan için zor olmayan aktivitelerle başlayın. Nasıl ilerleyeceğini görün.
Egzersiz için zamanım yok.	Bu doğru olabilir, ama fizik aktivite yapmaya başlamadan bunu bilemezsiniz.
Egzersiz için çok yorgunum.	Kendinize "bu aktivite bana daha fazla enerji verecek" diyebilirsiniz. Gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini göreceksiniz.
Başarısız olmaktan nefret ediyorum. Bu nedenle başlamayacağım.	Fizik aktivite yapmak bir sınav değildir. Sevdiğiniz ya da yavaş yavaş başladığınız bir aktivite seçmeniz durumunda başarısız olmazsınız. Gerçekçi ve makul hedefler koymak başarısızlık riskinizi azaltır.
Beraber aktivite yapacağım kimse yok.	Belki kimseye sormadın. Komşunuz, iş arkadaşınız bu konuda istekli olabilir ya da kendi başınıza yapmaktan keyif alacağınız bir aktivite seçebilirsiniz.
Fizik aktivite yapmaya uygun bir yer yok.	Bulunduğunuz mekâna uygun bir yerde yapabileceğiniz bir fizik aktiviteyi tercih edin. Mahallenizde ya da yakındaki bir mekânda dolaşın ya da evde bir video, vb. eşliğinde aktivite yapın.
Yaralanmaktan korkuyorum.	Yürüyüş güvenli bir fizik aktivitedir. Yürümek için güvenli ve iyi aydınlatılmış bir alanı tercih edin.
Havalar çok kötü.	Evinizde ya da yakınlarda her türlü hava koşulunda yapabileceğiniz pek çok aktivite var.
Egzersiz yapmak çok sıkıcı.	Egzersiz daha eğlenceli hale gelmesi için çeşitli yollar denenebilir. Örneğin; sevdiğiniz bir kişi ile egzersiz yapmak, egzersiz ile ilişkili olmayan bir hedef belirlemek, vb. Kendinize aralıklı olarak ödüller verin.
Aşırı kiloluyum.	Vücut ağırlığınız ne olursa olsun egzersizden yararlanabilirsiniz. Kendinizi rahat hissettiğiniz bir egzersiz seçin.

Egzersiz yapmak için ben çok yaşıyım.	Başlamak için asla geç değildir. Her yaşta insan fizik aktiviteden faydalanabilir.
---------------------------------------	--

2.5.1.3. Tütünsüz Bir Yaşam:

Yaşlılar arasında tütün kullanım sıklığı, daha genç yaşlara göre düşüktür. Avrupa Birliği ülkelerinde 2019 yılı için erkekler arasında 65-74 yaş grubunda her gün sigara içme sıklığı %14,6, 75 yaş üzeri grupta bu sıklık %5,4 olarak bildirilmiştir. Bu sıklık kadınlar arasında 65-74 yaş grubunda %10,4, 75 yaş yaş grubunda %3,4 olarak kayıtlara geçmiştir. Tütünün bırakılması ileri yaşta da sağlık için yararlıdır. Örneğin tütün kullananlarla karşılaştırıldığında tütünün 60 yaşında bırakılması 3 yıllık bir yaşam beklentisi kazanımı sağlar.^{78,79} Yaşamı tehdit eden hastalık başladıktan sonra da bırakıldığında hızlı bir şekilde yarar olur. Kalp krizi geçirdikten sonra tütünü bırakanların başka bir kalp krizine geçirme riski %50 azalır.⁸⁰ Tütünün bırakılması her zaman önerilmektedir.

2.5.1.4. Alkolden Uzak Bir Yaşam:

Dünyada her yıl 3 milyon kişi alkol tüketimi nedeniyle ölmektedir. Milyonlarca insan da yeti yitimi ve hastalıklarla karşılaşmaktadır. Alkol kullanımı küresel hastalık yükünün %5,1' ini oluşturmaktadır.⁸¹

Alkolün zararlı etkileri yaşlılarda daha fazla görülür. Yaşlılık döneminde sistemik enflamasyon, uyku bozukluğu, kanser, bilişsel gerileme, düşme ve diğer kazalardan kaynaklanan yaralanma ve ölüm riski artar. Alkol kullanımı yaşa bağlı bu değişiklikleri hızlandırır. Alkol kullanan yaşlılar hafıza, koordinasyon, verilen tepkinin süresi, sürüş performansı açısından akut etkilere daha duyarlıdırlar. Kronik kullanımda ise oksidatif stres, DNA hasarı, kanser, karaciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalık riskinin artması söz konusudur. Alkol tüketimi beyin, karaciğer, akciğer, diğer organ ve ilgili sistemleri olumsuz etkiler. Bu durum yaşlı bireyleri gençlere kıyasladığımızda daha duyarlı hale getirmektedir.⁸²

Yaşlılık döneminde kullanılan ilaçların sayısının da artması da görülür dolayısıyla alkol ve ilaç etkileşimlerine bağlı meydana gelebilecek olumsuzluklar bu dönemde dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla yaşlılara yönelik alkol kullanımının önlenmesi gerekmektedir.⁸³

2.5.1.5. Düzenli Uyku:

Yaşlılarda uyku sorunları sık görülmektedir. Uyku hijyeninin sağlanması için aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

- Uyuma ve uyku uyanma saatlerini düzene koymak
- Yatak odalarını sadece uyumak için kullanmak
- Gün içinde aktif bir yaşam sürebilmek
- Yatmadan önce aşırı egzersiz yapmaktan kaçınmak
- Gün içinde kısa süreli uyku uyumaktan kaçınmak
- Yatmadan önce aşırı şekilde yemek yememek
- Uyuma amacıyla düzenli şekilde rahatlatıcı etkinlikler yapmak (kitap okumak ılık duş almak gibi)
- Stresli, kızgın, üzgün, gergin bir şekilde yatağa girmemeye özen göstermek
- Uyanacak odanın gürültü, sıcaklık, ışık açısından uygun olmasını sağlamak
- Yatağın ergonomik, rahat olmasına özen göstermek
- Günlük ilaçların uykusuzluk sorunu oluşturup oluşturmadığını kontrol etmek
- Kafein, teofilin alkol gibi uyarıcıları geç saatte kullanmamak
- Tütün kullanmamak.⁸³

2.5.1.6. Sosyal Aktiviteler ve İnsanlar Arası İletişim:

İnsanlar yaşlandıkça genellikle daha yalnız olurlar ve daha yalnız hissederler. Hastalıklar, eşin ve/ veya arkadaşların ölümü yalnızlık duygusunu artırır. Yalnızlık duygusu yaşlılık döneminde depresyon, kalp hastalığı bilişsel gerileme gibi durumların sıklığını artırır.⁸⁴

2.5.1.7. Stresle Baş Etme Yöntemlerini Öğrenme:

DSÖ' ne göre stres; sıkıntılı ve yaşanan olaylardan dolayı tehdit ediliyor hissetmek olarak tanımlanmaktadır. Yaşanılan olaylar hastalık, şiddet, aileyle ilgili konular gibi majör sorunlar olabileceği gibi gelecekle ilgili belirsizlik duygusu gibi minör sorunlar da olabilmektedir. Her birey zaman zaman stres yaşayabilir düşük düzeyde stres önemli olmayabilir ancak yüksek düzeyde stres vücudu ve sağlığı olumsuz etkilemektedir. Örneğin; baş ağrısı, iştah azalması, baş boyun ağrıları, sırt ağrısı sık görülen semptomlar arasındadır.⁸⁵

Stres yaşlıların olumsuz çevre zorluklarına karşı dayanıklılığını zayıflatır.⁸⁶ Stres yaşlılık döneminde görülen bilişsel hastalıkların majör nedenlerinden biridir. Kronik hastalıkların ve

ekonomik sorunların yaşlılık döneminde stresi arttırdığına dair bilgiler vardır.⁸⁷ Yaşlılık döneminde stresle baş etme yollarının öğrenilmesi sağlıklı bir yaşam için ve yaşam kalitesini artırmak için önerilmektedir.⁸⁸

2.5.1.8. Düzenli Sağlık Kontrolleri:

Düzenli sağlık kontrollerinin amacı hastalığın erken belirtilerini saptamak ve erken müdahaleyle gelecekte yaşanacak istenmeyen sorunları önlemektir. Düzenli sağlık kontrolleri sayesinde yaşam süresi uzar, yaşam kalitesi artar.

Yaşlılarda düzenli sağlık kontrollerinde Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme yapılmalıdır.⁴³ Bu değerlendirme şunları içerir: bilişsel durumun, duygu durumunun, komorbiditelerin, polifarmasinin, düşme riskinin, fonksiyonel durumun, beslenme durumunun ve sosyal destek varlığının değerlendirilmesi.^{89,90}

Bu değerlendirmenin yapılması şu yararları sağlar:^{91,92}

- Taburcu olma olasılığını artırır,
- Fonksiyonel kapasiteyi iyileştirir,
- Fonksiyonel bağımsızlık sağlar,
- Bilişsel durumda iyileşmeyi sağlar,
- Mortaliteyi azaltır,
- Hastaneye yatış riskini azaltır,
- Hastanede kalış süresini azaltır.

DSÖ, birinci basamakta yapılabilecek Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme adımlarını aşağıdaki şekilde belirtmiştir:^{43,93}

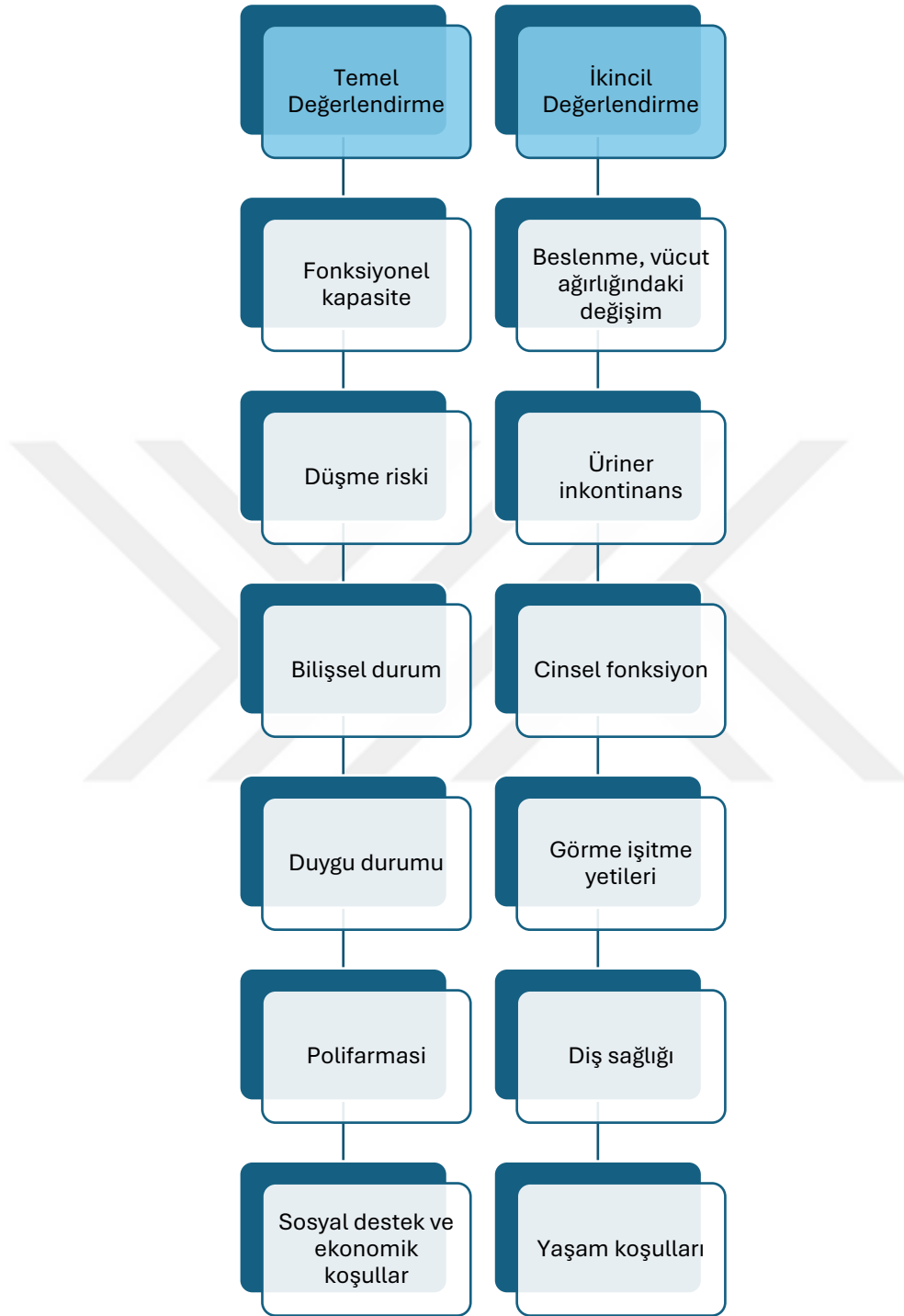
- I. Genel muayene
- II. Klinik muayene
- III. Sık görülen geriatrik sendromlara yönelik yaklaşım (Hafıza kaybı, üriner inkontinans, depresyon, düşme, hareket kısıtlılığı gibi)
- IV. Sık görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik yaklaşım (Hipertansiyon yönetimi, diyabet yönetimi gibi)

Kapsamlı Geriatrik Değerlendirmenin temel bileşenleri şunlardır:^{94,95}

- I. Tıbbi değerlendirme
- II. Fonksiyonel değerlendirme
- III. Bilişsel değerlendirme
- IV. Mental durum değerlendirmesi
- V. Duygu durum değerlendirilmesi
- VI. İnkontinans değerlendirilmesi
- VII. Sarkopeninin değerlendirilmesi
- VIII. Beslenmenin değerlendirilmesi
- IX. Sosyoekonomik durumun değerlendirilmesi
- X. İlaçların değerlendirilmesi ve düzenlenmesi
- XI. Düşmelerini değerlendirilmesi
- XII. Çevresel faktörlerin değerlendirilmesi (istismar gibi)
- XIII. Koruyucu hekimlik ile ilgili uygulamaların yapılması

Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin birincil ve ikincil değerlendirme başlıkları şunlardır:⁹⁵

Şekil 2.9. Kapsamlı geriatrik değerlendirilenin birincil ve ikincil değerlendirme başlıkları



2.5.1.9. Aşılama:

Aşılama sayesinde her yıl milyonlarca insanın yaşamı kurtulmaktadır. Aşılar hastalıklara yakalanma riskini azaltır. Aşılama aynı zamanda sağlık hakkıdır, insan hakkıdır. Her yıl aşılama sayesinde 3,5 milyon ölümün önlendiği tahmin edilmektedir.⁹⁶ Uluslararası literatür yaşlılık döneminde dört aşırı önerir: influenza, pnömokok, zona ve tetanoz. Gerekli durumlarda COVID-19, kuduz, suçiçeği, hepatit, meningokok aşıları da yapılabilir.^{97,98}

- **Pnömokok aşısı:** 65 yaş ve üzerinde olan erişkinlere eğer daha önce uygulanmamışsa 13-valanlı konjuge pnömokok aşısı (PCV13), en az bir yıl sonra 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı (PPSV23) önerilir. PPSV23, 5 yılda bir tekrarlanır.⁹⁹
- **Zona aşısı:** Zona yaşla birlikte artan bir hastalıktır. 50 yaş ve üzerinde olan erişkinlere zona öyküsüne bakılmaksızın 2-6 ay arayla iki doz rekombinant zona aşısı önerilir. Bu aşı ülkemizde bulunmamaktadır. Diğer bir seçenek ise 60 yaş ve üzeri erişkinlere tek doz canlı zoster aşısı uygulanmasıdır. Canlı aşı olduğundan immünsupresiflere ve alerji öyküsü olan yaşlılara uygulanmaz. Canlı aşının koruyuculuğu rekombinant aşıya göre daha azdır. Canlı aşı zona oluşma riskini %51, post herpetik nevraljiyi %61 azaltmaktadır.¹⁰⁰
- **İnfluenza aşısı:** İnfluenza her yıl dünya çapında üç ila beş milyon ciddi hastalık vakasına ve 650.000 kadar ölüme neden olmaktadır. Bu ölümlerin 120.000-240.000' i ise 75 yaş üstü kişilerde meydana gelmektedir. Yaşlılar influenzaya daha yatkındırlar. 65 yaş ve üzerinde olan erişkinlere her sonbaharda 1 doz influenza aşısı yapılması önerilir.¹⁰¹
- **Tetanoz aşısı:** Yaşla birlikte tetanoz antikor titresi %30'lara düşer. Her 10 yılda bir tüm erişkinlere Td (Tetanoz- difteri) aşısı rapeli yapılması önerilir.¹⁰²

2.6. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet

Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, yaşlıların sosyal alanda yaşadıkları sorunların çözülmesi için verilen hizmet demektir. Yaşlının sosyal çevresi içinde; rahatsızlık, sıkıntı, huzursuzluk duygusu uyandıran, yani sorun olan her alanda ve her konuda bu rahatsızlığın giderilmesi ya da en aza indirilmesi için yapılan müdahalelerin her biri sosyal hizmettir; müdahalelerin bütünü de sosyal hizmetlerdir. Özetle yinelersek, yaşlıların sosyal sorunlarını giderme çalışmaları sosyal hizmetlerdir.

Yaşlılar için sosyal hizmet, yaşlının yaşamdan daha fazla zevk almasını sağlayan, toplumla bütünleşmesini sağlayan, onların sosyal iletişimlerini arttıran hizmetlerdir. Dolayısıyla yaşlıları yaşama bağlayan, onları umutsuzluğa ve çaresizliğe düşmekten kurtaran hizmetlerdir. Yaşlılara sosyal hizmet, yaşlıların bedensel ve ruhsal sağlıklarının bütünleyicisi olan sosyal sağlık hizmetleridir.¹⁰³

2.6.1. Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri nerelerde verilir?

Ülkemizde huzurevlerinde, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yatılı; gündüzlü bakım ve yaşlı yaşam merkezlerinde, yaşlı yaşam evlerinde ve evde sağlık hizmetleri ile gündüzlü yaşlı bakım hizmetleri verilmektedir.¹⁰⁴ En son yayımlanan 2024 Ekim verilerine göre yaşlılara yönelik sosyal hizmet veren kurum sayısı Tablo 2.9’da, yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerden faydalanan kişi sayıları Tablo 2.10’da gösterilmiştir.

Tablo 2.8. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet Veren Kurum Sayısı, Ekim 2024

Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet Veren Kurum Sayısı	
Kamu Huzurevi Sayısı	169
Özel Huzurevi Sayısı	270
Diğer Bakanlıklar ve Yerel Yönetimlere Bağlı Huzurevi Sayısı	20
Toplam Huzurevi Sayısı	459
Yaşlı Yaşam Evi Sayısı	4
Gündüzlü Bakım ve Yaşlı Yaşam Merkezi Sayısı	41

Tablo 2.9. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetlerden Faydalanan Kişi Sayısı, Ekim 2024

Kurumsal Hizmet Alan Yaşlı Sayısı, Ekim 2024	
Kamu Huzurevinde Hizmet Alan Yaşlı Sayısı	14.662
Özel Huzurevinde Hizmet Alan Yaşlı Sayısı	13.508
Diğer Bakanlıklar ve Yerel Yönetimlere Bağlı Huzurevlerinde Hizmet Alan Yaşlı Sayısı	1.894
Toplam Huzurevlerinde Kurumsal Hizmet Alan Yaşlı Sayısı	30.064
Yaşlı Yaşam Evinde Hizmet Alan Yaşlı Sayısı	16
Gündüzlü Bakım ve Yaşlı Yaşam Merkezinde Hizmet Alan Yaşlı Sayısı	812

2.6.1.1.Huzurevleri

21.02.2001 tarihinde Resmî Gazete’ de 2828 sayılı Kanun’un 15. maddesi doğrultusunda 24325 sayılı “Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği” yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve bu yönetmelik hükümlerine göre huzurevlerine; "maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olan, ancak günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 yaş ve daha yukarı yaştaki kişilerin" alınmasına karar verilmiştir.¹⁰⁶

Maddi ve sosyal yoksunluk oranı hesabında 13 soru vardır. 7 soru hane düzeyinde 6 soru fert düzeyindedir. Bu sorulardan 7 ve daha azını karşılayabilenler maddi ve sosyal yoksun olarak kabul edilirler. 2023 yılı verilerine göre ülkemizde yoksunluk oranı %14,4’tür.¹⁰⁷ 2023 yılı için yaşlılarda yoksulluk oranı ise %21,7’dir.

Hane düzeyinde sorgulanan değişkenler şunlardır; otomobil sahipliği, ekonomik olarak beklenmedik harcamaları yapabilme, evden uzakta bir haftalık tatil masrafını karşılayabilme, kira, konut kredisi ve faizli borçları ödeyebilme, iki günde bir et, tavuk, balık içeren yemek yiyebilme, evin ısınma ihtiyacını karşılayabilme ve mobilyaları eskidiğinde değiştirebilme durumudur. Bu oran için fert düzeyinde toplanan değişkenler ise; eskimiş giysileri yerine yenisini alabilme, düzgün iki çift ayakkabıya sahip olabilme, ayda en az bir kez tanıdıkları ile toplanabilme, ücretli boş zaman faaliyetlerine katılabilme, kendini iyi hissetmek için bir miktar para harcayabilme ve kişisel amaçlı kullanım için internet sahipliği olarak belirlenmiştir.¹⁰⁷

Sosyal inceleme raporu dayanak alınarak; kanunen bakmakla yükümlü kimsesi olmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarından emekli, dul ve yetim aylığı almayan, yapılacak araştırmalar sonucunda adına kayıtlı menkul ve gayrimenkulü bulunmadığı ya da adına kayıtlı gayrimenkulü olup da, sağladığı gelirle yaşamını sürdüremeyeceğinin saptanması sonucunda yoksulluk belgesi düzenlenen yaşlılar ile kanunen bakmakla yükümlü kimsesi olup da, yükümlülerin ekonomik gücünün yeterli olmadığı saptanan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yeterli olup da, sosyal yoksulluk içinde bulunan yaşlılar ise ücretli olarak kabul edilirler.¹⁰⁵

2.6.1.2.Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

"Maddi ve sosyal yönden yoksulluk içinde olup, bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle süreli ya da sürekli olarak özel ilgi desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi olan, uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmayan, ruh sağlığı yerinde 60 yaş ve daha yukarı yaşta kişiler" alınmaktadır.¹⁰⁶

2.6.1.3.Gündüzlü Bakım Evleri

"Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetleri yürüten birim" olarak tanımlanmaktadır. (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, 2008)¹⁰⁸

2.6.1.4.Evde Bakım Hizmetleri

"Bakıma muhtaç yaşlıların, fiziki-ruhi-zihni engellilerin ve (ya) akut ve kronik hastaların, içinde yaşadıkları meskenlerde bakımlarına yönelik aile fertleri tarafından veya sosyal bakım hizmetleri sunan kurum ve kuruluşların profesyonel bakım uzmanları veya sağlık ekibi tarafından yürütülen hizmetlerin bütünü" olarak tanımlanabilmektedir.¹⁰⁵

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1. Araştırmanın Tekniği

Araştırmamız; kesitsel tipte gözlemsel, analitik bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Kocaeli Huzurevi ile Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde yürütülmüştür. Kocaeli Huzurevi 6 Ekim 1994 yılında açılmış olup 2022 yılında yeni binada hizmet vermeye başlamıştır. Kurum kadrosunda 5 hemşire, 1 fizyoterapist, 1 diyetisyen, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 24 bakım personeli, 9 temizlik personeli bulunmaktadır. Kurum içerisinde kütüphane, müzik odası, fizyoterapi odası, revir, mescit, spor yapılan salon, yürüyüş yapılabilecek kurum bahçesi, konferans salonu, her katta mutfak bulunmaktadır evli olan yaşlılar aynı odada olmak üzere tüm yaşlılar tek kişilik odalarda kalmaktadır. Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi ise 2021 yılında açılmıştır. Kurum kadrosunda 1 dahiliye uzmanı tabip, 5 hemşire, 2 sosyal çalışmacı, 11 bakım personeli, 5 temizlik personeli bulunmaktadır. Kurumda kütüphane, fizyoterapi odası, etkinlik odası, kütüphane bulunmaktadır. Kurum yol üzerindedir, kurumun bahçesi bulunmamaktadır. Odalar 2,3,4 kişiliktir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Kocaeli İl'inde 4 kamu 2 özel olmak üzere toplamda 6 huzurevi ve yaşlı bakım merkezi bulunmaktadır. Kamu Kurumları şu ilçelerde bulunmaktadır: İzmit, Gölcük, Gebze, Dilovası. İzmit 101, Gebze 59, Gölcük 42, Dilovası 30 kişilik kapasiteye sahiptir.

Kamu huzurevlerinde ihtiyaca binaen değişmekle birlikte en fazla 15 kişilik özel bakım bölümü bulunmaktadır. Özel bakım bölümünde inme gibi kronik hastalıkları bulunan düşkün yaşlılar hizmet almaktadır.

Kocaeli' de yaşlı bakım hizmeti veren 2 özel kurum bulunmaktadır. Körfez'de bulunan Önce Yaşlı Bakım Merkezi 23 kişilik kapasiteye sahip olup sadece özel gereksinimi olan yaşlılara hizmet verilmektedir. İzmit'te bulunan Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi 83 kişilik kapasiteye sahip olup özel gereksinimi olan ve olmayan yaşlılara hizmet verilmektedir.

Toplamda Kocaeli İl'inde 232'si kamu 91'i özel kurumda olmak üzere 323 yaşlı birey huzur evi ya da yaşlı bakım evinde bulunmaktadır.

Kocaeli Huzurevi'nde; 14 kişi özel bakım, 87 kişi huzurevi hizmeti olmak üzere 101 kişi kamusal bakım almaktadır. 21 yaşlı ücretsiz kalmaktadır. Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nin kapasitesi 83 olup 68 kişi hizmet almaktadır. 31 kişi özel bakım, 37 kişi huzurevi hizmeti almaktadır. 4 yaşlı ücretsiz kalmaktadır.

Araştırmanın evreni, Kocaeli Huzurevi'ndeki huzurevi hizmeti alan 87 yaşlı ile Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'ndeki huzurevi hizmeti alan 37 yaşlı olmak üzere 124 kişiden oluşmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

3.4.1. Örneklem Büyüklüğü

Evrendeki kişi sayısı biliniyorsa kesitsel araştırma örneklem büyüklüğü şu formülle hesaplanır: $n = [Nxt^2 \times pq] \div [d^2(N-1) + t^2 \times (pq)]$

N: Evrendeki kişi sayısı, 124.

n: Örneklemde en az bulunması gereken kişi sayısı.

p: Bir olayın toplumda görülme sıklığı, olasılığı (Prevalans, insidans, ölüm, doğum hızları, vb.) (%10 olarak alınmıştır.)

q: Bir olayın toplumda görülmemesi sıklığı, olasılığı (%90 olarak alınmıştır.)

d: Elde edilecek hızın standart sapması (%5 olarak alınmıştır.)

t (1-a) : Belirli güven düzeyinde t tablosundan bulunacak değer (Serbestlik derecesi sonsuz için t=1.96) (1.96 olarak alınmıştır.)

Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 65 kişi olarak tespit edilmiştir.

3.4.2. Örneklem Yöntemi

Örneklem yöntemi kullanılmamış olup dışlama kriterleri dışındaki tüm evren örnekleme dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

3.5.1. Dahil Etme Kriterleri

- 60 yaş ve üzerinde olmak,

- Kocaeli Huzurevinde ya da Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde yatılı hizmet alıyor olmak araştırmanın dahil etme kriterleridir.

3.5.2. Dışlama Kriterleri

- Bilinci kapalı bireyler,
- Demans hastaları,
- Psikoz tanılı hastalar,
- Özel bakım bölümünde hizmet alan immobilize bireyler,
- Bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye sevk edildiği için ya da çalıştığı için veri toplama süresi boyunca yapılacak görüşmelerde huzurevinde bulunmayan bireyler,
- İletişim kurulamayan bireyler,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler dışlanmıştır.

Araştırmanın evrenindeki dışlama kriterleri dışındaki her yaşlıya ulaşılmaya çalışılmıştır. Sonuçta 75 yaşlı ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Tablo 3.1'de evren, örneklem büyüklüğü; araştırmadan dışlanan ve araştırmaya katılan kişi sayıları verilmiştir.

Tablo 3.1. Kocaeli Huzurevi ve Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Verileri

	Kocaeli Huzurevi	Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi
Kurumdaki Yaşlı Sayısı	101	68
Özel Bakım Bölümündeki Yaşlı Sayısı	14	31
Huzurevi Bölümündeki Yaşlı Sayısı	87	37
Psikoz Tanılı Yaşlı Sayısı	1	0
Demans Tanılı Yaşlı Sayısı	10	25
İletişim Kurulamayan Yaşlı Sayısı	1	0
Ulaşılamayan Yaşlı Sayısı	2	0
Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmeyen Yaşlı Sayısı	4	6
Araştırmaya Katılan Yaşlı Sayısı	69	6
Evrenin Temsiliyet Oranı	%79	%16

3.6. Araştırmanın Varsayımları

3.6.1. Araştırmanın Ana Varsayımları

- Huzurevinde yaşayan yaşlılar kırılığandır.

3.6.2. Araştırmanın Alt Varsayımları

- Kamu huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyoekonomik durumları özel huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyoekonomik durumlarına göre düşüktür.
- Huzurevinde yaşamayı tercih etme nedenleri şunlar olabilir: Kalacak yerinin olmaması ve kendi başına geçimini sağlayamamak, başkalarına yük olmak istememek, çocukları tarafından istenmemek, kendi ihtiyaçlarını kendi başına karşılayamamak, huzurevinde imkanların daha iyi olması.
- Başka bir yaşam yeri tercihi olsaydı çoğu yaşlı huzurevinde ikamet etmeyi tercih etmezdi.
- Yaşlıların çoğu tuşlu telefon kullanır.
- Yaşlılar birçok kronik hastalığa sahiptir.
- Yaşlılarda polifarmasi, malnütrisyon, düşmeler, inkontinans sık görülür.
- Yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte yetersizlik yaşayabilirler. Kendi başına; banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama, bir yerden başka yere geçme, beslenme ve idrar gaita kontrolü sağlamada yetersizlik yaşayabilirler.
- Ulusal aşılama programına göre yaşlılık döneminde tavsiye edilen aşılar için yaşlılarda aşılanma oranları düşüktür.
- Yaşlılar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamazlar.
- Yaşlılık döneminin dezavantajları sebebiyle çoğu yaşlı mutlu değildir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

“Sağlık Durumu Değerlendirmesi” araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır. Sağlık durumunu değerlendirmek için şu parametrelere bakılacaktır:

Sağlık Durumu Özellikleri:

- Engelli sağlık kurul raporu varlığı ve varsa türünün ne olduğu,
- Düzenli olarak fiziksel aktivite, egzersiz, spor yapılıp yapılmadığı,
- Tütün mamulü kullanılıp kullanılmadığı kullanılıyorsa/kullanıldıysa sıklığı,
- Son bir yıl içinde düşme durumu ve düşülmüşse yeri,
- Algılanan sağlık,
- Kronik hastalıkların varlığı ve varsa türleri,
- Sürekli kullanılan ilaç varlığı,
- Cihaz/protez kullanımı varsa türü,
- Ameliyat geçirip geçirmeme durumu,
- Mutlu hissetme durumu,
- Kişiye göre mutluluk kaynağı,
- Geçmişe mutlulukla bakma durumu,
- Boy kilo ölçümü ve BMI' ne göre malnütrisyonun değerlendirilmesi,
- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puanına göre günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi.

Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Değişkenler:

- Kurum hekiminin olup olmadığı,
- İhtiyaç duyulduğunda sağlık hizmetine ulaşabilme durumu,
- İlaçlarını temin edip edememe durumu,
- Son 5 yıl içinde aşı olma durumu ve olduysa olunan aşı/aşıların türü,
- Aşının nerede yapıldığı.

3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni

“Sosyoekonomik Durum Değerlendirmesi” araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır. Sosyoekonomik durumu değerlendirmek için şu parametrelere bakılacaktır:

Sosyodemografik Durum Özellikleri

- Katılımcının ikamet ettiği kurum,
- Katılımcının kurumda kalma süresi,
- Cinsiyet,
- Yaş,
- Eğitim durumu,
- Meslek,
- Çalışma durumu,
- Emekli olma durumu,
- Sosyal güvence varlığı ve türü,
- Gelir durumu,
- Medeni durum,
- Yaşayan çocuk varlığı ve varsa sayısı,
- Huzurevinde yaşamayı tercih etme nedeni,
- Başka bir seçenek olsa nerede yaşamak isteyeceği,
- Ziyaretçi varlığı, yakınlık derecesi ve ziyaret sıklığı,
- Teknolojik ürün kullanımı ve kullanılan teknolojik ürünün türü.

3.8. Veri Toplama Araçları

Tüm veriler, literatür taraması sonucunda edinilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. (EK-1) Soru formu sosyodemografik özellikler ve sağlık özellikleri olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sağlık durum özelliklerinde Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği kullanılmıştır.

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği Katz tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir. 2018 yılında Özkan Pehlivanoğlu ve ark.⁶ tarafından “Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması ve Güvenilirliği” çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,83’tür, ölçeğin güvenilir olduğunu gösterilmiştir. Bu ölçek 6 parametreden oluşmaktadır. Her parametre 0 ya da 1 puandır. Ölçek skoru; 0-2 puan bağımlı, 3-4 puan yarı bağımlı, 5-6 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Bu parametreler şunlardır:

1. Banyo Yapma

- Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor. (1 puan)
- Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor. (0 puan)

2. Giyinme

- Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir.) (1 puan)
- Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor. (0 puan)

3. Tuvalet Yapma

- Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor. (1 puan)
- Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor. (0 puan)

4. Transfer

- Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor. (1 puan)
- Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor. (0 puan)

5. Kontinans

- Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut. (1 puan)
- Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut. (0 puan)

6. Beslenme

- Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor. (Yemeği başkası hazırlayabilir.) (1 puan)
- Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç. (0 puan)

Yetişkinler ve çocuklar için portatif boy kilo ölüm cihazı(stadiometre) ile katılımcıların boy kilo ölçümleri yapılmıştır.

3.9. Araştırma ile İlgili İzinler

Araştırma konusu, KOÜTF Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Akademik Kurulu'nda kabul edilmiştir ve KOÜTF Fakülte Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırma için Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik

Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2024/10.4 karar numarası ve 2024/257 proje numarası ile 11.06.2024 tarihinde izin alınmış.

KOÜTF Sekreterliğinin 19.08.2024 tarihli ve 48398777-020.001.001 E.637877 sayılı yazısına istinaden tarafımıza 06.09.2024-645935 Evrak Tarih ve Sayılı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Kocaeli İl Müdürlüğü tarafından onaylanan araştırma izni yazısı gönderilmiştir.

3.10. Araştırmanın İş Gücü ve Finansmanı

Araştırma, KOÜTF Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda görev yapmakta olan Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan danışmanlığında, ana bilim dalı araştırma görevlilerinden Dr. Hatice Cemre Keser tarafından yürütülmüştür. Araştırma için herhangi kurum ya da kuruluşa finansal destek için başvuru yapılmamıştır.

3.11. Verilerin Çözümlemesi

Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik varsayımı, Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki ilişkinin gösterilmesinde Ki-kare kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerin girişi ve analizi için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır.

3.12. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma kurumlardaki görüşme odalarında, bireysel yüz yüze görüşmeler yoluyla yapılmış olup anket formundaki sorular araştırmacı tarafından katılımcıya tek tek sorulmuştur.

3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırmanın zaman çizelgesi aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırma Zaman Çizelgesi

		Literatür Taraması	Soru Formunun Hazırlanması	Gerekli İzinlerin Alınması	Veri Toplama	Veri Girişi	Veri Analizi	Rapor Yazımı
20 04	Şubat	+						
	Mart	+	+					
	Nisan	+	+					
	Mayıs	+	+	+				
	Haziran	+		+				
	Temmuz	+		+				
	Ağustos	+		+				
	Eylül	+		+	+			
	Ekim	+			+	+		
	Kasım	+			+	+	+	
	Aralık	+				+	+	+
20 25	Ocak	+					+	+
	Şubat							+

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

4.1.1. Kurumda Kalma Süresi

Araştırmaya dahil olan yaşlıların kurumda kalma sürelerinin ortalama değerleri 3,99 yıl, ortanca değerleri 2 yıl, en küçük değeri 15 gün, en büyük değeri 15 yıl, standart sapma (SD) değerleri ise 4,05 yıl olarak bulunmuştur. Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Kurumda Kalma Süreleri

	Kurumda Kalma Süresi
Ortalama $\pm$ SD	3,99 yıl $\pm$ 4,05 yıl
Ortanca	2 yıl
En Büyük Değer	15 yıl
En Küçük Değer	15 gün

4.1.2. Cinsiyet

Araştırmaya dahil olan yaşlıların 28(%37,3)’i kadın 47(%62,7)’si erkektir. Cinsiyet dağılımları Tablo 4.2’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Cinsiyet

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	28	37,3
Erkek	47	62,7
Toplam	75	100

4.1.3. Yaş

Araştırmaya dahil olan yaşlıların yaşlarının ortalama değerleri 76,4 yıl, ortanca değerleri 75 yıl, en küçük değeri 64 yıl, en büyük değeri 97 yıl, standart sapma değerleri ise 7 yıl olarak bulunmuştur. Tablo 4.3’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Yaş Dağılımları

	Yaş
Ortalama	76,4 ± 7
Ortanca	75
En Küçük Değer	64
En Büyük Değer	97

DSÖ 65 yaş ve üzerini yaşlı kabul eder ve yaşlılığı; 65-74 yaş genç yaşlılık, 75-84 yaş orta yaşlılık, 85 ve üzeri yaş çok ileri yaşlılık olmak üzere üç grupta kategorize eder. Bu kategorizasyona göre araştırmaya katılanların %38,7'si genç yaşlılık, %38,7' si orta yaşlılık, %18,7' si çok ileri yaşlılık grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan yaşlıların DSÖ sınıflamasına göre yaş kategorileri Tablo 4.4' de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. DSÖ Sınıflamasına Göre Yaş Kategorileri

	n	%
Genç Yaşlı (65-74)	29	38,7
Orta Yaşlı (75-84)	29	38,7
Çok İleri Yaşlı (85+)	14	18,7
Kategori Dışında Kalan (64 yaş)	3	4
Toplam	75	100

Araştırmaya katılan kadınların %42'si genç yaşlı, %39'u orta yaşlı, %10'u çok ileri yaşlı grubundadır. Araştırmaya katılan 2 kadın 64 yaşında olduğu için bu kategorizasyonda dışlanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin %36'si genç yaşlı, %38'si orta yaşlı, %23'ü çok ileri yaşlıdır. Araştırmaya katılan 1 erkek 64 yaşında olduğu için bu kategorizasyonda dışlanmıştır. Cinsiyete göre yaşlılık gruplarının karşılaştırılması Tablo 4.5' de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Yaşlılık Gruplarının Karşılaştırılması

	Genç Yaşlılık	Orta Yaşlılık	Çok İleri Yaşlılık	Toplam
Kadın	12(%42)	11(%39)	3(%10)	26(%91)
Erkek	17(%36)	18(%38)	11(%23)	46(%97)

Toplam	29	29	14	72
---------------	----	----	----	----

($\chi^2 = 22,434$; $p=0.567$)

4.1.4. Eğitim Durumu

Araştırmaya katılan yaşlıların %40' ı ilkokul mezunudur. %9,3' ü okuma yazma bilmemektedir. %14,7'si okuma yazma bilen fakat ilkokul mezunu olmayan gruptadır. %12'si ortaokul, %16'sı lise ve sadece %8'i yüksek öğretim mezunudur. Eğitim durumları Tablo 4.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Eğitim Durumları

	n	%
Okuma Yazma Bilmeyen	7	9,3
Okuma Yazma Bilen Fakat İlkokul Mezunu Değil	11	14,7
İlkokul Mezunu	30	40
Ortaokul Mezunu	9	12
Lise Mezunu	12	16
Yüksek Öğretim Mezunu	6	8
Toplam	75	100

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları incelendiğinde; %25'nin okuma yazma bilmediği, %25'nin okuma yazma bilen fakat ilkokul mezunu olmayan olduğu, %28,5'inin ilkokul mezunu, %10,7'sinin ortaokul mezunu, %3,5'inin lise mezunu, %7,1'inin yüksek öğretim mezunu olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan erkeklerin eğitim durumları incelendiğinde; hepsinin okuma yazma bildiği, %8,5'inin okuma yazma bilen fakat ilkokul mezunu olmayan olduğu, %46,8'inin ilkokul mezunu, %12,7'sinin ortaokul mezunu, %23,4'ünün lise mezunu, %8,5'inin yüksek öğretim mezunu olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre eğitim durumları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Cinsiyete Göre Eğitim Durumları

	Kadın	Erkek	Toplam
Okuma Yazma Bilmeyen	7(%25)	0(%0)	7
Okuma Yazma Bilen Fakat İlkokul Mezunu Değil	7(%25)	4(8,5)	11
İlkokul Mezunu	8(%28,5)	22(%46,8)	30
Ortaokul Mezunu	3(%10,7)	6(%12,7)	9
Lise Mezunu	1(%3,5)	11(%23,4)	12
Yüksek Öğretim Mezunu	2(%7,1)	4(%8,5)	6
Toplam	28(%100)	47(%100)	75

($\chi^2=20,558$; $p=0.000$)

4.1.5. Meslek

Araştırmaya katılan yaşlıların %26,7'sinin ev hanımı, %10,7'sinin memur, %12'sinin esnaf, %30,7'sinin işçi, %20'sinin serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür. Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Meslek Grupları

	n	%
Ev Hanımı	20	26,7
Memur	8	10,7
Esnaf	9	12
İşçi	23	30,7
Serbest Meslek	15	20
Toplam	75	100

Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyete göre meslek gruplarına bakıldığında kadınların %71,4'ü ev hanımı, %10,7'si memur, %10,7'si serbest meslek sahibi, %7,1'i işçidir. Erkeklerin ise %44,6'si işçi, %25,5'i serbest meslek sahibi, %19,1'i esnaf, %10,6'sı memurdur.

Tablo 4.9. Cinsiyete Göre Meslek Grupları

	Kadın	Erkek
Ev Hanımı	20(%71,4)	0(%0)
Memur	3(%10,7)	5(%10,6)
Esnaf	0(%0)	9(%19,1)
İşçi	2(%7,1)	21(%44,6)
Serbest Meslek	3(10,7)	12(%25,5)
Toplam	28(%100)	47(%100)

(x²=52,698; p=0.000)

Katılımcıların eğitim durumuna göre meslek gruplarına bakıldığında okuma yazma bilmeyenlerin tamamı ev hanımıdır. Okuma yazma bilen fakat ilkokul mezunu olmayanların %45'i işçi, %27'si ev hanımı, %27'si serbest meslek sahibidir. İlkokul mezunlarının %36'sı işçi, %26'sı ev hanımı, %20'si serbest meslek sahibi, %16'sı ise esnafıdır. Ortaokul mezunlarının %33'ü işçi, %22'si ev hanımı, %22'si esnaf ve %22'si serbest meslek sahibidir. Lise mezunlarının %25'i işçi, %25'i serbest meslek sahibi, %20'si memur, %8'i esnafıdır. Yüksek öğretim mezunların ise %83'ü memur %17'si esnafıdır. Eğitim durumuna göre meslek grupları Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Eğitim Durumuna Göre Meslek Grupları

	Ev Hanımı	Memur	Esnaf	İşçi	Serbest Meslek	Toplam
Okuma Yazma Bilmeyen	7(%100)	0	0	0	0	7
Okuma Yazma Bilen Fakat İlkokul Mezunu Değil	3(%27)	0	0	5(%45)	3(%27)	11
İlkokul Mezunu	8(%26)	0	5(%16)	11(%36)	6(%20)	30
Ortaokul Mezunu	2(%22)	0	2(%22)	3(%33)	2(%22)	9
Lise Mezunu	0	3(%20)	1(%8)	4(%25)	4(%25)	12
Yüksek Öğretim Mezunu	0	5(%83)	1(%17)	0	0	6

Toplam	20	8	9	23	15	75
---------------	----	---	---	----	----	----

($\chi^2 = 69,962$; $p=0.000$)

4.1.6. Çalışma Durumu

Araştırmaya katılan yaşlıların çalışma durumları incelendiğinde %61,3'ünün çalışıp emekli olduğu, %21,3'ünün bir süre gelir getiren işte çalıştığı ama emekli olmadığı, %17,3'ünün ise hiç çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcıların çalışma durumları Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Çalışma Durumu

	n	%
Hiç çalışmadım.	13	17,3
Bir süre gelir getiren işte çalıştım.	16	21,3
Çalışıp emekli oldum.	46	61,3
Toplam	75	100

Katılımcıların cinsiyete göre çalışma durumlarına bakıldığında kadınların %46'sının hiç çalışmadığı, %39'unun bir süre gelir getiren işte çalıştığı, %14'ünün ise çalışıp emekli olduğu görülmüştür. Erkeklerin ise %89,5'inin çalışıp emekli olduğu, %10,5'inin ise bir süre gelir getiren işte çalıştığı görülmüştür.

Tablo 4.12. Cinsiyete Göre Çalışma Durumu

	Kadın	Erkek	Toplam
Hiç çalışmadım.	13(%46)	0	13
Bir süre gelir getiren işte çalıştım.	11(%39)	5(%10,5)	16
Çalışıp emekli oldum.	4(%14)	42(%89,5)	46
Toplam	28(%100)	47(%100)	75

($\chi^2 = 48,007$; $p=0.000$)

4.1.7. Emekli Olma Durumu

Araştırmaya katılan yaşlıların emekli olma durumları incelendiğinde %61,3'ünün emekli olduğu, %16'sının emekli olmadığı, %22,7'sinin ise eşten ya da babadan emekli hükmünde olduğu görülmüştür. Emekli olma durumu Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Emekli Olma Durumu

	n	%
Emekli olanlar	46	61,3
Emekli olmayanlar	12	16,0
Eşten/babadan emekli hükmünde olanlar	17	22,7
Toplam	75	100,0

4.1.8. Sosyal Güvence Türü

Araştırmaya katılan yaşlıların sosyal güvence türlerine bakıldığında %52'sinin SSK, %17,3'ünün BAĞ-KUR, %14,7'sinin Emekli Sandığı'na tabi oldukları görülmüştür. Sosyal güvence türleri Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Sosyal Güvence Türleri

	n	%
SSK	39	52,0
BAĞ-KUR	13	17,3
Emekli Sandığı	11	14,7
Toplam	63	84,0
Sosyal Güvencesi Olmayanlar	12	16

4.1.9. Gelir Durumu

Araştırmaya katılan yaşlıların gelir durumları sorulduğunda %52'si gelirim giderime eşit, %37,3'ü giderim gelirimden çok, %10,7'si ise gelirim giderimden çok demiştir. Katılımcıların gelir durumları sınıflandırması Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Gelir Durumu

	n	%
Gelirim giderime eşit.	39	52,0
Giderim gelirimden çok.	28	37,3
Gelirim giderimden çok.	8	10,7
Toplam	75	100,0

Araştırmaya katılanların gelir durumları görüşülen kuruma göre incelendiğinde; gelirim giderimden çok diyenlerin oranı kamu huzurevinde %10,1 iken özel huzurevinde %16'dır. Gelirim giderime eşit diyenlerin oranı sırasıyla kamu ve özelde %52 ve %50'dir. Giderim gelirimden çok diyenlerin oranı ise kamu huzurevinde %37,6 iken özelde %33'tür. Kuruma göre gelir durumları Tablo 4.16'te gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Kuruma Göre Gelir Durumları

	Kocaeli Huzurevi	Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	Toplam
Gelirim giderimden çok.	7(%10,1)	1(%16)	8(%10,7)
Gelirim giderime eşit.	36(%52,1)	3(%50)	39(%52)
Giderim gelirimden çok.	26(%37,6)	2(%33)	28(%37,3)
Toplam	69	6	75(%100)

($\chi^2 = 0.757$; $p=0.846$)

4.1.10. Medeni Durum

Araştırmaya katılanların medeni durumları sorulduğunda %41,3'ü eşim vefat etti, %37,3'ü eşimden ayrıldım, %17,3'ü evliyim, %4'ü de hiç evlenmedim cevaplarını vermiştir. Medeni durum Tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Medeni Durum

	n	%
Eşim vefat etti.	31	41,3
Eşimden ayrıldım.	28	37,3
Evliyim.	13	17,3
Hiç evlenmedim.	3	4,0
Toplam	75	100,0

4.1.11. Hayattaki Çocuk Sayısı

Araştırmaya katılanların hayattaki çocuk sayılarının ortalaması 2,4, ortancası 2, en büyük değeri 9, en küçük değeri 0, standart sapması 1,7 bulunmuştur. Katılımcıların hayattaki çocuk sayıları Tablo 4.18’de gösterilmiştir. Ayrıca 13 katılımcının hayatta çocuğu yoktur.

Tablo 4.18. Hayattaki Çocuk Sayısı

	Hayattaki Çocuk Sayısı
Ortalama± SD	2,4±1,7
Ortanca	2
En Büyük Değer	9
En Küçük Değer	0

4.1.12. Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etme Nedeni

Katılımcılara huzurevinde yaşamayı tercih etme nedenleri sorulduğunda en sık verilen birinci yanıt %44 ile ‘‘Huzurevindeki imkanların daha iyi olduğunu düşünüyorum.’’ olmuştur. İkinci ve üçüncü nedenler ise sırasıyla %18,7 ile ‘‘Çocuklarım/eşleri benimle yaşamayı istemeyebilirler.’’ ve %13,3 ile ‘‘Sağlık sorunlarım nedeniyle tek başıma yaşamam mümkün değildi.’’ yanıtları olmuştur.

Tablo 4.19. Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etmede Birinci Neden

	n	%
Huzurevindeki imkanların daha iyi olduğunu düşünüyorum.	33	44,0
Çocuklarım/eşleri benimle yaşamayı istemeyebilirler.	14	18,7

Sağlık sorunlarım nedeniyle tek başıma yaşamam mümkün değildi.	10	13,3
Yalnız kalmak istemiyorum.	6	8,0
Çocuklarıma yük olmak istemiyorum.	5	6,7
Gidecek yerim yok.	3	4,0
Maddi olanaksızlık nedeniyle dışarda geçinemiyorum.	3	4,0
Kendi yaşlılarımla birlikte olmayı isterim.	1	1,3
Toplam	75	100,0

Katılımcıların 24'ü (%32'si) huzurevinde kalma nedenlerinden bir ikincisini daha belirtmiştir. Buna göre verilen ikinci nedenlerden en sık olanı %9,3 ile “Yalnız kalmak istemiyorum.” cevabı olmuştur. Tablo 4.20’de huzurevinde yaşamayı tercih etmede verilen en sık ikinci nedenler gösterilmiştir.

Tablo 4.20. Huzurevinde Yaşamayı Tercih Etmede İkinci Neden

	n	%
Yalnız kalmak istemiyorum.	7	9,3
Sağlık sorunlarım nedeniyle tek başıma yaşamam mümkün değildi.	5	6,7
Çocuklarıma yük olmak istemiyorum.	4	5,3
Çocuklarım/eşleri benimle yaşamayı istemeyebilirler.	4	5,3
Gidecek yerim yok.	4	5,3
Huzurevindeki imkanların daha iyi olduğunu düşünüyorum.	-	-
Kendi yaşlılarımla birlikte olmayı isterim.	-	-
Maddi olanaksızlık nedeniyle dışarda geçinemiyorum.	-	-
Toplam	24	32

4.1.13. Başka Bir Seçenek Olsa Nerede Yaşamak İsteneceği

Katılımcılara “Başka bir seçeneğiniz olsa nerede yaşamak isterdiniz?” sorusu sorulmuştur. Alınan yanıtlar arasında;

- En fazla verilen yanıt %44 ile “Gündüzlü bakım alıp evimde olmak isterdim.”,
- İkinci en fazla verilen yanıt %33,3 ile “Huzurevinde olmayı tercih ederdim.”,
- Üçüncü en fazla verilen yanıt ise %12 ile “Çocuklarımla yanında olmayı isterdim.” olmuştur.

Başka bir seçenek olsa nerede yaşamak isteneceği Tablo 4.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Başka Bir Seçenek Olsa Nerede Yaşamak İsteneceği

	n	%
Gündüzlü bakım alır evimde yaşardım.	33	44,0
Huzurevinde olmayı tercih ederdim.	25	33,3
Çocuklarımın yanında olmayı isterdim.	9	12,0
Evim olsa evimde kalırdım.	5	6,7
Fikrim yok.	3	4,0
Toplam	75	100,0

4.1.14. Ziyaretçi Varlığı

Katılımcılara ‘‘Ziyaretinize gelen oluyor mu?’’ sorusu sorulmuş olup %70,7’sinden ‘‘Evet, oluyor.’’ %29,3’ünden ‘‘Hayır, olmuyor.’’ cevabı alınmıştır. Tablo 4.22’de ziyaretçi varlığı gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Ziyaretçi Varlığı

	n	%
Evet, oluyor.	53	70,7
Hayır, olmuyor.	22	29,3
Toplam	75	100

4.1.15. Ziyaretçi Sıklığı

Katılımcılara ziyaretçinin gelme sıklığı sorulduğunda ziyaretçisi nadiren gelenler %33,3 ile birinci sıradadır. İkinci sıradaki grup %18,7 ile ziyaretçisi haftada 1-2 kere gelenlerdir. Üçüncü sırada ise %10,7 ziyaretçisi ayda bir gelenler yer almaktadır. Ziyaretçi sıklığı Tablo 4.23’te gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Ziyaretçi Sıklığı

	n	%
Nadiren	25	33,3
Haftada 1-2 defa	14	18,7

Ayda 1 kez	8	10,7
Ayda birkaç kez	4	5,3
Her gün	2	2,7
Toplam	53	70,7
Ziyaretçisi Olmayanlar	22	29,3
Toplam	75	100,0

4.1.16. Ziyaretçinin Yakınlık Durumu

Katılımcılara en sık ziyarete gelenlerin kimler olduğu sorulduğunda; %46,7'si çocuklarım, %13,3'ü akrabalarım, %9,3'ü arkadaşlarım/komşularım, %1,3'ü torunlarım yanıtlarını vermiştir. Tablo 4.24'te gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Ziyaretçi Yakınlık Durumu

	n	%
Çocuklarım	35	46,7
Akrabalarım	10	13,3
Arkadaşlarım/Komşularım	7	9,3
Torunlarım	1	1,3
Toplam	53	70,7
Ziyaretçisi Olmayanlar	22	29,3
Toplam	75	100,0

16 (%24) katılımcı ikinci sıklıkta gelen ziyaretçilerinin yakınlık durumlarını belirtmiştir. Buna göre birinci sırada %8 ile torunlarım yanıtı; ikinci sırada aynı oranla (%6,7 ile) akrabalarım ve komşularım yanıtları yer almaktadır. Tablo 4.25'te ikinci sıklıkta gelen ziyaretçi yakınlık durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.25. İkinci Sıklıkta Gelen Ziyaretçi Yakınlık Durumları

	n	%
Torunlarım	6	8,0
Akrabalarım	5	6,7
Arkadaşlarım/Komşularım	5	6,7

Çocuklarım	-	-
Toplam	16	21,3

4.2. Sağlık Durumu Özellikleri

4.2.1. Sağlık Kurulu Engelli Raporu Varlığı

Katılımcılara sağlık kurulu engelli raporu olup olmadığı sorulduğunda 11'inin (%14,6'sının) sağlık kurulu engelli raporu olduğu görülmüştür. Tablo 4.26'da gösterilmiştir.

Tablo 4.26. Sağlık Kurulu Engelli Raporu Varlığı

	n	%
Var	11	14,6
Yok	64	85,4
Toplam	75	100,0

Sağlık kurulu engelli raporu olan katılımcılara engelli raporu türü sorulduğunda 6' sının kronik hastalıklar nedeniyle, 2'sinin görme, 2'sinin ortopedik, 1'inin işitme engeli nedeniyle engelli raporu aldığı Tablo 4.27'de görülmektedir.

Tablo 4.27. Sağlık Kurulu Engelli Raporu Almaya Neden Olan Engel Türleri

	n	%
Kronik diğer hastalıklar	6	8,0
Görme	2	2,7
Ortopedik	2	2,7
İşitme	1	1,3
Toplam	11	14,7
Engelli raporu olmayanlar	64	85,4
Toplam	75	100,0

4.2.2. Egzersiz Yapma

Katılımcılara düzenli spor/egzersiz yapıp yapmadıkları sorulduğunda katılımcıların %62,7'si yaptığını %37,3'ü yapmadığını söylemiştir. Tablo 4.28'de gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Düzenli Spor/Egzersiz Yapma Durumu

	n	%
Yapanlar	47	62,7
Yapmayanlar	28	37,3
Toplam	75	100,0

Katılımcılara ne sıklıkla spor yaptıkları sorulduğunda; %25,3'ü hemen hemen her gün, %21,3'ü nadiren, %13,3'ü haftada en az bir gün, %2,7'si ayda 1-3 gün spor yaptığını söylemiştir. Tablo 4.29'da spor yapma sıklıkları gösterilmiştir.

Tablo 4.29. Spor Yapma Sıklıkları

	n	%
Hemen hemen her gün	19	25,3
Nadiren	16	21,3
Haftada en az 1 gün	10	13,3
Ayda 1-3 gün	2	2,7
Hiçbir zaman	28	37,3
Toplam	75	100,0

4.2.3. Sigara Kullanımı

Katılımcılara sigara kullanım durumları sorulduğunda; %50,7'si daha önce kullandığını, %33,3'ü hiç kullanmadığını, %13,3'ü her gün kullandığını, %2,7'si ara sıra kullandığını söylemiştir. Tablo 4.30'da sigara kullanım durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.30. Sigara Kullanım Durumu

	n	%
Daha önce kullandım.	38	50,7
Hiç kullanmadım.	25	33,3
Her gün kullanırım.	10	13,3
Ara sıra kullanırım.	2	2,7
Toplam	75	100,0

Daha önce sigara kullananlara ve halen sigara kullananlara kaç paket kaç yıl sigara kullandıkları sorulmuş olup 8 sigara kullanım öyküsü olan yaşlıdan hatırlayamadıkları için cevap alınamamıştır. 50 sigara kullanım öyküsü olan katılımcının 42'sinden kullanım miktarı bilgisi alınabilmektedir. Buna göre ortalama sigara kullanımı $39,01 \pm 28,93$ paket/yıl, ortanca sigara kullanımı 35 paket/yıl, en küçük değer 1 paket/yıl, en büyük değer ise 120 paket/yıl olarak bulunmuştur. Tablo 4.31'de sigara kullanım dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 4.31. Sigara Kullanım Dağılımları

	Sigara Kullanım Süresi(paket/yıl)
Ortalama	39,01
Ortanca	35
En Küçük Değer	1
En Büyük Değer	120
Standart Sapma	28,93

4.2.4. Düşme Durumu

Katılımcılara son bir yıl içinde düşüp düşmedikleri sorulmuştur. Buna göre; %70,7'si "Hayır, düşmedim.", %29,3'ü "Evet, düştüm." cevabını vermiştir. Tablo 4.32'de son bir yıl içinde düşme durumu gösterilmiştir.

Tablo 4.32. Son Bir Yıl İçinde Düşme Durumu

	n	%
Evet, düştüm.	22	29,3
Hayır, düşmedim.	53	70,7
Toplam	75	100,0

Son bir yıl içinde düştüm diyen katılımcılara nerede düştükleri sorulduğunda; %14,7'si oda içinde, %8'i bahçede, %4'ü banyo/tuvalette, %2,7's, bina içindeki diğer ortak kullanım alanlarında düştüğünü söylemiştir. Tablo 4.33'te düşme yerleri gösterilmiştir.

Tablo 4.33. Düşme Yerleri

	n	%
Oda	11	14,7
Bahçe	6	8,0
Banyo/tuvalet	3	4,0
Bina içindeki ortak kullanım alanları	2	2,7
Düşenlerin Toplamı	22	29,3
Son Bir Yılda Düşmeyenler	53	70,7
Toplam	75	100,0

4.2.5. Telefon/Teknolojik Ürün Kullanım Durumu

Katılımcılara telefon/teknolojik ürün kullanım durumları sorulduğunda %92'sinin telefon/teknolojik ürün kullandığı, %8'inin kullanmadığı görülmüştür. Kullanılan telefonun türü sorulduğunda ise katılımcıların %52'sinin akıllı telefon, %40'ının tuşlu telefon kullandığı görülmüştür. 6 kişinin telefonu yoktur. Bu yaşlılar kurum telefonundan aranılırsa ya da yakınlarını aramak isterlerse yakınları ile iletişim kurabilmektedirler. Tablo 4.34'te telefon/teknolojik ürün kullanım durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.34. Telefon/Teknolojik Ürün Kullanım Durumları

	n	%
Akıllı telefon	39	52
Tuşlu telefon	30	40

Akıllı saat	-	-
Tablet/Bilgisayar	-	-
Teknolojik Ürün Kullananların Toplamı	69	92
Teknolojik Ürün Kullanmayanlar	6	8
Toplam	75	100

4.2.6. Algılanan Sağlık Değerlendirmesi

Katılımcılara ‘‘Sizce sağlığını nasıl?’’ sorusu sorulmuştur. %42,7’si iyi, %32’si orta, %16’sı kötü, %5,3’ü çok iyi, %4’ü çok kötü cevaplarını vermiştir. Tablo 4.35’te algılanan sağlık değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 4.35. Algılanan Sağlık Değerlendirmesi

	n	%
Çok kötü	3	4,0
Kötü	12	16,0
Orta	24	32,0
İyi	32	42,7
Çok iyi	4	5,3
Toplam	75	100

4.2.7. Sistemik Hastalık Varlığı

Katılımcılara kronik hastalıkları olup olmadığı varsa hangi kronik hastalıkları olduğu sorulmuştur. 7(%9,3) katılımcının herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Bir kişide birden çok sistemik hastalık olabilir. Araştırmamızda 68 kişinin 144 sistemik hastalığı vardır.

Katılımcıların ortalama kronik hastalık sayısı 2,01’dir. Katılımcılarda;

- En fazla görülen sistemik hastalık dolaşım sistemi hastalıklarıdır. Katılımcıların %60’ında(45 kişide) dolaşım sistemi hastalıkları mevcuttur.
- İkinci en sık görülen sistemik hastalık %37,3 ile endokrin, metabolizma ile ilgili hastalıklardır.
- Üçüncü en sık görülen sistemik hastalık %18,7 aynı oran ile solunum sistemi ve üriner sistem hastalıklarıdır.

Tablo 4.36’da katılımcılarda bulunan sistemik hastalıkların sayısı n ile yüzdesi % ile gösterilmiştir.

Tablo 4.36. Sistemik Hastalıklar

	n	%
Sistemik hastalığı olmayanlar	7	9,3
Dolaşım sistemi hastalıkları	45	60,0
Endokrin, metabolizma ile ilgili hastalıklar	28	37,3
Solunum sistemi hastalıkları	14	18,7
Üriner sistem hastalıkları	14	18,7
Kas iskelet sistemi hastalıkları	11	14,7
Sinir sistemi ve duyu organları ile ilgili hastalıklar	9	12,0
Ruh sağlığı hastalıkları	8	10,7
Sindirim sistemi hastalıkları	5	6,7
İyi ve kötü huylu tümörler	4	5,3
Cilt hastalıkları	3	4,0
Dışsal yaralanmalara bağlı hastalıklar	2	2,7
Romatizmal hastalıklar	1	1,3
Toplam	151	201,3

Cinsiyete göre görülen sistemik hastalıklara bakıldığında;

- Sistemik hastalığı olmayanların %85,7’sinin erkek, %14,3’ünün kadın,
- Dolaşım sistemi hastalıkları olanların %57,8’inin erkek, %42,2’sinin kadın,
- Endokrin, metabolizma ile ilgili hastalıkları olanların %53,6’sının kadın, %46,4’ünün erkek,
- Solunum sistemi hastalıkları olanların %71,4’ünün erkek, %28,6’sının kadın,
- Üriner sistem hastalıkları olanların %92,9’unun erkek, %7,1’inin kadın,
- Kas iskelet sistemi hastalıkları olanların %63,6’sının kadın, %36,4’ünün kadın,
- Sinir sistemi ve duyu organları ile ilgili hastalıkları olanların %66,7’sinin erkek, %33,3’ünün kadın,
- Ruh sağlığı hastalıkları olanların %62,5’inin kadın, %37,5’inin erkek,
- Sindirim sistemi hastalıkları olanların %80’inin kadın, %20’sinin erkek,

- İyi ve kötü huylu tümörleri olanların %50'sinin kadın, %50'sinin erkek,
- Cilt hastalıkları olanların 66,7'sinin erkek, %33,3'ünün kadın,
- Dışsal yaralanmalara bağlı hastalıkları olanların tamamının erkek,
- Romatizmal hastalıkları olanların tamamının kadın olduğu görülmüş olup Tablo 4.37'de gösterilmiştir.

Buna göre endokrin, metabolizma ile ilgili hastalıklar, kas iskelet sistemi hastalıkları, ruh sağlığı hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve romatizmal hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha sık görülürken diğer hastalık grupları ve sistemik hastalığı olmama durumu erkeklerde kadınlara göre siktir.

Tablo 4.37. Cinsiyete Göre Sistemik Hastalıklar

	Cinsiyet		Toplam n
	Kadın n (%)	Erkek n (%)	
Sistemik hastalığı olmayanlar	1 (14,3)	6 (85,7)	7
Dolaşım sistemi hastalıkları	19 (42,2)	26 (57,8)	45
Endokrin, metabolizma ile ilgili hastalıklar	15 (53,6)	13 (46,4)	28
Solunum sistemi hastalıkları	4 (28,6)	10 (71,4)	14
Üriner sistem hastalıkları	1 (7,1)	13 (92,9)	14
Kas iskelet sistemi hastalıkları	7 (63,6)	4 (36,4)	11
Sinir sistemi ve duyu organları ile ilgili hastalıklar	3 (33,3)	6 (66,7)	9
Ruh sağlığı hastalıkları	5 (62,5)	3 (37,5)	8
Sindirim sistemi hastalıkları	4 (80)	1 (20)	5
İyi ve kötü huylu tümörler	2 (50)	2 (50)	4
Cilt hastalıkları	1 (33,3)	2 (66,7)	3
Dışsal yaralanmalara bağlı hastalıklar	0	2 (100)	2
Romatizmal hastalıklar	1 (100)	0	1

Diabetes Mellitus (DM) ve Hipertansiyon (HT) varlığı ayrıca incelenmiş olup katılımcıların %33,3'ünde DM, %42,7'sinde HT var olduğu görülmüştür. Tablo 4.38'de katılımcılarda DM, HT varlığı gösterilmiştir.

Tablo 4.38. DM, HT Varlığı

	n	%
DM var.	25	33,3
DM yok.	50	66,7
HT var.	32	42,7
HT yok.	43	57,3
Toplam	75	100

4.2.8. Düzenli Kullanılan İlaç

Katılımcılara düzenli kullandıkları ilaç olup olmadığı sorulduğunda katılımcıların %86,7'sinin düzenli kullandığı ilaç/ilaçlarının olduğu görülmüştür. Tablo 4.39'da düzenli kullanılan ilaç varlığı gösterilmiştir.

Tablo 4.39. Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı

	n	%
Evet, var.	65	86,7
Hayır, yok.	10	13,3
Toplam	75	100

Düzenli ilaç kullanan 65 katılımcıya düzenli kullandıkları ilaç sayısı sorulduğunda; düzenli kullandıkları ilaç ortalamasının 2,11, ortancasının 2, en küçük değerinin 1, en büyük değerinin 7, standart sapmasının ise 1,22 olduğu görülmüştür. Tablo 4.40'ta düzenli kullanılan ilaç sayısı gösterilmiştir.

Tablo 4.40. Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı

	Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı
Ortalama $\pm$ SD	2,11 $\pm$ 1,22
Ortanca	2
En Küçük Değer	1
En Büyük Değer	7

4.2.9. Cihaz/Protez Kullanımı

Katılımcılara cihaz/protez kullanımı sorulduğunda katılımcıların %18,7'sinin cihaz/protez kullandığı görülmüştür. Tablo 4.41'de cihaz/protez kullanımı gösterilmiştir.

Tablo 4.41. Cihaz/Protez Kullanımı

	n	%
Evet, var.	14	18,7
Hayır, yok.	61	81,3
Toplam	75	100,0

Cihaz/protez kullanan katılımcılara cihaz/protez türü sorulduğunda; 8'inin diz protezi, 5'inin işitme cihazı, 1'inin kalça protezi kullandığı görülmüştür. Tablo 4.42'de cihaz/protez türleri gösterilmiştir.

Tablo 4.42. Cihaz/Protez Türü

	n	%
Diz protezi	8	10,7
İşitme cihazı	5	6,7
Kalça protezi	1	1,3
Toplam	14	18,7
Cihaz/Protez Kullanmayanlar	61	81,3
Toplam	75	100,0

4.2.10. Ameliyat Öyküsü

Katılımcılara herhangi bir ameliyat geçirip geçirmedikleri sorulduğunda; katılımcıların %69,3'ü ameliyat geçirdiğini söylemiştir. Tablo 4.43'te katılımcıların ameliyat geçirme durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.43. Ameliyat Geçirme Durumları

	n	%
Evet	52	69,3
Hayır	23	30,7

Toplam	75	100,0
---------------	----	-------

Ameliyat geçiren 52 katılımcıdan 8'i iki kere ameliyat geçirmiş olup 3'ü üç kere ameliyat, geçirmiştir. Ameliyat geçiren katılımcılara ne ameliyatı oldukları sorulduğunda;

- 12'sinin kalp ameliyatı,
- 7'sinin bel fıtığı ameliyatı,
- 7'sinin katarakt ameliyatı,
- 7'sinin prostat bezi ilişkili ameliyat,
- 6'sının diz protezi ameliyatı,
- 4'ünün kırıkla ilişkili ameliyat,
- 4'ünün apendektomi,
- 3'ünün kadın doğum ve hastalıkları ile ilişkili ameliyat,
- 3'ünün mide ülseri nedenli ameliyat,
- 3'ünün umbilikal/inguinal herni ameliyatı,
- 2'sinin hemoroidektomi,
- 2'sinin amputasyon,
- 2'sinin böbrek taşı ameliyatı,
- 1'inin kalça protezi ameliyatı,
- 1'inin safra kesesi ameliyatı,
- 1'inin tiroidektomi,
- 1'inin nefrektomi olduğu görülmüştür.

Tablo 4.44'te ameliyat türleri gösterilmiştir.

Tablo 4.44. Ameliyat Türleri

	n	%
Kalp Ameliyatı	12	18,2%
Bel Fıtığı	7	10,6%
Katarakt	7	10,6%
Prostat Bezi İlişkili Ameliyat	7	10,6%
Diz Protezi	6	9,1%
Kırıkla İlişkili Ameliyat	4	6,1%

Apendektomi	4	6,1%
Kadın Doğum ve Hastalıkları ile İlişkili Ameliyatlar	3	4,5%
Mide Ülseri Nedenli Ameliyat	3	4,5%
Umbilikal/ İnguinal Herni Ameliyatı	3	4,5%
Hemoroidektomi	2	3,0%
Amputasyon	2	3,0%
Böbrek Taşı Ameliyatı	2	3,0%
Kalça Protezi	1	1,5%
Safra Kesesi Ameliyatı	1	1,5%
Tiroidektomi	1	1,5%
Nefrektomi	1	1,5%
Toplam	66	100,0%

4.2.11. Kurum Hekimi Varlığı

Katılımcılara kaldıkları kurumda hekim olup olmadığı sorulduğunda %85,3'ü kurum hekiminin olmadığını söylemiştir. Tablo 4.45'te gösterilmiştir.

Tablo 4.45. Kurum Hekimi Varlığı

	n	%
Var	11	14,7
Yok	64	85,3
Toplam	75	100,0

Görüşülen kuruma göre incelendiğinde Kocaeli Huzurevi'ndeki katılımcıların %89,9'u kurum hekiminin olmadığını, Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'ndeki katılımcıların %33,3'ü kurum hekiminin olmadığını söylemiştir. Tablo 4.46'da görüşülen kuruma göre kurum hekimi varlığı gösterilmiştir.

Tablo 4.46. Görüşülen Kuruma Göre Kurum Hekimi Varlığı

Görüşülen Kurum	Kurum Hekimi Varlığı		Toplam
	Var Diyenler n (%)	Yok Diyenler n (%)	

Kocaeli Huzurevi	7 (%10,1)	62 (% 89,9)	69(%100)
Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	4 (%66,7)	2 (%33,3)	6 (%100)
Toplam	11	64	75

($\chi^2 = 14,090$; $p = 0,03$)

4.2.12. Sağlık Hizmetine Ulaşabilme

Katılımcılara ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetine ulaşip ulaşamadıkları sorulduğunda; katılımcıların %73,3'ü ulaşabildiğini, %26,7'si ulaşamadığını söylemiştir. Tablo 4.47'de katılımcıların ihtiyaç duyulduğunda sağlık hizmetine ulaşabilme durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.47. İhtiyaç Duyulduğunda Sağlık Hizmetine Ulaşabilme

	n	%
Evet	55	73,3
Hayır	20	26,7
Toplam	75	100,0

4.2.13. İlaçlarını Temin Edebilme

Katılımcılara hekimin yazdığı ilaçlarını temin edip edemedikleri sorulduğunda; %93,3'ünün ilaçlarını temin edebildiği, %6,7'sinin temin edemediği görülmüştür. Tablo 4.48'de katılımcıların ilaçlarını temin edebilme durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.48. İlaçlarını Temin Edebilme

	n	%
Evet	70	93,3
Hayır	5	6,7
Toplam	75	100,0

4.2.14. Aşılama

Katılımcılara son 5 yıl içinde aşı olup olmadıkları sorulduğunda katılımcıların %93,3'ünün aşı olduğu, %6,7'sinin aşı olmadığı görülmüştür. Tablo 4.49'da katılımcıların son beş yılda aşılama durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.49. Son 5 Yılda Aşılanma Durumları

	n	%
Aşı oldum.	70	93,3
Aşı olmadım.	5	6,7
Toplam	75	100,0

Son beş yıl içinde aşı olan katılımcılara nerede aşı olduğu sorulduğunda; aşı olanların %78,6'sı kurumda, %17,1'i Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM), %2,9'unun 2.-3. Basamak hastanede, %1,4'ü eczanede aşısını olduğu görülmüştür. Tablo 4.50'de aşının nerede yapıldığı gösterilmiştir.

Tablo 4.50. Aşının Yapıldığı Yer

	n	%
Kurumda	55	78,6
ASM' de	12	17,1
2-3 Basamak Hastanede	2	2,9
Eczanede	1	1,4
Toplam	70	100,0

Görüşülen kuruma göre katılımcıların aşılanma yerine bakıldığında;

- Kocaeli Huzurevi'nde aşıları olanların %83,3'ü kurumda, %13,6'sı ASM'de %3'ü de 2.-3. Basamak hastanede aşılanmıştır.
- Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde kurumda aşılanan olmamıştır. Bu kurumdaki aşıları olanların 3'ü ASM'de 1'i eczanede aşılanmıştır.

Tablo 4.51'de aşılanan katılımcıların kaldıkları kuruma göre aşı yaptırdıkları yer gösterilmiştir.

Tablo 4.51. Görüşülen Kuruma Göre Aşılama Yeri

Görüşülen Kurum	Aşılama Yeri					
		Kurumda n(%)	ASM de n(%)	2.-3. Basamak Hastanede n(%)	Eczanede n(%)	Toplam n(%)
	Kocaeli Huzurevi	55(83,3)	9(13,6)	2(3,0)	0	66(100)
	Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	0	3(75)	0	1(25)	4(100)
	Toplam	55	12	2	1	70

Katılımcılara son 5 yıl içinde hangi aşı/aşları oldukları sorulmuştur. Katılımcıların %90,7'sinin COVID-19, %68'inin influenza, %1,3'ünün pnömokok aşısı olduğu görülmüştür. Tablo 4.52'de aşı türlerine göre aşılanma sayı ve yüzdeleri gösterilmiştir.

Tablo 4.52. Aşı Türlerine Göre Aşılanma Durumu

Aşı Türleri	Bu Aşığı Olanların Sayısı (n)	Bu Aşığı Olanların Yüzdesi (%)
COVID-19	68	90,7
İnfluenza	51	68
Pnömokok	1	1,3
Zona	0	0

4.2.15. Mutluluk

Katılımcılara kendilerini mutlu hissedip hissetmedikleri sorulduğunda; katılımcıların %72'si kendini mutlu hissettiğini söylemiştir. Tablo 4.53'te kendini mutlu hissetme durumu gösterilmiştir.

Tablo 4.53. Kendini Mutlu Hissetme Durumu

	n	%
Evet	54	72,0
Hayır	21	28,0
Toplam	75	100

Katılımcılara geçmişe mutlulukla bakıp bakmadıkları sorulduğunda; katılımcıların %72'si geçmişte mutlu olduğunu söylemiştir. Tablo 4.54'te geçmişe mutlulukla bakma durumu gösterilmiştir.

Tablo 4.54. Geçmişe Mutlulukla Bakma Durumu

	n	%
Evet	54	72,0
Hayır	21	28,0
Toplam	75	100

Kendini mutlu hissetmeye göre geçmişe mutlulukla bakma durumları karşılaştırıldığında şu sonuçlara varılmıştır:

- Kendini mutlu hissedenlerin %83,3'ü geçmişe de mutlulukla bakmaktadır.
 - Kendini mutlu hissetmeyenlerin %57,1'i geçmişe de mutlulukla bakmamaktadır.
 - Kendini mutlu hissedenlerin %16,7'si geçmişe mutlulukla bakmamaktadır.
 - Kendini mutlu hissetmeyenlerin %42,9'u geçmişe mutlulukla bakmaktadır.
- (Tablo 4.52'de ilk verilen yüzdelerde gösterilmiştir.)

Geçmişe mutlulukla bakma durumuna göre kendini mutlu hissetme durumları karşılaştırıldığında şu sonuçlara varılmıştır:

- Eskiden mutlu olanların %83,3'ü şimdi de mutludur.
 - Eskiden mutsuz olanların %57,1'i şimdi de mutsuzdur.
 - Eskiden mutlu olanların %16,7'si şimdi mutsuzdur.
 - Eskiden mutsuz olanların %42,9'u şimdi mutludur.
- (Tablo 4.55'te ikinci verilen yüzdelerde gösterilmiştir.)

Tablo 4.55. Şimdi Mutlu Olma ile Eskiden Mutlu Olmanın Karşılaştırılması

Geçmişe Mutlulukla Bakma Durumu				
Kendini Mutlu Hissetme Durumu		Evet	Hayır	Toplam
	Evet n(%)	45 (83,3)	9 (16,7)	54 (100)
	Hayır n(%)	9 (42,9)	12 (57,1)	21 (100)
	Toplam n(%)	54	21	75(100)
		Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam n(%)
	Evet	45 (83,3)	9 (42,9)	54
	Hayır	9 (16,7)	12 (57,1)	21
	Toplam	54 (100)	21 (100)	75(100)

($\chi^2 = 10,62$; $p=0.001$)

Katılımcılara onlara göre mutluluk kaynağının ne olduğu sorulmuş olup katılımcılar birden çok cevap verebilmişlerdir. Katılımcıların %37'si sağlık, %28'i sevgi, %6'sı para cevabını vermiştir. Tablo 4.56'da mutluluk kaynakları gösterilmiştir.

Tablo 4.56. Mutluluk Kaynağı

	n	%
Sağlık	37	37
Sevgi	28	28
Para	6	6
Başarı	1	1
Toplam	72	72
Diğer	28	28
Toplam	100	100

Diğer cevabını veren 28 katılımcı ise mutluluk kaynağının şunlar olduğunu söylemiştir:

1. Aile, çoluk çocukla birlikte olmak, bir şey düşünmemek.
2. Akıl sağlığı, felç olmamak.
3. Anlaştığın insanla birlikte olmak, iletişim.
4. Arkadaşlarımla gezmek.
5. At üstünde gitmek.
6. Ayaktayım, aklım başında.

7. Bir şeyle meşgul olmak.
8. Burada olmak.
9. Çocuklarımla iyi olması.
10. Doğal olmak.
11. Fikrim yok.
12. Güzellik ve tahsil.
13. Her şeyi sevmek, çiçeği böceği sevmek.
14. Hoşgörü.
15. İman.
16. İnsana değer vermek, dürüstlük, çalışmak.
17. İnsanlarla güzel geçinmek, diyalog kurmak, düşünlere yardım etmek.
18. Kafaya takmamak.
19. Kendine iyi bakmak.
20. Kendiyle barışık olmak.
21. Oğlumdu, öldürdüler, kim öldürdü belli olmadı.
22. Saygı, vefa, sadakat.
23. Varlığa yokluğa şükretmek, dünyanın imtihan olduğunu unutmamak, bir şeyi kendine sorun etmemek.
24. Yakınlarımla iyi olması.
25. Yalnız olmamak.
26. Yaşamak.
27. Yaşamak çok güzel, yaşamayı seviyorum.
28. Ziyarete gelen çocuklarla konuşmak.

4.2.16. Vücut Kitle İndeksi (VKİ)

Katılımcıların boy kilo ölçümü yapılmış olup VKİ hesaplanmıştır. Buna göre;

- Boy ortalaması erkeklerde $167,3 \pm 8,3$, kadınlarda $153,3 \pm 7,6$, toplamda $162,2 \pm 10,5$ 'tir.
- Kilo ortalaması erkeklerde $76,6 \pm 14,3$, kadınlarda $78,1 \pm 21,7$, toplamda $77,2 \pm 17,3$ 'tür.
- En küçük değer boyda 131 cm iken kiloda 48 kg'dır.
- En büyük değer boyda 185 cm iken kiloda 143 kg'dır.
- Boyun ortanca değeri 163 iken kilonun ise 80'dir.
- VKİ ortalaması kadınlarda $33,1 \pm 8,7$, erkeklerde $27,2 \pm 4,6$, toplamda $29,4 \pm 6,9$ 'dur.
- VKİ ortancası 28,4, en küçük değeri 18,4, en büyük değeri 62,7'dir.

- 10 katılımcıda ortopedik sorunlar ya da denge sorunları sebebiyle boy kilo ölçüm cihazına çıkamadıkları için ölçüm yapılamamıştır.

Tablo 4.57’de boy, kilo, VKİ dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 4.57. Boy, Kilo, VKİ Dağılımları

	Boy (cm)	Kilo (kg)	VKİ (kg/m ²)
Ortalama	162,2	77,2	29,4
Ortanca	163	80	28,4
Standart Sapma	10,5	17,3	6,9
En Küçük Değer	131,0	48,0	18,4
En Büyük Değer	185,0	143,0	62,7
Toplam Veri	65	65	65

Cinsiyete göre boy, kilo, VKİ dağılımları Tablo 4.58’de gösterilmiştir.

Tablo 4.58. Cinsiyete Göre Boy, Kilo, VKİ Dağılımları

Cinsiyet		Boy (cm)	Kilo (kg)	VKİ (kg/m ²)
Kadın	Sayı	24	24	24
	Ortalama	153,3	78,1	33,1
	Standart Sapma	7,6	21,7	8,7
	Ortanca	151	70,5	30
	En Küçük Değer	131	48	22,2
	En Büyük Değer	175	143	62,7
Erkek	Sayı	41	41	41
	Ortalama	167,3	76,6	27,2
	Standart Sapma	8,3	14,3	4,6
	Ortanca	167	67	27,7
	En Küçük Değer	150	50	18,4
	En Büyük Değer	185	102	38,7

VKİ, DSÖ'ne göre sınıflandırıldığında; ölçüm yapılan katılımcıların %24,6'sı normal kilolu, %36,9'u fazla kilolu, %4,6'sı sınıf 3 obez olmak üzere 36,9'u obez, %1,5'i düşük kiloludur. Tablo 4.59'da VKİ sınıflandırmasına göre katılımcıların VKİ' leri gösterilmiştir.

Tablo 4.59. VKİ Sınıflandırmasına Göre VKİ Dağılımları

Sınıflandırma	VKİ (kg/m ²)	n	Ölçüm Yapılanların %
Düşük Kilolu	< 18,50	1	1,5
Normal	18,50-24,99	16	24,6
Fazla Kilolu	25-29,99	24	36,9
Obez sınıf-1	30-34,99	13	20,0
Obez sınıf-2	35-39,99	8	12,3
Obez sınıf-3	≥40	3	4,6
Toplam		65	100,0

4.2.17. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

Katılımcıların Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (GYAÖ) puan ortalaması 5,49±0,72, ortancası 6, en küçük değeri 4, en büyük değeri 6'dır. Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine göre; 0-2 bağımlı, 3-4 yarı bağımlı, 5-6 bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Buna göre bir katılımcı 4 puan almış olup bir katılımcı dışında katılımcıların tamamı bağımsızdır. Tablo 4.60'ta Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puan dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 4.60. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanı

	Katz GYAÖ Puanı
Ortalama	5,49
Ortanca	6
Standart Sapma	0,72
En Küçük Değer	4
En Büyük Değer	6

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği' ndeki 6 parametreye göre katılımcıların;

- %32'si inkontinans problemi yaşamaktadır.
- %18,7'si kendi başına yıkanamamakta veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duymaktadır.

- Bir katılımcı giyinirken yardım almakta veya tamamen başkası tarafından giydirilmektedir.
- Katılımcıların tamamı tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabilmektedir.
- Katılımcıların tamamı yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabilmektedir.
- Katılımcıların tamamı yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebilmektedir.

Katz GYAÖ alt parametrelerine göre alınan puanlar Tablo 4.61’de gösterilmiştir.

Tablo 4.61. Katz GYAÖ Alt Parametrelerine Göre Alınan Puanlar

Katz GYAÖ Alt Parametreleri	1 Puan Alanların Sayısı ve Yüzdesi	0 Puan Alanların Sayısı ve Yüzdesi	Toplam
Kontinans	51(68)	24(32)	75(100)
Banyo Yapma	61(81,3)	14(18,7)	75(100)
Giyinme	74(98,7)	1(1,3)	75(100)
Tuvalet Yapma	75(100)	0	75(100)
Transfer	75(100)	0	75(100)
Beslenme	75(100)	0	75(100)

Katılımcılarda cinsiyete göre inkontinansa bakıldığında; kadınların %43’ünde, erkeklerin %25’inde inkontinans vardır. Tablo 4.62’de cinsiyete göre inkontinans durumu gösterilmiştir.

Tablo 4.62. Cinsiyete Göre İnkontinans

	Cinsiyet			
		Kadın	Erkek	Toplam
İnkontinans	Var	12 (43)	12 (25)	24
	Yok	16 (57)	35 (75)	51
	Toplam	28 (100)	47 (100)	75 (100)

($\chi^2 = 1,690$; $p=0.09$)

Katılımcılarda cinsiyete göre kendi başına banyo yapmaya bakıldığında; kadınların %21,4’ünün, erkeklerin %17’sinin kendi başına banyo yapamadıkları görülmüştür. Tablo 4.63’te cinsiyete göre kendi başına banyo yapma durumu gösterilmiştir.

Tablo. 4.63. Cinsiyete Göre Kendi Başına Banyo Yapma Durumu

Kendi Başına Banyo Yapma	Cinsiyet			
		Kadın	Erkek	Toplam
	Var	22 (78,6)	39 (83)	61
	Yok	6 (21,4)	8 (17)	14
	Toplam	28 (100)	47 (100)	75 (100)

($\chi^2 = 0,28$; $p=0,42$)



5. TARTIŞMA

Araştırmamız, İzmit'teki huzurevlerinde yaşayan yaşlıların genel sağlık durumunu değerlendiren kesitsel çalışmadır. Bu çalışma, huzurevindeki yaşlıların genel sağlık durumları ile ilgili nedensellik içermeyen sonuçlar sunmaktadır.

5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Hata Kaynakları

5.1.1. Araştırmanın Temsil Boyutuyla İlgili Kısıtlılıklar

Araştırma, sadece Kocaeli İli İzmit İlçesi'nde bulunan biri kamu biri özel olmak üzere toplamda mevcut iki huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapıldığı için araştırma sonuçlarının ülke ve ildeki tüm yaşlı nüfus üzerinde bir temsiliyeti yoktur.

Araştırmada evren İzmit'teki huzurevlerinde özel bakım dışında hizmet alan yaşlılardan oluşmaktadır. Evrenin temsiliyet oranı kamu huzurevinde %79'dur. Özel huzurevinde ise yaşlıların çoğu araştırmanın dışlama kriter ya da kriterlerine sahip olduğundan dolayı evrenin temsiliyet oranı düşmüştür ve %16'dır. Özel huzurevinde katılımın düşük olması verilerde kamu-özel kurum karşılaştırılmasını zorlaştırmıştır.

5.1.2. Araştırma Tekniğinden Doğan Kısıtlılıklar

Araştırmada katılımcılara yöneltilen bazı sorular, geçmişle ilgili durumlara yöneliktir ve katılımcıların bilgileri doğru anımsaması güç olabilmektedir. Seçici hatırlamaya bağlı yan tutulmuş olabilir.

5.1.3. Araştırma Grubunun Kendine Özgü Özellikleri ile İlgili Kısıtlılıklar

Araştırma yaşlılarda yapılmış olup işitme problemi nedeniyle anket soruları yaşlılara yönlendirilirken iletişim kurmakta zorluk çekilmiştir. Yaşlıların soruları doğru anlayabilmeleri için tekrarlı, yüksek sesle, yavaş bir şekilde, uzun süren görüşmeler ile sorular katılımcılara yönlendirilmiştir.

Bir kısım katılımcı, çift bastonla ya da yürüteçle yürüdüğü için ya da tremoru, denge problemleri olduğu için ve kullanılan boy kilo ölçüm cihazının geniş olmaması, birkaç cm yükseklikte olup zemine sıfır olmaması, yaşlının bastonunu bıraktığında tutunacağı bir tutamağın cihazda olmaması gibi yaşlıya uygun ergonomide bir cihazın bulunmaması sebebiyle, yani hem grup hem cihaz özellikleri nedeniyle boy kilo ölçümleri bazı yaşlılarda yapılamamıştır.

Katılımcılar yaşı oldukları için görüşmeler seri bir şekilde yapılamamıştır. Katılımcının görüşme salonuna gelmeleri uzun sürmüştür.

Katılımcılar, yaşlılık döneminin başka bir özelliği olarak, tecrübelerini yaşam deneyimlerini aktarma isteğinde olduklarından dolayı da görüşmeler anket soruları ile kısıtlı kalmamış olup uzun sürmüştür.

Katılımcıların yaşı olması sebebiyle bazı sorular için hafıza faktörüne bağlı yanlışlık daha fazla olabilir. Özellikle sigara kullanım miktarı paket/yıl olarak hesaplanmak istendiğinden katılımcıya kaç yıl, kaç paket sigara kullandığı sorulduğunda bazı katılımcılar tahmini bir fikrinin bile olmadığını, bilemediklerini söylemişlerdir. Bazı yaşlıların yaşlarını doğru bilemeyecekleri düşünülerek tüm yaşlılara doğum yılı sorulmuştur, buna göre yaş bilgisi hesaplanmıştır. Birkaç yaşlı doğum yılını bilememiş olup nüfus cüzdanına bakılarak yaşı hakkında karar verilmiştir.

5.1.4. Değişkenleri Değerlendirme Yönteminden Doğan Kısıtlılıklar

Sosyal olarak kabul görmeyen sigara kullanım varlığı ve sıklığı gibi soruların yanıtında sosyal istenirlik yanlışlığı olmuş olabilir. Aynı zamanda huzurevine gelme nedeni, ziyaretçi varlığı ve sıklığı, spor yapma durumu gibi sorularda da sosyal istenirlik yanlışlığı olmuş olabilir.

Ankette gelir durumu, ‘‘Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?’’ sorusuyla ölçülmüş olup gelirim giderimden çok, gelirim giderime eşit, giderim gelirimden çok şeklinde üçlü likert şeklinde cevabın değerlendirilmesi istenmiştir, fakat yaşlıların bu soruyu duymakta ve algılamakta zorluk çektikleri gözlemlenmiştir. Yaşlıların duymakta ve algılamakta zorlandığı bir diğer soru ziyarete gelenin sıklığını değerlendirmek için sorulan ‘‘ Ziyaretinize ne sıklıkla gelirler?’’ sorusudur. Bazı yaşlılar bu soruyu ‘‘Ne vasıfla geliyorlar?’’ şeklinde algılamışlardır. Zorlanılan diğer bir soru ise düşme durumunu değerlendirmek için sorulan ‘‘Son bir yılda düştünüz mü? sorusu olmuştur. Yaşlılar, özellikle ‘‘düşme’’ kelimesini anlayamamış olup ‘‘bazen ayağımız kayar düşeriz ya’’ diye kelime tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu soruda son bir yıl vurgusu yapılmasına rağmen yaşlı hayatında ciddi bir düşme yaşadıysa önceki öyküsünden uzunca bahsetmiş olup bu durumun ne zaman yaşandığı sorulduğunda yıllar önce yaşandığı görülmüştür. Sistemik hastalık varlığı ‘‘Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?’’ sorusu ile sorulmuştur. Bazı yaşlıların mevcut hastalıklarını eksik söyledikleri bir sonraki soru olan ‘‘Düzenli kullandığınız ilaç var mı?’’ sorusunda ortaya çıkmış olup bilgilerin çelişmesi durumda sorular tekrar yöneltilmiştir. Teknolojik ürün

kullanımı değerlendirilirken sorulan ‘‘Telefon kullanıyor musunuz?’’ sorusunda bazı yaşlılar telefon numarasını söylemeye başlamış bazı yaşlılar ise telefon numaralarını vermek için numarasının yazılı olduğu bir kâğıt bulma arayışına girmişlerdir.

Yanlış anlaşılmalara ve olası yanlış verilebilecek cevaplar tekrar tekrar sorularak düzeltilmeye çalışılmıştır.

5.1.5. Soruların İçeriğinden Doğan Kısıtlılıklar

Katılımcılar kişisel gizlilik, utanma, sıkılma, üzülmeye gibi nedenlerle bazı soruları yanıtsız bırakmış ya da farklı şekilde yanıtlamış olabilirler.

5.2. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Daha önce Kocaeli’ndeki huzurevlerinde herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Bu bakımdan çalışmamız özgündür. Mevcut durumun tespiti, yerinde görüp gözlemleyerek bire bir görüşmeler yoluyla, her yaşlıya uzunca bir vakit ayrılarak yapılmıştır. Dışlanma kriterlerine sahip olmayan her yaşlı araştırmaya dahil edilmeye çalışılmış, ulaşılamayan yaşlılara tekrar tekrar ulaşılmaya çalışılmıştır. Yaşlılarda araştırma yapmanın zorluğu ve huzurevi araştırması için izin alma aşamalarında karşılaşılan zorluklara rağmen araştırma yapılabilmiş ve tamamlanmıştır.

5.3. Verilerin Karşılaştırılması

5.3.1. TÜİK Yaşlı Verileri ile Araştırmamız Verilerinin Karşılaştırılması

TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar ve Türkiye Yaşlı Profili Araştırması son verileri ile araştırmamız verilerindeki yüzdeler karşılaştırılmıştır. TÜİK verilerindeki oranlara göre araştırmamızda;

- Yaş gruplarına bakıldığında ileri (65-74 yaş) ve çok ileri (85+) yaşlılık dönemindeki yaşlı oranı daha fazladır. Yaşlılar, daha fazla kırılgan oldukları ve kendi başına ihtiyaçlarını gideremeyecek yaşa geldiklerinde huzurevinde yaşamayı tercih ediyor olabilirler.
- Eğitim durumlarına benzer oranlar görülmektedir. Ülkemizde benzer yaş dekatlarında eğitim seviyeleri benzer olabilir.
- Medeni duruma bakıldığında eşimden ayrıldım, eşim öldü, hiç evlenmedim diyenlerin oranı daha fazla iken evli olanların oranı ise daha azdır. Huzurevinde yaşayıp evli

olanların bir kısmı, huzurevinde tanışıp evlenen çiftlerdir. Evli olanların huzurevinde yaşama olasılığı daha düşüktür.

- Obezite ve kronik hastalık oranları daha fazladır. (Yaşlılarda obezite TÜİK verilerinde %28,4, araştırmamızda %36,9'dır. Yaşlılarda kronik hastalık varlığı TÜİK verilerinde %78,7, araştırmamızda: %90,6'dır.)
- İleri ve çok ileri yaşlılık döneminde olma, huzurevinde yaşayanlarda daha fazla olduğundan dolayı obezite ve kronik hastalık huzurevinde yaşayanlarda daha fazla oranda olabilir. Aynı zamanda huzurevinde yaşama tercihi nedeni sorulduğunda "Sağlık sorunlarım nedeniyle kendi başıma yaşamam mümkün değildi." diyen katılımcıların oranı %13,3'tür. Kronik hastalıklar nedeniyle huzurevinde yaşamayı tercih edenler olabildiği için de bu oranlar daha fazla olabilir.
- Algılanan sağlık değerlendirilmesinde; sağlığım kötü, orta diyenlerin oranı daha düşükken iyi, çok iyi diyenlerin oranı ise daha yüksektir. (Yaşlılarda algılanan sağlık değerlendirmesinde TÜİK verilerinde sağlığım iyi ve çok iyi diyenlerin oranı %24,7, araştırmamızda %50'dir; sağlığım orta diyenlerin oranı TÜİK verilerinde %48,7, araştırmamızda %32'dir; sağlığım kötü ve çok kötü diyenlerin oranı TÜİK verilerinde %28,7, araştırmamızda: %20'dir.) Huzurevine kabul şartlarına bağlı olarak huzurevinde kalanların sağlık açısından seçilmiş bir grup olması ve araştırmamızda demans ve felç hastaları dışlandığı için sağlığını iyi değerlendirenlerin oranı daha yüksek olabilir.
- Mutlu olma oranları daha yüksektir. İyi sağlık hali oranının daha yüksek olması nedeniyle mutluluk oranları daha yüksek olabilir.
- Geçmişe mutlulukla bakma oranları benzerdir.
- Mutluluk kaynağının sağlık olma oranı daha düşükken sevgi olma oranı ise daha yüksektir. Bununla birlikte mutluluk kaynağının ne olduğu sorusuna en fazla verilen yanıt her ikisinde de sağlıktır. Huzurevinde kalanlar ve araştırmamıza katılanlar belli şartlarda seçildiği için bu sonuç oluşmuş olabilir aynı zamanda sevgi ihtiyacı huzurevindekilerde daha fazla olabilir.
- Engelli raporu varlığı daha yüksektir. Sağlık sorunları nedeniyle bakıma muhtaç olanlar daha fazla huzurevine başvuruyor olabilirler.
- Spor yapma varlığı ve sıklığı oranları daha yüksektir. Kamu huzurevinde spor eğitmeni, spor salonu, spor saati ve arkadaşları ile spor yapma imkânı bulunması, huzurevinde yaşayanların spor yapma oranlarının daha fazla olmasını sağlayabilir.

- Sigara kullanım durumuna bakıldığında daha önce kullandım diyenlerin oranı daha yüksekken hiç kullanmadım diyenlerin oranı ise daha düşüktür. Her gün ya da ara sıra kullanırım diyenlerin oranları ise daha fazla olmakla birlikte benzerdir. Huzurevinde yaşayanların ağırlıklı cinsiyetinin erkek olması ve erkeklerde kadınlara göre daha fazla sigara kullanım öyküsü olması nedeniyle bu sonuca varılmış olabilir.
- Son bir yılda düşme öyküsü daha sıktır. Bazı katılımcılar düşme sonucu geçirdikleri operasyonlar nedeniyle kendi başlarına hayatlarını idame ettiremeyecek duruma geldikleri için huzurevine yönlendirildiklerini belirtmişlerdir.
- Telefon kullanma ve tuşlu telefon kullanma oranları daha yüksektir. Akıllı telefon kullanma oranları ise benzerdir. Katılımcılar evlerinde değil de bir kurumda barındıkları için yakınları ile daha fazla telefon ile iletişime ihtiyaç duyuyor olabilirler. Tablet, bilgisayar, akıllı saat kullanımı daha düşüktür. İleri ve çok ileri yaşlılık dönemindekilerin oranlarının huzurevinde daha fazla olması ile diğer teknolojik ürün kullanım oranları azalabilir.
- İnkontinans ve kendi kendine banyo yapamama oranları daha yüksektir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini kendi kendine yapma oranları daha düşük, başka birinin yardımına ihtiyaç duyma oranları daha yüksek olabilir. Örneğin inkontinans problemi olan bir yaşlının kıyafetlerini sürekli yıkaması, yıkanması zor olabilir ve bu sebeple yalnız yaşamak yerine huzurevinde yaşamayı tercih etmiş olabilir.
- Kendi kendine beslenme, giyinme, transfer, tuvaletini yapma oranları daha yüksektir. Araştırmamızda demans ve felç hastaları dışlandığı için bu oranlar daha yüksek olabilir.

5.3.2. Sosyodemografik Verilerin Tartışılması

5.3.2.1. Kurumda Kalma Süresi

Araştırmamızda katılımcıların kurumda kalma sürelerinin ortalaması $3,99 \pm 4,05$ yıldır. Kurt ve ark.'nın ¹⁰⁹ 2020'de Darülaceze Başkanlığına bağlı Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde kalmakta olan 290 yaşlı ile yaptıkları çalışmada katılımcıların kurumda kalma sürelerinin ortalaması $5,24 \pm 6,25$ yıldır. Ögüt ve ark.'nın ¹¹⁰ 2017'de 73 huzurevi sakini ile iki ayrı huzurevinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %43,8'i ise 1yıl-5yıl aralığında huzurevinde bulunduğunu belirtmiştir.

5.3.2.2. Cinsiyet

Araştırmamızda katılımcıların 47'si erkek, 28'i kadındır. Araştırmamıza özel bakım bölümünde kalanlar dahil edilmemiştir. Kocaeli Huzurevi'nde özel bakım bölümde kalanların 8'i kadın, 3'ü erkektir. 2018'de yayımlanan Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler Kurumsal Yaşlı Bakımı ve İllerin Durumu dijital kitabında şu veri yer almaktadır: 2016 yılında ülkemizde kamusal bakım alanlar içinde huzurevi biriminde kalan kadın sayısı 3015 iken erkek sayısı 5214'tür; özel bakım biriminde kalan kadın sayısı ise 2806 iken erkek sayısı 2307'dir.¹¹¹ Huzurevi biriminde kalan erkeklerin oranı araştırmamızda %63 iken bu verilerde ise %65'tir. Araştırmamız verileri, ülkemizde kamusal bakım alan yaşlıların birimlere göre cinsiyet dağılımları ile paraleldir. Huzurevi biriminde hizmet alanların çoğunluğu erkek iken özel bakım biriminde hizmet alanların çoğunluğu ise kadındır. Özel bakım birimi kapasitesi, kamu kurumu kapasitesinin %10-15'ini oluşturduğundan dolayı toplamda kamu bakımı alan yaşlıların çoğunluğu erkektir.

Literatüre bakıldığında da huzurevinde kalanların çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu görülmektedir.^{105,109,110,112-117} Çulha ve ark.¹¹⁷'nin 2024'te İstanbul'daki bir huzurevinde yaşayan 120 yaşlıda yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %70'inin erkek olduğu görülmüştür. Çetinkaya ve ark. 'nin¹¹⁶ 2024'te bir huzurevinde yaşayan 115 yaşlı ile yaptıkları çalışmalarında katılımcıların %67,8'inin erkek olduğu görülmüştür.

5.3.2.3. Yaş

Araştırmamızda katılımcıların yaşlarının ortalama değeri 76,4 ±7 yıldır. Çulha ve ark.¹¹⁷'nin çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamasının 65,71±8,49 yıl olduğu görülmüştür. Çetinkaya ve ark. 'nin¹¹⁶ çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamasının 75,03±6,86 yıl olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda katılımcıların %38,7'si genç yaşlılık, %38,7' si orta yaşlılık, %18,7' si çok ileri yaşlılık döneminde yer almaktadır. 2023 yılı için, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi ilçe bazında yaş gruplarına göre nüfus sayılarını paylaşmıştır. İzmit ilçesindeki yaşlıların yaş dağılımları Tablo 5.2'de gösterilmiştir.¹¹⁸

Tablo 5.2. İzmit İlçesindeki Yaşlıların Yaş Dağılımları

	n	%
65-74 yaş nüfus	24.277	%65,2
75-84 yaş nüfus	10.343	%27,8
85+ yaş nüfus	2.578	%6,9
Toplam Yaşlı Nüfus	37.198	%100
İzmit Nüfusu	378.656	(Yaşlı nüfus oranı %9,82)

Buna göre İzmit'teki huzurevlerinde yaşayanların, genç yaşlılık grubunda olma oranları (%38,7) İzmit'teki genç yaşlı nüfus oranından (%65,2) daha düşük iken orta ve ileri yaş grubunda olma oranları (%38,7 ve %18,7) İzmit'teki ileri ve çok ileri yaşlı nüfus oranından (%27,8 ve %6,9) daha yüksektir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bakıma/kurumsal bakıma ihtiyacın artışı ve buna bağlı olarak huzurevinde yaşayanların toplumdaki yaşlılara göre daha ileri yaşta oldukları düşünülebilir. Aynı zamanda bir yaşlının huzurevine başvurma zamanından kabul zamanına kadar geçen sürede yaşlının yaşı ilerlemiş olmaktadır.

5.3.2.4. Eğitim Durumu

Araştırmaya katılan yaşlıların %64' ü ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesindedir. Kurt ve ark.¹⁰⁹, nın yaptıkları çalışmada katılımcıların %69,3'ü ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesindedir. TÜİK 2024 yaşlı verilerinde ise ülkemizdeki yaşlıların %73,5'i ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesindedir.

5.3.2.5. Gelir Durumu

Araştırmaya katılan yaşlıların gelir durumları sorulduğunda %52'si gelirim giderime eşit, %37,3'ü giderim gelirimden çok, %10,7'si ise gelirim giderimden çok demiştir. Geliri giderine eşit ve gideri gelirinden çok olanlar %89,3'tür.

Huzurevi merkezine kabul koşullarında ‘‘Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak.’’ ifadesi yer alır. Kabul koşulları dikkate alındığında Huzurevinde yaşayanların tamamı maddi ve/veya sosyal yoksundurlar. Maddi yoksun olanlar ücretsiz, sosyal yoksun olanlar ücretli hizmet almaktadır. Kocaeli Huzurevi'nde kalanların 21(%25)'i ücretsiz 80(%75)'i ücretli hizmet almaktadır. Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde kalanların 4(%5,7)'ü ücretsiz 66(%94,3)'sı ücretli hizmet almaktadır. 2018'de yayımlanan Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler Kurumsal

Yaşlı Bakımı ve İllerin Durumu kitabında şu veri yer almaktadır: 2016 yılında ülkemizde kamusal bakım alanların 4848(%35)'i ücretsiz iken 8784(%65)'ü ücretli hizmet almaktadır.¹¹¹ Bu şart da gelir durumu değerlendirmesine etki edebilecek bir faktör olabilir.

5.3.2.6. Sosyal Güvence ve Emeklilik

Araştırmamızda katılımcıların %84'ünün sosyal güvencesi vardır ve %63,1'i emeklidir. Öğüt ve ark.'¹¹⁰ 2017'de 73 huzurevi sakini ile iki ayrı huzurevinde yaptıkları çalışmada; katılımcıların %84,9'unun sosyal güvencesi vardır ve %54,8'i emeklidir.

Karakuş ve ark.'¹¹⁴ 47 huzurevi sakini ile 2003'te yaptıkları çalışmada katılımcıların %66'sının sosyal güvencesi vardır. Yılmaz ve ark.'¹¹⁵ 30 huzurevi sakini ile 2017'de yaptıkları çalışmada katılımcıların %46,7'sinin sosyal güvencesi vardır. Çalışmalarda sosyal güvence ve emeklilik oranları değişiklik göstermektedir.

5.3.2.7. Medeni Durum

Araştırmamızda katılımcıların %78,6'sı eşim öldü ya da eşimden ayrıldım demiştir. Öğüt ve ark.'¹¹⁰ huzurevinde yaptıkları çalışmada; katılımcıların %61,6'sı eşinden ayrıldığını ya da eşinin öldüğünü belirtmiştir.

Araştırmamızda katılımcıların %17,3'ü evlidir. Kurt ve ark. '¹⁰⁹ yaptıkları çalışmada katılımcıların %9,3'ünün evli olduğu görülmüştür. Çalışmalarda medeni durum oranları değişiklik göstermektedir.

5.3.2.8. Çocuk Sayısı

Araştırmamızda katılımcıların hayattaki çocuk sayısı ortalamaları $2,4 \pm 1,7$ 'dir. Kurt ve ark. '¹⁰⁹ yaptıkları çalışmada katılımcıların hayattaki çocuk sayısı ortalamaları $1,36 \pm 1,66$ 'dir.

5.3.2.9. Yaşam Yeri Tercihi

Araştırmamızda "Başka bir seçeneğiniz olsaydı nerede yaşamak isterdiniz?" sorusu sorulduğunda katılımcıların %50,7'si kendi evinde kalmayı tercih edeceğini, %33,3'ü yine huzurevinde olmak isteyeceğini söylemiştir. Öğüt ve ark.'¹¹⁰ nın huzurevinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %64,4'ü başka bir seçeneği olsaydı kendi evinde kalmayı tercih edeceğini söylemiştir.

Son yayımlanan Yaşlı Profili Araştırması'nda 65 yaş ve üstündeki kişilere ilerleyen zamanlarda nerede yaşamak isteyecekleri sorulduğunda en fazla oranla %51,9'u evde bakım

hizmeti/gündüzlü bakım hizmeti olarak evinde kalmayı, en az oranla %5,1'i huzurevine gitmeyi tercih edeceğini belirtmiştir. Kendi evinde yaşamak isteme oranları araştırmamız ile benzerdir.

Yaşlı Profili Araştırması'nda ilerleyen dönemde huzurevinde kalmayı tercih edecek yaşlılara (%5,1 yaşlıya) bu tercihlerinin nedenleri sorulduğunda ise yaşlıların %39'u çocuklarına yük olmak istemediklerini, %27,1'i huzurevindeki imkanların daha iyi olacağını, %10,4'ü bakacak kimsenin olmayacağını belirtmiştir. Araştırmamızda katılımcılara huzurevinde kalma nedenleri sorulduğunda katılımcıların %44'ü "Huzurevindeki imkanların daha iyi olduğunu düşünüyorum.", %18,7'si "Çocuklarım/eşleri benimle yaşamayı istemeyebilirler.", %13,3'ü "Sağlık sorunlarım nedeniyle tek başıma yaşamam mümkün değildi.", %6,7'si "Çocuklarıma yük olmak istemiyorum." demiştir. Huzurevinde kalanlar genellikle son seçenek olarak huzurevinde kalmayı tercih ettiklerinden dolayı Yaşlı Profil Araştırması'na göre araştırmamızda, "Huzurevinde imkanların daha iyi olduğunu düşünüyorum." diyenlerin oranı daha yüksek olabilir. Araştırmamızda katılımcılar arasında huzurevinde olmaları sebebiyle çocuklarına karşı dargınlık hissedenler olabileceğinden dolayı "Çocuklarıma yük olmak istemiyorum." diyenlerin oranı Yaşlı Profil Araştırması'na göre daha düşük olabilir.

5.3.2.10. Ziyaretçi Varlığı

Araştırmamızda katılımcıların %70,7'sinin ziyaretçisi vardır. Kurt ve ark.'nın¹⁰⁹ yaptıkları çalışmada katılımcıların %72,8'inin ziyaretçisi vardır. Karakuş ve ark.'nın¹¹⁴ yaptıkları çalışmada katılımcıların %72,3'ünün ziyaretçisi vardır. Yılmaz ve ark.'nın¹¹⁵ yaptıkları çalışmada katılımcıların %70'inin ziyaretçisi vardır. Araştırmamızda ziyaretçi varlığı diğer araştırma bulguları ile benzerdir.

5.3.3. Sağlık Durum Özelliklerinin Karşılaştırılması

5.3.3.1. Egzersiz Yapma

Araştırmamızda katılımcıların %37,3'ü düzenli egzersiz/spor yapmadığını söylemiştir. Kurt ve ark.'nın¹⁰⁹ yaptıkları çalışmada katılımcıların %43,5'i egzersiz yapmadığını söylemiştir. Kazoğlu ve ark.'nın¹¹³ 70 huzurevi sakini ile 2020'de yaptıkları çalışmada katılımcıların %90'ını düzenli egzersiz yapmadığını söylemiştir. Kurumda spor eğitmeni ve yaşlıların spor yapabilmeleri için uygun şartlar olması durumunda spor yapma oranı artmaktadır. Nitekim Kocaeli Huzurevi'nde bu şartların sağlanması düzenli egzersiz/spor yapanların oranını arttırmıştır.

5.3.3.2. Sigara Kullanımı

Araştırmamızda katılımcıların %16'sı halen sigara kullanmaktadır. Karakuş ve ark.'nın¹¹⁴ yaptıkları çalışmada katılımcıların %8,5'i halen sigara kullanmaktadır. Çetinkaya ve ark.'nın¹¹⁶ yaptıkları çalışmada katılımcıların %33,9'u sigara kullanmaktadır. Araştırmamızda katılımcıların %33,3'ü hiç sigara kullanmamıştır. Çulha ve ark.'nın¹¹⁷ çalışmalarında katılımcıların %17,5'i sigara kullanmamıştır.

5.3.3.3. Düşme Durumu

Araştırmamızda katılımcıların %29,3'ü son bir yıl içinde düştüğünü söylemiştir. Karakuş ve ark.'nın¹¹⁴ yaptıkları çalışmada katılımcıların %12,8'i düştüğünü söylemiştir. Araştırmamızda son bir yıl içinde düşme oranı diğer bir çalışmaya ve TÜİK (%24) verilerine göre daha yüksektir.

5.3.3.4. Algılanan Sağlık Değerlendirmesi

Araştırmamızda katılımcıların, en fazla oranla, %42,7'si sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmiştir. Karakuş ve ark.'nın¹¹⁴ yaptıkları çalışmada katılımcıların %55,3'ü sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmiştir. Bu durum huzurevi ve araştırmaya kabul koşulları ile ilgili seçim yanlılığına bağlı olarak daha yüksek çıkmış olabilir.

5.3.3.5. Kronik Hastalık Varlığı

Araştırmamızda katılımcıların sadece %9,3'ünün sistemik hastalığı yoktur. Çetinkaya ve ark.'nın¹¹⁶ yaptıkları çalışmada katılımcıların %24,3'ünün, Kurt ve ark.'nın¹⁰⁹ yaptıkları çalışmada katılımcıların %24'ünün, Karakuş ve ark.'nın¹¹⁴ yaptıkları çalışmada katılımcıların %12,8' inin, Yılmaz ve ark. 'nın¹¹⁵ yaptıkları çalışmada katılımcıların

%10'unun, Çulha ve ark.'nın¹¹⁷ çalışmalarında katılımcıların %7,5'inin kronik hastalığı yoktur. Kazoğlu ve ark.'nın¹¹³ yaptıkları çalışmada katılımcıların tamamında kronik hastalık vardır. Kronik hastalık varlığı oranları araştırmalarda farklılık göstermektedir.

5.3.3.6. VKİ

Araştırmamızda katılımcıların VKİ ortalaması $29,4 \pm 6,9$ kg/m² bulunmuştur. Kazoğlu ve ark.'nın¹¹³ yaptıkları çalışmada katılımcıların VKİ ortalaması $29,32 \pm 1,13$ kg/m², Çulha ve ark.'nın¹¹⁷ çalışmalarında katılımcıların VKİ ortalaması $28,51 \pm 4,61$ kg/m² bulunmuştur. VKİ 25-29,99 kg/m² olanlar fazla kilolu sayılır. Araştırmamızda katılımcıların %36,9'u fazla kilolu, %36,9'u obez grubundadır.

5.3.3.7. İnkontinans

Araştırmamızda katılımcıların %68'i inkontinans problemi olduğundan bahsetmiştir. Çulha ve ark.'nın¹¹⁷ çalışmalarında katılımcıların %70'inde idrar kaçırma problemi olduğu görülmüştür. Toplumdaki yaşlılarda üriner inkontinans sıklığı %15-30'dur. Huzurevinde bu oran %70'e çıkabilmektedir.¹¹⁹

5.3.3.8. Aşılama

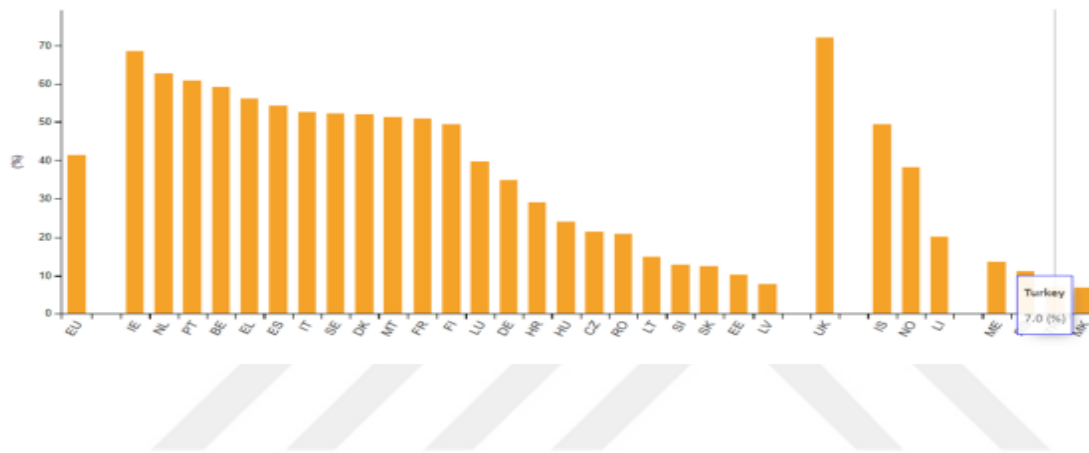
Centers for Disease Control and Prevention(CDC)/Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 2024'te yayımladığı National Institute Of Health And Care Excellence (NHIS)/Ulusal Sağlık Görüşme Anketi verilerinin analizine göre ABD'de 2020 yılında yaşlılarda aşılama oranlarına bakıldığında;

- **Pnömonokok** aşısı yaptırmış olma (≥ 1 doz PPSV23 veya PCV13) oranı 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde **%67,5**'tir. Beyaz yaşlılarda bu oran %72,4 ile daha yüksektir. Bu oran Asyalılar'da %54,9, Siyahlarda %50,8, Hispanikler'de %48,1'dir.
- **Zona** aşısı yaptırmış olma oranı 60 yaş ve üzerinde **%39,1**'dir. 60 yaş ve üzerinde; canlı zona aşısı yaptırmış olma oranı %25,5'tir, en az bir doz rekombinant zona aşısı yaptırmış olma oranı ise %17,9'dur.¹²⁰

Bulaşıcı hastalıklar toplu yaşam alanlarında daha fazla yayılabildiğinden dolayı huzurevinde yaşayan yaşlıların aşılama oranı, toplumdaki yaşlıların aşılama oranından daha fazla olmalıdır. Buna nazaran araştırmamızda ise sadece bir kişi pnömonokok aşısı olmuştur. Zona aşısı olan ise yoktur.

Araştırmamızda katılımcıların grip aşısı olma oranı %68'dir. Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin yayımladığı Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu 2021'de yer alan bilgiye göre ülkemizde 2018 yılında yaşlı nüfusta grip aşısı olanların oranı sadece %7'dir. Şekil 5.1'de 65 ve üzeri yaşta 2018 yılında ülkelere göre grip aşısı olma oranları gösterilmiştir.¹²¹ Araştırmamızda grip aşısı olma oranı yaşlı nüfustaki orana göre yüksektir. Bu durum kurumsal bakım alan yaşlıların aşılanmalarının toplumdaki yaşlılara göre daha kolay olmasına bağlı olabilir.

Şekil 5.1. 65+ Yaşta Ünelere Göre Grip Aşısı Olma Oranları, 2018



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız İzmit'teki huzurevlerinde yaşayan 75 yaşlı ile yapılmış olup buradaki yaşlıların genel sağlık durumları değerlendirilmiştir.

6.1.Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Sonuçlar

Araştırmamızda katılımcıların:

- Kurumda kalma süreleri ortalamaları $3,99 \pm 4,05$ yıldır.
- %62,7'si erkektir.
- Yaş ortalamaları $76,4 \pm 7$ yıldır. %18,7'si 85 yaş ve üzerindedir.
- %9,3'ü okuma yazma bilmeyen, %64'ü ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesindedir. Kadınların ise %25'i okuma yazma bilmeyen, %78,5'i ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesindedir.
- Kadınların %71,4'ü ev hanımı, erkeklerin %44'ü işçi meslek grubundadır. Kadın ve erkeklerin yaklaşık %10'u memur meslek grubundadır.
- Kadınların %46'sı hiç çalışmadığını, erkeklerin %89,5'i çalışıp emekli olduğunu söylemiştir.
- %52'si SSK olmak üzere %84'ünün sosyal güvencesi vardır.
- %52'si gelir durumunu gelirim giderime eşit olarak değerlendirmiştir.
- %17,3'ü evlidir.
- Hayattaki çocuk sayısı ortancası 2'dir.
- Huzurevinde yaşama tercihinde en fazla neden, %44 ile, huzurevindeki imkanların daha iyi olduğu fikridir.
- Başka bir seçenek olsaydı %44'ü gündüzlü bakım alıp evinde yaşamak isteyeceğini belirtmiştir.
- %70,7'sinin ziyaretçisi vardır.
- En fazla ziyaret sıklığı %33,3 ile, ayda birden daha uzun aralıkla olan, "nadiren"dir.
- %46,7'sinin en sık ziyarete gelenleri çocuklarıdır.
- Kadınların sosyoekonomik durumu erkeklere göre daha düşüktür.

6.2.Sağlık Durumu ile İlgili Sonuçlar

Araştırmamızda katılımcıların:

- %14,6'sının sağlık kurulu engelli raporu vardır.
- %25,3'ü hemen hemen her gün olmak üzere %62,7'si düzenli egzersiz/spor yapmaktadır.
- %16'sı halen sigara kullanmakta olup %50,7'si daha önce sigara kullanmıştır.
- Sigara kullanım miktarı ortalaması 39 paket/yıldır.
- %29,3'ü son bir yıl içinde düşmüştür. Düşenler en fazla odalarının içinde düşmüşlerdir.
- %92'si telefon kullanmaktadır.
- %20'si sağlığını kötü/çok kötü olarak değerlendirmiştir. %42,7'si sağlığını iyi demiştir.
- %9,3'ünün kronik hastalığı yoktur. Ortalama kronik sayılık sayısı 2,1'dir. En fazla görülen kronik hastalık %60 ile dolaşım sistemi hastalıklarıdır. %42,7'sinde HT, %33,3'ünde DM vardır.
- Endokrin, metabolizma ile ilgili hastalıklar, kas iskelet sistemi hastalıkları, ruh sağlığı hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve romatizmal hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha sık görülürken diğer hastalık grupları ve sistemik hastalığı olmama durumu erkeklerde kadınlara göre sıktır.
- %13,3'ünün düzenli kullandığı bir ilaç yoktur. Düzenli kullanılan ilaç ortalaması $2,11 \pm 1,22$ ve en büyük değeri 7'dir.
- %10,7'si diz protezi, %6,7'si işitme cihazı olmak üzere %18,7'si cihaz/protez kullanmaktadır.
- %69,3'ünde ameliyat öyküsü mevcuttur. En fazla olunan ameliyat %18,2 ile kalp damar cerrahisi ameliyatlarıdır.
- %85,3'ü kurum hekimi olmadığını söylemiştir. Kamu huzurevinde bu oran %89,8'dir.
- %26,7'si ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetine ulaşamadığını söylemiştir.
- %6,7'si ilaçlarını temin edemediğini söylemiştir.
- %93,3'ü son 5 yılda aşı olduğunu söylemiştir. Aşılananların %78,6'sı kurumda aşılandıklarını söylemiştir. Bu oran kamu huzurevinde %83,3'tür.
- %90,7'si COVID-19, %68'i İnfluenza aşısı olmuştur.

- %72'si kendini mutlu hissetmekte ve %72'si geçmişe mutlulukla bakmaktadır. Kendini mutlu hissedenlerin %83,3'ü geçmişe de mutlulukla bakmaktadır.
- %37'si en önemli mutluluk kaynağının sağlık olduğunu, %28'i sevgi olduğunu söylemiştir.
- Boy ortalaması erkeklerde $167,3 \pm 8,3$, kadınlarda $153,3 \pm 7,6$, toplamda $162,2 \pm 10,5$ kg'dır.
- Kilo ortalaması erkeklerde $76,6 \pm 14,3$, kadınlarda $78,1 \pm 21,7$, toplamda $77,2 \pm 17,3$ cm'dir.
- VKİ ortalaması kadınlarda $33,1 \pm 8,7$, erkeklerde $27,2 \pm 4,6$, toplamda $29,4 \pm 6,9$ kg/m²'dir.
- %24,6'sı normal kilolu, %36,9'u fazla kilolu, %4,6'sı sınıf 3 obez olmak üzere 36,9'u obez, %1,5'i düşük kiloludur.
- Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (GYAÖ) puan ortalaması $5,49 \pm 0,72$ 'dir.
- %32'si inkontinans problemi yaşamaktadır. Kadınlarda bu oran %43, erkeklerde %25'tir. (p=0,09)
- %18,7'si kendi başına yıkanamamakta veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duymaktadır. Kadınlarda bu oran %21,4, erkeklerde %17'dir.
- Kadınlar erkeklere göre daha kırılgandır.

6.3. Öneriler

Bu kısımda araştırma sonuçları doğrultusunda yedi konuda öneri verilecektir.

6.3.1. Gelir Durumu ile İlgili Öneriler

Araştırmanın yapıldığı 2024 yılında en düşük emekli maaşı 10.500 TL'dir. Araştırmanın yapıldığı kamu huzurevinde kalma ücreti mevcut zamlarla birlikte 10.500 TL olmuştur. Yaşlılar bu durumdan muzdarip olduklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların sağlık ve sağlık hizmetine ulaşım giderleri gençlere göre daha fazla, gelirleri ise daha azdır. Bazı yaşlılar bu giderleri karşılamakta zorluk çektiğini ya da sağlık giderleri ve huzurevi ücreti nedeniyle taze sebze, meyve; süt, yoğurt, peynir gibi temel besin maddelerine yeterince ulaşamadıklarını belirtmişlerdir. Yaşlılarda sağlıklı ve dengeli beslenme sağlığın korunup geliştirilmesinde oldukça elzemdir. İhtiyaçlarını karşılayamayan yaşlıların aynı zamanda strese girdikleri, üzgün oldukları gözlemlenmiştir. Bu durum da yaşlının mevcut kronik hastalıklarını

arttırabilecek predispozan bir faktör olabilir. Görüldüğü üzere gelir durumu yaşlının sağığını birçok açıdan etkiler. Halk sağığı açısından kırılğan bir grup olan yaşlılar içinde daha da kırılğan bir grup olan huzurevinde yaşıyan ve bir kısmı sosyal yoksun bir kısmı maddi yoksun bir kısmı ise hem sosyal hem maddi yoksun olan bu yaşlıların maddi olarak devletimizce desteklenmesi oldukça önemlidir.

6.3.2. Sigara Kullanımı ile İlgili Öneriler

DSÖ her yaşta sigara kullanımını bırakmayı önermektedir. Sigara kullanan 12 yaşlı için sigara bırakma polikliniklerinden randevu alınması sağlanabilir.

6.3.3. Düşme ile İlgili Öneriler

Düşme yaşlılar için morbidite ve mortaliteyi arttıran bir durumdur. Düşmeyi kolaylaştıracak risk faktörlerinin tespiti ve azaltılması mutlaka sağlanmalıdır. Gerekli tüm önlemler kurumca alınmalı ve bu konuda eğitim programları düzenlenmelidir.

6.3.4. Kurum Hekimi ile İlgili Öneriler

Kurum hekiminin sağlanması oldukça elzemdir. Yaşlıların düzenli sağık kontrollerinin, tam aşılamanın yapılması, ihtiyaç duyduklarında sağık kuruluşuna gitmelerine gerek kalmadan ihtiyaç duydukları basit tıbbi müdahalelerin yapılması, sunulabilecek tüm koruyucu ve tedavi edici sağık hizmetlerinin yerinde sunulması gerekmektedir. Bu doğrultuda kurumun bağı olduğu aile hekimi ile kurumun iletişime geçmesi gerekebilir.

6.3.5. Sağık Hizmetine Ulaşabilme ile İlgili Öneriler

Huzurevinde ücretsiz kalan yaşlılar için hastaneye ulaşım ve refakat hizmeti verilirken ücretli kalan yaşlıların kendi başlarına ve cepten ödemeler ile sağık kurumuna ulaşmaları beklenmektedir. Kamu huzurevinden hastaneye otobüsle gitmek isteyen bir yaşlının dik yokuşlardan inerek otobüs durağına ulaşması gerekmektedir. Örneğin; çift bastonla yürüyen bir yaşlının, özellikle kış mevsiminde, bu yokuşları inip çıkması düşme ve mevcut hastalıklarının artması açısından oldukça risklidir. Kamu huzurevinden taksi ile hastaneye ulaşmak isteyen bir yaşlı, emekli maaşından arta kalan tüm miktarı sağık hizmetlerine ulaşım ve ilaç ücretlerine vermekte ve dolayısıyla sağıklı, dengeli beslenmesini takviye edecek gıdaya ayıracak bir bütçesi kalmamaktadır. Komorbiteleri olan bir yaşlının şehir hastanesi gibi devasa hastanelere yalnız başına gidip gelmesi de ayrıca risklidir. Yaşlı gideceğı yeri bulamayabilir, başı dönebilir, düşebilir. Yaşlı her türlü riske açık haldedir.

Huzurevindeki **tüm** yaşlılara kurum tarafından karşılanacak şekilde sağlık hizmetine ücretsiz **ulaşım ve refakatçi** hakkı mutlaka tanınmalıdır.

6.3.6. Aşılama ile İlgili Öneriler

COVID-19 aşılamasında ulaşılan oranlara diğer aşılarla da ulaşılabilir. Her yıl influenza aşıları yinelenmelidir. **Pnömonokok aşısı** huzurevi sakinlerinin aşılama programlarına mutlaka eklenmelidir. Yaşlılık döneminde bağışıklama konusunda eğitim programları kurum hemşireleri/kurum hekimi/ilçe sağlık müdürlüğü birimlerince kurumun talebi üzerine düzenlenebilir.

Özel kurumda aşılanma oranları ve spor yapma kamuya göre daha düşüktür. Kurumda aşılama hizmetlerine ve spor yapma koşullarının oluşturulmasına ağırlık verilmesi önerilir.

6.3.7. Beslenme ile İlgili Öneriler

Yaşlılarda VKİ' nin 23.5-27kg/m² arasında tutulmasının mortalite riskini azalttığına dair kanıtlar mevcuttur.^{119,122} Taze sebze, meyve; et, tavuk, balık; süt, yoğurt, peynir gibi besin gruplarına ağırlık verilerek sağlıklı dengeli beslenme programı hazırlanabilir ve alınan kalori miktarı ise bir miktar düşürülebilir. Özellikle sınıf üç obez ve zayıf yaşlılar başta olmak üzere normal VKİ' ne sahip olmayan yaşlılar için kurum diyetisyeni tarafınca diyet programı ve düzenli kilo takipleri yapılabilir. Sağlıklı dengeli beslenme konusunda eğitim programları kurum diyetisyenince düzenlenebilir.

7.ÖZET

İzmit'teki Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Hatice Cemre Keser

Amaç: Bu araştırmada İzmit'teki huzurevlerinde yaşayan yaşlıların genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla araştırmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yetileri ve genel sağlık durumları ile ilgili özellikler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte gözlemsel, analitik araştırma tekniği kullanılmıştır. Araştırma Kocaeli Huzurevi ve Özel Nice Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde yaşayan 75 yaşlı ile yapılmıştır. Araştırma verileri, yüz yüze görüşmeler yoluyla anket formundaki soruların araştırmacı tarafından katılımcıya sorulması ile toplanmıştır.

Bulgular: 75 katılımcının; %62,7'si erkektir, %78,5'i ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesindedir, %62,7'si düzenli egzersiz/spor yapmaktadır, %66,7'sinin sigara kullanım öyküsü vardır, %29,3'ü son bir yıl içinde düşmüştür, en fazla görülen kronik hastalık %60 ile dolaşım sistemi hastalıklarıdır, %85,3'ü kurum hekimi olmadığını söylemiştir, %26,7'si ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetine ulaşamadığını söylemiştir, %90,7'si COVID-19, %68'i influenza aşısı olmuştur, VKİ ortalaması kadınlarda $33,1 \pm 8,7$, erkeklerde $27,2 \pm 4,6$ kg/m²'dir, Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puan ortalaması $5,49 \pm 0,72$ 'dir, %32'si inkontinans problemi yaşamaktadır.

Sonuç: Katılımcılarda cinsiyete göre inkontinansa bakıldığında; kadınların %43'ünde, erkeklerin %25'inde inkontinans vardır. (p=0.09)

Anahtar kelimeler: Huzurevi, Katz günlük yaşam aktiviteleri, yaşlı sağlığı.

8. ABSTRACT

Evaluation of General Health Status of Elderly People Living in Nursing Homes in Izmit

Hatice Cemre Keser

Objective: This research aimed to evaluate the general health status of the elderly living in nursing homes in Izmit. For this purpose, the sociodemographic characteristics, ability to continue daily life activities and general health status of the elderly who participated in the study were examined.

Method: A cross-sectional type observational, analytical research technique was used. The research was conducted with 75 elderly people living in Kocaeli Nursing Home and Private Nice Nursing Home and Elderly Care Center. Research data was collected by asking the questions in the survey form to the participant through face-to-face interviews.

Results: 75 persons participated; 62.7% are male, 78.5% are primary school graduates or below, 62.7% do regular exercise/sports, 66.7% of them have a history of smoking, 29.3% have fallen within the last year, the most common chronic disease is circulatory system diseases with 60%. 85.3% said that there was no institutional physician, 26.7% said that they could not access health care when they needed it, 90.7% have been vaccinated against COVID-19 and 68% have been vaccinated against influenza, the average BMI is 33.1 ± 8.7 in women and $27.2 \pm 4.6 \text{ kg/m}^2$ in men, Katz activities of daily living scale mean score is 5.49 ± 0.72 , 32% of them have incontinence problems.

Conclusion: When looking at incontinence in participants according to gender; 43% of women and 25% of men have incontinence. ($p=0.09$)

Key words: Nursing home, Katz daily living activities, elderly health.

9. EKLER

Ek-1. Araştırmanın Veri Formu

HUZUREVLERİ'NDE YAŞAYAN YAŞLILARIN GENEL SAĞLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi kapsamında Ar. Gör. Dr. Hatice Cemre Keser tarafından huzurevlerinde yaşayan yaşlıların genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve ilişkili etmenlerin saptanması amacıyla hazırlanmıştır. Anketteki bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup herhangi bir aşamada hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Ankette yer alan sorulara verilen cevaplar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden lütfen her bir soruyu dikkatlice yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacılar: Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan, Arş. Gör. Dr. Hatice C. Keser

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

1. Anket Numarası:
2. Görüşme Tarihi:
3. Görüşülen Kurum:
4. Katılımcının Kurumda Kalma Süresi:
5. Cinsiyeti:
6. Doğum yılınız ya da yaşınız nedir? 19.. Yaş:
7. Eğitim Durumunuz nedir?

() Okuma yazma bilmeyen.

() Okuma yazma bilen fakat ilkokul mezunu değil.

() İlkokul mezunu.

() Ortaokul mezunu.

☐ Lise mezunu.

☐ Yüksek öğretim mezunu.

8. **Mesleğiniz nedir?** ☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ Esnaf ☐ İşçi

☐ Serbest Meslek ☐ Diğer.....

9. **Çalışma durumunuz nedir?**

☐ Hiç çalışmadım.

☐ Bir süre gelir getiren işte çalıştım.

☐ Çalışıp emekli oldum.

10. **Emekli oldunuz mu?** ☐ Emekliyim. ☐ Emekli değilim.

11. **Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

☐ Gelirim giderimden çok.

☐ Gelirim giderime eşit.

☐ Giderim gelirimden çok.

12. **Sosyal güvenceniz var mı?** ☐ Yok ☐ Var

13. Sosyal güvenceniz varsa hangisi olduğunu işaretleyiniz.

☐ SSK

☐ BAĞ-KUR

☐ Emekli Sandığı

14. **Medeni durumunuz nedir?**

☐ Hiç evlenmedim.

☐ Eşimden ayrıldım.

☐ Eşim vefat etti.

☐ Evliyim.

15. **Hayatta çocuğunuz varsa kaç tanedir?.....**

16. **Huzurevinde yaşamayı tercih etme sebebiniz nedir?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Huzurevindeki imkanların daha iyi olduğunu düşünüyorum.

☐ Çocuklarıma yük olmak istemiyorum.

☐ Çocuklarım/gelinim/damadım benimle birlikte yaşamak istemeyebilir.

() Kendi yaşlıtlarım ile birlikte olmak isterim.

() Yalnız kalmak istemiyorum. () Diğer.....

17. Başka bir seçeneğiniz olsaydı nasıl bir ortamda yaşamak isterdiniz?

() Huzurevinde olmayı tercih ederdim.

() Oğlumun/kızımın yanında kalırdım.

() Gündüzlü bakım alır kendi evimde kalırdım.

() Fikrim yok.

() Diğer.....

18. Ziyaretinize gelen oluyor mu? () Oluyor. () Olmuyor.

19. Oluyorsa en çok ziyaretinize kimler gelir?

a. Eşim ()

b. Çocuklarım ()

c. Akrabalarım ()

d. Torunlarım ()

e. Arkadaşlarım / Komşularım ()

f. Diğer () (belirtiniz)

20. Ziyaretçiniz geliyor ise, ziyaret edilme sıklığınız nedir?

a. Her gün ()

b. Haftada 1- 2 defa ()

c. Ayda birkaç kez ()

d. Ayda 1 defa ()

e. Nadiren ()

B. SAĞLIK DURUMU ÖZELLİKLERİ

21. Engelli Sağlık Kurulu Raporunuz var mı/varsa engellilik türü nedir?

☐ Var ☐ Yok

☐ Görme

☐ İşitme

☐ Ortopedik

☐ Zihinsel

☐ Duygusal veya ruhsal

☐ Kronik hastalıklar

☐ Diğer

22. Düzenli olarak egzersiz, fiziksel aktivite ya da spor yapar mısınız ve yaparsanız ne sıklıkla yaparsınız? ☐ Yaparım. ☐ Yapmam.

☐ Her gün ya da hemen hemen her gün

☐ Haftada en az 1 defa (Her gün değil.)

☐ Ayda 1-3 kez

☐ Nadiren

☐ Hiçbir zaman

23. Tütün mamulü kullanıyor musunuz, kullanıyorsanız sıklığı nedir?

☐ Hiç kullanmadım.

☐ Ara sıra kullanırım.

☐ Daha önce kullandım.

☐ Her gün kullanırım.

24. Son 12 ay içinde hiç düştünüz mü? Cevabınız evet ise nerede düştünüz?

Evet () Hayır ()

() Banyo/tuvalet

() Oda

() Bina içindeki diğerk ortak kullanım alanları

() Bahçe

() Merdiven

25. Telefon/ teknolojik ürün kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

() Akıllı cep telefonu kullanıyorum.

() Tuşlu cep telefonu kullanıyorum.

() Tablet/ Bilgisayara kullanıyorum.

() Akıllı saat kullanıyorum.

26.Sizce sağlığınız nasıl? ()Çok İyi ()İyi ()Orta ()Kötü ()Çok kötü

27. Belirlenmiş / tanı konmuş ve halen devam eden herhangi bir sorunuz / hastalığınız var mı?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() Yok.

() Dolaşım sistemi hastalıkları (Belirtiniz.....)

() Solunum sistemi hastalıkları (Belirtiniz.....)

() İyi ve kötü huylu tümörler (Belirtiniz.....)

() Endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar (Belirtiniz.....)

() Sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları (Belirtiniz.....)

() Dışsal yaralanmalara bağlı hastalıklar (Belirtiniz.....)

() Ruh sağlığı hastalıkları (Belirtiniz.....)

() Kas-iskelet sistemi hastalıkları (Belirtiniz.....)

() Diğer (Belirtiniz.....)

28. Sürekli kullanıldığınız ilaç var mı? Hayır () Evet (.....)
29. Cihaz/protez kullanıyor musunuz? Hayır () Evet (.....)
30. Hiç ameliyat geçirdiniz mi? Hayır () Evet ()
31. Kurum hekiminiz var mı? Evet () Hayır ()
32. İhtiyaç duyduğunuzda sağlık hizmetine ulaşabiliyor musunuz? Evet () Hayır ()
33. İlaçlarımızı temin edebiliyor musunuz? Evet () Hayır ()
34. Son 5 yılda aşı oldunuz mu/olduysanız ne aşısı olduğunuzu hatırlıyor musunuz?
- Olmadım. () Oldum ama hatırlamıyorum. ()
- Zatürre() Grip() COVID-19() Zona ()
35. Aşı yapıldıysa nerede yapıldı?
- () Kurumda () ASM'de () 2. ve 3. Basamak Hastanede
36. Kendinizi mutlu hissediyor musunuz? Evet () Hayır ()
37. Geçmişe mutlulukla bakar mısınız? Evet () Hayır ()
38. Sizce mutluluk kaynağı olan en önemli değer nedir?
- () Sağlık
- () Sevgi
- () Para
- () Başarı
- () Diğer.....
39. Boy:.....cm Ağırlık:.....kg BMI:.....kg/m

40. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri leği

Banyo Yapma

- () Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.
- () Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.

Giyinme

- () Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).
- () Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.

Tuvalet Yapma

- () Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.
- () Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.

Transfer

- () Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.
- () Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.

Kontinans

- () Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.
- () Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut

Beslenme

- () Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).
- () Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ek-2. KOÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umuttepe Yerleşkesi / KOCAELİ		
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr		
Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	İzmit'teki Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi		
	Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN		
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
Karar ve Dayanak	Tarih :	11.06.2024	Karar No: KÜ GOKAEK-2024/10.4	Proje No: 2024/257
	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmacının gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmacının ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan,			
	☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Uygun bulunmamıştır. ☐ Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.			

ETİK KURUL ÜYELERİ				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Toplantıda Bulunma
Prof. Dr. Bülent KARA Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	Evet
Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet
Prof. Dr. Enver Alper SİNANOĞLU Üye	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	Kocaeli Üni. Diş Hek. Fak.	Erkek	Evet
Doç. Dr. Fatma Ceyla ERALDEMİR Üye	Biyokimya	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet
Dr. Öğr. Üyesi Diğdem GÖVERTİ Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet
Doç. Dr. Banu İSKENDER İZGİ Üye	Tıbbi Biyoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet
Dr. Öğr. Üyesi Büşra ÖZBEK Üye	Patoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Hayır
Dr. Öğr. Üyesi Hadi Ufuk YÖRÜKOĞLU Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	Evet

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No:u	Sayfa
	Onay formu	01.02.2024/KÜGOKAEK/00.1	1/1

Ek-3. KOÜ Rektörlüğü ve Tıp Fakültesi Dekanlığı Araştırma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.06.2024-E.612432



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-48398777-100-612432
Konu : İzmit'teki Huzurevlerinde
Yaşayan Yaşlıların Genel Sağlık
Durumlarının Değerlendirilmesi

25.06.2024

KOCAELİ AİLE VE SOSYAL HİZMETLER İL MÜDÜRLÜĞÜNE
Yenişehir Mahallesi ,Adnan Menderes Bulvarı No:20 İzmit/KOCAELİ

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Çiğdem ÇAĞLAYAN danışmanlığında "İzmit'teki Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması yapılması planlanmaktadır. Araştırmayla ilgili etik izin Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. İlgili çalışmanın yürütülmesi Dekanlığımızca da uygun bulunmuş olup gerekli izinlerin verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Ömer Faruk ÇELİK
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı (15 sayfa)

Mevcut Elektronik İmzalar

ÖMER FARUK ÇELİK (Rektör Yardımcılığı (Eğitim Öğretim) - Rektör Yardımcısı) 25.06.2024 09:10

Belge Doğrulama Kodu :BSUR427FV3

Belge Doğrulama Adresi :https://turkiye.gov.tr/kocaeli-universitesi-ehys

Fakülte Sekreterliği (Tıp Fak.) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380
Umuttepe / KOCAELİ
Tel:90 262 303 70 04 Faks:90 262 303 70 03
E-Posta :tipdek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://tip.kocaeli.edu.tr/
Kep Adresi: kocaeliuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Meltam Cansız Özkol

Memur
Telefon No: 3037014



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü
Araştırma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.09.2024-645935



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü



Sayı : E-24431200-900-12800620
Konu : Veri Toplama (Çiğdem ÇAĞLAYAN)

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : Fakülte Sekreterliğinin 19.08.2024 tarihli ve 48398777-020.001.001-E.637877 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN danışmanlığında yürütülecek olan "İzmit'teki Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması yapma talebi Bakanlığımız Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığınca incelenmiş olup, söz konusu talebin uygun bulunduğuna ilişkin Bakanlığımızın göndermiş olduğu cevabi yazısı ekte gönderilmiştir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Kamil TÜYLÜOĞLU
İl Müdürü

Ek: 05/09/2024 tarihli E-84459573-605.01-12790700 sayılı yazı.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: 8F12164B-2A89-4563-80E3-1071EA858800 Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/astb-ehys>
Yenişehir Mahallesi Adnan Menderes Bulvarı No:20 İzmit/Kocaeli Bilgi için: Ayşe ERBAY
+90 (262) 322 39 80+90 (262) 323 20 07+90 (262) 322 17 97 ŞAHİNTÜRK
(262)321 70 74 (Faks) Memur
E-posta : kocaeli@atko.gov.tr Telefon No:(262) 322 17 91-158

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10. KAYNAKÇA

1. Özel Kızıl ET. Geriatri kavramı ve geriatrik değerlendirme. Şahin Cankurtaran E, Baral Kulaksızoğlu I, ed. Geriatrik Psikiyatri Temel Kitap, 1. basım. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Geriatrik Psikiyatri Çalışma Birimi. 2020:3-18.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Highlights. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/un_desa_pd_kf_wpp2019_10keyfindings.pdf
3. United Nations. Peace, dignity and equality on a healthy planet. 2019. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.un.org/en/academic-impact/engineering-better-future>
4. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023. 2024;53710. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>
5. Veizi BGY, Taşcı İ, Naharci MI. Geriatric syndromes in the population older than 90 years: The prevalence and association with chronic diseases. Australas J Ageing. 2023;42:472-479.
6. Özkan Pehlivanoğlu EF, Özkan MU, Balcıoğlu H. Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. Ankara Med J. 2018;2:219-223.
7. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kuruluşlar. Yaşlı. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.aile.tr/eyhgm/kuruluslar/yasli/>
8. Schoenhofen EA. Characteristics of 32 supercentenarians. J Am Geriatr Soc. 2006;54:1237-1240.
9. Scott AJ. The longevity society. Lancet Healthy Longev. 2021;2:820-827.
10. Padeiro M, Santana P, Grant M. Global aging and health determinants in a changing world. Elsevier. 2023:3-30.
11. TÜİK. Hayat Tabloları, 2021-2023. 2024;53678. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2021-2023-53678>

12. World Health Organization, Seventy-Third World Health Assembly. Decade of healthy ageing: the global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life: report by the Director-General. 2020. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://iris.who.int/handle/10665/355618>
13. UpToDate. Taffet GE. Normal aging. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.uptodate.com/contents/normal-aging/print>
14. Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K. Age and ageing. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 7.basım. Saunders: British Geriatric Society. 2010:184-186.
15. Galik E. Gerontology. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York: Springer. 2023:860-861.
16. WHO. Palliative care. 2020. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
17. WHO. Palliative care. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
18. WHO. Healthy ageing and functional ability.2020. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
19. NIH. What Is Long-Term Care? [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.nia.nih.gov/health/long-term-care>
20. Gilbert SF. Aging: The Biology of Senescence. Developmental Biology, 6. Basım. Sunderland: Sinauer Associates. 2000.
21. Bernadotte A, Mikhelson VM, Spivak IM. Markers of cellular senescence. Telomere shortening as a marker of cellular senescence. Aging. 2016;8:3-11.
22. Kowald A. The mitochondrial theory of aging. Neurosignals. 2001;10:162-175.
23. Atchley RCA. Continuity theory of normal aging. Gerontologist. 1989;29:183-190.
24. Markson EW. Disengagement theory revisited. The International Journal of Aging and Human Development. 1975;6:183-186.

25. McMullin JA. Diversity and the state of sociological aging theory. *Gerontologist*. 2000;40:517-530.
26. Wadensten B. An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scand J Caring Sci*. 2006;20:347-354.
27. Momtaz YA, Mahmoudi N, Zanjari N. Why do people fear of aging? A theoretical framework. *Advances in Gerontology* 2021;11:121-125.
28. Wadensten B. An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scand J Caring Sci* 2006;20:347-354.
29. UpToDate. Normal ageing. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.uptodate.com/contents/normal-aging>
30. Hooren SAH. Cognitive functioning in healthy older adults aged 64-81: a cohort study into the effects of age, sex, and education. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*. 2007;14:40-54.
31. Bonifant H, Holloway S. A review of the effects of ageing on skin integrity and wound healing. *Br J Community Nurs*. 2019;24:28-33.
32. Chambers ES, Vukmanovic-Stejić M. Skin barrier immunity and ageing. *Immunology* 2020;160:116-125.
33. Mitchell CM, Waetjen LE. Genitourinary changes with aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018;45:737-750.
34. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2014;21:835-838.
35. TÜİK. Yaşlı Profili Araştırması, 2024. 2023;53809. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>
36. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023.2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>

37. Akbarzadeh MA, Hosseini MS. Is COVID-19 really a geriatric syndrome? Ageing Res Rev.2022;79:101657.
38. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc. 2007;55:780-791.
39. WHO. Mental health for older adults. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
40. WHO. Demantia. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
41. CDC. About Alzheimer Disease and Dementia. 2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/alzheimers-dementia/about/alzheimers.html>
42. WHO. Falls. 2021. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
43. Yalçın A. Üriner inkontinans. Geriatri Klinik Protokolü-1. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Yayınları. 2022.
44. Dent E, Wright ORL, Woo J. Malnutrition in older adults. The Lancet. 2023;401:951-966.
45. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in older adults-recent advances and remaining challenges. Nutrients. 2021;13:2764.
46. Prokopidis K. Sarcopenia is associated with a greater risk of polypharmacy and number of medications: a systematic review and meta-analysis. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2023;14:671-683.
47. Ardeljan AD, Hurezeanu R. Sarcopenia. NIH. 2024.
48. Park C, Ko FC. The Science of Frailty. Clin Geriatr Med. 2021;37:625-638.
49. Albert SM, Im A, Raveis VH. Public health and the second 50 years of life. Am J Public Health. 2002;92:1214-1216.
50. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. Medical Clinics of North America. 2015;99:263-279.

51. Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010;207.
52. Aydos TR. Yaşlılık döneminde akılcı ilaç kullanım ilkeleri. Aydos TR, Kutsal YG, ed. *Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı*, 1.basım. Ankara: Türk Geriatri Derneği Yayınları. 2022;1-29.
53. Dovjak P. Polypharmacy in elderly people. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2022;172:109-113.
54. Hanlon JT. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992;45:1045-1051.
55. Samsa GP. A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:891-896.
56. Klotz U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. *Drug Metab Rev*. 2009;41:67-76.
57. Rochon PA. Polypharmacy, inappropriate prescribing, and deprescribing in older people: through a sex and gender lens. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2:290-300.
58. Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*. 2018;18:155-165.
59. Hale D, Marshall K. Sleep and sleep hygiene. *Home Healthc Now*. 2019;37:227.
60. Bowl MR, Dawson SJ. Age-related hearing loss. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2019;9.
61. WHO. World report on hearing. 2021. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481>
62. WHO. Deafness and hearing loss. 2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
63. WHO. Blindness and vision impairment. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

64. Tümtaş MS. Göç tartışmaları. Nöbetleşe Dışlanma Göç ve Sosyal Dışlanma Döngüsü, 1.basım. İstanbul: İletişim Yayıncılık. 2020:25-67.
65. Taylan HH, Barış İ. Sosyal dışlanma. Romanlar ve Sosyal Dışlanma, 1.basım. Konya: Çizgi Yayınları. 2015:30-41
66. WHO. Global report on ageism. 2021. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
67. WHO. Ageing: Ageism. 2021. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
68. WHO. European report on preventing elder maltreatment. 2011. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289002370>
69. WHO. Abuse of older people. 2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
70. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. New England Journal of Medicine. 2015;373:1947-1956.
71. Pillemer K, Burnes D, Riffin C. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. Gerontologist. 2016;56:194-205.
72. CDC. Healthy aging. 2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/healthy-aging/index.html>
73. HSGM. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Yaşlılıkta Beslenme. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yaslilikta-beslenme.html>
74. WHO. Healthy diet. 2020. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
75. WHO. Physical activity and sedentary behaviour a brief to support older people. 2022. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064096>

76. WHO. Physical activity. 2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
77. WHO. Age-friendly primary health care centres toolkit. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Age-friendly-Primary-Health-Care-toolkit.pdf>
78. WHO. The tobacco atlas. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <file:///C:/Users/USER/Downloads/9241562099.pdf>
79. WHO. Report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
80. WHO. Tobacco, health benefits of smoking cessation. 2020. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-health-benefits-of-smoking-cessation>
81. WHO. Harmful use of alcohol. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3415>
82. Matthews DB, Keyes K, Ramchandani VA. Alcohol and aging. *Alcohol*.2023;107:1.
83. Gupta CC, Sprajcer M, Johnston-Devin C. Sleep hygiene strategies for individuals with chronic pain: a scoping review. *BMJ Open*. 2023;13.
84. Domènech-Abella J. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:381-390.
85. WHO. Doing what matters in times of stress? 2020. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>
86. de Frias CM, Whyne E. Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging Ment Health*. 2015;19:201-206.
87. Seangpraw K. Stress and associated risk factors among the elderly: a cross-sectional study from rural area of Thailand. *F1000Res*. 2020;8:655.
88. Syed IU. Clearing the smoke screen: smoking, alcohol consumption, and stress management techniques among canadian long-term care workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:6027.

89. Virgini V, Meindl-Fridez C, Battegay E. Check-up examination: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly*. 2015.
90. Graf CE, Zekry D, Giannelli S ve ark. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:2032–2033.
91. Schippinger W. Comprehensive geriatric assessment. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2022;172:122-125.
92. Kaur P, Rowland J, Whiting E. The ABCD of the comprehensive geriatric assessment. *Medical Journal of Australia*. 2021;215-206.
93. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging* 2033. 2014.
94. Veronese N. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing*. 2022;51.
95. UpToDate. Comprehensive geriatric assessment. 2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>
96. WHO. Vaccines and immunization. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
97. Prat R. Vaccination of seniors. *Yves-Buisson*. 2024;74.
98. Bloom DE. Vaccination for healthy aging. *Sci Transl Med*. 2024;16.
99. Wang C. A randomized, triple-blinded, placebo-controlled clinical trial evaluating immune responses of Typhim Vi and PPSV23 vaccines in healthy adults: The PREP study. *Vaccine*. 2024;42:126-292.
100. Yamaoka-Tojo M, Tojo T. Herpes zoster and cardiovascular disease: exploring associations and preventive measures through vaccination. *Vaccines (Basel)*. 2024;12:252.
101. Liu N, Wang L, Wang HQ. Pay more attention to vaccination to protect the health of the elderly. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2024;104:3549-3554.
102. Callison C, Nguyen H. Tetanus prophylaxis. *StatPearls Publishing*. 2025.

103. Tomanbay İ. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Google akademik. Ankara. 2007.
[Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi:
[file:///C:/Users/USER/Downloads/yaslılara_yonelik_sosyal_hizmet%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/yaslılara_yonelik_sosyal_hizmet%20(2).pdf)
104. Altun Z. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar ve sosyal hizmetler: sivil toplum kuruluşları üzerinden bir değerlendirme. Turkish Journal of Social Policy. 2021;2:30-44.
105. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Strateji Geliştirme Başkanlığı. ASHB İstatistik Bülteni. 2024 Ekim. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi:
<https://www.aile.gov.tr/sghd/istatistik-sayfaları/aylik-istatistik-bulteni/>
106. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği. 2001. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi:
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4414&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
107. TÜİK. Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, 2023. 2024;53841. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2023-53841>
108. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. 2008. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi:
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=12318&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
109. Kurt Magrebi T, Akçay S. Huzurevinde kalan yaşlıların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin incelenmesi. Electronic Journal of Social Sciences. 2020;19:2100-2118.
110. Öğüt S, Öğüt Düzen K, Polat M. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yerinde yaşlanma konusundaki duygu ve düşünceleri. Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;4:522-526.
111. Karakuş B. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Kurumsal Yatılı Bakım. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında

İllerin Durumu. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2018:126-174.

112. Altay B, Aydın T, Kefeli B. Samsun Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2011;10.

113. Kazoğlu M, Yürük ZÖ. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. J Exerc Ther Rehabil. 2020;7:145-153.

114. Karakuş A, Süzek H, Atay ME. Muğla Huzurevi'nde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. Muğla Üniversitesi SBE Dergisi. 2003;11.

115. Yılmaz E. Huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi ve demografik değişkenlerle ilişkisi. IJSS International Journal of Social Sciences. 2017;1:18-42.

116. Çetinkaya O, Ovayolu Ö. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sarkopeni riski ve malnütrisyon ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Value Health Sci. 2025;15:110-118.

117. Çulha Y, Yıldırım S, Büyükyılmaz F. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde üriner inkontinans farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişki. Kocatepe Tıp Dergisi. 2024;25:194-200.

118. Kocaeli Büyük Şehir Belediyesi. Nüfus. Yaş Gruplarına Göre İlçelerin Nüfusları. 2023. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.kocaeli.bel.tr/nufus.html>

119. TÜSEB. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. 2021:159. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://tuhke.tuseb.gov.tr/haberler/yasli-sagligi-raporu-guncel-durum-sorunlar-kisa-ve-orta-vadeli-cozumler-20211227>

120. CDC. AdultVaxView. Vaccination Coverage among Adults in the United States, National Health Interview Survey, 2019–2020. 2024. [Son Erişim Tarihi:13.02.2024] Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/adultvaxview/publications-resources/vaccination-coverage-adults-2019-2020.html>

121. Eskiocak M, Marangoz B, Bağışıklama Hizmetlerinin Sunumu. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2021:30-86.

122. Babiarczyk B, Turbiarz A. Body Mass Index in elderly people- do the reference ranges matter? Prog Health Sci. 2011;1:58-67.

