

22614

EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BORNOVA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE
65 YAŞ VE ÜZERİ POPULASYONUN
MEDİKOSOSYAL SORUNLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TEZ YÖNETİCİSİ
Prof. Dr. Fethi DOĞAN

Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU

UZMANLIK TEZİ
İZMİR - 1992

ÖNSÖZ

Uzun çalışma yıllarının sonunda yaşlılık, mutluluk ve huzarla geçirilmesi ümit edilen bir dönemdir. Oysa sağlık sorunları, ekonomik sıkıntılar, sosyal kayıplar yaşlıyı eskisinden daha ağır bir yaşam savaşına sürüklemektedir. Bütün bunların üstesinden gelmeye çalışırken onlara yakınlık ve destek gençlere düşen görevdir. Maddi ve manevi eksikliklerini azaltmak için gönüllülerin ve sosyal kurumların daha fazla çaba sarfetmesi ise diğer bir sorumluluktur.

Çalışmamı yürütürken bana her türlü kolaylığı gösteren Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesi doktorları, ebeleri ve diğer personeline teşekkürlerimi iletirim. Beni güleryüze evlerine buyurenden tüm yaşlılarımıza da teşekkürü borç bilirim. Gerek tezimde gerekse ihtisasım sırasında bana destek olan hocalarım Prof Dr. Fethi Doğan'a, Prof.Dr. Mehmet Tokgöz'e, Doç.Dr.Feride Saçaklıoğlu'na ve Doç.Dr. Ali Osman Karababa'ya teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. Giriş ve Amaç	1
II. Genel Bilgiler	3
Demografik özellikler	3
Yaşlılığın tanımı	6
Yaşlıların sağlık sorunları	7
Yaşlılarda morbidite durumu	8
Yaşlılarda yetersizlik-sakatlık sorunu	9
Yaşlılarda mortalite durumu	10
Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklikler	11
Yaşlılarda sık görülen hastalıklar	15
Yaşlılara yönelik koruyucu hizmetler	21
Dünyada yaşlılara bakım hizmetleri	26
Türkyede yaşlı bakım merkezleri	30
III. Gereç-Yöntem	33
Bölgenin tanıtımı	33
Araştırma Yöntemi	34
Araştırmada kullanılan kavram ve ölçütlerin tanımlanması	36
IV. Bulgular	41
Demografik özelliklere ilişkin bulgular	41
Sosyoekonomik durumlarına ilişkin bulgular	43
Günlük yaşam aktivitesine ilişkin bulgular	49
Sağlık durumlarına ilişkin bulgular	51
V. Tartışma	62
Demografik özellikler	62
Sosyoekonomik durum	63
Günlük yaşam aktiviteleri	69
Sağlık durumları	71

VI. Sonuçlar	81
VII. neriler	83
zet	85
Summary	87
Kaynaklar	89
EK I. Yaşlıların medikososyal sorunları üzerine anket formu	94
EK II. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesi yıl ortası nüfusunun yaş grupları cinsiyet ve sağlık ocaklarına göre dağı- lımı	104



Tablo Listesi

Tablo 1. Yaşgrupları ve cinsiyete göre yaşlıların dağılımı	41
Tablo 2. Medeni durum ve cinsiyete göre yaşlıların dağılımı	41
Tablo 3. Yaşlıların öğrenim durumu ve cinsiyete göre dağılımı	42
Tablo 4. Yaşlıların gelir durumuna göre dağılımı	43
Tablo 5. Sağlık güvencelerine göre yaşlıların dağılımı	43
Tablo 6. Evdeki konfor durumuna göre yaşlıların dağılımı	44
Tablo 7. Yaşayan çocuk sayısına göre yaşlıların dağılımı	44
Tablo 8. Birlikte yaşadığı kişilere göre yaşlıların dağılımı	45
Tablo 9. Yaşlıların boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre dağılımı	46
Tablo 10. Cinsiyet ve üretime katkılı bir uğraş varlığına göre yaşlıların dağılımı	47
Tablo 11. Son 1 yıldır herhangi bir sosyal aktiviteye katılma durumuna göre yaşlıların dağılımı	48
Tablo 12. Kitle iletişim araçlarından faydalanma durumuna göre dağılımı	48
Tablo 13. Yaşlıların sosyal durumlarına göre dağılımı	49
Tablo 14. Temel aktiviteleri yapabilme durumuna göre dağılımı	49
Tablo 15 A. Yardımcı aktiviteleri yapabilme durumlarına göre yaşlıların dağılımı	50
Tablo 15 B. Yaşlıların ulaşım güçlüğü'nün yaşa göre dağılımı	51
Tablo 16. Yaşlıların kendi değerlendirmelerine göre şu andaki sağlık durumlarının cinsiyete göre dağılımı	51
Tablo 17. Yaşlıların sağlıklarını yaşlıları ile karşılaştırarak değerlendirmelerinin cinslere göre dağılımı	52
Tablo 18. Sağlığını koruma durumları ile cinsiyetin dağılımı	52
Tablo 19. Yaşlıların diş fırçalama durumlarının cinsiyete göre dağılımı	53
Tablo 20. Yaşlıların uykuda geçirdikleri saate göre dağılımı	53
Tablo 21. Yaşlıların uyku sorunlarının cinsiyete göre dağılımı	54

Tablo 22. Yaşlılarda sigara içme durumunun cinsiyete göre dağılımı	54
Tablo 23. Yaşlıların sağlık güvencesine göre başvurdukları sağlık kurumlarının dağılımı	55
Tablo 24. Yaşlıların son bir yıl içinde doktora gitme sıklığına göre dağılımı	56
Tablo 25. Yaşlıların son bir yıldır hastaneye yatma durumuna göre dağılımı	56
Tablo 26. Yaşlılarda fiziksel yetersizlik durumları	57
Tablo 27. Yardımcı araç kullanımına göre yaşlıların dağılımı	57
Tablo 28. Yaşlılarda görülen hastalık sayısına göre dağılımları	58
Tablo 29. Erkeklerde görülen ilk beş hastalığın yaş gruplarına göre dağılımı	59
Tablo 30. Kadınlarda görülen ilk beş hastalığın yaş gruplarına göre dağılımı	60
Tablo 31. Yaşlıların yakınmalarının cinse göre dağılımı	61

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Geçtiğimiz 50 yıldan bu yana doğum hızı ve bebek ölüm hızlarında azalma, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve bunlardan ölümlerin azalması, beslenme ve yaşam standartlarındaki gelişmeler, beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmaktadır (69). Yaşlı kuşak hem endüstrileşmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır (20).

Gelişmekte olan ülkeler bir yandan kalkınmada engel olarak gördükleri nüfustaki hızlı artış eğilimini değiştirmeye çalışırken diğer taraftan yaşlıların yeni ortaya çıkan ihtiyaçları karşısında sosyal refah politikaları belirlemeye ve yürürlüğe koymaya çalışmaktadırlar (21).

Bu ülkelerde karşılaşılan sosyal problemlerin çeşitliliği de göz önünde bulundurularak patlama noktasına gelmeden yaşlıları da kapsayacak yeni sistem ve önlem paketlerinin hazırlanması şarttır (52).

Yıllardır yapılan çalışmalar ölümü geciktirme üzerine yoğunlaşmıştır. Oysa yaşlıların yetersiz duruma düşmelerini önlemek veya geciktirmek için çok az çaba harcanmıştır. Amaç, uzayan ömür ile birlikte bağımsız ve kaliteli bir yaşamın sağlanması olmalıdır (40). Yaşlanma ile ortaya çıkan fiziksel ve zihinsel gerilemeye rağmen yaşlıların, genellikle sosyal ve ekonomik açılarından faal bir yaşam sürmeleri mümkün olabilir. Genelde bu kişilerin kapasitelerinin harekete geçirilmesi ve kapasitelerini kullanabilmeleri için olanak sağlanması gerekmektedir (70).

Yaşam süresinin uzatılması başarılmıştır. Ancak aktif ve sağlıklı geçen yıllarda artış yoktur. Bu noktadan hareketle koruma girişimlerine, yaşlıların da dahil edilmesi, 2000 yılı içinde sağlık geliştirme programları arasındaki muayyen hedeflerin kapsamına alınması yaşlı insanlar arasındaki hastalık ve sakatlığı önlemek için daha fazla çaba sarfedilmesini teşvik edecektir (40).

Sanayileşmekte ve gelişmekte olan ülkelerde kırsal alandan kente göç olgusu, aile yapısını ve aile içindeki yaşlının konumunu değiştirmektedir. Kırsal alanda "Geniş aile" kavramı içinde sorun olarak belirmeyen yaşlılık kentleşmeyle

daha çok hissedilir olmaktadır (51). Ülkemizde de kentleşme hızlı bir şekilde yaşanmaktadır. Nüfusumuzun 1965'de % 3.9 unu, 1985'de ise % 4.7 sini oluşturan yaşlıların popülasyonundaki artış önümüzdeki yıllarda bu grubun çözüm bekleyen medikososyal sorunlarında da benzer artışlar getirecektir (12). Sorunların çözülmesi için ülkemizde bu grubun özelliklerinin ve beklentilerinin ortaya çıkarılması gerekmektedir. Çalışmada şu ana başlıklar altında toplanabilecek konuların belirlenmesi amaçlanmıştır :

1. Yaşlıların demografik özelliklerini belirlemek
2. Yaşlıların sosyoekonomik durumlarını değerlendirmek
3. Yaşlıların Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme düzeyini anlamak
4. Yaşlıların Sağlık durumlarını değerlendirmek
6. Yaşlıların Sağlık kurumlarını kullanım durumun incelemek

Belirlenen sorunlar ülkemizde ve dünyada yaşlılarla ilgili yapılmış olan çalışmalarla karşılaştırılarak öneriler getirilmiştir.

II. GENEL BİLGİLER

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Populasyonlar yüksek ölüm oranı/yüksek doğurganlık oranından, düşük ölüm oranı/düşük doğurganlık oranına ve bu yüzden düşük yaşlılık oranından yüksek yaşlılık oranına doğru bir kaymayı niteleyen demografik dönüşümler adı altında bir takım devrelerden geçerler (20).

Gelişmekte olan ülkelerdeki sosyal değişimlerden yaşlılar da etkilenmektedir. Bunlar şehirlere göçün artışı; kentleşmenin düzensiz bir şekilde hızlanması, yaşlıların evdeki güvencesi, kadınların çalışma yaşamına daha fazla katılmaya başlamaları, geniş geleneksel aileden çekirdek aileye değişim hep yaşlıların sosyal problemlerinin artışı ile sonuçlanacaktır (68). Pek çok sahada plan ve programlarda yeni sorunlar ortaya çıkacaktır. Sosyal güvenlik sisteminde finansiyel kaynak ihtiyacı, kırsal kesimdeki yaşlılara bakım sağlanması, yaşlıların üretime katkısı gibi konularda yeni boyutlar ortaya çıkacaktır (52).

Dünyadaki demografik değişikliklerin en hayret vericisi yaşlı nüfusun artışı olmuştur. 1980-85 yılları arasında 60 yaş üstü nüfusta gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık yılda %3 artış olmaktadır (Tüm nüfus artışı %2 iken) (63). Dünya çapında 60 yaş ve üstü nüfus 1980'de 370.8 milyon iken toplam nüfusun %8.5 ini teşkil ediyordu. 2025 yılında 1,1 milyar olacağı ve toplam nüfusun %12.5 'ini teşkil edeceği tahmin edilmekte ve bu yaşlı populasyonun % 72 sinin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (43). Doğu ve Güney Asya'da %56, Afrika ve Latin Amerika'da %17 artışla 1 milyarın üzerine çıkacaktır (52).

Brezilya'da 65 yaş ve üstü populasyonun oranındaki artış 1970'den 1980'e % 83 olmuştur ve projeksiyon yöntemiyle yapılan hesaplamalarla 2025 yılında 30 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (43).

Latin Amerika ülkelerinde 1980 60 ve üstü nüfus % 6.4 iken 2025 yılında %10.8 e ulaşacağı tahmin edilmektedir (52).

Tayland'da 1970'de 60 yaş ve üstü yaş grubu %4.6 oranında iken 1990'da %5.9'a ulaşmış ve 2000 yılında %7.0 olacağı tahmin edilmektedir (53).

Afrika ülkelerinde de aynı büyük artış tahminleri yapılmakta, 1980'de 22.9 milyon olan yaşlı nüfusun, 2025'de 101.9 milyon olacağı bekleniyor (52).

Gelişmiş ülkelerde ise tablo şöyledir. Norveç'de 1980-2000 yılları arasında yaşlı nüfus için de sadece 80 ve üstü yaş grubunda artışın 80.000 olacağı hesaplanmaktadır (37). ABD'de 1960'da 65 ve üstü nüfus 16 milyon (nüfusun %9.2'si) iken, 1980'de 29 milyona (nüfusun %12'si) ulaşmıştır. A.B.D.'de yaşam süresi oldukça uzadığından 85 üstü grupta yığılma göstermektedir. 2000 yılında 5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (55). Japonya'da daha 1950'lere kadar genç bir nüfus yapısına sahipti, 60 yaş ve üzeri oranı %7.7 idi. Bundan 50 yıl sonra 2000 yılında ise 60, yaş ve üstü nüfusun ikiye katlanması beklenmektedir (52) ve 120 milyonun %10.2 sini 65 ve üstü yaş grubu kapsamaktadır (2).

Ülkemizde ise 65 ve üstü nüfusun artışı yıllara göre şu şekilde olmuştur.

1955	818.201	% 3.39
1965	1.242.525	% 3.95
1970	1.656.696	% 4.65
1975	1.813.800	% 4.50
1980	2.072.316	% 4.63
1985	2.125.908	% 4.71

Bu oranlardan yola çıkarak 2000 yılında 60 ve yukarı yaş yaş grubunun tüm nüfusun %7.8 ini teşkil edeceği beklenmektedir.

Geçen yüzyılda ortalama ömür savaş, veba gibi nedenlerle erkeklerde 30, kadınlarda 35'i geçmemekteydi. Bugün ise ortalama ömür ve beklenen yaşam süresi oldukça uzamıştır (23). Yaşlı ve çok yaşlı insan nüfusunun artış oranının değişimi ülkelere göre değişmektedir. Erkeklerde yaşam beklentisinin 40-45 yaşları aşmadığı en düşük beklenen yaşam süresi Afrika ülkelerindedir. 1983'de değişik ülkelerde hayat beklentileri (Doğuşta beklenen yaşam süresi tahmini) şu şekilde belirlenmiştir : (60)

	<u>Erkek</u>	<u>Kadın</u>
Japonya	74.22	79.66
ABD	70.80	78.20
Almanya	70.18	76.85
Çin	62.60	66.50
Türkiye	58.30	62.80
Tunus	57.60	58.60

Aynı ülkelerde 5 yıl sonra 1988'de elde edilen beklenen yaşam süreleri ise şu şekilde belirlenmiştir (61) :

	<u>Erkek</u>	<u>Kadın</u>
Japonya	75.61	81.39
ABD	71.30	78.30
Almanya	71.81	78.37
Çin	67.98	70.94
Türkiye	62.50	65.77
Tunus	64.55	66.1

65 ve üzeri yaş grubu homojenlikten uzaktır. Yaş grupları ve cinsiyetlerde çok değişik dağılım gösterir. Çoğu ülkelerde 80 yaş grubu en hızlı büyüyen grup olup yüzyılın sonunda iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (20).

Her yaş grubunda erkeklerin ölüm oranı kadınlardan yüksek olmuştur. Özellikle ileri yaş grubunda yaşam biçimlerinden kaynaklanan örneğin kaza ve zehirlenmelere bağlı ölümler, sigara kullanımı ile ilgili kanser türleri ve bazı solunum hastalıkları, iskemik kalp hastalıkları ve karaciğer sirozuna bağlı ölümlerle bu oran farkı iyice belirgin görülmektedir (70). Bu nedenle de dünyada pek çok ülkede yaşlı kadın sayısı daha fazladır. 1980 yılında 60 ve üzeri yaş grubunda her 100 kadın başına erkek sayısının, gelişmiş bölgelerde 66, az gelişmiş bölgelerde ise 33 olduğu saptanmıştır (53).

Yaşlı grup da kendi içinde üç kategoriye ayrılabilir. 1. Genç yaşlılar : 65-74 yaşlar 2. orta yaşlılar 75-84 arası, 3. Çok yaşlılar : 85 ve üzeri (68)

Yaşlı nüfusun kendi içinde bu son grup olan çok yaşlı grubunda dramatik bir artış görülecektir. 1985 yılında 80 yaşını aşan yaşlılara sağlanan olanaklardan, 2025 yılında Nijerya'da 10 kat, Türkiye'de 8 kat, İndonezya'da 7 kat fazla gereksinim doğacaktır (52).

Geçmiş yüzyıllarda insanlar evlerinde ölümü beklerlerdi. Günümüzde ise bu tarz ölümlerin yerini, hastane kliniklerinde gerçekleşen ölümler almıştır. Yaşının sayılı günlerini artırmak için tüm sağlık personeli mücadele verirken yaşlı insan da dayanabildiği yere kadar buna destek verir. ABD'de %80 üzerinde oranla ölümler kliniklerde olagelmektedir. Çok yaşlı insanların sayısı arttıkça tümsektörlerin çabası da artacaktır (23).

YAŞLILIĞIN TANIMI

DSÖ, geleneksel olarak 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul etmektedir (69). Geriatri konusunda yapılan pek çok çalışmada bu yaş sınır alınmıştır. Bu tanım-
lama, emeklilik yaşı ve profesyonel aktivitenin bittiğinin düşünüldüğü genel yaşa uymaktadır (20).

Yaşlanma fizyolojik ve ilerleyici bir süreç olup en sonunda ölüme götürecek bir vitalite kaybıdır. Molekülün, hücrenin, dokuların, organların ve bireyin yaşlanması şeklinde ortaya çıkar. Kişisel yaşlanma zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama kudreti ile organizmanın iç ve dış etkiler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir. Yaşlılığın diğer bir tanımı da "eski yaşamla karşılaştırıldığında şu andaki akli ve fiziksel fonksiyonlardaki aksaklıkların bariz olduğun peryoddur" şeklinde yapılabilir (48).

Biyolojik yaşlanma doğal olan herediter faktörlerin yanında, şimik, fizik, psikolojik pek çok faktörlerin ve yaşama tarzının etkisi altında meydana gelmekte ve kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Kronolojik yaşlanma insanın doğumundan itibaren içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı olan

yaşlanmayı anlatır. Biyolojik yaş ve kronolojik yaş birbirine uymayabilir. Bir kişi kronolojik yaşından daha büyük gösterebilir. Bu farklılık, kişinin yaşam tarzı, mesleği, sosyoekonomik düzeyi, kalıtımı gibi faktörlere bağlıdır (32).

Yaşlanma olayı sosyal gerontolojide ise değişik kuramlarla açıklanmaktadır : Değişim kuramı, sosyal çevre kuramı, aktivite kuramı, rol kuramı gibi (55). Bunlar özetle şu şekilde açıklanabilir :

Aktivite Kuramı : Yetişkin davranışları, yaşlılık davranışlarını belirler. Yaşlı, orta yaş etkinliklerini, karakterlerini devama çalışır, bırakmak zorunda olduklarının yerine diğerlerini koyar. Bütün bunlar sosyal çöküşün önlenmesi içindir.

Rol kaybetme kuramı : Yetişkin kimliğindeki temel roller olan evlilik, ana-baba olma, meslekle ilgili statülerinin yitirilmesi, yaşlıların toplumsal bakımdan önemli olan bağlarını azaltmaktadır. Buna bağlı olarak toplumsal kayıplara uğrayan yaşlıda pek çok sorunlar ortaya çıkar. Diğer taraftan bazı rollerin kaybedilmesine karşılık bazı sorumluluklardan kurtuldukları, daha bağımsız ve özgün oldukları da kabul edilebilir.

Sosyal-çevre kuramı : Ekonomik güçlükler, psikososyal problemler, sosyal izolasyon, sağlık problemleri, başarısız bir emeklilik, yaşlılarla ilgili bakım hizmetlerinden faydalanamama, ölüm hakkında korkular yaşının sosyal çöküşünü hazırlayan faktörlerdir. Bunların yaşlıyı etkileme düzeyi sosyal çevresine bağlıdır.

YAŞLILARIN SAĞLIK SORUNLARI

Çocuklar nasıl erişkin insanların yalnızca genç birer kopyası değilse, yaşlı insanlar da yine erişkin insanların yalnızca birer yaşlanmış kopyası değildir. Yaşlıların sağlık sorunları karşısında özel bir yaklaşım izlenmelidir (50). Bu amaçla aşağıda belirtilen özellikler daima gözönünde tutulmalıdır :

1. Klinik görüş açısından ilerleyen yaşla birlikte meydana gelen önemli bir değişiklik "hiçbir şeyin değişmemiş" olmasıdır. Hematokrit, açlık kan şekeri, serum elektrolitleri, kan gazları ilerleyen yaşla birlikte değişiklik göstermeyen değişkenlerdir (50).

2. Yaşlılar hastalıklarının veya şikayetlerinin büyük kısmını belirtmezler. Bunun nedenlerinden biri, ileri yaşlarda birtakım rahatsızlıkların normal olduğu şeklindeki fikrin yaşlılar tarafından benimsenmesidir. Geri plandaki rahatsızlıktan korkmak, hastane tedavisinin yol açacağı masraftan kaçınmak gibi nedenler de vardır (50).

3. Bir hastalık altta yatan ikinci bir hastalığa ait özel bir belirti ile kendini gösterir. Örneğin tiroksin bozukluğu, primer kalp rahatsızlığı olarak değerlendirilerek, tiroksin atlanabilir. Diğer taraftan hastalıkların çoğu diğer grup hastalığı taklit edebilir ve bunların ayırd edilmesi güçtür (22).

4. Pek çok hastalık semptomlarını gençlerdekinden farklı gösterir. Bunun yanında spesifik olmayan semptom ve belirtiler ortaya çıkabilir (25). Yapılan bir çalışmada EKG'de miyokard enfarktüsü geçirdiğine dair bulguları olan yaşlıların % 60'ının ne bir ağrı duyduğu ne de bundan haberdar oldukları ortaya çıkarılmıştır (20).

5. Pek çok semptomlar yaşlılar tarafından normal yaşlılığın getirdiği belirtiler sanılarak ciddi şekilde araştırılmaz. Bazen de yaşlanmanın getirdiği yetersizlikler hastalık sanılarak tedavi edilmektedir (64).

6. Yaşlılarda hastalık sinsi başlar ve uzun seyirlidir ve bu yüzden genellikle geç dönemde yakalanmalıdır (64).

7. Yaşlıların %10'unda demans, % 22 işitme kaybı, %15'inde görme kusuru olduğundan yaşlılarla iletişim kurmak ve yakınmalarını ortaya koymak da oldukça zordur (50).

Yaşlılarda morbidite durumu : Uzun süreli yaşama çoğunlukla kronik hastalıklara yakalanma olasılığını artırır. 65 yaşından ileri insanların %90'nunda genellikle en az bir kronik hastalık bulunmaktadır (22).

Edinburg'da yapılan bir çalışmada yaşlılarda %8 anemi, %12 üriner sistem rahatsızlıkları, %2.5 demans, %37 lokomotor sistem rahatsızlığı bulunmuştur (64). Kalp hastalıklarının görülme oranı ABD 'de %21, Japonya'da %76, Danimarka'da %20 dir. Kanser görülme ve tekrarlama oranı yaşlılarda gençlerden daha fazladır. Kanser kayıtları bulunduran ülke verilerinden elde edilen bulgulara göre 65-74 yaş grubunda görülen tümörün tekrar oranı 100.000 nüfusta 700-1000 arası

değişir (68). Amerika'da 11 milyon diabetliden %40'ının 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Yine Amerika'da tespit edilen 22000-tbc vakasının 1/3'ünü 65 ve üzeri yaşlılar oluşturmaktadır. Anemi prevalansı 65 yaşın üzerindeki erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.3'dür. Wther (73) ABD'de mental rahatsızlıkların %75 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Depresyon %38.8, pasif agresyon %36, aktif agresyon %26, verbal agresyon %26 oranında saptanmıştır (55). Yaşlılarda demans prevalansında yıllarla artış olduğu ve 80 yaşından sonra demans görülme oranının %20'e kadar yükseldiği bildirilmektedir (73).

Yaşlılarda Yetersizlik-Sakatlık Sorunu : Yetersizlik, kişinin normal performansındaki sapmalar olarak tanımlanmaktadır. Sakatlık bireyde bilinen veya meydana gelen fizyolojik veya psikolojik kayıp veya anormalliktir. Yetersizlik kişinin karakteristiği, sakatlık ise vücuttaki organ veya kısımlarının fonksiyonel bozukluğudur (14). Kronik hastalıkların bilinmesi ne yazık ki yetersizliğin düzeyi hakkında direk bilgi veremez. Önemli olan kronik hastalığa rağmen normal yaşamına devam edebilmektir. Kalcılık açısından ölçüldüğünde sakatlık bir yaş eğilimi göstermektedir. Ülkemizde gençlerde sakatlık oranı %1-2 iken, 75 ve daha yukarı yaşlarda %30'u aşmaktadır. Günlük hayata ayak uydurmakta güçlük çekenlerin oranı 60-64 yaş grubunda yaklaşık %50 iken 85 ve daha yukarı yaşlarda %70'in üzerine çıkmaktadır. Bir başka deyişle nüfusun yaşlanması potansiyel olarak sakat insan sayısını artırmaktadır (49). Yaşlıların %50 sinin günlük yaşam aktivitelerinin sınırlı olduğu ve 3/4'ünün de kronik hastalıklardan dolayı bir yetersizliği olduğu saptanmıştır (13). Mafsal ağrılar, romatizma tüm yetersizliklerin %34'üne neden olur. Yetersizliklerin %50 'sinin nedenleri toplam olarak felç, görme bozukluğu, bunama ve kalp hastalıklarıdır. Geri kalan %16 oranında diabet, işitme bozukluğu, hipertansiyon KOAH yaşlılarda yetersizliğe neden olmaktadır.

Erkeklerin yaşam süresi kısadır, fakat bağımsız olarak yaşadıkları süre uzundur. Diğer taraftan genç yaşlı grup daha bağımsız yaşarken çok yaşlılar grubundaki yetersizlik belirgin şekilde artmaktadır (20).

Yetersizlikler en iyi günlük yaşam aktivitelerinin yalnız veya yardımsız sürdürülebilmelerinin kanıtlarıyla ölçülebilir. Bunun ölçümü için değişik testler geliştirilmiştir.

1. Older Americans Resources and Services instrumental Activities of daily living.

2. RAND Health insurance study

3. Koltz's model

Hepside yaşlıların günlük yaşam aktivitelelerini (GYA) değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.

Yetersizlik oranları genellikle ölüm yaklaşınca önemli bir artış göstermektedir. 65-74 yaşta %40 veya daha az yetersizlik oranı grlmştir. Halbuki 75-84 yaş grubunda ölenlerin 3/2 sinde ölümden önceki 1 yıl içinde (GYA) yetersizlikleri mevcuttur. 85 ve üzeri dönemde bu oran %60-90'a yükselmiştir. Kadınlarda lm öncesi yetersizlik erkeklere oranla daha çok bulunmuştur (28).

Bağımlılık ve sakatlığın mümkün olduğu kadar geciktirilmesi yaşlının yaşam kalitesi açısından önemlidir.

Yaşlılarda mortalite durumu : (44, 73, 38, 68, 64, 22, 66, 6) Son 40 yılda gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfusun ölüm nedenleri olarak birinci sırada kalp hastalıkları, ikinci sırada kanserler ve üçüncü sırada serebrovasküler hastalıklar yer almaktadır. 75 yaş ve üzerindeki yaşlılarda genellikle farklı hastalıkların bir arada bulunma nedeni ile ölüm nedeninin hangi hastalık olduğu çoğu kez bilinmemektedir. Yaşlılık ve hastalık kökenli ölümler yaşlılardaki otopsielerin azlığı, güvenilir bilgilerin de azlığına neden olur. Fransa'da yapılan bir çalışmada 70 yaş grubunda bulunan ölümler incelendiğinde bunların 1/3'ünün herhangi bir organ sisteminin bozulmasına dayandırılmayıp yaşlılıktan öldüklerine karar verilmiştir. Diğer bir faktör ölüm kayıtlarındaki yetersizliktir.

Gelişmiş ülkelerde 65 yaşın üzerindeki ölümlerin 3/4' eşit oranda kalp hastalıkları ayrıca kanser yüzündendir. Değişik ülkelerde pek çok nedenden ölümlerin oranı arasında farklılıklar olup, bakımdaki değişiklikler ve müdahaledeki alışkanlıklar daha ileride tek ölüm nedenine dayanan yorum ve karşılaştırmaların değerini kısıtlar

A.B.D.'de Koroner yetmezlik 65 ve yukarısı grupta ölümlerin yaklaşık yarısını oluştırmaktadır. Serebrovasküler hastalıklar ilk üç sırada yer alan ölüm

nedeninden biridir. Kanseler de A.B.D.'de 6nemli bir 6l6m nedenidir. Kolorektal kanser nedeni 6l6mlerin %75'i 65 yaş ve 6zerindeki kişilerde g6r6lmektedir. Meme kanseri kadınlara i6in 2. 6l6m sebebidir. Servikal kanserden 6lenlerin yarısından fazlası 65 ve 6st6 kadınlardır. Prostat kanserinden 6lenlerin ise %90'ı 65 yaş ve 6zeri erkeklerdir. Pankreas kanserinin neden olduğu 6l6mlerin %75'i yine 65 yaş ve 6zeri populasyonudadır.

Japonya'da 2000 yılında, erkeklerde 6l6m sebebinin ilk sırası kanser olacaktır. İskemik kalp hastalıkları, siroz, diabet, koma, intahara bağlı 6l6mler artarken serebrovask6ler hastalıklara bağlı 6l6mlerin azalacağı tahmin edilmektedir. Latin Amerika 6lkelerinde 60 yaş 6st6ndeki kadınlara 6l6mleri, intestinal veya respiratuvar enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanmaktadır. İsve6'de dul lar 6zerine yapılan 6alışmada, dul kadınlara 6l6mlerinin daha 6ok intihar, kaza, siroz ve akciğer kanseri nedeniyle olduğunu g6stermiştir.

Yaşlılarda tesad6fi 6l6m hızı, diğer yaş gruplarından 3 kat fazladır. Bir 6ok 6lkede yaşlılar arasında trafik kazası ve diğer kazalardan 6l6mler yaş ile orantılı artmaktadır. 65 yaş ve 6st6 grupta kazaya bağlı 6l6mlerin gen6 gruba nazaran 4 kat fazla olduğu belirlenmiştir.

6lkemiz 1989 T6rkiye istatistik yillığına g6re 65 ve 6st6 yaş grubu 6l6mlerinin %36.6 sı değişik nedeni kalp hastaları sebebiyle olmuştur. Serebrovask6ler hastalıkların nedeni olduğu 6l6mler %6.5 olarak g6r6lmektedir. Lenf ve hemopoetik sistem kanserlerinin nedeni olduğu 6l6mler %6.1 dir. Bunun yanısıra sebebi saptanamayan 6l6mler ise %17 oranındadır.

Yaşlanmayla ortaya 6ıkan fizyopatolojik değişiklikler : (48, 38, 16)

a) Morfolojik değişiklikler : Değişimlerin şiddetini belirleyen fakt6rler, kilo, cinsiyet, ırk, 6evre, iklim vs.dir. Yaşlanma ile her 20 yılda 1.2 cm boyda kısalma olur. Bunun yanında uzun kemiklerde bir kısalma olmadığından ekstremelerde değişim olmaz ve uzunlukları post6re g6re oransız kalır. İntervertebral disklerde su kaybı ile meydana gelen incelme bu post6r değişimine nedeni olur.

Deri altı yağ dokusu yaşla birlikte kaybolur. Bu en6ok y6zde ellerde ve kadınlarda memede belirgindir. Epidermisde mitotik index azalır. Deride kolla- jen doku değişiklikleri belirgindir. Elastik liflerin b6t6nl6đ6 bozulur aralarında

geniş boşluklar oluşur. Deride incelme, elastikiyetinde bozulma görülür. Güneş ışınları, rüzgar, soğuk gibi çevresel etkenler cildlerini çabuk bozar, yaralar geç kapanır. Deri altı kas tabakasının tonusu bozulur. Deride özellikle ellerde belirgen pigmentasyon başlar. Saçlarda kırılma ve dökülmeler belirir.

b) Kardiovasküler sistem : Endokardiumdaki skleroz ventrikül ve atrium duvarlarında miyokardiyal hipertrofi, mitral ve aortik kapaklarda kalsifikasyon ve fibrozis gibi değişiklikler görülür. EKG'de PR, QRS ve QT intervalleri kısalmıştır. Kardiyak out-put yılda %1 oranında azalma gösterir. Koroner arter sirkülasyonu 60 yaşından sonra %35 azalmıştır. Arter direnci ise yılda %1 oranında artar. İletim sistemindeki değişiklikler dolayısıyla ritim bozuklukları ortaya çıkar.

Venlerin fibrozisi ve dilatasyonu nedeniyle periferik ödem ve varisler ortaya çıkar. Arter duvarlarında, kolesterol plak formasyonu kalsiyum birikimi, elastin ve kolajen birikimi gibi değişiklikler ortaya çıkar. Arterlerdeki bu değişikliklere bağıntılı olarak renal kan akımı azalır sonuçta su ve sodyum retansiyonu ortaya çıkabilir.

c) Solunum Sistemi

Alveollerde kaybolma yaşla artar. Silia hareketi bozulur. Plevral dokuda elastikiyet azalır, interkostal kaslar ve diyafragma zayıflar, atrofiye olur. Kostaların kırık yapıları bozulup, kalsifiye olmaya başlar. Vital kapasite azalır, oksijen perfüzyonu zorlaşır. Artan residüel volüm ile O₂-CO₂ değişimi güçleşir. Parsiyel oksijen basıncı düşer. Yaş ile maximum nefes alma kapasitesi paralel olarak azalır.

d) Gastrointestinal sistem :

Salivasyon azalır ve alkali derecesi artar. Mandibula, maxilla da dejeneratif değişiklikler meydana gelir. Periodontal hastalıklar, osteoporoz vs. gibi faktörlerin değişikliklerde rolü vardır. Dış sayısında azalma ile çiğneme fonksiyonu bozulur. Bütün bu değişiklikler beslenmeyi bozacaktır.

Mide suyunun hacmi ve asiditesi azalır. Pepsin seviyesinde azalma olur. Midenin motor fonksiyonunda bozulma olduğu halde midenin boşalma süresi değişmez. İntrensek faktördeki azalma nedeniyle pernisiyöz anemi yaşlandıkça sıklaşır. Hazımsızlık, bulantı, disfaji gibi şikayetler ortaya çıkabilir.

Karaciğer parankimal atrofiye bağlı olarak küçülür. Karaciğer fonksiyon kapasitesi yaşla azalır safra kesenin kasılması ve boşalma gücü aynı kalır fakat taş görülme sıklığı yaş ile artar. 60 yaşından sonra erkeklerde %10, kadınlarda %20 artar.

Pankreasda, β -hücrelerinde azalma başlar ve kan şekeri artışına cevabı azalmıştır. α -hücrelerinden gelen glukagon cevabı da azalmıştır.

İnce barsakların motilite ve absorpsiyonu azalabilir. Anal sfinkterin tonusu kaybolabilir. Bu nedenlerle defakasyon değişiklikleri ortaya çıkabilir. İntestinal salguların yeterli kadar salınmamasıyla vitamin, mineral emilimi bozularak malnütrisyonlara sebep olabilir.

e) Endokrin sistem

Yaşlılarda karbonhidratlara tahammül azalmıştır. Glikoz tolerans testi yüksektir ve normale düşüşü daha uzun sürer. Diabetes mellitus prevalansı yaşla artar. Bu insülün cevabının azalması ile ilişkilidir.

Yaşın ilerlemesiyle tiroid bezinde atrofi ve dejeneratif değişiklikler gelişir. Bağ dokusu artar ve kolloidde sertleşme meydana gelir. Hedef dokuların tiroid hormonuna cevabı azalmıştır.

Kortisol sekresyonunun regülasyonu yaşla bir değişiklik göstermez. Adrenal korteksin ACTH'a cevabı %50 zayıflamıştır. Yaşla medulladan epinefrin, norepinefrin salınımı yavaşlamış, dopamin salınımı artmıştır.

Kadınlarda östrojenin parathormonun kemikten Ca^{++} çekişini önlediği bilinmektedir. Yaşlanma ile östrojen azalınca bu fonksiyonda da azalma olur ve osteoporozis olayı ortaya çıkar.

Reprodüktif hormonlar kadınlarda belirgin seviyede düşer ve menapose olayı ortaya çıkar. Ovarial östrojen üretimi durur, fakat plazmada östrojen prokürsorleri adrenaller tarafından salındığından halen vardır. Progesteron sekresyonu belirgin olarak azalır. Böylece hayatın doğurganlığın bittiği dönemine girilmiş olunur. Erkeklerde prodüktivite çok ileri yaşlara kadar devam edebilir. İdiopatik Leydig hücre yetmezliği ve buna bağlı impotens olasılığı artar.

Hipofiz glandı yaş arttıkça ağırlığından %20 kaybeder. Ön lob hormonlarının ritmik salgılamasında değişiklikler olabilir. Postmenoposal kadınlarda plasma FSH seviyesinde belirgin, LH seviyesinde ılımlı bir artış tespit edilir. Nöroendokrin kontrol ve hedef organ cevapları yaşlanma ile değişikliğe uğrar. Hedef organlarının hormonal stimülasyona cevabı azalmıştır.

f) Nörolojik Sistem : Yaşla beyin ağırlığı %25 azalır, beyinde yaygın hücre kaybı olur. Yerine yenileri yapılamadığından orjinal sinir iletim yolları tahrip olmuş olur. Yaşlanma ile hücrelerde morfolojik değişikliklerde meydana gelir. Progresif dendritik dearborizasyon, lipofussin pigment birikimi, sinir depolarizasyon azalması gibi değişiklikler başlar. Otonom sinir cevabı ve refleks iletim hızı yavaşlamıştır.

Beyne gelen kan akışının azalması ve dolayısıyla oksijenlenmenin bozulması ile ilerleyici konfizyon ve unutkanlık meydana gelir. Ağrı hissi kaybı, pares-tezi, akinezi, uyku bozuklukları, irritabilite, ortostatik hipotansiyon gibi şikayetler sıkça ortaya çıkar.

g) Lokomotor sistem : Yaşlanan kemiklerden kalsiyum çekilmeye başlar. Kartilaj doku ve kaslarda atrofi başlar. Kaslarda yağ dokusu artışı olur. Kemiklerin kitlesi yavaş yavaş azalmaya başlar. Kortikal atrofi, dekalsifikasyon meydana gelir. Eklemlerde de kalsifikasyon, snovial membranda kalınlaşma, eklemlerde vasküler yetersizlik oluşur. Dizin ve kalça eklemının fleksiyonu güçleşir. Göğüs derinliği, Pelvisin eni artar, fakat abdomen derinliği azalır. Bu değişiklikler sonucu mobilite azalır ve hareket sırasında ağrılar olur.

Kemik vertikal trabeküllerinde demineralizasyon ve kortikal kemik atrofi-si spontan vertebral veya kalça kırıklarına neden olur.

h) Üriner Sistem : Böbrek parankim dokusunda atrofi ve böbrek kanlan-masının azalması nedenleriyle böbrek fonksiyonları bozulur. Mesane kapasitesi-nin düşmesi, ureter, uretra ve mesane kaslarının elastikyet ve tonusleri azalması dolayısıyla idrar inkontinansı, noktüri, poleri gibi şikayetler ortaya çıkar. Ayrıca erkeklerde prostat büyümesine bağlı olarak idrar retansiyonu oluşabilir. Kadınlarda sistosel dolayısıyla idrar kaçırma olabilir.

ı) Duyu Organları : Yaşla duyu organlarının fonksiyonları bozular. Gözde vasküler tıkanmalar, vitreousun tahribi, göz kaslarında problemler optik sınırdaki tahribatlar yaşla gelen değişikliklerdir. Karanlık-aydınlık adaptasyonu güçleşir, görme keskinliği azalır. En belirgin değişiklik lensde olur. Ortalama akomodasyon kabiliyeti 50 yaşına kadar sabit kalır, daha sonra bozular. Lensin protein yapısındaki değişikliğe bağlı lens opaklaşır saydamlığı kaybolur ve kataraktla sonuçlanır. Lensin rijitliği artarak odaklama gücü azalır ve presbiyopi ile sonuçlanır. Bunun yanısıra periferik görme ve gece görmesi azalır, gözler aşırı kamaşır.

Kulaklarda da bazı değişiklikler ortaya çıkar. Yüksek frekansdaki seslerin duyulması zorlaşır. S, Z, T, F, G gibi sessiz harflerin ayrımını yapamaz. Yaşlılarda koklea yeteri kadar kanlanamaz ve bozular. İşitme sınırları içinde nöronların ve hair-cell'lerin azalması ve timpan zarının kalınlaşmasının duymanın ağırlaşmasında etkileri vardır.

Koku ve tat alma duyuları da tedricen bir miktar azalabilir. Ayrıca santral sinir sistemindeki değişikliklerin de bu duyu bozukluklarında etkisi vardır.

YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN BAZI HASTALIKLAR :

(9, 10, 11, 16, 18, 22, 32, 38, 42, 48, 50).

1. Konjestif kalp yetmezliği :

Yaşlılıkta miyokard atrofisi ile beraber yer yer bağ dokusu bandlarının yerleşmesi kalbin kolaylıkla dilate olmasına neden olur. Hipertansiyonun da kalp yetmezliğinde etkisi olabilir. Miyokard enfarktüsü, enfeksiyöz miyokardit koroner arter hastalıkları, kapak hastalıkları, akciğer difüz lezyonları gibi hastalıklara neden olabilir. Ayrıca kardiyak out-putu artıran nedenlerle yüksek debili kalp yetmezliği de meydana gelebilir ki bunlar anemi, paget hastalığı, hipertiroidi, büyük stressler, psikolojik travmalar, kısa zamanda aşırı kilo alma, ağır egzersizlerdir.

2. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter lezyonları ve bunların meydana getirdiği komplikasyonları ileri yaşlarda en çok rastlanan hastalıklardır. Koroner arter hastalıklarının en önemli sebebi aterosklerozdur. Kolesterolün ateroskleroz gelişmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ayrıca günde içilen sigara sayısı, alkol kullanımı, hipertansiyon, diabet de etkili faktörlerdir. Koroner sklerozundaki angina pectoris, yorgunlukla ortaya çıkarak istirahatla kaybolan göğüs ağrısı şeklindedir. Akut koroner yetmezliğinde göğüs ağrısı istirahatte iken de gelir, nitogliserine dirençlidir. Miyokard enfaktüsü, yaşlılarda hafif ağrı ile belirgin olmayan belirtilerle karşımıza çıkabilir.

3. Ritm Bozuklukları

En sık sinüzal bradikardi, sino-oriküler blok, oriküler flutter, fibrilasyon, ventriküler taşikardi, nodal-ventriküler-oriküler ekstrasistol, Koroner sklerozu, hipertansiyon, miyokardı etkileyen enfeksiyonlar, ilaçlar nedendir. Yaşlılarda ritm bozukluklarının erken teşhisi önemlidir. Zira kronik süreçlerin sonucu olarak ortaya çıkabilirler ve prognozu ağırlaştırırlar.

Ritm bozukluğunda yaşlının, prekardiyal ağrı, yorgunluk hissi, baş dönmesi, senkop, irritabilite, konfüzyon, nefes darlığı gibi şikayetleri vardır.

4. Hipertansiyon

Arter çeperinin ileri yaşlardaki sklerozu ile meydana gelir. Diabet gibi olaylar da bu olayı artırır. Hipertansiyonun serebrovasküler ve kalp-damar hastalıklarında önemli derecede rolü vardır. Yaşlılarda 160/95 mm Hg'nın üzeri, Hipertansiyon olarak kabul edilmektedir. Hipertansiyon yaşlılar arasında oldukça yaygındır ve %50'inde mevcuttur. Kişi ne kadar yaşlı ise hipertansiyona bağlı hastalıklar o kadar az görülür.

Kısmen yaşın ilerlemesiyle vasküler sertliğin daha fazla olması ve sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasından dolayı yaşla birlikte sistolik hipertansiyon prevalansı artmaktadır. 75 yaşın üzerindeki kişilerin %30'undan fazlasında, dinlenme sırasındaki sistolik kan basıncı 160 mm/Hg'nın üzerindedir. Uzun süreli kan basıncı artışı baroreseptör refleksi duyarlılığını bozar, vasküler ve ventriküler uyumu bozar.

5. Kronik Bronşit

Çoğunlukla solunum yolları drenajını güçleştiren bronş duvarlarını bozan ve enfeksiyonları kolaylaştıran şartların meydana getirdiği sekonder bir hastalıktır. Bronş mukozası bozulur, silialı epitel kaybolur, bronş duvarlarında fibrozis oluşur. Bronş ifrazatının uzaklaştırılması zorlaştığı için akciğer enfeksiyonları bu zeminde kolaylıkla yerleşebilir.

6. Akciğer tüberkülozu

Yaşlılar tüberküloza immun değildir, ve çok sık görülür. Mortalite yüksektir. Otopsilerle yapılan bir çalışmada 60 yaş üstünde insidansın %28 olduğu bulunmuştur. Bu yaşlarda tbc. aşık bir belirti, bulgu vermeyebilir. Öksürük, balgam dışında günlük işlerine devam edecek kadar bir sıkıntısı olmaz. Bu yüzden farkında olmadan enfeksiyonu etrafa yayabilirler. Diyabetikler özellikle bu yönden risk altındaki gruptur. Yaşlıda ani bir hemoptizi, tbc. veya bronş kanserini düşündürmektedir.

7. Böbrek Yetmezliği

Şok, hipovolemi, dehidratasyon, akut kalp yetmezliği, böbrekler üzerine etki yapar. Bunun yanında prostat büyümesi, taşlar, üriner obstrüksiyona neden olarak hidrostatik basıncı artırır. Alkol ve bazı ilaçlar da üriner obstrüksiyona neden olarak hidrostatik basıncı artırır. Alkol ve bazı ilaçlar da üriner sistemi etkileyebilir. Malnütrisyon ve azotemiye yol açar. Ayrıca iştahsızlık bulantı, kilo kaybı, diyare, solukluk da bir böbrek yetmezliğini hatırlatır.

Yaşlılarda sık görülen anemi de böbrekler üzerine kötü tesir yaratır. Anoksik şartlarda böbrekler etkili bir fonksiyon gösteremezler. Böbrek arterlerinin sklerozu da böbreğin kanlanmasını bozacağından fonksiyon kaybına neden olabilir. Böyle bir olayda %5 olasılıkla malign hipertansiyon meydana gelir.

8. İdrar İnkontinansı :

Yaşlı kimselerde yaygın olarak görülen ve özellikle rahatsızlık veren bir semptom olup önemli psikososyal ekonomik, sağlık sorunlarına neden olur. Toplumdaki yaşlıların %5-20 si, bakımevlerinde yaşayanların %40-75 inde görülmektedir. Operasyon sonrası, akut konfüzyon durumları, immobilizasyon,

gaita sıkışması, akut mesane enfeksiyonları, hiperkalemi, hiperglisemi, bazı ilaçlarla meydana gelen düzelebilen idrar kaçırma nedenleridir.

Düzelemeyen durumlar ise beyinde vasküler, atrofik veya neoplazik lezyonlar, demans, medulla spinalis tümörleri, spinal transeksiyon ve multipl skleroz gibi olaylarla ortaya çıkar. Stress inkontinans halinde karın içi basıncı geçici olarak arttığı zaman kaçırır. Pelvis kasları ilerleyen yaşla, birlikte zayıflaması ve geçirilmiş bir ameliyat ile zarar görmüş olması buna neden olur. Menapoz sonrası kadınlarda atrofik üretrit ve östrojenin azalması stress inkontinansda diğer etkili faktördür. Östrojen üretra çıkışı mesane mukozasının tonusuna katkıda bulunmaktadır.

9. Dejeneratif Artrit :

Progresif olarak ilerler. Bilhassa dinlenme sonrası etlemlerde sertlik meydana gelir. Eklemde krepitasyon, uçlarda deformasyonlar oluşur. Röntgende, eklem aralığında ve eklem kenarında osteofitler görülür. Bu olay en çok parmaklarda sonra vertebralarda görülür. Vertebrada, servikal bölgede olduğunda başa, kollara, göğse yayılan ağrılardan şikayetçi olunur. Diğer yerleştiği yer diz eklemi- dir. Eklemlerde şişlik de yumuşak doku kalınlaşmasına bağlı görülebilir. Bu hastalıkta ankiloz olmaz, hareket kabiliyeti mevcuttur.

10. Romatoid Artrit

Bu hastalık ileri derecede maluliyete neden olur. Eklem sinovyası kalınlaşır. Zamanla fibröz, vasküler bir yapıdaki pannus meydana gelir. Bu kalınlaşma giderek eklem mesafesini kapatır ve ankiloz ortaya çıkar. Röntgende kemiklerde de kalsifikasyon görülür. Oldukça ağrılıdır, eklemlerin hareket kabiliyeti azalmıştır.

11. Osteoporoz

Yaşla kemiklerde demineralizasyon görülür. Osteoporoz kemikte protein metabolizması bozukluğuna bağlı bir hastalıktır. Osteoblastik aktivite azalmış ve kemik matrisi teşekkülü gerilemiştir. Vertebralar ve pelviste ilk önce ortaya çıkar. Boyda kısalma, kifozlar ortaya çıkar. Osteoporotik kemikler kolay kırılır. 25 hidroksivitamin D'nin böbreklerde 1.25 dehidroksi vitamin D'e hidroksilasyo-

nu yaşlılarda bozulur ve dolayısıyla kalsiyum emilimi azalır ve böylece paratiroid hormon düzeyi artmaktadır. Ayrıca böbrek fonksiyonlarının yaşla azalmasının iskelet bütünlüğündeki değişiklikler ile ilgisi olduğu da bulunmuştur.

Hareketsizliğin kemik kütlesinde kayıp nedeni olduğu bilinmektedir. Fizik egzersizlerin düzenli olarak yapıldıklarında kemiğin mineral içeriğinin arttığını gösteren çalışmalar vardır.

12. Uyku bozuklukları :

Yaşlılar, genç yetişkinlere oranla daha uzun süre yatakta kalmaktadırlar. Ancak bu vaktin pek azında uyumaktadırlar. Uyku verimliliği ve uyuyabilme yaşla doğru orantılı olarak azalır. Gece uykusu yaşlılarda gençlere oranla daha kısa hafif ve bölünmüştür. Uykuya dalmakta güçlük veya sık sık uyanma şikayetleri vardır.

Yaşlılarda uykunun safhalarında belirgin değişiklikler olur. Derin uyku safhaları olan safha 3 ve 4 azalırken safha 1 ve 2 artar. REM uykusunda yaşla azalır. Genel düşüncenin aksine yaşlıların da herkes kadar çok uykuya ihtiyaçları vardır. Geceleri uyku ihtiyacını alamayınca, gündüzleri uyuma ile yaşlıların işlevsel seviyesinde yavaş yavaş azalmalar meydana gelir.

Yaşlılarda uyku bozukluklarına neden olan olaylar eklem ağrıları, miyalji, felç, parkinson, Alzheimer hastalığı, psikolojik düzensizlikler, alkol, bazı ilaçlar, kafein, sigaradır.

13. Demans

Zeka fonksiyonunun kronik ve çoğu zaman da ilerleyici bir biçimde kaybıdır. Bunama normal bir olay değildir. Normal bir yaşlanma olayında hemen bütün zeka fonksiyonları yerindedir yada pek az önemsiz kayıplar olabilir. 65 yaşını aşmış kişilerin %2.5-5 kadarı şiddetli, %10'u ise hafif-orta-şiddette bunama gösterir. Demansın %15'i tedavi edilebilir niteliktedir. Çeşitli ilaçlara, böbrek yetmezliğine, anemiye, kalp yetmezliğine, vitamin B₁₂ noksanlığına bağlı demanslar tedavi edilebilir niteliktedir. Serebrovasküler olaylara bağlı olarak ise daha kötü prognozlu demans meydana gelir.

Demans olaylarının %70'inde Alzheimer hastalığı vardır. Nedeni bilinmeyen, ilerleyici, primer nörolojik dejenerasyon olayıdır.

14. Serebrovasküler Akseadan (Felç) :

Serebrovasküler hastalıkların hemen hepsi atheroskleroza, hipertansiyona veya birlikte bunların her ikisine bağlı olarak meydana gelir. Felç nedenleri şöyledir :

1. Kan akımının geçici olarak bozulmasına veya hipertansif ansefolopatiye bağlı serebral yetmezlik,
2. Kafa-içi veya dışı arterlerin trombozu yada embolisi nedeniyle gelişen beyin enfarktüsü,
3. Beyin kanamaları.

Semptom ve belirtiler beynin zedelenen bölgesini yansıtır. Olayın başlaması uykudayken veya uyanırken başlaması enfarktüsü akla getirir. Egzersiz sırasında başlayan olaylarda ise kanama düşünülmektedir. Gelişmekte olan felç 24-48 saat içerisinde giderek şiddet kazanan ve artan nörolojik kusurlarla belli eder. Tamamlanmış felç ise kendini birdenbire gösterir ve hastayı hemen ölüme götürür veya değişik olabilen bir seyir izler. Her iki şekilde de hastaların %35'i ölür. Nörolojik düzelmenin derecesi, yaşa, genel sağlık durumuna, hadisenin yerine ve kapsamına bağlıdır. Bilinç bozukluğu, mental bozukluk, afazi prognozun daha kötü olduğunu düşündürür.

15. Aksidental hipotermi :

Vücut ısısının beklenmedik bir şekilde 35 °C'nin altına düşmesidir. Otonom sistemde regülasyondaki yetersizlik yaşlı kimselerdeki vücut ısısı düşmesine nedendir. Uzun süre şiddetli soğuğa maruz kalma anlamında değildir. Orta serinlikteki (18.5 °C) yerlerde bile hipotermik hale gelmektedirler. Vücut ısısı birkez 35 °C nin altına düşerse, yavaşça ve sinsiçe düşüş devam ederek ölümle sonuçlanır. Yaşlılarda mobiliteyi engelleyen durumlar bu olayı kolaylaştırmaktadır.

16. Ortostatik hipotansiyon :

Stabil oturan bir kişi birden ayağa kalktıktan sonra sistolik basınçta 10 mmHg veya daha fazla düşüş olarak tanımlanır. Toplumdaki yaşlı kişilerde ortostatik hipotansiyon prevalansı %20, 75 yaş üzerinde %30'a kadar yükseldiği

görülmüştür. Kullanılan ilaçlar, hastalıklar, hipertansiyon ve sekelleri ileri yaşlardaki ortostatik hipotansiyonun temel belirleyenleri olabilmektedir.

Yaşlılıkta hipertansiyon paradoksal bir şekilde ortostatik hipotansiyon olasılığını artırır. Yaş arttıkça serebral kan akımında ilerleyici bir azalma olduğunu ortaya koymuştur. Hipertansiyon ile serebrovasküler hastalığa ilişkin diğer risk faktörlerinin varlığında beyin kan akımı daha da azalır. Kan basıncında hipotansif sınıra bile girmeyen, nispeten orta dereceli düşüşler bile beyin kan akımında azalmayla sonuçlanabilir. Yaşlılarda sıvı akımını engelleyen veya sıvı kaybını artıran olaylarda da hipotansiyon gelişir.

YAŞLILARA YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER

Endüstrileşme dönemine kadar yaşlıların büyük bir kısmının bakımını aileleri üstlenmişti. Aile yapısı ve toplumsal normlar nedeniyle bu geleneksel uygulamalar herhangi bir yaptırım söz konusu olmadan süregelmiştir. Yaşlı popülasyon oranının az olmasında bu konuda diğer bir faktördür. Aynı zamanda, geniş aile yapısının varolması, aile içi, dayanışma ve beraberlik kadının evde olması, kentleşmenin aşırı olmaması, sosyoekonomik sorunların bugünkü kadar yoğun yaşanmaması yaşlıların bir sorun olmalarını engellemiştir (37).

DSÖ Avrupa Bölgesi Ofisi tarafından hazırlanan bir raporda, özellikle koruyucu hizmetlerin verilmesi amacıyla kurulacak kurumların aktiviteleri ve hedefleri şu şekilde belirlenmiştir (64).

1. Fiziksel hastalık ve güçsüzlüklerin önlenmesi
2. Yalnızlık ve izolasyonun önlenmesi
3. Fiziksel hastalık ve sakatlıklar ile psikolojik semptomların erken tanı ve tedavisi
4. Rehabilitasyon ve resosyalizasyona yönelik yeterli tanı, tedavi ve bakım,
5. Hizmetlerin yeterli entegrasyonunun ve iyi organizasyonunun sağlanması
6. Yaşlıların ilgililer tarafından ziyaret edilmelerinin sağlanması.

Yaşlılara yönelik hizmetlerde koruyucu çalışmalara öncelik vermek gerekmektedir.

Japonya'da yapılan bir araştırmada, hastanede yatan hastaların % 31.2 sini 70 yaşın ¼zerindekilerin oluşturduğu ve ortalama hastanede kalış s¼relerinin 105 g¼n olduğu hesaplanmıştır (2). Diğer bir çalışma 11 ¼lkede yapılmıştır ve buna g¼re sağlık ve sosyal hizmet kurumlarını kullanımı genel populasyon içindeki oranlara g¼re beklenenden 3-4 kat fazladır. Bu araştırmada hastanede kalma s¼relerinin 4 aya kadar çıktığı bulunmuştur (65). Bu verilerden anlaşıldığı gibi yaşlılarda koruyucu hizmetler zaman ve maliyet açısından çok kazanılı olacaktır.

Yaşlıların yetersiz duruma d¼řmelerini ¼nlemek veya geciktirmek için çok az çaba harcanmıştır. Amaç, yetersiz duruma d¼řmeden sağlıklı bir Şekilde geçirebilecekleri yaşam s¼resini uzatmak olmalıdır (40).

Bu konuda çalışmalardan biri Washington ¼niversitesinde Ommen ve arkadaşları tarafından y¼r¼t¼lm¼řt¼r. Sigarayı bırakmanın yaşlılarda gençer kadar yarar sağladığını ortaya koymuştur (28).

2000 yılı için sağlık hedeflerinden yaşlıların sağlık geliştirme programları arasında yer alması, yaşlılardaki hastalık ve sakatlıkları ¼nlemek için daha fazla çaba sarfedilmesini teşvik edecektir (28).

Yaşlılarda koruma tedbirleri ¼ aşamada incelenecektir (13) :

Birincil koruma, gelecekte kişilerde hastalık doğurabilme eğilimi olan risk fakt¼rlerini teşhis ve geri çevirmeyi amaçlar.

İkincil koruma klinik evreden evvel asemptomatik safhada hastalıkların teşhis edilmesidir.

Birincil koruma en ¼nemli olan ve sonucu etkileyendir. Birincil koruma; bağışıklama sigaranın bıraktırılması, alkol¼n bıraktırılması, iyi beslenme, beden eğitimi, stresden uzak tutulma, ilaçların doğru kullanılmasını kapsar.

İnfluenzaya karşı aşılanmış, y¼ksek riskli yaşlılarda hastalık %75 oranında azaldığı bunlara bağlı pn¼moni ve hastaneye yatışların azaldığı ortaya çıkarılmıştır (31). Bağışıklık yaşlılarda pn¼moniyi ¼nlemek için yapılan pn¼mokok aşısının etkisinin % 70 olduğu bulunmuştur (13).

Sigara içen yaşlılar sigarayı bıraktıklarında ortalama ¼m¼rleri artar. Koroner kalp hastalığı riski bıraktıktan 5 yıl sonra içmeyenlerin d¼zeyine iner

(13). Solunum sistemi üzerindeki faydası ise biraz uzun zaman sonra ortaya çıkar. Pulmoner perfüzyon ve dolaşımında sigarayı bırakma ile düzelme olur ve bu büyük olasılıkla 1 yıl içinde gerçekleşmektedir. Sigara içmekle oluşan pulmoner epitel geçirgenliği de düzelir. Anormal akciğer fonksiyonları oluşmadan sigara ne kadar erken bırakılırsa o kadar erken ventilasyonda rahatlatma meydana gelir (12).

Yaşlıların periyodik sağlık kontrollerinin yapılması ikincil önleme içindedir. Böylece kanser gibi pek çok önemli hastalık erken teşhis edilebilir. A.B.D.'de yapılan bir çalışma yaşlıların ancak 1/10'nin düzenli gittikleri bir doktoru olduğunu ortaya koymuştur (13). ABD'de bu amaçla şu tarama testleri yapılmaktadır (73) :

1. İskemik kalp hastalığı taraması : EKG, kolesterol ölçümü kan basıncı, kilo izlemi ile yapılmaktadır.
2. Serebrovasküler olayların taranması : Nörolojik muayene, kolesterol izlemi ile yürütülmektedir.
3. Periferel Damar hastalığının taranması : Periferel nabızların kontrolü, diğer klinik belirtilerin takibi ile yapılmaktadır.
4. Göğüs kanseri taraması : Meme kontrolü gerekirse mamografi yapılmaktadır.
5. Kolorektal kanser taraması : Digital muayene, gaitada gizli kan, gerekirse sigmoidoskopi veya rektoskopi ile izlemi yapılmaktadır.
6. Uterus kanseri : jinekolojik muayene, papanikolo testi ile takip edilmektedir.
7. Prostat kanseri : Digital rektal muayene ile izlenmektedir.
8. Akciğer kanseri : Göğüs radyografisi, balgamda hücre tetkiki ile yürütülmektedir.
9. Deri kanseri : Tüm vücudun düzenli aralarla kontrolü ve şüpheli bölgelerden biyopsi yapılmaktadır.
10. Ağız kanseri : Özellikle fazlaca nikotin ve ultrason ile tanısı yapılmaktadır.

11. Over kanseri : jinekolojik muayene, ultrason ile tanısı yapılmaktadır.
 12. Pankreas kanseri : Abdomenin palpasyonu, ultrason ile yürütülmektedir.
 13. Diabetes mellitus : AKŞ takibi, idrarda glükoz izlemi gerekmektedir.
 14. Tiroid hastalığı : Tiroid fonksiyon testleri, boyun palpasyonu, sintigrafi ile yapılmaktadır.
 15. Tüberküloz PPD deri testi ile tarama ve BCG ile aşılama yapılmaktadır.
 16. Üriner sistem hastalıkları : İdrar izlemi ile
 17. Anemi taraması : Rutin kan tetkikleri yapılmaktadır.
 18. Glokom taraması : Tonometri, perimetri ile izlenmektedir.
 19. İşitme bozukluklarının taranması : Fiziksel ses kontrol testleri, odyometri izlemi ile yürütülmektedir.
 20. Osteoporoz taraması : İskelet radyografileri gerekirse bilgisayarlı tomografi, yapılmaktadır.
 21. Demans : Öykü ve geliştirilen testlerin yardımıyla tanınır.
 22. Depresyon taraması : Risk altındaki kişilere testler yapılmaktadır.
- Özetlemek gerekirse ikincil koruyucu önlemler, sağlığın muhafazası için erken teşhis ile birlikte uygun bakımı, sosyal izolasyonun önlenmesi, yaşlının ailesine destek olmayı amaçlar.

Üçüncül koruyucu hizmetlerin amacı yaşlıların yaşam kalitesini artırmak, kronik durumlara (sakatlık veya hastalık) aktivite kısıtlılığına rağmen gündelik hayatını daha kolay sürdürmektir. 65 yaş üstü insanların yılda 30 gününden fazlası, akut ve kronik durumlara bağlı aktivite kısıtlılığı içinde geçmektedir (13).

Yaşlılıkta koruyucu hizmetlerin amacı (27)

1. Hayat kalitesini artırmak
2. Acı ve depresyonu azaltmak
3. Akrabalık ilişkilerini artırmak
4. İnsanları evlerinde tutabilmek şeklindedir.

Aslında koruyucu hizmetler hayatın başlangıcında başlar ve düzenli olarak sürdürülürse yaşlılıkla ilgili önlemlerin çoğu alınmış olur. Örneğin çocuklukta hastalıkların önlenmesi, inaktif olunmaması, şişmanlamamak, sigara ve alkol içmemek ilerde yaşlanıldığında pek çok hastalığın ortaya çıkışını önler (27).

Yaşlanma olayı kişinin değişikliklere çabuk uyumunu önler tamir ve toparlanma gücü azalır ve onun için yaşlılar hastalıklardan çok fazla etkilenirler.

Çocuklukta geçirilen hastalıklardan poliomiyelitis büyük kas gruplarında paralisi yaparak; tbc, akciğeri etkileyerek ilerde yaşlıların aktivitelerini azaltır. Raşitizm pelvis deformitesi yaparak stress inkontinans komplikasyonu yaratacak doğum zorluklarına yol açar. Romatizma kalp yetmezliğine neden olabilir.

Enfeksiyon hastalıklarında antibiyotik kullanılmaması yani tedavi edilmemesi ilerde süpüratif komplikasyonlar yaratarak eklem kısıtlılıklarına yol açabilir (27).

Yaşlılıkta özellikle sedanter hayata geçilmekte ve bu tehlike yaratmaktadır. Yaşlılar da mücadele etmeli, kendine bakmalı, kendilerini riske atsalarda enerjik olmalıdırlar (27).

Koruyucu önlemler özellikle gelişmekte olan ülkelerde çok daha önem kazanmakta. Zira imkanları zaten kısıtlı olan bu ülkelerde önlenebilecek hastalık ve sakatlıkların engellenmesiyle çok masraflı olan tedavi ve bakım masraflarından kurtulmuş olacaklardır. Örneğin Güney Asya Birliği (ASEAN) üyeleri; (Tayland İndonezya, Darüsalam, Filipinler, Singapur, Malezya) primer koruyucu hizmetlere öncelik verme konusunda ortak karar almışlardır. Bu yolda Taylan'da yaşlı kulüpleri kurulmuştur. Bu kulüplerde yaşlılara sağlık eğitimleri verilmekte, vücut çalıştırma egzersizleri yaptırılmaktadır. Buraya üye olanlar arasında daha az solunum yolu rahatsızlığı, artrit atakları vs. görülmüş. Diabet ve hipertansiyonları daha kolay regüle olmuştur. Ayrıca buraya devamlı yaşlıların sosyal izolasyonları engellenmiştir (4).

Özet olarak, yaşlılığın önüne geçilmesi olanaksızdır. Ancak yaşlılıkta görülen bir takım hastalık ve yetersizliklerin önlenmesi yada asgariye indirilmesi mümkündür (51).

DÜNYADA YAŞLILARA BAKIM HİZMETLERİ

Yaşlı insanlar arasında işlevsel yetersizliği önlemek yada geciktirmek kamu sağlığının en önde gelen amaçlarından biri olmalıdır (40). Yaşlılara götürülen tıbbi ve sosyal hizmetler tüm nüfusun genel hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası olmalıdır. Bunun için de tüm kamu ve resmi sağlık ve sosyal servisleri bütün düzeylerde sıkı yardımlaşma gerekir (64). Anlaşıldığı gibi bakım konusunda herkese sorumluluk düşmektedir. Birey yaşlılığı ile ilgili planlar yapmalıdır. Aile, yaşlı fertlerin tüm ihtiyaçlarını kabul edip onları karşılama sorumluluğunu yüklenmelidir. Bölgesel ve yerli makamlar kısmen veya tamamen yaşlılarla ilgili sorumlulukları üstlenmektedir (37).

Yaşlı insanlar arasındaki bağımlılık sorununu azaltmadığımız takdirde, bakıma ihtiyacı olanlar fazlalaşırken, bunların ihtiyaçları karşılanamaz hale gelecektir. Zira yaşlılara bakım götürülenlerin dahil olduğu 20-49 yaş grubu yetişkin nüfus sabit kalacaktır (40). Bu sebepler gözönüne alınarak ülkeler biran evvel bu konuda çalışmalarını tamamlamalıdır. DSÖ'nün bu konuda önerileri, yaşlıya verilecek hizmet modelinin yerel gereksinimler, mevcut durumlar, kaynaklar ve ulusal önceliklerin de gözönüne alındığı bir yerel planlama ile saptanması en doğru yaklaşım olacaktır (64).

Yaşlılara evlerinde kalarak yardım götürmek esas prensip olmalıdır. Yaşlılara en iyi ve devamlı destek aileleri tarafından verilebilir. Sadece maddi değil, manevi destekle yaşlılara psikolojik güven temin ederler. Yaşlı insanların endüstrileşmiş ülkelerde kendi ailelerinden yardım alamadıkları inancına karşılık, Norveç'te yapılan bir çalışmada Norveç'de ailelerin yaşlılara devletin çok üstünde yardım yapmakta olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre devletin yaşlısına bakmak isteyen ailelere destek olması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu, bakıcıların dinlendirilmesi için programlar, eğitici programlar ve maddi yardım şeklinde olabilir. Resmi kurumların amacı bakıcıların yerini almak değil, bu değeri ölçülemez bakım hizmetlerini desteklemek olmalıdır (35). Yapılan başka bir çalışmada, yaşlılara aile içinde bakımcı sunan kadınların çalışma hayatına gün geçtikçe daha çok atılmasıyla yaşlıların bakımının aksadığı belirtilmektedir. Bu açıdan işverenlerin yaşlısı olan ailelere yardımcı olabileceği şeklinde öneriler getirilmektedir (26). Komşular da yaşlılara yaşamlarında büyük destek sağlamaktadır. Alışveriş, ulaşım konularında onlara eşlik edebilmekte veya

yardımcı olabilmektedirler. Yaşlılar da kendi aralarında birbirlerine destek olabilmektedir (64).

Şimdi pek çok gelişmiş ülkede, yaşlılar sağlıklarında veya hastalıklarında geriatrik değerlendirmeden geçirilmektedir. Terapötik ve tedavi edici programların planlanmasında, bakım sağlanmasında ön bilgi vererek her yaşlının uygun bir programa sokulması bu şekilde sağlanmaktadır. Bu değerlendirmede; fiziksel sağlık, fonkstyonel kapasiteler, psikolojik sağlık, sosyal çevresi bir bir incelenmektedir (31).

Yaşlı hastalara götürülen hizmetle iki farklı görüş vardır. Birine göre yaşlılar hastanelerin geriatri birimlerine yatırılmalıdır. Diğer görüşe göre genel iç hastalıkları servislerinde yatırılmalıdır. Her ikisinin de avantajları, dezavantajları bulunmaktadır. Bazı yaşlılar geriatri birimlerine yatırılmalarını toplumdan dışlanma şeklinde algılamaktadırlar. Bazı hastalar özellikle demansı, ciddi mental bozukluğu olanlar normal bir kliniğe yattıkları taktirde durumları daha da ağırlaşmaktadır. Bütün bu faktörler gözönüne alınarak yaşlıların tedavi edileceği birimler seçilmelidir (31).

Yaşlı hastalara götürülecek hizmette diğer bir temel esas hastalıkların getirdiği fiziksel, duygusal, sosyal ve mesleki değişimlerin geri döndürülmesidir. Rehabilitasyon yoluyla kronik hastalıkların ve yetersizliklerin istenilmeyen bir çok etkileri en aza indirilebilir, hatta giderilebilir. Yaşlıların rehabilitasyonu için harcanacak para, onun başkasına bağımlı bir şekilde yaşarken bakım için harcanacak paradan çok daha az olacaktır. Bunun yanında ekonomik terimlerle ölçülemeyecek sosyal ve kişisel kazançları da getirir (1, 55).

Dünyada yaşlıların kurumlarda veya evde bakımı için uygulamalar değişik alternatiflerle sunulmaktadır. Yaygın olarak görülen hizmetler şunlardır (21, 64) :

1. Yaşlı konutları : Her türlü konforun mevcut olduğu evlerdir. Buralarda bağımsız olarak yaşamlarını sürdüren yaşlılara ayrıca evişi, alışveriş vs. içinde yardımcı hizmet sağlanır.

2. Yaşlı evleri : Yaşlı konutlarından daha küçüktür. Yatılan bölümler kişiye aittir, ayrıca yemekhane, kütüphane, banyo, oturma salonları gibi toplu yaşam bölümleri vardır.

3. Yaşlı huzurevleri : Kendi işini kendi yapmak isteyen veya yapamayan fakat devamlı bakıma muhtaç olmayan yaşlılar barınır. Tek kişilik odalardan ibarettir. Bunlara ilaveten toplu yaşam bölümleri de vardır.

4. Yaşlı şifa yurtları : Yatağa bağımlı, devamlı tıbbi bakıma muhtaç yaşlıların barındığı yerlerdir. Burada özel eğitim görmüş personeller çalışmaktadır.

5. Hemşirelik evleri : Kronik hastalığı veya sakatlığı olan yaşlıların uzman hemşireler tarafından bakıldığı yerlerdir. Bazı yerlerde özel hastalık kategorilerine göre ayrılmışlardır. Hastanelerde uzun süre kalamayacak yaşlıların bu evlerde bakımları sağlanır.

6. Gündüz bakım üniteleri : Genel hastanelere veya hemşirelik evlerine bağlıdır. Fiziksel terapi, perhiz tedavisi ilaç terapisini denetlemek gibi görevleri vardır. Ayrıca bedensel bakımları da yapılır. Çalışan ailelerin yaşlılarına bakmak için veya yaşlıların ailelerini orada yaşlısına bakarak rahatlatmak için kurulmuş yerlerdir.

7. Mobil yardım hizmetleri : Evinde yaşamayı tercih eden yaşlıların gündelik yaşamlarını kolaylaştırmak amacıyla yaşlıların ayaklarına götürülen hizmetlerdir. Bu konuda gönüllü kişi ve kuruluşlar da hizmet vermektedirler. Ev işlerinin yapılması, bedensel bakımlarının yapılması, alışveriş, yaşlıların gezdirilmesi gibi hizmetlerdir.

8. Tatil kulüpleri, yaşlı kulüpleri gibi yaşlıların sosyal faaliyetlerini sürdürmelerine yardımcı olan hizmetler de vardır. Bu yerlerde yaşlılar biraraya gelmekte, gezintiler yapmakta değişik el sanatları kursları verilmektedir. Ayrıca çamaşırhane, yemek servisi gibi hizmetler de sunulmaktadır.

Tayland'da yaşlılar aileleri tarafından bakıldığı gibi, devlet de bu konuda hizmetler vermektedir. Primer sağlık hizmetleri içinde yaşlıların bakımı da integre edilmiştir. Budist din merkezlerinin desteklediği yaşlı bakım merkezleri vardır. Köylerde yaşlılara el sanatları eğitim kursları açılmakta, şehirlerde çocuk bakımı vs. gibi iş imkanları yaratılmaktadır (25).

Filipinler'de yaşlıların bakımları halen aileleri tarafından sürdürülmektedir. Bununla beraber günlük bakım merkezleri, tatil merkezleri, uzun vadeli bakım merkezleri gibi değişik alternatiflerde bakım hizmetleri sunulmaktadır (46).

Japonya'da yaşlıların büyük çoğunluğu çocuklarının yanında kalarak bakım görmektedirler. Hatta yaşlıların %80'i halen kendi ailelerine güvenmektedir. Bunun yanısıra yaşlılar için bakım evleri, sağlık merkezleri, evde bakım servisleri gibi yardımlar da vardır (2).

Barbados'da 65 yaşın üzerindeki tüm yaşlılara maaş bağlanmaktadır. Yaşlıların rahat seyahat ve tatil yapmalarına imkanlar sağlanmaktadır. Evlere yemek servisi, teknik hizmet servisleri, gündüz bakım servisleri, yatalaklar için bakım servisleri gibi hizmetler de vardır (15).

İngiltere'de geriyatrik tıp 1960'dan bu yana gelişme göstermiştir. Hastane bazında geriyatri ünitesi tüm ülke çapında birkaç yüz sağlık bölgesinde mevcuttur. 500 civarında geriyatri uzmanı hali hazırda mevcuttur. Akut bakım servisleri, geriyatrik değerlendirme ve rehabilitasyon merkezleri, geçici bakım servisleri de mevcuttur (5). İngiltere'de yaşlılar sağlık hizmetleri için para ödememektedirler. Milli sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen 65 yaşına gelmiş erkek ve 60 yaşına gelmiş kadınlara maaş bağlanmaktadır. Milli sigortaya prim ödemeyen ve ihtiyaç halinde olan yaşlılara ise haftalık maaş bağlanır. Ayrıca mesleki ve özel sigortalar yoluyla da yaşlılara maaş verilmektedir (21).

A.B.D.'de geriyatri hastaneleri mevcuttur. Ayrıca hastane dışı bakımın yapıldığı "Skilled Nursing home" adı altında tam uzmanlaşmış kurumlar; "sheltered home" denilen bungalovlardan oluşan bakım evleri; "Residential home" isminde huzurevleri de hizmet vermektedir. Evinde yaşamak isteyen yaşlılar için de ayrı bakım servisleri hizmet götürmektedir (21).

Hollanda'da 65 yaşına gelen tüm yaşlılara belediyeler tarafından aylık bağlanır. Bağımsız yaşayabilenler kendi evlerinde birtakım yardımcı hizmetler alarak kalırlar. Daha sonra fiziksel veya mental yetersizliğe girenler belediyeler tarafından sahip çıkılarak uygun kurumlara yerleştirilir. Kurumlarda kalmak isteyenlerden parasını karşılamayanlara devlet yardım eder. Kurumda kalanların toplumdan izole olmamaları için gönüllüler veya din kurumlarınca sosyal faaliyetler düzenlenir (33).

Almanya'da kurumsal ve mobil hizmetler devlet tarafından verilmektedir. Gönüllüler, vakıf ve din kurumları da desteklemektedir. Geriyatri hastaneleri,

psikogeriyatri hastaneleri, gündüzlü geriyatri hastaneleri de hizmet vermektedir. Kendi evinde yaşayan yaşlılara da yardımcı hizmetler götürülmektedir. Almanya'da 65 üstü yaşlıların %14'ü bu mobil hizmetlerde faydalanmaktadır (33).

İsveç'te yaşlılar belediyelerin kiraladığı, apartman ve evlere yerleştirilir. Bu evler yaşlıların yaşayabileceği şekilde restore edilir. Sosyal refah servisleri adı altında yaşlıların bu evlerde yaşamlarını rahat bir şekilde sürdürebilmeleri için götürülen hizmetlerdir. Ayrıca belediyeler tarafından kurulmuş, huzurevleri de vardır. Yaşlılar ulaşım, kültür-sanat hizmetlerinden indirimli olarak faydalanırlar (33).

Pek çok üçüncü dünya ülkesinde geleneksel aile yapısı yaşlı insanların ihtiyaçlarını ve bakımlarını karşılayabilmektedir. Kentleşme ve çekirdek alieye doğru gidiş, yaşlıların bakım problemlerini gündeme getirmektedir. Bu ülkelerde sağlık alanında yaşlıların ihtiyaçlarını yerine getirecek primer koruyucu hizmetler yetersizdir ve uzak kırsal alanlara yeteri kadar uzanamamıştır. Bu imkânsızlıklar içinde 3.Dünya ülkelerinin yapabileceğinin en iyisi enstitüler kurmaktan önce, geleneksel bakıcıları desteklemektir (52).

TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM MERKEZLERİ : (7, 21, 33, 37)

Yaşlılara bakım ve yardım görevi 1930 yılında çıkarılan Belediyeler kanunu ile Belediyelere verilmiştir. Belediyeler düşkünlere ve diğer yaptıkları yardımların yanısıra onları barındıracak huzurevleri açmaya başlamışlardır.

1963 yılında çıkarılan kanun ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurularak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlanmış, bu tarihten itibaren yaşlılarla ilgili hizmetleri planlama, programlama ve yürütme görevini doğrudan devlet üstlenmiştir. 1983 yılında 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu kabul edilmiştir. Bu kanunla kurum yaşlı refahı ile ilgili tüm görevleri üstlenmiş ve buna bağlı yeni bir idari yapı kurulmuştur. Bu kanunda yaşlıların toplu olarak bakıldıkları huzurevlerini şöyle tanımlamıştır. Muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

Huzurevleri devamlı yatarak tıbbi bakım ve tedaviye ihtiyacı olmayan, beden fonksiyonlarında kendi ihtiyacını karşılamasına engel olacak arızası, sakatlığı ve hastalığı bulunmayan, koruma ve bakıma muhtaç yaşlıların ev ortamı içinde bakılıp korunması ve her türlü ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla açılmaktadır.

Türkiye'de 1991 yılında Huzurevlerinin Durumu :

	Sayı	Kapasite	Bakılan yaşlı sayısı
SHÇEK*	32	4076	2990
Belediyeler	17	2015	1999
SSK Gn.Müd.	1	47	36
Emekli Sandığı	1	225	196
Vakıf ve Dernek	14	968	592
Azınlıklar	6	900	870
Milli Eğitim Bak.	1	90	0
Gerçek kişiler	2	55	58
Toplam	74	8376	6741

* (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu)

Kanunen kendine bakmakla yükümlü kimsesi olmayan yada bulunduğu halde bu yükümlülüklerini yerine getirmeyecek kadar ekonomik yoksunluk içinde bulunan ailelerin yaşlıları ücretsiz, sadece sosyal yoksunluk içinde olan yaşlılar ise ücretli olarak kabul edilmektedir. Bu kurumlarda yaşlılara hizmet doktor, diyetisyen, hemşire, sosyal çalışmacı, fizyoterapist gibi uzman kişiler tarafından koordineli bir şekilde yapılmaktadır. Ayrıca huzurevlerinin bünyesinde yatalak yaşlılar için özel bakım üniteleri açılmıştır.

Huzurevleri dışında yeni hizmet modelleri geliştirilmeye çalışılmaktadır. Örneğin yaşlı gündüz bakımevi olarak yaşlı kulüpleri açılması düşünülmüştür. Pilot bölgelerde uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle yalnız yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak için danışmanlık hizmeti verecek

merkezlerin kurulması düşünölmüştür. Bu merkezler, alışveriş faturaların ödenmesi, beden temizliği, ev temizliği konularında yardımcı olmayı da amaçlamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından açılmış huzurevlerine 60 yaşın üzerinde kendi kendine yeterli olan yaşlılar alınmaktadır. Son yıllarda yatalak, bağımlı yaşlılar içinde bir bölüm ayrılmaya başlanmıştır. Ekonomik gücü yerinde olanlar, ücretli diğerleri ücretsiz alınır.

Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirici faaliyetlere, eğlence günlerine ve toplu gezilere sık sık verilmektedir.

Belediyelerin yaşlı kabul şartları illere göre değişmektedir. Genellikle belediye hudutları dahilinde son beş yıl içinde oturan yaşlıların bakım yurtlarına kabulü için hiç bir yerden geliri, malı, mülkü olmaması ve bakacak hiç bir yakını olmaması şartı aranmaktadır.

III. GEREÇ-YÖNTEM

BÖLGENİN TANITIMI

1. Tarihçe-Coğrafya

Bornovanın kuruluşu M.Ö. 610 yılına kadar dayandığı, kurucuların İyonlar olduğu belirlenmiştir. Kent bugünkü yerine dere yatağının dolması sonucu dağ eteklerinden taşınmıştır. Kuruluşundan bu yana Bornova'ya sırasıyla İyonlar, Lidyalılar, İranlılar, Mekodonyalılar, Romalılar, Bizanslılar, Selçuklular ve Osmanlılar yerleşmişlerdir. Cumhuriyetin ilanından sonra gelişmesi hızla ilerlemiştir. Bornova, Merkez İlçe sınırları içindeyken 1958'de İzmir ilinin bir ilçesi haline gelmiştir. İzmir merkez ilçeye 12 km uzaklıkta olup, yüzölçümü 203 km² dir.

İlçenin kent merkezinde 9 mahallesi ve ayrıca 17 köyü vardır. Kuzeyde Menemen ilçesi ve Manisa ile, güneyde Buca ilçesi, doğusunda Kemalpaşa ilçesi, batısında ise merkez ilçe ve Karşıyaka ilçesi ile çevrilmiştir.

Bornovanın iklimi yazları kurak ve sıcak, kışları ılık ve yağışlıdır. Yılın tüm aylarında nemlilik oranı %50 nin üzerindedir. Yağışlı gün sayısı ortalama 83'dür.

2. Nüfus

Bornova Eğitim ve Araştırma bölgesi 1991 yıl ortası nüfusa göre demografik veriler Ek.2'de yer almaktadır.

3. Eğitim

Bornova ilçesinde yer alan eğitim kurumlarının dökümü yapıldığında 45 ilkokul, 7 ortaokul, 5 lise, 2 meslek lisesi, 1 ilköğretim okulu, 1 körlük okulu, 1 eğitilebilir çocuklar ilkokulu, 1 özel lise, Ege Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesinin bazı fakülteleri bulunmaktadır.

4. Ekonomik Durumu

Bornova ilçesinde ekonominin temelini sanayi oluşturmaktadır. Sanayi işkollarından gıda, gıda ambalajlama, alkollü ve alkolsüz meşrubat, tütün, tek-

stil, halı elektrik, elektronik, boya, kimya, toprak ürünleri, metalurji, madeni eşya, orman ürünleri, oto yan sanayi önde gelenlerdir.

Sanayileşmenin artmasıyla ters orantılı olarak azalan tarım sektöründe sebze, meyva, üzüm, narenciye ve zeytin yetiştiriciliği yer almaktadır. Bunun yanısıra hayvancılık da devam etmektedir.

5. Sağlık Örgütlenmesi

Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde Merkez, Ergene, Atatürk, Kızılay, Naldöken, Pınarbaşı, Özkanlar ve Evka-III Sağlık Ocağı olmak üzere 8 sağlık Ocağı bulunmaktadır. Bölgede bir Aile Planlaması ve Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi, bir Verem Savaş Dispanseri bulunmaktadır. Yataklı tedavi kurumu olarak Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi vardır. Ayrıca SSK'nın poliklinik hizmetleri veren bir dispanseri vardır.

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bornova Eğitim Araştırma Bölgesi'nde oturan 65 yaş ve üzeri yaşlıların sağlık ve sosyal sorunlarının belirlenmesi amacıyla araştırma yürütülmüştür.

Örnek Seçimi ve Büyüklüğü : Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesinde sadece Metropolda yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler araştırma evrenine alınmıştır. Sağlık ocaklarına bağlı köylerdeki yaşlılar araştırmaya alınmamıştır. Ev halkı tespit fişlerinden tek tek adresleri alınarak kaydedilmiştir. 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşan evrenden tabakalı tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçim yapılmıştır. Ev halkı tespit fişlerinden toplam 3000 yaşlı evreni oluşturacak nitelikte bulunarak kaydedilmiştir. Uygun örnekleme büyüklüğünü belirlemede kullanılan formülle hesaplanan 340 denek seçilmiştir (56). Sekiz sağlık ocağının her birine bağlı olan yaşlı sayısı ayrı ayrı tespit edilmiştir. Sağlık ocaklarının bölgesinde yaşayan yaşlılar, yüzde orantılı olarak toplam 340 kişi oluşturulmuştur. En fazla yaşlı olan sağlık ocağından hesaba göre en fazla yaşlı 340 kişi içine girmiştir.

Veri toplama Yöntemi : Adresleri belli olan bu 340 kişi araştırmacı tarafından tek tek evlerinde ziyaret edilmiştir. Bir yaşlı evinde bulunamadığında yerine uygun şekilde yedek alınmıştır. Ayrıca adreslerin kaydından sonra ölmüş olan yaşlıların yerine yedek ziyaret edilmiştir.

Araştırmanın amaçları doğrultusunda bilgi edinmek için anket yöntemi uygulanmış ve yaşlılardan bu şekilde veri toplanmıştır. Anket formu yaşlıların demografik özellikleri, sosyoekonomik durumları, günlük yaşam aktiviteleri, sağlık durumlarını belirleyecek şekilde 62 sorudan oluşmuştur.

Yaşlıların öyküsü alınmış, şikayetleri sorgulanmıştır. Kullandığı ilaçlar hakkında bilgi alınmıştır. Daha önce herbirine hekim tarafından konmuş tanılar araştırılmıştır. Yaşlıların fizik bakışı yapılmış ve ayrıca fizik bakıda teşhis koyma ölçütleri kullanılmıştır. Bütün bunlara dayanılarak yaşlıların hastalıkları hakkında öntanımlar konmuştur.

Verilerin değerlendirilmesi : Anket formları kodlandıktan sonra veri kodlama kağıdına elle geçirilmiş ve bilgisayar yardımı ile gerekli tablolar elde edilmiştir. Sonuçlar istatistiksel olarak da ki-kare testi ile yorumlanmıştır.

İncelenen değişkenler :

1. Demografik özellikler
 - a. Yaş
 - b. Cinsiyet
 - c. Medeni durum
 - d. Eğitim durumu
2. Sosyal ve ekonomik durumu
 - a. Gelirin varlığı-yokluğu
 - b. Sağlık güvencesi
 - c. Gelirin subjektif değerlendirmesi
 - d. Yaşadığı evin durumu
 - e. Ev konforu
 - f. Çocuk sayısı
 - g. Yaşadığı kişi sayısı
 - h. Sosyal ilişkileri
 - Çocukları ile görüşme sıklığı
 - Akrabaları ile görüşme sıklığı
 - Arkadaş varlığı

1. Sosyal-kültürel aktiviteleri

j. Uğraşları

k. Kitle iletişim araçlarını kullanım durumu

3. Sağlık Durumu

a. Sağlığını değerlendirmesi

b. Koruyucu sağlık tedbirleri

c. Dış sağlığı

d. Uyku sorunları

e. Alışkanlıkları

f. Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi

g. Fiziksel yetersizlik durumları

h. Yardımcı araç kullanımı

1. Sağlık kurumlarını kullanım durumu.

ARAŞTIRMADA KULLANILAN KAVRAM VE ÖLÇÜTLERİN TANIMLANMASI

1. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşlılardaki yetersizlikler günlük yaşam aktivitelerinin kanıtlarıyla ölçülebilmektedir. En çok kullanılan geliştirilmiş ve standartlara uydurulmuş Kaltz ve arkadaşları tarafından yapılmış bir testtir (20). Temel aktiviteler olarak yürüme, giyinme, tuvalete gitme, yemek yeme, sandalye veya yatakta oturup kalkma gibi faaliyetlerdir. Yardımcı aktiviteler, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işlerini yapma, parasını idare etme, kendi ilacını içme, sokağa çıkma olarak alınmıştır (24). Bu oniki fonksiyonu yerine getirirken kendi başına yapabilme, biraz yardımla yapabilme ve tamamen başkasına bağlı olarak yapabilmesi ayrı ayrı değerlendirilmiştir (24). Yardım gereksinimi, kişinin herhangi bir aktivite için yalnızca kendisinin yeterli olamaması durumudur (14). Aşağıdaki yanıtlar alındığında yardıma gereksinimi olduğu anlaşılmıştır (24).

Banyo yapma : Vücudun bir kısmını yıkayamama

Giynme : Ayakkabısını bağlayamama, fermuarını veya düğmelerini kapatamama v.s.

Sandalye veya yatakta oturup-kalkma : Kişi veya araç gereksinimi duyma.

Tuvalete gitme : Kişi veya araç yardımıyla gitme, tuvalette yıkanma veya giysilerinin düzeltilmesini yapamama.

Yürüme : Ev içinde yürüme sırasında herhangi bir kişi veya araca gereksinim duyma.

Yemek yeme : Meyve soyma, et kesme, vs. işleri yapamama

Sokağa çıkma : Yakın çevresine giderken herhangi bir kişi veya araç gereksinimi duyma.

Alışveriş yapma : Beraberinde bir kişi ile gitme

Kendi yemeğini hazırlama: Bazı basit yemekler dışında tüm yemekleri yapamama.

Ev işi yapamama : Ağır ev işlerini yapamama

Parasını idare etme : Maaşını almaya birisiyle gitme, veya para hesabı tutarken yardım isteme.

İlaç içme : Birisi hatırlatır veya hazırlar ise kendi ilacını içme.

2. Hastalıkların öntanı ölçütleri

Geçerlilik ve güvenilirlikleri ispatlanmış tanı koyma ölçütleri kullanılmıştır (25, 45).

1. *Dejenaratif Artrit* : Romatoid Artrit için aşağıdaki bulguların en az üçünün olması ön tanı için yeterli kabul edilmiştir.

1. Sabah sertliği
2. Eklem ağrısı
3. Eklem şişliği
4. Birden fazla eklemden şişlik
5. Simetrik eklem şişliği
6. Subkutan nodül
7. Hareket sınırlılığı

Aşağıdaki bulgulardan her üçünün de bulunması durumunda osteoartrit ön tanısı konulmuştur.

1. Gittikçe artan eklem ağrısı
2. 50 yaştan sonra başlama
3. Haberdan nodülleri veya krepitasyon.

2. Duodenal ülser

- a) 1. Daha önce hekim tarafından onikiparmak barsağı ülseri tanısı alınması.
2. Bu tanıyı almışsa, röntgenle desteklenmesi veya
- b) 1. Epigastriumda ağrı
2. Epigastriumda yanma, ekşime
3. Hazımsızlık
4. Ağrılar yemekten sonra iki saat içinde olması
5. Gece uyandırması
6. Mide ekşimesinin yatma, eğilme, gerinme gibi vücut şekilleriyle artması.

3. *Hipertansiyon* : Kan basıncı ölçümünde kuru sfigmomanometre kullanılmıştır. Kişiler beş dakika istirahat ettikten sonra oturur durumda, sağ koldan yapılan üst üste üçüncü ölçüm kan basıncı değeri olarak kabul edilmiştir. Aşağıdaki bulguların herhangi birinin varlığında hipertansiyon olarak değerlendirilmiştir.

1. 160 mm Hg veya daha yüksek sistolik tansiyon
2. 95 mm Hg veya daha yüksek diastolik tansiyon
3. Sistolik veya diastolik tansiyon normal sınırlarda, fakat antihipertansif ilaç kullanma.

4. *Diabetes Mellitus* : İnsülün ve oral antidiyabetik kullanıyor olması yeterli kabul edilmiştir.

5. *Kalp Hastalığı* : Myokard enfarktüsü, Anjina ve Konjestif kalp yetmezliği araştırılmış, aşağıdaki ölçütler kullanılmıştır.

1. Myokard infarktüsü ile uyumlu bir öykü ile hastaneye başvurup böyle bir tanı ile tedavi görmüş olması.

2. Angina pektoris'e uyan substernal veya sol göğüs ve kolda 10 dakikadan az süren ağrı anamnezi.

3. Konjestif kalp yetmezliği için

1. Kardiyak Dispne

2. Ödem veya yüksek venöz basınç bulguları

6. *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)* : Kronik Bronşit, Astma, Amfizem bu grup içinde incelenmiş ve aşağıdaki bulgular varlığında ön tanı konmuştur.

1. Dispne veya kronik öksürük

2. Pozitif muayene bulgusu

3. Son üç yıldır bu hastalıklardan birisinin tanısı olarak tedavi görüyor olması

7. Felç :

1. Öyküsünün pozitifliği

2. Afazi

3. Parazi veya paralizisi bulunması.

8. *Demans* : Kişi, yer ve zaman dezorantasyonunun belirlenmesi.

Bu ölçütlerle birlikte yaşının daha önce aldığı tanılar, bir hekim tarafından verilerek kullandığı ilaçlar, yakınmaları, fizik bakışı değerlendirilerek her bir hastalığın ön tanısının konmasında bunlardan faydalanılmıştır.

3. Sosyal Durum İndeksi

Yaşlıların toplum içindeki durumlarını değerlendirebilmek için geliştirilen indeksde, anket formunda bulunan sorulardan faydalanılmıştır. Medeni durum, yaşayan çocuk sayısı, oturduğu ev, evde kendine ait oda, evdeki konfor, ikamet durumu, uğraşı varlığı, hayatta bir amacı olması, ihtiyaç hissettiğinde yardım edecek kişinin varlığı, birlikte yaşadığı kişi, sosyal-kültürel aktiviteleri, kitle iletişim araçlarını kullanımı, birlikte yaşadığı kişilerden hoşnutluğu, çocukları, akrabaları ise görüşme sıklığı, arkadaş varlığı, gelir varlığı, sağlık güvencesi varlığı, ile ilgili sorulara verilen yanıtlar kendi aralarında puanlanmıştır. Elde edilen toplam puanlara göre yaşlıların sosyal durumu hakkında bir çan eğrisi

oluşturulmaya çalışılmıştır. Buna göre her bir yaşlının durumu "kötü", "orta", "iyi" ve "ok iyi" şeklinde değerlendirilmiştir.

4. Alkolizm araştırılması

Bunun için Brief alcoholism screening test'in ışığı altında üç soru hazırlanmıştır. Bu üç sorunun hepsine de "evet" yanıtı alınması "alkolik ön tanısı" için yeterli kabul edilmiştir. Ayrıca içkiyi kullanma sıklığı, miktarı araştırılmıştır. Bununla ilgili öykü sorgulanmıştır. Sık baş ağrıları, tekrarlayan gastrointestinal Şikayetler gibi belirleyici değer faktörler de araştırılmıştır (72).



IV. BULGULAR

1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Yaş grupları ve cinsiyete göre yaşlıların dağılımı.

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
65-69	55	39.9	120	59.4	175	51.5
70-74	43	31.1	30	14.9	73	21.5
75-79	23	16.7	25	12.4	48	14.1
80-84	11	7.9	16	7.9	27	7.9
85+	6	4.4	11	5.4	17	5.0
Toplam	138	40.6	202	59.4	340	100.0

$$X^2 = 17.511$$

$$S.D. = 4$$

$$P < 0.01$$

Araştırmaya katılan 340 yaşlının % 40.6'sı erkek ve % 59.4'ü kadındır. Hem erkek hem de kadın yaşlıların ağırlıklı olarak bulunduğu yaş grubu 65-69 yaş grubudur. Yaşlıların %51.5'ini teşkil etmektedir. 85 ve üstü grupta kadınların oranı daha fazla gözükmektedir. Yaş gruplarının cinsiyete göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan ileri analizde farkın 65-69 ve 70-74 yaş gruplarından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Daha ileri yaş gruplarında cinsiyet farkı anlamlı değildir. Araştırma grubunda en yaşlı kadın 97, en yaşlı erkek 92 yaşında bulunmuştur.

Tablo 2. Medeni durum ve cinsiyete göre yaşlıların dağılımı

	Evlü		Dul		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	116	84.1	22	15.9	138	100.0
Kadın	92	45.5	110	54.5	202	100.0
Toplam	208	61.2	132	38.8	340	100.0

$$X^2 = 51.203$$

$$SD = 1$$

$$P < 0.001$$

Araştırma grubuna giren yaşlıların içinde hiç evlenmemiş ve eşinden ayrılmış olan yoktu. Yaşlıların %61.2'si evli, %38.8'i duldur. Cinsiyete göre medeni durum dağılımına bakıldığında erkeklerde evlilik oranının daha yüksek (%84.1), kadınlarda ise dul olma oranının daha yüksek (% 54.5) olduğu göze çarpmaktadır. Arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Yaşa göre medeni durum incelendiğinde yine anlamlı bir fark olduğu ($X^2= 20.408$, $p<0.001$) ve ileri analizde bunun 65-69 ve 70-74 yaş grubundan ileri geldiği anlaşılmıştır. İleri yaş grubunda medeni durumlarda anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 3. Yaşlıların Öğrenim durumu ve cinsiyete göre dağılımı

	Okur yazar değil		Okur yazar		İlkokul mezunu		Orta-Lise mezunu		Yüksekokul mezunu	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	20	14.5	28	20.3	57	41.3	20	14.5	13	9.4
Kadın	102	50.5	46	22.8	38	18.8	12	5.9	4	2.0
Toplam	122	35.9	74	21.8	95	27.9	32	9.4	17	5.0

$$X^2 = 60.142$$

$$SD = 4$$

$$P < 0.001$$

Tabloda görüldüğü gibi yaşlıların %35.9'u okur-yazar değildir. Erkek yaşlıların çoğunluğu (%41.3) ilkokul mezunudur. Araştırmaya giren kadınların yarısı okur-yazar değildir. Yaş ilerledikçe okur-yazarlık oranı da özellikle kadınlarda belirgin olmak üzere düşmektedir. Araştırma grubundaki yaşlıların %5.0'i bir yüksek okul bitirmişlerdir. Kadın ekreer arasında istatistiksel fark göze çarpmaktadır. İleri analizde okur yazar olmayan ve okur-yazarların kadınlarda daha fazla olması, yüksek okul bitirmişlerin erkeklerde daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlıdır. İlk ve orta-lise öğrenimi görmenin kadın erkek arasında anlamlı bir farkı yoktur.

2. SOSYO EKONOMİK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4. Yaşlıların gelir durumuna göre dağılımı

Gelir Kaynağı	Sayı	%
Geliri yok	78	22.9
Emekli aylığı	130	38.2
Dul aylığı	23	6.8
İhtiyarlık aylığı	9	2.6
Çalışan	8	2.4
Emekli+çalışan	5	1.5
Diğer gelir kaynaklar*	87	25.6
Toplam	340	100.00

* (Bazı mal gelirleri, yetim aylığı)

Yaşlıların % 1.5 'i ise emekli oldukları halde çalışmaya devam ettikleri ve %2.4'ünün emekli aylığı olmayıp kendi çalışmaları ile geçimlerini sağlamakta oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 5. Sağlık güvencelerine göre yaşlıların dağılımı

Sağlık Güvencesi	Sayı	%
Sağlık Güvencesi yok	91	26.8
Emekli sandığı	80	23.5
SSK	136	40.0
Bağ-Kur	33	9.7
Toplam	340	100.0

Tablodan görüldüğü üzere yaşlıların çoğunluğu (%40.0) SSK 'dan sağlık güvencesine sahiptirler. İkinci sırada %23.5'i ile Emekli Sandığından karnesi olanlar yer almaktadır. Yaşlıların %26.8'inin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur.

Gelir kaynağı olan yaşlılara gelirlerinin yeterli olup olmadığı sorulduğunda %27.0'si yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma grubuna giren yaşlıların %77.6'sı kendi evinde oturmakta, %8.8'i kiracı olarak oturmaktadırlar. Yaşlıların evlerinde %94.7' inin kendine ait odası olduğu, %5.3'ünün olmadığı saptanmıştır. Yaşlıların evlerindeki konfor durumu araştırıldığında tablo 6'da sunulan sonuçlar elde edilmiştir. Yaşlıların yarısının elzem ev araçlarının hepsine sahip olduğu görülmektedir. %4.4 'ünde ise hiç biri mevcut değildir. Görüşülen yaşlıların hepsinin evlerinde elektrik ve şebeke suyu mevcuttur.

Tablo 6. Evdeki konfor durumuna göre yaşlıların dağılımı.

Evde bulunan elektrikli aletler	Sayı	%
Sadece buzdolabı	10	2.9
Radio+TV+Buzdolabı	90	26.5
Buzdolabı+çamaşır mk.+ Radio+TV	29	8.5
Buzdolabı+telefon+ Radio+TV	23	6.7
Hepsi var	173	50.9
Hiçbiri yok	15	4.4
Toplam	340	100.0

Yaşlıların %96.7'si devamlı aynı adreste yaşamaktadır. %3.3'ü sırasıyla yakınlarının yanında bakım görmektedir.

Tablo 7. Yaşayan çocuk sayısına göre yaşlıların dağılımı

Yaşayan çocuk Sayısı	Sayı	%
Yok	17	5.0
Bir	29	8.5
2-3	136	40.0
4-5	126	31
6+	17	5.0
Toplam	340	100.0

Tablo 7'de belirtildiği gibi yaşlıların %5'inin hiç çocuğu yok ve yine %5'inin 6'dan fazla çocuğu vardır.

Tablo 8. Birlikte yaşadığı kişilere göre yaşlıların dağılımı

Birlikte yaşadığı kişi	Sayı	%
Yalnız	42	12.4
Eşi	143	42.0
Eşi ve çocukları	53	15.6
Oğlu	66	19.4
Kızı	33	9.7
Diğer*	3	0.9
Toplam	340	100.0

* (Torunu, akrabası, vs.)

Tablodan görüldüğü gibi yaşlıların %12.4'ü yalnız yaşamaktadır. Büyük çoğunluğu (%42.0) ise eşi ile birlikte yaşamaktadır. Eşi ve bekar çocukları ile yaşayan yaşlılar ise %15.6 oranındadır. Çocuklarının yanında kalan yaşlılar ise %29.1 oranında saptanmıştır. Ayrıca yaşlılar çocuk sayıları ile birlikte yaşadığı kişi sayısı karşılaştırıldığında, yaşlıların %10.5'i en az bir çocuğa sahip oldukları halde yalnız yaşamakta oldukları buna karşılık %3.71'si ise hiç çocukları olmadığı halde birlikte yaşayabilecekleri kişiye sahip oldukları tespit edilmiştir. Çocuk sayısına göre yalnız yaşayıp yaşamama istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 13.669$ SD = 4 p<0.01). Cinsiyete göre yalnız yaşama durumu araştırıldığında erkek ve kadın arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($X^2 = 19.176$ SD = 1 p<0.001). Erkeklerin sadece % 2.9'u yalnız yaşamakta iken kadınların %18.8 'i yalnız yaşamak durumundadır. Yalnız yaşamayan yaşlıların %98.3'ü birlikte oldukları kişilerden hoşnut olduklarını ifade etmektedirler.

Araştırmaya alınan yaşlılara çocukları, akrabaları, arkadaşları ile görüşme durumları sorulmuştur. Çocuğu olan yaşlıların %94.1'inin İzmir'de en az bir çocuğu olduğu belirtilmiştir. Yaşlıların %89.7'si haftada bir veya daha sık çocukları ile görüştüğünü %4.4'ü daha seyrek ve %0.9 gibi bir azınlık hiç görüşmediğini ifade etmiştir. Görüşülen yaşlılardan %7.0'i görüşebileceği bir ar-

kabası olmadığını belirtmiştir. %56.8'i akrabaları ile çok sık temas kurabilmekte, %3.5'i daha seyrek görüşebilmekte ve %1.0 ise çeşitli nedenlerle akrabalarıyla görüşmediğini bildirmiştir. Yaşlılardan %7.0'sinin hiç arkadaşı olmadığı anlaşılmaktadır. %83.8'i çok sık arkadaşları ile biraraya gelmekte, % 8'i daha seyrek görüşmekte, %1'inin ise hiç bir arkadaşıyla bulaşamadığı tespit edilmiştir.

Bir yaşlının kiminle yaşaması uygun olacağı konusu sorulduğunda; yaşlıların % 45.6'sı eşi ile, %45'i çocukları ile %8.2'si yalnız yaşamanın uygun olacağı şeklinde yanıtlamışlardır. Yaşlıların hiçbiri huzurevinde kalmak istemediklerini belirtmişlerdir.

Zor günlerinde kendilerine yardımcı olacak kimsesi olup olmadığı sorulduğunda; yaşlıların 3'ünün böyle bir kimsesi olmadığı görülmüştür. %16.8'inin eşi, %5.9'unun ise yakın dost ve akrabaları yardımcı olmaktadır. Çok büyük bir çoğunluk (%76.5) bu konuda çocuklarına güvenmektedir.

Tablo 9. Yaşlıların boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre dağılımı

Uğraşlar	Sayı	%
Evişi yapan	87	25.6
Kitap okuyan	13	3.8
Kahveye giden	42	12.4
İbadetle uğraşan	31	9.1
Hobileri ile uğraşan	94	27.6
Gezinti yapan	31	9.1
Boş oturan	42	12.4
Toplam	340	100.0

Tablodan anlaşıldığı gibi yaşlıların %12.4'ü boş vakitlerini değerlendirmemektedir. %27.6'sı ise elişi, dikiş, bahçe işleri vs. gibi hobileri ile uğraşmaktadır. %25.6'sı ev işlerinin tüm vakitlerini doldurduğunu ifade etmektedirler. Geri kalanların ise üretime katkısı olmayan gezinti, kahveye gitme, ibadet gibi uğraşları olduğu gözlenmektedir.

Tablo 10. Cinsiyet ve üretime katkılı bir uğraş varlığına göre yaşlıların dağılımı.

	Üretime katkısı olan uğraşısı var		Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	35	27.4	103	74.6
Kadın	146	72.3	56	27.7
Toplam	181	53.2	159	46.8

$$X^2 = 72.486 \quad SD = 1 \quad p < 0.001$$

Tablodan görüldüğü üzere yaşlıların %53.2'si boş vakitlerini üretime katkısı olan evişleri, bahçe işleri, örgü, dikiş gibi uğraşlarla geçirmektedir. Kadınlar boş vakitlerini daha iyi değerlendirmektedir. Cinsiyet farkı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Yaşlılara hayatta bir amacı olup olmadığı sorulduğunda %13.2'si hiç beklentisi kalmadığını ve yaşamdan zevk almadıklarını belirtmişlerdir. %73.3'ünün ise bir amacı, beklentisi olmadığı fakat yaşamdan zevk aldıkları ve ömürlerinin kalan kısımlarını sağlıklı geçirmek istedikleri anlaşılmaktadır. % 2.9'u hacca gitmek, seyahat etmek vs. gibi özel yaşamıyla ilgili beklentileri olduğu, % 10.6'sının ise torunları ve çocukları ile ilgili amaçları olduğunu belirtmektedirler. Yaşamdan bir beklentisi olup olmasının cinsiyete göre istatistiksel bir farkı olmadığı saptanmıştır ($x^2 = 0.007$ $P > 0.05$). Yaşa göre yaşamdan beklentide fark gözlenmektedir ($x^2 = 55.577$ $P < 0.001$). Yaş ilerledikçe yaşamdan beklentisi azalmaktadır.

Tablo 11. Son bir yıldır herhangi bir sosyal aktiviteye katılma durumuna göre yaşlıların dağılımı.

Sosyal faaliyetin cinsi	Sayı	%
Tören-düğün	3	0.9
Tatile çıkan	45	13.3
Pek çok faaliyeti olan	10	2.9
Sinema-tiyatro-konser	-	-
Hiçbir faaliyeti olmayan	282	82.9
Toplam	340	100.0

Tabloda görüldüğü gibi yaşlıların %82.9'unun son bir yılda hiç bir sosyal faaliyeti olmamıştır. Birçok aktivitesi olan ise sadece %2.9'dur. Sinema-tiyatro-konser gibi etkinliğe hiçbiri katılmamıştır.

Tablo 12. Kitle iletişim araçlarından faydalanma durumuna göre yaşlıların dağılımları*

Kitle iletişim aracı	Hergün		Seyrek		Hiç		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Televizyon	250	75.3	44	13.3	38	11.4	332	100.0
Radyo	120	35.4	119	35.1	100	29.5	339	100.0
Gazete	86	39.4	64	29.4	68	31.2	218	100.0

* (TV ve radyosu olanlar ve okuma yazma bilenler)

Tablodan TV izleme oranının diğer kitle iletişim araçlarına göre oldukça yüksek olduğu (% 75.3) gözlenmektedir. Yaşlılar arasında hiç gazete okumayanlar da % 31.2 'e ulaşmaktadır.

Tablo 13. Yaşlıların sosyal durumlarına göre dağılımları.

Sosyal durumu	Sayı	%
Kötü	21	6.2
Orta	65	19.1
İyi	234	68.8
Çok iyi	20	5.9
Toplam	340	100.0

Geliştirilen indekse göre yaşlılar gruplandığında 2/3'inden fazlasının sosyal durumlarının iyi olduğu görülmektedir. Azınlık bir kısım kötü ve yine az bir kısım da çok iyi nitelenebilmektedir.

3. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 14. Temel aktiviteleri yapabilme durumuna göre yaşlıların dağılımı

Temel Aktiveler	Yardımsız		Kısmen yardımla		Tamamen yardımla	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Banyo yapma	289	85.0	15	4.4	36	10.6
Tuvalete gitme	305	89.7	20	5.9	15	4.4
Oturup kalkma	310	91.2	24	7.1	6	1.7
Yürüme	278	81.8	54	15.9	8	2.3
Yemek yeme	314	92.4	19	5.6	7	2.0
Giyinebilme	290	85.3	40	11.8	10	2.9

Tablo 15'den görüldüğü üzere yaşlıların büyük bir kısmı temel aktivitelerini hiç bir yardım almadan yerine getirebildikleri anlaşılmaktadır. Yemek yeme işlevini yüksek oranda (% 92.4) yaşlı yerine getirebilmektedir. Sırasıyla oturup

kalkma (% 91.2) giyinebilme (% 85.3) tuvalete gitme (% 89.7), banyo yapma (% 85.0), yürüme (% 81.8) işlevlerini yerine getirebilmektedirler. Yaşlıların en fazla yetersiz oldukları aktivite banyo yapma (% 10.6) olduğu görülmektedir.

Tamamen yardıma gereksinim duyduğu işlevler ise sırasıyla tuvalete gitme (% 4.4), giyinebilme (% 2.9), yürüme (% 2.3), yemek yeme (% 2.0), oturup kalkma (% 1.7) olduğu belirtilmektedir.

Tablo 15 A. Yardımcı aktiviteleri yapabilme durumlarına göre yaşlıların dağılımı.

Yardımcı Aktiveler	Yardımsız		Kısmen yardımla		Tamamen yardımla	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yemek hazırlama	295	86.8	39	11.5	6	1.7
Alışveriş yapma	242	71.2	32	9.4	66	19.4
İlacını içebilme	316	92.9	13	3.8	11	3.3
Parasını idare edebilme	320	94.1	8	2.4	12	3.5
Sokağa çıkabilme	280	82.3	20	5.9	40	11.8
Evişlerini yapabileme	290	85.3	34	10.0	16	4.7

Tablo 15'den, yaşlıların yardımcı aktivitelerden parasını idare etme konusunda en başarılı olduğu (% 94.1) gözlenmektedir. Sırasıyla bunu ilacını içebilme (%92.9), yemek hazırlama (% 86.8) ev işlerini yapabilme (% 85.3), sokağa çıkabilme (% 85.3) alışveriş yapma (% 71.2) izlenmektedir. Anlaşıldığı gibi yaşlılar ev dışındaki aktivitelerinde en fazla zorluk çekmektedirler. Yaşlılar ulaşım açısından incelendiğinde Tablo 15B'de görüldüğü gibi yaşlıların %23.8'i yalnız başına sadece bakkal, komşu gibi yakın çevresine gidebilmektedir. %64.7'si ise bir vasıta ile daha uzak yerlere yalnız başına gidebilmektedirler. Yaşlıların yaş ilerledikçe ulaşım sorununun arttığı gözlenmektedir. 65-69 yaş grubunun %80'nin ulaşım sorunu yokken, daha ileri yaş gruplarına doğru bu oran azalmak-

tadır. 85 ve üzeri yaş grubunda sadece %11.8'i yalnız başına uzak mesafelere gidebilmekte, fakat % 64.7'si ise yalnız başına hiç bir yere gidememektedir.

Ulaşımında kadın erkek farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($\chi^2 = 45.584$, $p < 0.001$) . Yapılan ileri analizde farkın uzak mesafelere gidişten ileri geldiği anlaşılmıştır. Erkekler, kadınlardan daha fazla oranda yalnız başlarına uzak yerlere gidebilmektedirler.

Yaşlıların %2.0'si 1-3 aydan beri dışarı yalnız çıkamadıklarını belirtmişlerdir. % 9.0'u ise 3 aydan fazla zamandır bu durumda olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 15B. Yaşlıların ulaşım güçlüğü'nün yaşa göre dağılımı

	65-69		70-74		75-79		80-84		85+		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sadece evin yakın çevresine	29	16.6	27	37.0	10	20.8	11	40.7	4	23.5	81	23.8
Uzak mesafeler vasıta ile	140	80.0	43	58.9	26	54.2	9	33.3	2	11.8	220	64.7
Yalnız hiç çıkamıyor	6	3.4	3	4.1	12	25.0	7	26.0	11	64.7	39	11.5

$$\chi^2 = 99.492 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

4. SAĞLIK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 16. Yaşlıların kendi değerlendirmelerine göre şu andaki sağlık durumlarının cinslerine göre dağılımı

	Sağlığı iyi		Sağlığı orta		Sağlığı kötü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	82	59.4	34	24.7	22	15.9	138	100.0
Kadın	83	41.1	52	25.7	67	33.2	202	100.0
Toplam	165	48.5	86	25.3	89	26.2	340	100.0

$$\chi^2 = 15.011$$

$$SD = 2$$

$$P < 0.001$$

Yaşlıların % 48.5'i sağlığını iyi, % 25.3'ü orta, % 26.2'si de kötü hissettiklerini ifade etmişlerdir. Tablo 16 dan görüldüğü gibi kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göze çarpmaktadır. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde de anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2 = 21.513$, $SD = 8$, $p < 0.05$) İleri analizde genç yaşlı grupla ileri yaşlılar arasında fark olduğu saptanmıştır. İleri yaş grubunda kendi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaşlıların sağlıklarını yaşlıları ile karşılaştırarak değerlendirmeleri istendiğinde Tablo 17'de görüldüğü gibi, kadın ve erkek arasında manidar bir fark gözlenmektedir. Erkeklerin % 50.0'si daha iyi derken, kadınların % 32.7'si daha iyi bulmaktadırlar.

Tablo 17. Yaşlıların sağlıklarını yaşlıları ile karşılaştırarak değerlendirmelerinin cinslere göre dağılımı

	Daha iyi		Aynı		Daha kötü		Kararsız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	69	50.0	46	33.3	15	10.9	8	5.8	138	100.0
Kadın	66	32.7	63	31.2	62	30.7	11	5.4	202	100.0
Toplam	135	39.7	109	32.0	77	22.7	19	5.6	340	100.0

$$\chi^2 = 20.562$$

$$SD = 3$$

$$P < 0.001$$

Tablo 18. Sağlığını koruma durumları ile cinsiyetin dağılımı

	Hiç bir önlem almayan		Sağlığını koruma önlemi alan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	88	63.8	50	36.2	138	100.0
Kadın	165	81.7	37	18.3	202	100.0
Toplam	253	74.4	87	25.6	340	100.0

$$\chi^2 = 13.820$$

$$SD = 1$$

$$P < 0.001$$

Görüşülen yaşlılara sağlıklarını korumak için herhangi bir önlem alıp almadıkları konusu sorulduğunda Tablo 18'deki sonuçlar tespit edilmiştir. Yaşlıların % 74.4'ü sağlıklarını için hastalanmadan önce bir tedbir almadıklarını ifade etmiştir. Koruyucu tedbirleri erkekler kadınlardan anlamlı olarak daha fazla yerine getirmektedir. Koruyucu tedbirler olarak % 24.4'ü beslenmesine ve uykusuna dikkat ettiklerini, % 1.2'si ise spor yaptıklarını ifade etmişlerdir. Spor yapanların hepsinin de erkek olduğu gözle çarpılmaktadır.

Tablo 19. Yaşlıların diş fırçalama durumlarının cinsiyete göre dağılımı.

	Günde Bir kez		Günde 2-3 kez		Aklına gelirse		Hiç Fırçalamayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	16	11.6	33	23.9	58	42.0	31	22.5	138	100.0
Kadın	29	14.4	37	18.3	80	39.6	56	27.7	202	100.0
Toplam	45	13.2	70	20.6	138	40.6	87	25.6	340	100.0

$$\chi^2 = 2.725$$

$$SD = 3$$

$$P > 0.05$$

Yaşlıların diş bakımı konusunda büyük çoğunluğunun (% 40.6) fazla titiz davranmadığı ve aklı geldikçe fırçaladıkları, hatta % 25.6 sının dişlerini hiç fırçalamadıkları Tablo 20 de görülmektedir. Cinsiyet fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 20. Yaşlıların uykuda geçirdikleri saate göre dağılımları

Ortalama günde uydukları saat	Sayı	%
4-6 saat	92	27.1
7-9 saat	118	34.7
9-10 saat	110	32.3
11+ saat	20	5.9

Yaşlıların % 34.7'si 7-9 saat normal uykusunu almaktadır. % 27.1'lik oranı uyku saatlerinin 92 olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 21. Yaşlıların uyku sorunlarının cinsiyete göre dağılımı

	Uykuya dalmakta güçlük		Sık sık uyanma		Uyku sorunu yok		Uyku ilacı kullanan	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	15	10.9	31	22.5	91	65.9	1	0.7
Kadın	40	19.8	70	34.7	80	39.6	12	5.9
Toplam	55	16.2	101	29.7	171	50.3	13	3.8

$$\chi^2 = 25.287$$

$$SD = 3$$

$$p < 0.001$$

Tablo 21 'de yaşlıların yaklaşık yarısının uyku ile ilgili problemin olmadığı gözlenmektedir. Bunun yanısıra kalan yarısının uyku ile ilgili bir takım problemlerinin olduğu ve bunlar uykuya dalmakta güçlük (yaşlıların % 16.2'si) sık sık uyanma (% 29.7) uyku ilacı kullanarak uyuyabilme (% 3.8) olarak gözlenmektedir. Kadınların erkeklerden daha fazla uyku problemi olduğu istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır. Yapılan ileri analizde farkın sık sık uyanma sorunundan ileri geldiği anlaşılmıştır. Diğer uyku sorunları da kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark yoktur ($\chi^2 = 3.047$, $SD = 2$, $p > 0.05$).

Tablo 22. Yaşlılarda sigara içme durumunun cinsiyete göre dağılımı

	İçiyor		İçmiyor		Bırakmış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	25	20.3	69	50.1	41	29.7
Kadın	21	10.4	172	85.2	9	4.4
Toplam	49	14.4	241	70.9	50	14.7

$$\chi^2 = 55.417$$

$$SD = 2$$

$$P < 0.001$$

$$\text{ileri analiz } \chi^2 = 7.240 \quad SD = 1 \quad p < 0.001$$

Tablo 22'den araştırma grubundaki yaşlıların % 14.4 'ünün sigara içmekte olduğu, % 70.9'nun hiç içmediği ve % 14.7'nin ise sigarayı bırakmış oldukları görülmektedir. Erkeklerin yarısına yakını sigara hiç içmemiş, kalan yarısı ise halen içmekte yada belli bir dönem içmiş olduğu anlaşılmaktadır. Halbuki kadınların çok büyük bir oranının (% 85.2) sigara hiç içmedikleri görülmektedir. Erkeklerin %20.3'ü sigara içerken, kadınların % 10.4'ünün sigara içmekte olduğu göze çarpmaktadır. Sigara içme durumunun cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir. Buna karşılık sigara içmenin yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2 = 8.733$, $p>0.05$).

Sigarayı içenlerin ve bırakanların % 90.9'u sigarayı 15 yıldan fazla süre kullandıklarını ifade etmişlerdir. İçenlerin yarısından fazlası (% 53.5) günde bir paketten fazla sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Sigarayı bırakanların % 84.0'ünün bırakma sebebi sağlıklarının bozulması, % 14.0'ü doktorunun tavsiyesi ve % 2.0'sinin ise yakınlarının isteği olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlıların % 7.9'u içki içmektedir. İçki içenlerin hepsi de erkektir.

Tablo 23. Yaşlıların sağlık güvencesine göre başvurdukları sağlık kurumlarının dağılımı

Sağlık güvencesi	Yok		Emekli sandığı		SSK		Bağ-Kur		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağı	34	37.4	9	11.3	6	4.4	4	12.1	53	15.6
Hastane	17	18.7	60	75.0	123	90.4	24	72.7	224	65.9
Özel doktor	40	43.9	11	13.7	7	5.2	5	15.2	63	18.5
Toplam	91	26.8	80	23.5	136	40.0	33	9.7	340	100.0

$$\chi^2 = 130.346$$

$$SD = 6$$

$$p < 0.001$$

Tablo 23'den anlaşıldığı gibi yaşlıların % 15.6'sı sadece sağlık ocağına başvurumaktadırlar. Bunların % 37.4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, % 11.3'ünün emekli sandığı emeklisi, % 4.4 'ünün SSK'lı ve % 12.1'inin Bağ-kur emeklisi olduğu görülmektedir. Yaşlılar en büyük çoğunluğu (% 65.9) hastaneye başvurumaktadır.

Özel hekime başvuran yaşlılar % 18.5 oranındadır. Bunların % 43.9'u bir sağlık sigortası olmayanlar olarak görülmektedir. Yapılan ileri analizde sağlık ocağına ve özel hekime gidenler arasında istatistiksel bir fark olmadığı ($\chi^2 = 0.013$, SD = 3, $p > 0.05$) ortaya çıkmıştır. Aradaki farkı anlamlı kılan hastaneye gidenlerdir.

Tablo 24. Yaşlıların son bir yıl içinde doktora gitme sıklığına göre dağılımı

Son bir yılda doktora gitme	Sayı	%
Hiç gitmeyen	141	41.5
Bir kez	61	17.9
2 kez	111	32.7
Daha sık	27	7.9
Toplam	340	100.0

Tablo 24'den görüldüğü gibi yaşlıların %41.5'i son bir yıl içinde hiç doktora gitmediklerini ifade etmişlerdir. % 32.7'si 2 kez gitmişler. Yaşlıların doktora gitme sayılarının cinsiyete göre dağılımında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2 = 3.952$, $p > 0.05$)

Tablo 25. Yaşlıların son bir yıldır hastaneye yatma durumuna göre dağılımları

Son 1 yılda Hastaneye yatma	Sayı	%
Hiç yatmayan	314	92.4
Bir kez	20	5.8
2 kez	2	0.6
Daha sık	4	1.2
Toplam	340	100.0

Yaşlıların % 92.4'ü son 1 yıldır hastaneye yatmadıklarını ifade etmişlerdir. % 5.8'i bir kez, % 1.2'si 2 kezden fazla ve % 0.6'sının 2 kez yattıkları görülmüştür. Yaşlıların hastaneye yatma nedenleri arasında kalp hastalıkları (% 45.0) ile ilk sırada yer almaktadır. Diğer bir sık neden KOAH'dır (% 25.0). Katarakt, kazalar vs. nedeniyle geçirilen operasyonlar (%10.0) ve diğer nedenler olarak nörolojik rahatsızlıklar, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları %20 oranında yer almaktadır.

Tablo 26. Yaşlılarda fiziksel yetersizlik durumları

Fiziksel yetersizlik	Sayı	%
Görme	64	18.8
İşitme	50	14.7
Yürüme	11	3.2
Çiğneme	35	10.3
Konuşma	4	1.8
Toplam	164	48.2

Tablo 25'den görüldüğü gibi yaşlıların % 48,'sinin en az bir fiziksel yetersizlik durumu var. Bu gruplandırmalara yetersizleri için yardımcı araç kullananlar dahil edilmemiştir. En fazla yetersizlik % 18.8 ile görmede gözlenmektedir. Sırasıyla işitme % 14.7, çiğneme % 10.3, yürüme % 3.2 ve % 1.8 ile konuşma yetersizlikleri yer almaktadır.

Tablo 27. Yardımcı araç kullanımına göre yaşlıların dağılımı.

	Kullanan		Kullanmayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Gözlük				
Yakın	124			
Uzak	23	61.2	132	38.3
Her ikisi	61			
İşitme cihazı	1	0.3	339	99.7
Takma diş	197	57.8	143	42.1
Baston	40	11.8	300	88.2

Görüşülen yaşlıların % 61.2'si gözlük kullanmaktadır. Bunların % 36.5'i yakın için, % 6.8'i uzak için, % 17.9'u hem yakın hem uzak için gözlükten faydalanmaktadır. İşitme cihazı kullanan sadece 1 kişidir ve ayrıca 3 kişi de işitme cihazları olduğu halde kullanamadıklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların yarısından fazlasının (% 57.9) takma diş kullandığı görülmektedir. Baston kullananların ise % 11.8 oranında olduğu tablodan izlenmektedir. Yaşlılar arasında 3 kişinin devamlı sonda kullanma zorunda oldukları ve 1 kişinin de kolostomili olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 28. Yaşlılarda görülen hastalık sayısına göre dağılımları

Hastalık sayısı	Sayı	%
Hiç hastalığı olmayan	40	11.8
1 hastalığı olan	95	27.6
2 hastalığı	100	29.4
3 hastalığı olan	65	19.1
4 hastalığı olan	23	6.8
5 hastalığı olan	13	3.8
6 hastalığı olan	4	1.2
Toplam	340	100.0

Tablodan anlaşıldığı gibi hiç hastalığı olmayanlar % 11.8 oranındadır. En az bir hastalığı olan % 27.9 oranında görülmektedir. Yaşlıların % 29.4'ünde en az iki hastalık birarada bulunmaktadır.

Tablo 29. Erkeklerde görülen ilk beş hastalığın yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları Hastalık	65-69		70-74		75-79		80-84		85+		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KOAH	15	27.3	13	30.2	4	17.4	1	9.1	2	33.3	35	25.4
H.tansiyon	13	23.6	12	27.9	2	8.7	3	27.3	1	16.7	31	22.5
Kalp hastalıkları	12	21.8	11	25.6	4	17.4	1	9.1	1	16.7	29	21.0
Dejeneratif Artrit.	7	12.7	8	18.6	4	17.4	1	9.1	1	16.7	21	15.2
Sindirim sis. hast.	6	10.9	5	11.6	2	8.7	1	9.1	1	16.7	15	10.9

Erkeklerde en çok görülen hastalık KOAH (% 25.4) olarak tespit edilmiştir. 70 - 74 yaş grubundaki erkeklerde % 30.2 oranında, 65-69 yaş grubu erkeklerde % 27.3 ve 75-79 yaş grubu erkeklerde % 17.4 oranında görüldüğü tespit edilmiştir.

İkinci görülen hastalık (% 22.5) hipertansiyon 70-74 yaş grubu erkekler oranında % 25.6 ve 65-69 yaş grubunda % 21.8 oranında karşılaştığı görülmüştür.

Üçüncü görülen (% 21.0) kalp hastalıkları, 70-74 yaş grubu arasında % 25.6, 65-69 yaşlar arasındaki erkeklerde % 21.8 ve 75-79 yaş grubunda % 17.4 oranında olduğu anlaşılmıştır.

Dördüncü hastalık (% 15.2) dejeneratif artrit, 70-74 yaş grubu erkekler arasında % 18.6 arasında tespit edilmiştir. 65-69 yaş grubunda ise % 12.7 oranında görülmüştür.

Beşinci fazla görülen hastalık (% 10.9) sindirim sistemi hastalıklarıdır. Yine 70-74 yaş grubunda % 11.6, 64.65 yaş grubunda ve % 10.9 oranında görüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo 30. Kadınlarda görülen ilk beş hastalığın yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş grupları Has- talık	65-69		70-74		75-79		80-84		85+		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dejeneratif Artrit.	71	59.2	18	60.0	14	56.0	8	50.0	7	63.6	118	58.4
H.tansiyon	43	35.8	10	33.3	11	44.0	6	37.5	1	9.1	71	35.1
Kalp hastalıkları	28	23.3	6	20.0	6	24.0	4	25.0	5	45.5	49	24.3
Sindirim sis. hast.	25	20.8	6	20.0	4	16.0	3	18.8	1	9.1	39	19.3
KOAH	18	15.0	3	10.0	2	8.0	1	6.3	2	18.2	25	12.9

Tablo 27'den görüldüğü gibi kadınlarda en çok görülen hastalık dejeneratif artrit (% 58.4) tüm yaş gruplarındaki kadınların yarısından fazlasında tespit edilmiştir.

Hipertansiyon % 35.1 gibi bir oranla kadınlar arasında da ikinci görülen hastalıktır. 75-79 yaş grubunda % 44.0 oranında olmak üzere pik yapmaktadır. 65-69 yaş grubunda ise % 35.8 oranında görülmektedir.

Üçüncü görülen hastalık % 24.3 oranıyla kalp hastalıklarıdır. 85+ yaş grubunda % 45.45 oranında 65-69 yaş grubunda % 23.2 oranında görülmektedir.

Dördüncü görülen hastalık sindirim sistemi hastalıkları (% 19.3) tüm yaş grupları içinde 65-69 yaş grubunda % 20.8 ile en fazla görülmektedir.

Erkeklerde en fazla görülen hastalık olan KOAH kadınlarda % 12.9 oranıyla 5. görülen hastalık durumunda görülmektedir. 85 ve üzeri yaş grubunda % 18.2 ve 65-69 yaş grubu kadınları arasında % 15.0 oranında görülmektedir.

İlk beş hastalık dışında yaşlılarda tespit edilen hastalık prevalansları şu şekilde tespit edilmiştir. Diabet tanısı almış ve ilaç kullananların oranı % 8.7 olarak saptandı. Felçli yaşlı % 1.3 oranındadır. Demans prevalansı %3.3 dür. Umbilikal ve inguinal herni saptanan yaşlı oranı ise % 3.7 dir.

Tablo 31'den görüldüğü gibi yaşlıların yakınmaları en fazla halsizlik üzerinde yoğunlaşmaktadır. Eklem ağrısı ikinci sırada %14.7 ile yer almaktadır. Baş ağrısı da diğer bir sık görülen şikayet ve kadınlar arasında görülme oranını

erkeklerden fazla olması istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2 = 3.920$, $p < 0.05$). Mide şikayetleri % 26.3 ile sık görülen yakınmadır. Kabızlık %23.5 ile en çok yakınılan olaylardan biridir. Nefes darlığı tüm yaşlılar arasında % 12.8 oranında görülmektedir. Erkek ve kadın arasındaki fark anlamlıdır. Aynı şekilde öksürük, iştahsızlık, nokturi, poliüri, ses kısıklığı, baş dönmesi yakınmalarının erkek ve kadınlar arasındaki farkı anlamlı bulunmuştur.

Tablo 31. Araştırma grubundaki yaşlıların yakınmalarının cinsine göre dağılımı

Yakınmalar	Erkek		Kadın		Toplam		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Halsizlik	85	61.6	115	56.9	200	58.8	0.736	p>0.05
Unutkanlık	53	38.4	62	30.7	115	33.8	2.179	p>0.05
İştahsızlık	30	21.7	22	10.9	52	15.3	7.448	p<0.001
Baş ağrısı	48	34.8	92	45.5	140	41.2	3.920	p<0.05
Çarpıntı	16	11.6	28	13.8	44	12.9	0.374	p>0.05
Nefes darlığı	42	30.4	29	14.4	71	20.9	12.829	p<0.001
Kabızlık	30	21.7	50	24.8	80	23.5	0.414	p>0.05
Karın ağrısı	1	0.7	4	1.9	5	1.5	0.892	p>0.05
Bulantı	1	0.7	3	1.5	4	1.2	0.408	p>0.05
Öksürük	45	32.6	27	13.4	72	21.2	18.187	p<0.001
Göğüs ağrısı	9	6.5	6	2.9	15	4.4	2.452	p>0.05
Nokturi	15	10.9	5	2.5	20	5.9	10.435	p<0.01
Poliüri	35	25.4	15	7.4	50	14.7	21.029	p<0.001
Disüri	2	1.5	7	3.5	9	2.5	1.293	p>0.05
Mide şikayeti	30	21.7	60	29.7	90	26.5	2.672	p>0.05
Yutma güçlüğü	1	0.7	4	1.9	5	1.5	0.892	p>0.05
Ses kısıklığı	3	2.2	0	0.0	3	0.88	4.430	p<0.05
Baş dönmesi	20	14.5	60	29.7	80	23.5	10.542	p<0.01
Eklemler ağrısı	53	38.4	92	42.7	145	42.7	1.708	p>0.05
Zayıflama	2	1.5	3	1.5	5	1.5	0.001	p>0.05
Disartri	3	2.1	1	0.5	4	1.2	1.988	p>0.05
Elde tremor	6	4.4	4	1.9	10	2.9	1.610	p>0.05
Püriritis	7	5.1	3	1.5	10	2.9	3.66	p>0.05
İdrar inkontinans	5	3.6	14	6.9	19	5.6	1.700	p>0.05
Gaita inkontinans	3	2.2	1	0.5	4	1.2	1.988	p>0.05

V. TARTIŞMA

1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ :

Bornova Eğitim-Araştırma bölgesinde (Köy nüfusları da dahil olarak) 1991 yıl ortası nüfusunun % 4.4'ünü 65 ve üzeri yaş grubu oluşturmaktadır. Aynı popülasyon 1988' de %3.28' i, 1989' da % 3.50'sini oluşturmaktaydı. 1985 sayımına göre Türkiye genelinde 65 ve üzeri yaşlı grubun oranı % 4.7, İzmir ilinde % 4.8 olarak saptanmıştır. Yine aynı sayım yılında kırsal ve kentsel bölge yaş gruplarına göre dağılımında kentsel bölgede aynı popülasyonun oranı % 3.41 olarak tespit edilmiştir (18).

Araştırma grubundaki yaşlıların %40.6'sı erkek %59.4'ü kadındır. Yurtdışında veya ülkemizde yapılan tüm çalışmalarda 65 ve üzeri yaş grubunda kadınların oranı daha fazladır. Bunun nedeni erkeklerin ortalama yaşam süresinin kadınlardan daha kısa olmasıdır.

Yaşlıların medeni durumu tablo 2'e göre değerlendirildiğinde %61.2'sinin evli, % 38.8' inin dul olduğu ortaya çıkmıştır. Medeni durumun cinsiyete göre belirgin farklılığı göze çarpmaktadır. Erkeklerin%84.1'i evli iken, kadınların % 45.5'i evli bulunmaktadır. Buna karşılık kadınların % 54.5'i erkeklerin % 15.9'unun dul olduğu görülmektedir. Medeni durumun cinsiyete göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). 1985 yılı sayımına göre İzmir'de 65 ve üzeri yaş grubunda erkeklerin % 77.8'i, kadınların % 32.3'ü evli iken erkeklerin % 17.4'ü, kadınların % 64.5'u dul olarak tespit edilmiştir (8). Ülkemizde değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda da kadınlarda dul olma oranının yüksek olduğu görülmüştür. Kayseri-Caferbey'de erkeklerin % 12.3 dul ve kadınların % 52.1'i duldur (30). İzmir-Güzelbahçe'de erkeklerin % 82.1'i evli, kadınların % 28.9'u evlidir (57). Ankara-Etimesgutta ise erkeklerde evlilik oranı % 82.0 ve kadınların % 49.0 bulunmuştur (47). Bu tip bulgular yurtdışındaki verilere de uymaktadır. Paillat bu durumu şöyle ifade etmiştir. "Avrupada nüfus piramidi bir kolon şeklini almıştır ve tepesinde de yaşlı bir kadın oturmuştur" (20). Değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda medeni durumlar şöyle belirtilmiştir (69). Kenya; erkeklerin %84.4'ü, kadınların % 40.9'u evli, Japonya'da erkeklerin % 81.1 kadınların % 40.0'i; Kana-

da'da erkeklerin % 75.9'u kadınların % 46.9'u evlidir. 65 ve üzeri grubun dul olma durumu ise aynı ülkelerde şöyledir : Kenya'da erkeklerin %7.5'i, kadınların % 51'i, Japonya'da erkeklerin % 16.6'i, kadınların % 56.6'sı ve Kanada'da erkeklerin %12.7'si kadınların %41.6'sının dul olduğu saptanmıştır. Asya-Pasifik ülkelerinde yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (68). Bilhassa ülkemizde mortalite oranının yüksek olması, bu farkın ortaya çıkmasında etkili olduğu gibi erkeklerin yeniden evlenme oranının yüksek olması da bir faktör olabilmektedir.

Yaşlıların öğrenim durumu Tablo 3 'den incelendiğinde % 57.7'si ilkokulu bitirmemiştir. Bu oran ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça iyi gözükmektedir. Kayseri'de yapılan çalışmada bu oran % 96.4, Güzelbahçe'de % 71.7, Etimesgut'da % 80.0 olarak bulunmuştur (30, 47, 57). Bornova Eğitim-Araştırma bölgesinde okur yazar olmayan kadınların oranı % 50.5 erkeklerde % 14.5; okur-yazar oranı kadınlarda % 22.8, erkeklerde % 20.3; okul bitirmiş oranı kadınlarda % 26.7 erkeklerde % 65.2 dir. Türkiye genelinde 65 ve üzeri yaş grubunda bu oranlar şu şekildedir (6). Okur yazar olmayan erkek % 51.36, kadın % 83.56, okur-yazar erkek % 17.68, kadın % 4.98, okul bitirmiş oranı erkeklerde % 30.96, kadınlarda % 11.46 dır. Bornova sonuçlarının Türkiye genelinden de oldukça iyi olduğu farkedilmektedir. Bunun nedeni eğitim olanaklarının daha iyi ve kentsel bir bölge olması şeklinde izah edilebilir.

2. SOSYO EKONOMİK DURUMLARI :

Araştırmaya katılanların % 22.9'unun geliri yoktur (Tablo 4). Bunlara çocukları veya eşi (ev hanımlarının) bakmaktadır. Emekli aylığı % 38.2 oranında yaşlı almakta, % 6.8 oranında dul aylığı, % 2.6'sı ihtiyarlık aylığı almaktadır. Yaşlıların 1/4'ü gelirlerinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Geliri olmayanlara eşleri veya çocukları bakmaktadır.

Etimesgut çalışmasında yaşlıların % 42 sinin hiç bir geliri olmadığı saptanmıştır (47). Güzelbahçe'de ise 1/4'ünün geliri olmadığı ve 1/3'ünün gelirlerinin yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır (57). Kayseri'deki çalışmada ise % 73.7 gibi daha yüksek oranda bir yetersizlik gözlenmiştir (30). Yaşlıların sosyal durumları oldukça iyidir (Tablo 14). Buna karşın ekonomik durumların aynı şekilde iyi olmadığı yaşlıların ifadesinden anlaşılmaktadır.

Türkiye genelinde ise 65 ve üzeri yaşlıların % 10.96 sınıf emekli olduğu tespit edilmiştir (6). Bu oranla Bornova sonucu karşılaştırıldığında emeklilik oranının daha yüksek olduğu gözükmektedir. Bu Bornova'nın hatta İzmir'in sanayileşmesinin diğer bölgelere nazaran fazla olmasından ileri geldiği düşünülebilir. Zaten tablo 5'e bakıldığında sanayi kesiminde çalışarak SSK'dan emekli olma oranının % 40.0 ile yüksek olduğu gözlenmektedir.

Araştırma grubunda çalışma hayatına devam eden yaşlıların oranı % 3.9'dur. Bornova'da 1985'de 65 ve üzeri yaş grubunun % 5.2'sinin iktisaden faal olduğu ortaya çıkmıştır (8). Türkiye'de çalışan nüfusun % 7 sinin 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu ve ülkemizin batı bölgelerinde bu oranın % 6.1 olduğu ortaya çıkmıştır (29). Ekonomik olarak aktivitesini sürdüren 65 ve üzeri yaş grubunun dünyadaki oranı 1980'de erkekde % 36, kadında % 10.9 ve 2000 yılındaki tahmin ise erkekde % 27.1, kadında % 8.3 dür. Güneydoğu Asya'da; genel olarak erkeklerde % 42.9, kadınlarda % 17.7, Avrupa'da; erkekde % 19.9, kadında % 7.2, Kuzey Amerika'da; erkekde % 22.5, kadında % 8.3, Afrika'da; erkekde % 58.0, kadında % 18.6 olarak bulunmuştur (69). Bir çalışmada, Tayland'da ekonomik nedenlerden dolayı çalışmak zorunda olan 60 ve üzeri yaşlıların oranı % 40 bulunmuştur. Bunların düşük ücretle ağır-kalitesiz işlerde çalıştığı da gözlenmiştir (54). Barbadosda yapılan çalışmada 65 ve üzeri yaş grubunda iş gücüne katılım oranı % 12-15 bulunmuştur (15).

Tablo 5 den yaşlıların sağlık güvencesi varlığı izlendiğinde, % 26.8'inin sağlık güvencesi yoktur. Bu oran Etimesgutta % 59.0, Güzelbahçe'de (% 64.3) ve Kayseri-Caferbey'de % 59.9 olarak bulunmuştur (30, 47, 57). Bölgemizde sağlık finansman kaynağı olarak % 40'ının SSK, % 23.5'i Emekli Sandığı, % 9.7'si Bağkur saptanmıştır. Aynı oranlar Güzelbahçe'de % 13.5 Bağkur, % 11.4 Emekli Sandığı ve % 10.9 SSK'lı olarak bulunmuştur (57). Oranların arasındaki fark Bornova'da sanayinin daha fazla gelişim göstermesinden ve Güzelbahçe'de tarımın daha yoğun olması ve dolayısı ile Bağkur'lu oranının en fazla tespit edilmesine neden olmuştur.

Ev durumuna göre araştırma grubundaki yaşlıların büyük çoğunluğu (% 77.6'sı) kendine ait evde oturmakta ve % 8.8'i kirada oturmaktadır. Güzelbahçe'de yaşayan yaşlılarla da hemen hemen aynı durum gözlenmiştir (57). Fakat kendile-

rine ait oda olmaması konusunda fark göze çarpmaktadır. Bornova'da % 5.29'unun kendine ait odası olmadığı bulunmuş bu oran Güzelbahçe'de % 49 dur. Aradaki fark Bornova'nın kentsel bölge olması, ev kullanım anlayışının değişikliğinden kaynaklanabilir.

Yaşlıların yaşamını kolaylaştıran ve destek olan bazı konfor imkanlarından yararlanma durumu, Tablo 6'dan görüldüğü gibi oldukça iyi düzeyde saptanmıştır. Hiç bir elektrikli ev aleti olmayan yaşlı % 4.4 oranında tespit edilmiştir. Türkiye genelinde; buzdolabı % 82.5, çamaşır makinesi % 47.1, renkli TV % 42.8, siyah-beyaz TV % 49.8, telefon % 34.4 olarak evlerde varlığı saptanmıştır. Türkiye'nin batısında ise buzdolabı % 88.5, çamaşır makinesi % 58.4, renkli TV % 55.5, telefon % 40.7 oranında evlerde saptanmıştır (29). Bornova'da bu oranlar şöyle bulunmuştur; buzdolabı % 95.6, TV % 92.6, çamaşır makinesi, % 59.4, telefon % 57.6.

Barbados'da yapılan çalışmada yaşlıların % 76.2'sinin buzdolabı ve % 44'unun telefonu ve % 76.2 sinin radyosu olduğu belirtilmiş (15). On bir ülkede yürütülmüş olan çalışmada, yaşlıların ülkeler ortalaması olarak % 70-90 arası oranda telefonu, % 90 oranında TV'si olduğu ortaya çıkarılmış (65).

Aile yapısı araştırıldığında, yaşlıların % 12.4'ünün yalnız yaşadığı görülmektedir (Tablo 8). Kadınların %18.8'i erkeklerin % 2.9'u yalnız yaşamaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 19.176$, $p < 0.001$). Eşiyle yaşayanlar % 42.0 eşi ve çocukları ile birarada olan % 15.6, çocuklarıyla kalan % 29.1 oranındadır. Diğer çalışmalardaki verilere bakıldığında Güzelbahçe'de yaşlıların % 22.2'si yalnız, % 38.4'ü eşyle, eşi ve çocuklarıyla yaşayan % 16.4 ve çocuklarıyla yaşayan % 21.4 oranında bulunmuştur (57). Caferbey'deki çalışmada yaşlıların % 11.3'ünün yalnız yaşadığı saptanmıştır (64). Hacettepe'de Dr.Sema Atilla ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, yaşlıların % 9.6'sı yalnız, % 26.1 nin eşi ile ve % 64.3'nün ise çocuklarıyla yaşadığı tespit edilmiştir (3).

Barbados'da yapılan çalışmada yaşlıların 1/4'ü yalnız yaşamakta olduğu tespit edilmiştir (15). Aynı oran Tayland'da % 5 bulunmuştur (54). Fiji, Malezya, Filipinler, Kore gibi ülkelerde de yalnız yaşam oranı düşük görülmüştür (46). Böyle üçüncü dünya ülkelerinde akrabalık ilişkilerinin kuvvetli olması yaşlıların yalnız yaşayan oranını az tutmaktadır. Fakat bu ülkeler hızlı bir sosyal değişimin

ışığı altında ülkelerinde yaşlıların gelecekte daha farklı tutumlarla karşıla- ya- bileceği olasılığına karşı önlem alması bu araştırmacılar tarafından önerilmektedir (15).

A.B.D.'de yalnız yaşama oranı erkeklerde % 13.5 kadında % 30.1 olarak bulunmuştur (69). Onbiri ülkeyi kapsayan çalışmada tüm bölgelerde, tüm yaş gruplarında yalnız yaşayan kadın oranı daha fazla bulunmuştur. Çocukları ile yaşama Kuwait'de % 78-93 iken Berlin'de % 3-17 bulunmuştur. Toplumların kültür düzeyine göre aile yapısı farklılık göstermektedir (65).

Yaşlıların yaşayan çocuk sayısına göre (Tablo 7) değerlendirildiğinde yaşlıların % 5'inin yaşayan çocuğu olmadığı ortaya çıkmıştır. Yaşayan çocuk sayısına göre yaşlıların birlikte yaşadığı kişi sayısı karşılaştırıldığında yaşlıların % 10.5'i enaz bir çocuk sahibi oldukları halde yalnız yaşamaktadırlar. Yaşlıların çocuk sahibi olmaları onlar için diğer bir sosyal destek faktörüdür. Bölgemizde yaşlıların iletişimlerinin çok iyi olması onların yalnızlık duygularını hafifletmektedir.

Yaşlılara nerede yaşamalarının uygun olduğu sorulduğunda hiçbiri huzurevini tercih etmemiştir. Hatta evinde yalnız kalanlar bile, durumlarından hoşnut olduklarını bildirmişlerdir. Diğer çalışmalarda Güzelbahçe'de %1.3'ü Caferbey, % 17.5'unun Etimesgut çalışmasında % 11.'i huzurevinde kalmak istediklerini ifade etmişlerdir (30, 47, 57). Sonuçlara bakıldığında yaşlılarımız daha çok evlerinde kalmayı tercih etmektedirler. Bunun nedeni yaşlı insanların yeni ve değişik ortamlar gibi sosyal değişikliklerden ürkmeleri ve hatta ayak uyduramamaları olabilir. Ayrıca ülkemizde kendilerine bakacak kimseleri olduğu halde huzurevine yerleşmek yaşlılar için, toplumdaki dışlanma olarak algılanmaktadır. Ülkemizde kurumlarda kalan yaşlılar üzerine yapılan araştırmalar, huzurevlerinde kalan yaşlıların kendilerini dünyadan soyutlanmış hissettiklerini, terk edilmiş duygusuna kapıldıklarını beslenme ve ruhsal sorunlarının artmakta olduğunu ortaya çıkarmıştır (21). Bu sonuçlar göz önüne alınınca ülkemizde özellikle evlere hizmet götüren mobil servislere (yemek servisi, temizlik servisi vs.) büyük ihtiyaç olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yaşlıların büyük çoğunluğunun eşi ve çocuklarını güvence olarak gördükleri ortaya çıkmıştır. Aynı sonuç diğer çalışmalarda da görülmüştür. Ülkemizde her ne

kadar çekirdek aileye doğru gidış olsa da aileler büyük çoğunlukla yaşlılarına sahip çıkmaktadırlar. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında yaşlılar halen ailelerine bakım konusunda güvenmektedirler. Barbados'da ve Tayland'da çıkan sonuçlar bu şekildedir (10, 54). Yaşlı insanların endüstrilemiş ülkelerde kendi ailelerinden yardım alamadıklarına inanılır. Fakat bunun tam tersinin olabileceğini gösteren çalışmalar da vardır. Norveç'de yapılan bir çalışmada yaşlıların ailelerinden devletin çok üstünde yardım almakta oldukları ve devletin ailelere bu konuda destek götürmeleri sonucu ortaya çıkmıştır (35). Japon'yada halen yaşlıların %80'i ihtiyaç duyduklarında ve bakımlarında çocuklarına ve ailelerine umut bağlamaktadırlar (2).

Yaşlıların boş vakitlerini değişik şekillerde geçirdikleri anlaşılmaktadır (Tablo 9). Boş oturan %12.4 oranında yaşlı olduğu gözlenmektedir. Bu grubun çoğunluğu ileri yaşta ve çocuklarının yanında kalan yada fiziksel veya bir hastalık dolayısıyla yetersiz olan yaşlılardan oluşmaktadır. Güzelbahçe çalışmasında % 16.7, Etimesgut'ta % 24 olarak bulunmuştur (47, 57). Yaşlıların üretime katkıları cinsiyete göre belirlendiğinde, kadınların % 72.3'ünün erkeklerin %25.4'ü boşvakitlerinde üretime katkısı olan ev işleri, el işleri, bahçe işleri gibi faaliyetlerde bulunmaktadır. Geriye kalan grup ise gezinti, kahveye gitme, ibadetle uğraşma gibi işlerle zamanlarını doldurmaktadırlar. Barbados'ta boş vakitlerini boş oturarak geçirenler %5 oranında bulunmuş (15).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda; iş gücünde kalarak ekonomik üretkenliğin devam etmesinin sağlanması, yaşlı insanların ustalıklarının kullanılmasına imkan verilmesi önerilmektedir. Yaşlılara toplum içinde aktif rol verilmesi yaşlıya hem ekonomik hem de sosyal destek olabileceği belirtilmektedir. Yaşlılar için iş imkanlarının yaratılması, çoğu ekonomik yetersizlikler içinde olanlar için bilhassa çok önemli olabilmektedir (15, 46). Çalışma sürelerinin ve fazla çalışmaların sınırlandırılması ile çalışanların iş gücü ileri yaşlara kadar korunabilir. Böylece çalışabilecek durumda olan yaşlı insanlara denetim gibi hafif işler verilebilir ve onların yaşama bağlılıkları sürdürülebilir (14).

Yaşlılar için sosyal olarak diğer bir risk faktörü *sık sık yer değiştirmelertir*. Yaşlılar pek çok konuda uyum güçlüğü gösterirler, pek çok sosyal değişim sağlıklarına bile yansımaktadır. Bu yönden yaşlılar sorgulandığında Bornova'da yaşlıların % 96.8'inin devamlı aynı adreste kaldığı anlaşılmaktadır.

Güzelbahçe'de bu oran % 99.2 olarak bulunmuştur (57). Ankara'da yapılan bir çalışmada % 92.6'sı aynı adreste kaldığı ortaya çıkarılmış (37). Sonuçlara göre genelde yaşlıların büyük çoğunluğu alıştikları çevrede yaşamlarını sürdürüebilme imkanına sahipler.

Araştırma grubundaki yaşlılara yaşamlarında halen bir amaçları olup olmadığı sorulduğunda, büyük çoğunluğunun bir beklentisi olduğu, yaşama bağlılıklarının devam ettiği saptanmıştır. % 73.3'ü ömürlerinin kalan kısmını sağlıklı ve mutlu geçirmek istediklerini ifade etmişlerdir. % 13.2 oranında bir grup ise ölümü beklediklerini ve yaşamdan zevk almadıklarını açıkça ifade etmişlerdir. Aynı konudaki sonuçlar Güzelbahçe çalışmasında yaşamdan beklentisi olmayanlar yaklaşık % 75.0 ve Etimesgut çalışmasında % 91.0 olarak bulunmuştur (57.57). Bu çalışmalardaki oranın yüksekliği oldukça düşündürücüdür. Onbir ülkede yürütülen bir çalışmada Yunanistan'da yaşlıların % 50'si ve İtalya'da % 41'i geleceği hakkında kötümserdir. Berlin, Kuwait ve Tampere 'de ise bu oran %1-11 arasındadır. Barbados'da yapılan çalışmada ise yaşam beklentisi olmayanlar % 31.0 oranında ortaya çıkmıştır (15, 65).

Sosyal aktiviteleri açısından değerlendirmek üzere hazırlanan Tablo 11 'den yaşlıların % 82.9'unun herhangi bir sosyal faaliyetinin olmadığı görülmüştür. %13.3'ü son bir yıl içinde tatil yapmış. Bu sonuçlarda yaşlıların büyük çoğunluğunun çocuklarının ve akrabalarının Bornova'da yakınlarında olmasının etkisi olabilir. Zira yaşlılar çocukları ve ahabları ile görüşerek sosyal ilişkilerini devam ettirmektedirler. Bunun yanı sıra ekonomik koşullar, fiziki yetersizlik ve hastalıklar yaşlıların sosyal aktivasyonlarını etkilemektedir. Onbir ülkede DSÖ tarafından yapılan çalışmada, seyahat etme tatil yapma, yaşlılar arasında % 60-80 arasında bulunmuştur (65). Diğer sosyal aktivasyonlara katılım en yüksek, Tampere ve Belgrad'da sırasıyla % 61-82 oranında, en düşük Kuwait, Yunanistanın kırsal kesiminde % 1-20 arasında bulunmuştur. Sinema, tiyatro, konser gibi etkinlikleri takip etmek Bornova'da hiç yokken, DSÖ 'nün çalışmasında Kiev, Budapeşte Tampere'de çok yaygın, Kuwait ve kırsal Yunanistan'da çok az bir oranda bulunmuştur (65). Bizde kültürel etkinliklere katılımın azlığı ilerde de bahsedileceği gibi yaşlıların TV.'nu yüksek oranda izliyor olmalarından ileri gelebilir. Diğer bir etkili faktör yaşlıların sosyal iletişimlerinin (çocukları, akrabaları ve arkadaşları) çok iyi düzeyde olması, sosyal aktivite gereksinimi hissettir-

miyor olabilir. Ayrıca bu davranış modeli Türk toplumunun genel yapısına da uygundur, zira genel olarak kültürel etkinliklere katılım oranı ülkemizde düşüktür.

Yaşlıların kitle iletişim araçlarından faydalanma durumu (Tablo 12)'den, yaşlıların % 75.3'ünün TV'yi, % 35.40'nın radyoyu, % 39.4'ünün gazeteyi hergün takip ettiği ortaya çıkmıştır. Güzelbahçe'de 1/2'si TV, 1/3'ü radyo ve 1/4'ünün gazeteyi hergün takip ettiği ortaya çıkmıştır (57). Etimesgut'ta ise hergün izleme durumları TV % 48, radyo dinleme % 45 olarak bulunmuştur. Bornova'da kitle iletişim araçlarından daha fazla yararlanılıyor olması yaşlıların sosyal yapıların farklılığından ileri geliyor olabilir.

Yaşlıların sosyal ilişkiler yönünden incelenmesi sonucunda çocukları, akrabaları ve arkadaşları ile ilişkilerinin iyi düzeyde olduğu gözlenmiştir. Çocukları ile görüşme sıklığı % 99.1 yaşının haftada en az bir kez olduğu saptanmıştır. Keza araştırma grubundaki yaşlıların en az bir çocuğu İzmir şehri dahilinde oturmakta ve iletişim kurmaları bu açıdan rahat olmaktadır. Yine yaşlıların 2/3'ünden fazlası gerek akrabaları gerekse arkadaşları ile haftada en az bir kez görüşmektedirler. Ülkemizde yaşlılarla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ülkemizde yaşlıların toplumdaki önemini koruduğu, insan ilişkilerini kaybetmedikleri anlaşılmaktadır. Halbuki yurtdışında yapılan çalışmalarda Berlin, Kiev, Bralystok gibi büyük şehirlerde yaşayanların sosyal ilişkileri diğer bölgelere nazaran azalmaktadır. Örneğin sosyal ilişkilerin çok zayıf olması oranı Bükreş'de %7-%25, Floransa'da % 29 Tampere'de % 45-73, Kuwait % 12 bulunmuştur (65). Barbados'da yapılan çalışmada; % 20.7 çocukları ile, %23.3 akrabaları ile, % 12.5 arkadaşları ile ilişkisi olmayan yaşlılar oranı olarak bulunmuştur (15).

3. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

Düşkün yaşlılara kapsamlı, rasyonel ve verimli sosyal servisin ulaşması öncelikle uygun bir enformasyon sisteminin geliştirilmesi gerektirmektedir. Temel olarak bu baz hedef toplumdaki gereksinimlerin doğası ve boyutunu tahlil etmelidir, Kim düşkün yaşlıdır ? Bu grup kaç kişidir? Özel gereksinimleri nelerdir? vs. (75). Bornova'da araştırma grubu bu açıdan ele alındığında yaşlıların günlük aktivitelerini yerine getirirken değişik oranlarda güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Tablo 14 ve 15). Araştırma grubundakilerin genel olarak 2/3'den çok faz-

lası yardım almadan günlük işlerini başarabilmekte oldukları görülmektedir. Yaşlıların en fazla oranda kendi kendilerine yerine getirebildikleri aktivite yemek yemektir. Kısmen yardımla yapılan günlük işler arasında en fazla yürüme (baston kullanma, duvarlara ve bir kişiye tutunma şeklinde yardımla), alışveriş ve sokağa çıkma göze çarpmaktadır. Tüm aktiviteler değerlendirildiğinde yaşlıların alışveriş yapmada en fazla zorluk çektikleri gözlenmektedir (% 19.4). Tamamen yardım olarak yapılan diğer aktiviteler sırasıyla % 11.8, sokağa çıkma; % 10.6 banyo yapma; % 4.7 ev işlerini yapma; % 4.4 tuvalete gitme, % 3.5 parasını idare edebilme, % 3.3 ilacını içebilme, % 2.9 giyinebilme, % 2.3 yürüme, % 2.0 yemek yeme, % 1.7 oturup kalkma ve yemek hazırlama gelmektedir.

Etimesgut çalışmasında yardım gereksinimi banyo yapmada %22, giyinmede %9 olarak bulunmuştur (47). Güzelbahçe çalışmasında da en fazla başarılabilen aktivite yemek yemektir. Farklı olarak dikkati çeken Güzelbahçe'de yaşlıların yardım gereksinimi banyo yapmada en yüksek orandadır (% 8.7). Caferbey'de yapılan çalışmada yaşlıların yaklaşık 2/3'sinin tüm aktiviteleri yardım almadan yaptığı ortaya çıkarılmıştır (57, 30).

Yaşlıların tüm çalışmalarda dikkati çeken ulaşım, alışverişte yetersizlik hissettikleridir. Çalışmamızda yaş ilerledikçe ulaşım sıkıntısının arttığı Tablo 15-B'den görülmektedir. Sokağa hiç çıkamayan 65-69 yaş grubunda % 3.4 iken 85 ve üzeri yaş grubunda % 64.7 'e ulaşmaktadır. Yaşlılarımızda görülen ulaşım sorunu özellikle yalnız yaşlılar için çok önemlidir. Böyle bir yetersizlik onların dolayısıyla sağlığına kadar yansiyacaktır. Ulaşım zorluğu çeken yaşlı örneğin hastalandığında doktora gidemeyecektir.

Etimesgut araştırmasında yaşlıların sokağa çıkabilme durumu yaşın ilerlemesiyle düşmektedir. 65-69 yaş grubunda sokağa hiç çıkamayan %3 iken 80 ve üzeri grupta %21'e yükselmiştir. Sadece yakın çevreye gidebilenler 65-69 yaş grubunda % 13 iken 80 ve üzerinde %57 dir. Uzak mesafelere ulaşabilenler 65-69 grubunda % 77 iken 80 ve üzeri grupta % 214dir. Aynı şekilde Caferbey çalışmasında da yaş ilerledikçe ulaşım güçleşmektedir (47, 30).

Onbir ülkede WHO'nun yürüttüğü çalışmada çıkan sonuçlara göre, genç yaşlıların günlük aktivitelerinde problem çıkması ortalama % 50-60, ileri yaşlılarda ise bu oran % 80-90 bulunmuştur. Yemek yeme, ev içinde yürüme, sandalye kullanımı, tuvalete gitme, yemek hazırlama gibi işler zorlukla karşılaştı-

ların oranı maximum %10, buna karşılık banyo yapma, ev işleri, sokağa çıkma gibi işlerde bu oran % 21'e yükselmektedir (65). Amerika'da Framingham yetersizlik çalışmasında banyo yapma % 98, ev içinde yürüme % 98, giyinme, %99, yeme % 100, tuvalete gitme % 96 ve sandalyede veya yatakta oturup kalkma işlevi % 99 oranında yardımsız yapılmakta olduğu tespit edilmiş (34). Yine aynı yerde yapılan başka bir çalışmada yardım almadan yardımcı aktiviteleri başarma oranı da oldukça iyi bulunmuştur. Evişleri % 86, ulaşım-sokağa çıkma % 69, yemek hazırlama % 86, alışveriş % 86 olarak tespit edilmiştir (14). ABD'de yapılan başka bir çalışmada banyo yapmada %2-10, giyinmede %2-18, yemek yemede %0.5-4, tuvalete gitmede %1-7 oranlarında yaşlıların yardım aldıkları tespit edilmiş (20). Yine yapılan bir çalışmada yaşlıların %50'si günlük yaşam aktivitelerinde belli derecelerde sınırlama olduğu görülmüştür (13). Yine yapılan bir çalışmada ölüm yaklaştıkça GYA yetersizlik oranlarında artış olduğu gözlenmiş. 65-74 yaş grubunda ölenlerin, ölümden önceki bir yıl içinde genellikle %40'ı yetersizlik göstermiş, % 75-84 yaş grubunda ölenlerin 2/3'sinde ölümden önce ki yılda GYA yetersizliği bulunmuş ve 85 ve daha yaşlılarda ölümden önceki yıl %60-90 oranında yetersizlik saptanmıştır (28). Bu çalışmanın da gösterdiği gibi yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yardım almadan sürdürerek kendi kendilerini bakımlarını sürdürebilme oranının yaş ilerledikçe azaldığı ortaya çıkarılmıştır. 65-69 yaş grubunda %36'sı, 75-79 yaş grubunda %21'i, 85 ve üzeri yaş grubunda sadece % 20 sinin bakımlarının kendilerinin başarabilecekleri belirtilmiştir (64).

Görüldüğü gibi yaşlıların günlük aktivitelerini yapamamaları onların dolayısıyla bir başkasının bakımına ihtiyaç göstereceği anlamını taşımaktadır. Genç veya daha ileri yaşta başlatılan önleyici çabaların amacı sadece ömür uzatmak değil fakat yetersizliği azaltmak niteliğinde olmalıdır (60). Demografik bir zorunluluk olarak pek çok ülkede nüfusların hızla yaşlandığı gözlenmektedir. Yaşlanan kesimin sosyal gereksinimini karşılayacak politikaların üretilmesi de bir başka zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır (14).

SAĞLIK DURUMLARI

Araştırma grubundaki yaşlılara kendilerini sağlık yönünden nasıl hissettikleri sorulduğunda, kadınlarla erkekler arasında fark olduğu göze çarpmaktadır (Tablo 16). Erkeklerin % 59.4'ü sağlıklarını iyi gördüklerini ifade etmişlerdir.

Kadınların ise erkeklere göre daha fazla oranı sağlıklarını kötü hissetmekte oldukları görülmektedir. Aynı sonuç Caferbey'de yapılan çalışmada da görülmektedir (30). Yurtdışında yapılan çalışmalarda da kadınların erkeklerden daha kötü hissettikleri ortaya çıkarılmıştır. Bunun nedeni yaşlıların düzenli kontrollerde gerçekten kadınların sağlıklarının erkeklerden daha bozuk olması ile izah edilebilir. Onbir ülkede yürütülmüş olan çalışmada sağlıklarını çok iyi hissetme oranı erkeklerde ortalama % 15 ve kadınlarda %10 bulunmuştur. Bölge farkı belirgin olarak görülmektedir. Kötü hissetme en az %17 ile Normandiyalı erkeklerde, en fazla %86 ile Bürkeş kadınlarında kendi kötü hissettikleri cevabı alınmış (65). Barbados'da yapılan çalışmada ise sağlık durumlarını kötü bulma oranı oldukça yüksek % 62.2 olarak bulunmuştur (15).

Yaşlılarına göre karşılaştırılarak sağlıklarını değerlendirmeleri istendiğinde erkekler kadınlara göre daha iyi hissettikleri ortaya çıkmıştır (Tablo 17). Caferbey'de de aynı sonuç alınmıştır (30). Kadınlar sosyal güvence yokluğu, ilgi isteği gibi duygularını sağlıklarının kötü olması yoluyla ifade ediyor olabilirler.

Sağlığını koruma konusu, araştırıldığında (Tablo 18) yaşlıların %74.4'ünün bu konuda bir aktivitesi yoktur. Kalan % 25.0'inin ise büyük çoğunluğu erkek yaşlılardan oluşmaktadır. Yaşlılar sağlıklarını korumak için beslenmelerine, uykularına ve giyimlerine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Toplumumuzda yaygın olarak sağlığın korunmasında belli bir bilinç yerleşmemiştir. Bunun yanısıra yaşlıların bir risk grubu olarak primer ve sekonder koruyucu hizmetler kapsamına alınmamış olması ve onlara yönelik hizmet ağının yetersizliği de bir diğer faktördür, ülkemizde pek çok üçüncü dünya ülkesinde 21. yüzyıla girerken görünürdeki en büyük eksikliklerden biri sağlık sektörünün yaşlılara hizmet yaklaşımını geliştirememesidir (52).

Araştırma grubu diş bakımı açısından araştırıldığında (Tablo 19) yaşlıların %25.6'sı hiç diş fırçalamazken, %40.6'nın ise akla geldikçe fırçaladıkları görülmektedir. Yaşlılarda zaten dişlerde dejeneratif değişiklikler, fonksiyon kayıpları meydana gelmekte iken bir de diş bakımlarını yerine getirmiyor olmaları tamamen diş sağlıklarının bozulmasına yol açmaktadır. Bunun ileri sonucu, beslenme bozukluğu, çiğneme yetersizliği ve mide şikayetlerine yol açmaktadır (39). Yapılan çalışmalarda diş fırçalama sıklığı ile diş sağlığı arasındaki ilişki ortaya konmuştur. En kötü oral hijyenin dişlerini haftada bir fırçalayan grupta

olduğu ortaya konmuştur. Crowford ve arkadaşları diş fırçalayan grup ile diş fırçalama konusunda alışkanlıkları düzeltilemeyen grubu karşılaştırmışlar ve bu grupta oral hijyende hiçbir gelişme kaydedilmezken diş fırçası kullanan grupta % 35-50 gelişme kaydedilmiştir (36). İstanbul'da bir köyde yapılan çalışmada dişlerini hiç fırçalamayanların yaş gruplarına göre oranında en yüksek oranlar yaşlı gruplarda ortaya çıkmıştır. Diş fırçalamayan 100 kişiden 17'si 60-69 ve 25'i ise 70 ve üstü yaş grubunda yer aldığı tespit edilmiştir (36).

Yaşlıların uyku sorunları incelendiğinde (tablo 20) uyku saatlerinin grubun çoğunluğunda yeterli düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Uyku saatleri gündüz ve gece toplam olarak belirtilmiştir. Sedanter hayat dolayısıyla gündüz uykusunun artışı gece uykusunda problem yaratmaktadır. Yaşlıların yarısının gece uykularında sorun olduğu görülmektedir (Tablo 21). En çok yakınma gece uykularının sık sık bölünmesi olmaktadır. Araştırma grubundaki yaşlıların %3.8'i uyku ilacı kullanmaktadır. Ankara'da yapılan bir çalışmada yaşlıların % 36.6 sının uyku sorunu olduğu buna karşılık evde kalanların % 23.3'ü, huzurevinde kalanların %59.4'ünün uyku ilacı kullandığı belirtilmiştir (17). Bir literatürde yaşlıların % 20-30 'unda uyku sorunları olduğunu ortaya konmuştur. Yaşlı insanların yatakta çok vakit geçirmelerine karşın bu vaktin pek az kısmın da uyku uyudukları ortaya çıkarılmıştır. Yaşlılarda uyku hastalıklar, psikolojik düzensizlikler, çevre faktörlerinden kaynaklanabilmektedir (11).

Yaşlıların alışkanlıkları yönünden, sigara ve içki kullanımı araştırıldığında kadın ve erkek cinsler arasında önemli bir fark bulunmuştur. Araştırma grubundaki erkeklerin yarısı sigara halen içmekte veya geçmişte bir dönem içmiş oldukları tespit edilmiştir. Kadınların % 10.4'ü, erkeklerin %20.3 sigara kullanmakta olduğu görülmektedir. Etimesgut çalışmasında ise kadınlarda hiç içki ve sigara kullanımına rastlanmamış, erkeklerin %38'i sigara %5'i içki kullandıkları tespit edilmiştir (47). Caferbey'de erkeklerin %42.3, kadınların %8.3 ünün sigara içtiği bulunmuş (30). R.Uçkun'un yaptığı çalışmada ise erkeklerin % 39.1'i kadınların %8.2 sinin sigara kullandığı tespit edilmiştir (58). Bu bulgularda bizim bölgemizden farklı olarak erkeklerin daha fazlası ve kadınların daha azı sigara kullandıkları göze çarpmaktadır. Onbir ülkede yürütülmüş olan çalışmada tüm ülkelerde erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği tespit edilmiştir. Kadınlarda en az sigara kullanımı Yunanistan ve İtalya'da %1-8 en fazla Berlin ve

Zagreb'te %20-29 olarak saptanmış. İçki kullanımı ise üretimin olduğu Fransa ve İtalya'da kadınlarda %80-90'a kadar ulaşmasına karşılık diğer ülkelerde %10-90'a kadar ulaşmasına karşılık diğer ülkelerde %10-20 arası bulunmuştur. Kuveyt'te ise kadınların hiç içki kullanmadığı tespit edilmiş. Erkeklerde ise kullanım % 50-90 arasında değiştiği görülmüş (65). Kronik hastalıkların pek çoğunun görüldüğü bu yaşlı popülasyonda halen sigara içmenin devam etmesinin pek çok sakıncaları vardır. Sigara içme önemli 16 ölüm faktörü arasında 8.cidir. 65 ve üzeri yaş grubunda kanser ölümlerinin erkeklerde %41'i kadınlarda %15'i sigara içme ile ilgilidir. Solunum sistemi hastalarında erkeklerde %55 ile, kadınlarda %38'i ile ilgilidir. Sigara diğer pek çok hastalıklarda da risk faktörüdür (Hipertansiyon, kalp hastalıkları, deudonal ülser, osteoporozis, diabet dolaşım bozuklukları vs.) Sigaranın bırakılması yaş ilerlesede her an faydası olacaktır. Kalp hastalıkları ve felce olan faydası hemen kendini gösterirken, solunum sistemine faydalı etkisi biraz daha uzun dönemde ortaya çıkar. Sigarayla hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıdaki geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmada, ölüm belgelerinden faydalanarak saptanan inme mortalitesinin sigara içenlerde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ve sigaranın serebral enfarktüs konusunda bağımsız bir tehlike faktörü olduğu ortaya çıkmıştır. İçilen günlük sigara sayımıyla hem felç ve hem de koroner kalp hastalığı insidansı ve mortalitesi arasında ilişkiler ispatlanmıştır. Sigaranın bırakılması ile yaklaşık 5 yıl sonra felç ve kardiovasküler hastalık mortalitesi, hiç içmemişlere yaklaşacaktır (71). Bütün bunlar gözönüne alındığında yaşlılara da sigarayı bırakma programları uygulanması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Pek çok çalışmada yaşlıların sigarayı bırakmasında doktorların tavsiyelerinin ve kesin direktiflerinin çok etkili olduğu görülmüştür (12).

Araştırma grubunda yaşlıların içki içme durumu araştırıldığında %7,9'unun halen düzenli olarak içki kullandığı görülmektedir. Geliştirilen bir soru takımı ile alkolik olma açısından değerlendirildiğinde yaşlıların % 6.2'sinin alkolik tanımı alabileceği saptanmıştır. Bunların %80.0'i hergün ve en az üç duble içtiklerini ifade etmişlerdir. Araştırma grubunda içki kullanan kadına rastlanmamıştır. Ülkemiz dışında yapılan çalışmalarda hem erkek ve hem kadın yaşlılarda içki kullanma oranı oldukça yüksek bulunmuştur.

Yaşlıların başvurdukları sağlık kurumları soruşturulduğunda (Tablo 23) % 65.9'unun hastaneye %18.5'i özel hekime ve % 15.6 'sının Sağlık ocağına başvurmakta olduğu görülmüştür. Hastaneye başvurunun fazla olması, bölge yaşlılarının büyük çoğunluğunun SSK emeklisi olması ve dolayısı ile SSK hastanesine gitmelerinden ileri gelmektedir. Diğer bir neden, bölgede Emekli Sandığı karnesi olanlar ise yine Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvurmayı tercih etmeleridir. Bir kısım yaşlı da özel hekimi tercih etmektedir. Bunların % 43.9'unun herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı anlaşılmaktadır. Etimesgut çalışmasında % 54'ünün sağlık ocağına %17 bölge hastanesine, %3 özel hekime, %17 sinin diğer hastanelere başvurduğu saptanmış (47). Eskişehir Seyitgazi'de yapılan bir çalışmada sağlık ocağına başvuru % 50.9 hastaneye % 13.1, özel hekime % 9.0 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların % 55'i sağlık ocağına başvurdukları, yine sosyal güvencesi olmayanların %43'ünün sağlık ocağına ve % 10.7'sinin özel hekime başvurdukları tespit edilmiştir (36). Caferbey'de yaşlıların % 52.9'u sağlık ocağına, % 33.2'si hastaneye, %7'si özel hekime başvurdukları anlaşılmış (530). Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında bölgemizin metropolde oluşu ve hastane olanaklarının yakın oluşu yaşlıları daha fazla hastane hizmetlerinden faydalanmaya yöneltmektedir.

Son bir yıl içinde doktora gitme sıklığı Tablo 24'den görüldüğü gibi hiç gitmeyen % 41.5 oranında olduğu dikkat çekmektedir. 3 kez ve daha sık giden ise %7.9'udur. Güzelbahçe çalışmasında % 43.4'ünün hiç başvurmadığı, Caferbey'de % 40.9'unun ve Seyit Gazi'de ise % 27.0 olarak saptanmıştır (57, 47, 36). Kronik hastalıklar açısından büyük risk grubunu teşkil eden yaşlılar sağlık ocakları tarafından kolaylıkla izlenebilecekken, son bir yıl içinde bir hekim tarafından görülmemiş olması, dikkat çekmektedir. Yaşlıların kendi sağlıklarına duydukları ilgisizliğin etkisi kadar, yürüme, sokağa çıkma gibi aktivitelerinin kısıtlanmış olmasından da ileri gelmektedir. Ayrıca yaşlıların koruyucu hizmetlerden faydalanamıyor olması da diğer bir faktördür. Dünyada pek çok ülkede yaşlılara periyodik sağlık kontrolleri ve taramalarla hastalıkların erken tanısı sağlanmaktadır. A.B.D.'de yaşlıların yılda ortalama 6.2-6.6 kez hekime başvurdukları saptanmış (54). Bir İskoçya çalışmasında hekime başvurma oranı yaşla artış göstererek yılda ortalama 4.4 ile 7.9 arasında bulunmuştur (20). Onbir ülkede yapılan çalışmada yaşlıların sağlık kurumuna başvuru oranı değişik oranlarda %63-93 bulunmuş. Ayrıca yaşlılar evlerine doktor çağırdıklarını (yaklaşık

%50 oranında) yada telefonlarda temas kurduklarını (% 14-25) ifade etmişlerdir. Yaşlılar Halk Sağlığı Hemşireleri tarafından da (% 18-55) izlendiklerini belirtmişlerdir (65).

Yaşlıların hastaneye yatma sıklığı (Tablo 25)' de izlendiği gibi yaşlıların % 92.4'ü son 1 yılda hiç hastaneye yatmamış, %5.8'i ise en az bir kez yatmıştır. Etimesgut çalışmasında hastaneye yatış hızı % 10, Güzelbahçe'de %11.1 olarak bulunmuştur (47.57). Hastaneye en sık yatış nedeni kalp hastalıkları % 45 ile ilk sıradadır. Güzelbahçe'de ise ilk sırayı kardiyopulmoner hastalıklar almaktadır (57). Hastaneye yatışta yaş ve cinsiyet farkı gözlenmemiştir. DSÖ'nün onbir ülkede yaşlılarla ilgili yaptığı araştırmada yaşlıların sağlık ve sosyal hizmet kurumlarını kullanımı, genel populasyon içindeki oranları karşılaştırıldığında beklenenden 3-4 kez daha fazladır. yine aynı araştırmada hastaneden yararlanma oranının % 2-30 olduğu bulunmuştur (65). A.B.D.'de 1977-79 yılları arasında 65-69 yaş grubunda 1000 kişiden 265'i, 75-84 yaş grubunda 430, 85 ve üzeri grubda 499 kişinin hastaneye yatıp çıktığı tespit edilmiştir. Benzer sonuçlar İsrail, Kanada ve Danimarka'da da gözlenmiştir. En sık hastanede yatış nedeni olarak kardiyovasküler hastalıklar tespit edilmiştir (20).

Fiziksel yetersizlik yönünden araştırılan yaşlıların yarısına yakınının en az bir fiziksel yetersizliği bulunduğu görülmektedir (Tablo 26) . Etimesgut çalışmasında işitme yetersizliği %13, görme %18, çiğneme %36, yürüme %9 olarak bulunmuştur (47). Güzelbahçe çalışmasında görme yetersizliği %45.3 işitme yetersizliği % 27.9 olarak tespit edilmiş (57). Caferbey'de işitme yetersizliği % 59.9, görme yetersizliği % 58 oranında bulunmuştur (30). Aynı şekilde yapılan literatür çalışmalarında değişik oranlarla karşılaşmaktadır. Baka-İsrail çalışmasında işitme yetersizliği % 24.7, görme yetersizliği % 48.9, çiğneme % 38.5, yüreme yetersizliği % 29.0, konuşma yetersizliği % 8.9 olarak saptanmış (69). Cleveland'da 75 vae üzeri yaş grubunda yürütülmüş olan bir çalışmada görme yetersizliği % 14.3, işitme yetersizliği % 23.9 şeklinde tespit edilmiş (25). DSÖ'nün onbir ülkeyi kapsayan araştırmasında yaşlıların %20-60'ında işitme yetersizliği, % 6-20 görme yetersizliği, % 12-60 çiğneme yetersizliği görülmüştür (65). Tüm bu çalışmalarda değişik oranlarda da olsa önemli oranlarda yetersizlik saptanmış. Bu yetersizlikler erken teşhis edilip, müdahale edildiğinde yaşlıların kalan hayatlarını daha bağımsız sürdürmelerini sağlayacaktır. Ayrıca görme, işitme, konuşma yetersizlikleri yaşlıların dış dünya ile iletişim kurmasını engelleyen önemli faktörlerdir.

Yardımcı araç kullanımı, yaşlıların yetersizliğini en aza indirmek için önemli bir unsurdur. *Tablo 27'* den izlendiği gibi araştırma grubundaki yaşlıların % 57.9'u diş protezi, % 61.2'i gözlük, % 11.8'i baston kullanmaktadır. Güzelbahçe çalışmasında yaşlıların 1/2 sinin gözlük ve takma diş kullanırken, 1/4'ünün baston kullandığı anlaşılmıştır (57). Etimesgut çalışmasında ise gözlük ve takma diş kullanma hızı daha az iken baston kullanımı daha fazladır (47). Onbir ülkede yürütülmüş olan çalışmada işitme cihazı kullanımı % 2-10, diş protezi kullanımı % 32-87 arasında tespit edilmiş (65). A.B.D.'de işitme yeterstzlği olan yaşlıların sadece %8'inin işitme cihazı kullandığı saptanmış. Yaşlı insanlar işitme yetersizliklerinde tedavinin yararından habersizdir ve çoğu işitme eksikliklerini yaşlılık sonucu oluşan düzeltilemez bir hastalık olarak görmektedirler (73). İşitme bozukluğunun yaşlılarda kognitif disfonksiyona katkıda bulunduğu ileri sürülmüştür. Yapılan bir çalışmada demansın derecesiyle işitme kaybının büyüklüğü arasında bir ilişki bulunduğu görülmüştür (59).

Hastalık varlığı araştırma grubunda araştırıldığında, yaşlıların 1/10'inin hiç hastalığı yok iken, 1/4'inin ise sadece bir hastalığı var. Güzelbahçe çalışmasında 1/6'inde hiç hastalık yokken 1/5'inde en az 1 hastalık olduğu saptanmış (57). Caferbey'de %2.2 yaşlıda hiç hastalık bulunmazken % 29.9'un da sadece bir hastalık ve % 17.2 sinde 4 ve daha fazla hastalık bulunmuştur (30). Yaşlılarda kronik hastalık prevalansı artarken birden fazla hastalığın bir kişide bulunma şansıda oldukça yükselmektedir. DSÖ'nün bir çalışmasında üç veya daha fazla hastalığı olanların oranı %50 olarak bulunmuştur (65).

Araştırma grubunda saptanan *ön tanılara* göre en çok görülen *beş hastalık* erkeklerde *Tablo 29* 'da ve *Tablo 30*'da görüldüğü gibi kadınlarda değişik sıralarda izlenmektedir. Erkeklerde ilk sırayı KOAH alırken kadınlarda dejeneratif eklem hastalıkları almaktadır. Hipertansiyon her iki cinsde de 2. sırada ve kalp hastalıkları 3. sıradadır. Caferbey'de yapılan çalışmada da her iki cinsde kan-iskelet sistemi hastalıkları, ilk sıradadır. Erkeklerde ikinci sırada KOAH, kadınlarda 4. sıradadır. Hipertansiyon kadınlarda ikinci, erkeklerde üçüncü sıradadır (30).

Araştırma grubundaki yaşlılarda görülen hastalıklardan biri olan KOAH erkeklerde % 25.4 oranında görüldüğü halde kadınlarda % 12.9 oranında görülmektedir. A.B.D.'de 1000 kişiden 35'i KOAH olarak tespit edilmiş (69). Gotten-

burg'da yapılan bir çalışmada 70 ve üzeri yaş grubunda KOAH oranı erkeklerde %18, kadınlarda %9 olarak bulunmuştur (66). Güzelbahçe çalışmasında KOAH prevalansı % 16.3 olarak bulunmuş ve erkeklerde kadınlardan iki kat fazla tespit edilmiş (57). Caferbey'de erkeklerde %30.0 ve kadınlarda % 25.0 olarak saptanmış (30). Etimesgut çalışmasında KOAH morbidite hızı erkeklerde % 33, kadınlarda % 14 olarak bulunmuştur (47).

Her iki cinsde de ikinci hastalık olarak dikkati çeken *hipertansiyon* erkeklerde %22.5 ve kadında % 35.1 oranında görülmektedir. DSÖ'nün onbir ülkeyi kapsayan çalışmasında hipertansiyon prevalansı en düşük % 5 ile Kuveyt'te en yüksek olarak %60 ile Bükreş'de bulunmuş (65). Yapılan başka bir çalışmada hipertansiyon prevalansı genç yaşlı grubunda daha yüksek bulunmuş, 65-69 grubunda % 8.1 iken 85-89 grubunda % 0.7 olarak tespit edilmiştir (67). Barbados'da yaşlılar üzerine yapılan çalışmada hipertansiyon prevalansı %41.1 olarak bulunmuştur (15). Turku'da yapılan araştırmada prevalans % 22.0 saptanmış (66). Pek çok çalışmada hipertansiyon prevalansı kadınlarda daha yüksek görülmüştür. Göttenburg'da kadınlarda % 48.0 iken erkeklerde % 23.0 olarak belirlenmiştir (66). Ülkemizde de aynı sonuç karşımıza çıkmaktadır. Ankara'da yapılan bir doktora çalışmasında hipertansiyon prevalansı erkekde % 32, kadında ise % 69.4 olduğu saptanmıştır (17). Güzelbahçe'de de aynen kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla olduğu görülmüş (57). Caferbey'de yine kadınlarda % 61.8 bulunduğu halde erkekde prevalans % 29.2 ile yaklaşık yarıyarıya fark gözlenmiştir (30).

Hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk faktörüdür ve erken tanısı ve regülasyonunun yaşamsal değeri vardır. Araştırma grubunda hipertansiyonlu yaşlıların % 30.0'u bunun farkında olmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hipertansiyon tedavisi verilmiş olanların da büyük çoğunluğu ilaçlarını oldukça irregüler ve kendi insiyatiflerine göre aldıkları gözlenmiştir. Etimesgut çalışmasında tansiyon yüksekliğinin farkında olmayan yaşlı oranı % 74.8, Caferbey'de % 38.9 olarak gözlenmiştir (47, 30)

Araştırma grubunda 3. sıklıkta görülen *kalp hastalıkları* prevalansı kadınlarda % 24.3, erkeklerde % 21.0 olarak belirlenmiştir. Güzelbahçe'de prevalansın % 19.6 olduğu bildirilmiştir (30). Etimesgut çalışmasında yalnızca iskemik kalp hastalıkları incelenmiş ve prevalans % 30.0 dur (47). Göttenburg'da yapılan

çalışmada 70 ve daha yaşlı grubda erkeklerde % 54.0 kadınlarda % 43.0 olarak bulunmuştur (66). Cleveland, Ohio'da ileri yaş grubu üzerinde yapılan araştırmada % 45.0 oranında saptanmıştır (25). Onbir ülkede yürütülen çalışmada en düşük prevalans % 2-5 ile Kuveyt'de ve % 40-60 ile en yüksek Bükreş'de bulunmuştur (65). A.B.D. yapılan bir çalışmada yapılan bir genellemede 65 ve üzeri yaşta her 1000 kişiden 105'inde kardiovasküler sistem hastalığı bulunduğu bildirilmiş (69), ve prevalans kadınlarda %7, erkeklerde % 12 olarak saptanmıştır (67).

Araştırmaya katılan yaşlılarda en sık görülen beş hastalıktan biri dejeneratif eklem hastalıkları kadınlarda % 58.4, erkeklerde % 15.2 oranında görülmektedir. Güzelbahçe'de prevalans % 30.6 olarak bulunmuş (57), Etimesgut çalışmasında artrit morbidite hızı % 53 olarak bildirilmiş (47). Her iki çalışmada da kadınlarda erkeklerden 4 kat fazla görüldüğü saptanmış. Ankara'da yapılmış diğer bir çalışmada erkekte % 32, kadında % 68 oranında gözlenmiş (17). Barbados'da artrit prevalansı % 47.4 A.B.D.'de kadınlarda % 17-24, kadınlarda % 9-16 olarak bulunmuştur (15, 67). Dejeneratif eklem hastalıkları yaşlılarda sıklıkla yetersizlik, hatta sakatlıklara yol açması açısından önemlidir. Araştırma grubunda dejeneratif değişiklikler nedeniyle hiç yürümez durumda olan % 3 oranında yaşlı tespit edilmiştir. İngiltere'de 75 ve üzeri yaş grubunda dejeneratif artrite bağlı yetmezlik % 10.6 olarak saptanmıştır (20).

Görüşülen yaşlılarda sık görülen bir hastalık *gastrointestinal sistem hastalıklarıdır*. Kadınlarda % 19.3, erkeklerde % 10.9 oranında görülmektedir. A.B.D.'de kadınlarda % 15, erkeklerde %13 olarak tespit edilmiştir (67). A.B.D. 'de yapılan bir çalışmada sindirim sistemi hastalıkları prevalansı % 12.7 bulunmuştur (69). Etimesgut'ta prevalans 1.16, ve Caferbey'de erkeklerde % 21.5 ve kadınlarda % 33.3 olarak tespit edilmiştir (47.30).

İlk beş hastalık dışında bulunan hastalıklardan *Diabetes mellitus*, yaşlılar arasında % 8.7 oranında tespit edilmiştir. Etimesgut'ta % 9.0, Güzelbahçe'de % 6.2 gibi değişik oranlar bulunmuştur (47, 57). Caferbey'de kadınlarda % 6.3 iken erkeklerde % 4.6 olarak saptanmıştır (30). Gottenburg'da % 6, Clevelan-Ohio'da % 23.9 bulunmuştur. A.B.D.'de saptanan diabetlilerin % 40'ı 65 ve daha yaşlı bulunmuştur (73). Diabetes mellitus, kardiovasküler hastalıkların renal bozuklukların, amputasyon ve körlüklerin en büyük nedenlerinden biri olduğu gibi mortalitesi de yüksek bir hastalıktır (73).

Demans morbiditesi % 3.3 olarak saptanmıştır. Güzelbahçe'de %3.0 gibi benzer bir oran bulunmuştur (57). Clevelan'da 75 ve yukarı yaşlılar arasında yapılmasından dolayı % 10.7 gibi yüksek bir oran saptanmıştır (25). Gottenburg'da senil demans prevalansı erkeklerde % 2.4 ve kadınlarda % 0.9, Kopenhag'da erkeklerde % 2.3 ve yine kadınlarda % 0.9 olarak bulunmuştur (66).

Görüşülen grupta felç oranı % 1.3 olarak görüldü. Güzelbahçe'de % 5.9 gibi daha yüksek bir oran bulunmuştur (30). Cleveland çalışmasında % 8.0 olarak bildirilmiştir (25). Felç de yaşlıların günlük yaşamını etkilemesi açısından önemlidir. 65-74 yaş grubunda % 5.5, 75 ve yukarı yaşta % 11.7 oranında ciddi yetersizlik yaratır (67).

Tablo 31'den da görüldüğü gibi yaşlıların yakınmaları değişiklik göstermektedir. En fazla görülen yakınma olarak halsizlik, eklem ağrısı, baş ağrısı, unutkanlık, kabızlık, baş dönmesi sayılabilir. Bunun yanısıra bazı yakınmalar erkek ve kadın arasında farklılık göstermektedir. İştahsızlık, nefes darlığı, öksürük, noktüri, poliüri, ses kısıklığı, erkeklerde anlamlı olarak kadınlardan fazla görülmektedir. Kadınlarda ise baş ağrısı, baş dönmesinin erkeklerden daha fazla görülmesi istatistiksel olarak anlamlıdır.

Seyitgazi'de yapılan çalışmada en sık görülen şikayetler eklem ağrısı, halsizlik, unutkanlık, ve baş ağrısı olarak belirlenmiştir (36). Caferbey Sağlık ocağı bölgesinde, halsizlik, unutkanlık, eklem ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi en belirgin şikayetler olarak sıralanmıştır (30). Görüldüğü gibi tüm çalışmalarda da yaşlıların en fazla belirttikleri yakınmalar aynıdır. Gottenburg çalışmasında değişik şikayetlerin oranı şu şekilde saptanmıştır (66). Baş ağrısı, erkekde % 10.0, kadında % 21.0; konstipasyon erkekde % 13.0 kadında % 21.0; üriner inkontinans erkekde % 8.0, kadında % 45.0; eklem ağrısı erkeklerde % 21.0, kadında % 35.0 olarak bulunmuştur.

VI. SONUÇLAR

Bornova-Eğitim ve Araştırma bölgesinde yaşayan 65 ve üzeri yaşlıların demografik özellikleri, sosyal yaşam biçimleri, genel sağlık durumları araştırılmıştır.

1. Tüm yaşlı grupta kadın oranı biraz daha fazladır. Kadınlar arasında dul olma oranı daha yüksektir.

2. Yaşlılar arasında diğer çalışmalara oranla okur-yazarlık oranı daha yüksektir. Erkeklerde okuryazarlık oranı kadınlardan yüksektir.

3. Yaklaşık 1/8'nin geliri olmadığı halde bakımları çocukları tarafından sağlanmaktadır. Bunların içinde ev hanımı olupda eşinin geliriyle geçinenler de yer almaktadır.

4. %75.0'nin sağlık güvencesi vardır. Gerek kendisi, gerekse eşi veya çocuğu dolayısıyla sağlık güvencesi kazanmış olanlar da bu gruba dahildir. Ayrıca kalan % 25'inin sağlık güvencesi olmaması yaşlıların sağlık hizmetlerinden faydalanma yetersizliği açısından önemlidir.

5. Yaşlıların çoğunluğunun yaşayacakları ev sorunu olmayıp evlerinde yaşamlarını kolaylaştıracak yeterli düzeyde konfora genel olarak sahiptirler.

6. Yaşlıların %12.4'ü yalnız yaşamaktadır. Bununla birlikte yaşlıların hemen hepsinin ihtiyaçları olduğunda yardım edecek kimseleri vardır.

7. Yaşlıların büyük çoğunluğunun herhangi bir sosyal aktivasyonu yoktur. Kitle iletişim araçları olarak da TV en çok kullanılmaktadır. Gazete okuma ise çok yetersiz düzeydedir. Bunun yanında kitap okuyan yaşlı sayısı da oldukça azdır. Okur-yazarlık oranı iyi kentsel bölge insanları olarak yazılı basımdan faydalanılmaması düşündürücüdür.

8. Yaşlıların yaklaşık yarısı boş vakitlerinde üretime katkısı olmadan

boşa geçirdiklerini ve bu vakti çocukları ve yakınları ile görüşerek veya TV, radyo izleyerek geçirdikleri belirtmişlerdir.

9. Yaşlıların yaşama bağlılıkları devam etmektedir. Fakat % 13.2'si kendileri için pozitif duygularını yitirmişlerdir.

10. Yaşlıların geçimlerini sağlama güçlükleri vardır. Halen 1/4'inin gelirleri kendi ifadelerine göre yetersizdir.

11. Sosyal durum indeksi değerlendirildiğinde, yaşlıların % 69'unun sosyal durumlarının iyi olduğu görülmüştür.

12. Yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmektedirler. Fakat ulaşım ve alışveriş konusunda bağımlılık belirginleşmektedir.

13. Yaşlıların hastalanmadan önce sağlıklarını koruma konusunda yeterli bilinci olmadığı gözlenmiştir. Ayrıca diş sağlığı konusunda da yeterince titiz olmadıkları belirlenmiştir.

14. Yaşlıların yaklaşık yarısına yakınında en az bir fiziksel yetersizlik saptanmıştır.

15. % 88.2' inin en az bir hastalığı vardır. Buna rağmen son bir yıl içinde herhangi bir hekime başvurmayan yaşlı oranı ise % 41.5'dir.

16. Yaşlıların daha fazla oranı üniversite hastanesi veya sigorta hastanesine başvurmayı tercih etmektedirler. Özel hekimi tercih edenler de sağlık ocağına başvuranlardan fazla gözükmektedir.

17. Araştırma grubundaki yaşlılar hakkındaki sonuçlar ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, bölgemiz yaşlıların sosyal ve ekonomik koşullarının daha iyi olduğu gözlenmiştir. Bunun nedeni; diğer çalışmaların kırsal kesim de yapılmış olmasıdır. Bornova Eğitim ve Araştırma bölgesinde oturan yaşlıların kentsel bölgede olmaları daha iyi sosyal koşullarda yaşamalarını sağlamaktadır.

VII. ÖNERİLER

Bölgemiz yaşlılarının mediko-sosyal sorunlarında varılan sonuçlar, ülkemizde değişik bölgelerde yapılanlarla karşılaştırıldığında, toplumda yaşlılarımızın çözüm bekleyen pek çok sorunlarıyla karşılaşmaktayız.

1. Toplumumuzdaki demografik, sosyal değişimleri ve yaşlıların sorunlarının gün geçtikçe büyüyeceği gözönüne alınarak politikalara yön vermeli-
dir.

2. Yaşlıların öncelikli risk grubu içine alınarak koruyucu hizmetlerin onlara da ulaşması sağlanmalıdır.

3. Ülkemizde en uca bölgelere kadar ulaşmış olan sağlık ocakları hizmet açısından yaşlıların daha sistemli şekilde faydalanması için programlar yapılmalıdır. Tıpkı bebek, çocuk ve gebe izlemi gibi yaşlı izlemi de yapmaları sağlık personeline ağır bir yük getirmeyecektir. Hem yatalak yaşlıların bakımı konusunda ailelere destek verilmiş hem de onların tansiyon takibi gibi periyodik yapılması gereken izlemleri gerçekleştirilmiş olabilir. Ayrıca yaşlıların sigarayı ve içkiyi bırakma, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fizik aktivite gibi konular-
da eğitimleri yapılabilir. Ebe ve hemşireler gereken yaşlıların hekim tarafından görülmesini de sağlayabilir.

4. Sağlık ve sosyal güvencesi olmayan yaşlılara bu konuda yardım yapılması gerekir. Bilhassa sağlık bakımı ve tedavi masraflarının yaşlıların üzerindeki yükü kaldırılmalıdır.

5. Yaşlılarımızın evlerinde yaşamayı tercih etmeleri göz önüne alınarak eve hizmet servislerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Böylece yaşlılar toplumdan koparılmadan ve başaramadıkları aktivitelerde de destek alarak evlerinde yaşamlarını sürdürebilirler.

6. Günümüzde halen yaşlılar aileleri tarafından bakımları yürütülmektedir. Bu konuda aileler desteklenmelidir. Gerek maddi gerekse manevi ve eğitim konusunda yardımcı olunmalıdır. Bu yolla yaşlıların sorunları büyük ölçüde çözümlenmiş olacaktır.

7. Bakıma muhtaç yaşlıların da en az gençler kadar rehabilitasyondan faydalanabileceği ve tekrar bağımsız olarak yaşamını sürdürebileceği fikri yaygınlaştırılarak yaşlıların rehabilitasyon hizmetlerine ağırlık verilmelidir.

8. Yaşlıların yaşam doyumunu yükseltmek için yaşlı klüpleri şeklinde merkezler açılarak, onların da üretici nitelik kazanmaları sağlanmalıdır.

9. Yaşlılara hizmet ağının özellikle daha mağdur durumda olan kırsal kesime kadar ulaştırılması oldukça önemlidir.



ÖZET

Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 65 ve üzeri yaşlı populasyonun Mediko-Sosyal sorunları :

Çalışma, 8 sağlık ocağının yer aldığı Bornova Eğitim ve Araştırma bölgesinde yürütülmüştür. Ev halkı tespit fişlerinden tespit edilen 3000 65 yaş ve üzeri bireyden oluşan evrenden tabakalı örnekleme yöntemi ile 340 kişi seçilmiştir. Deneklere anket uygulanmış ve fizik bakı yapılmıştır.

Araştırmanın amacı bölge yaşlılarının yaşam koşullarını, medikal ve sosyal sorunlarını ortaya koymak ve bu sorunlara çözüm yolları önermektir. Araştırmadan elde edilen bilgiler şu şekilde özetlenebilir.

1. Araştırma grubunun %40.6 sı erkek, % 59.4'ü kadındır. Erkeklerin % 84.1, kadınların % 45.5'i evlidir.

2. Yaşlıların % 35.9'u okur-yazar değildir. Kadınların %50.5'i ve erkeklerin % 14.5'i okur-yazar değildir.

3. Yaşlıların % 22.9'unun geliri yoktur. Yaklaşık 1/4'i gelirini yetersiz bulmaktadır. % 49.1'i ise emeklilik, dul veya ihtiyarlık aylıkları almaktadırlar. % 26.8'inin sağlık güvencesi yoktur. Geri kalan yaşlıların emekli sandığı, SSK, Bağkur'dan sağlık güvenceleri mevcuttur.

4. Yaşlıların % 12.4'ü yalnız yaşamaktadır. Buna karşılık yaşlıların sosyal ilişkileri oldukça iyidir. Çocukları, akrabaları ve arkadaşları ile sık görüşmektedirler. Sosyal durumları geliştirilen indexle değerlendirildiğinde % 68.8'inin iyi olduğu gözlenmiştir.

5. Yaşlıların sosyal ve kültürel faaliyetlere katılımlarının zayıf olduğu anlaşılmaktadır. Buna karşılık TV izleme oranı oldukça yüksektir. Gazete okuma oranı ise düşüktür.

6. Günlük yaşam aktivitelerini genel olarak yardımsız yerine getirebilmektedir. Fakat alışveriş ve ulaşım da daha fazla yetersizlikleri göze çarpmaktadır.

7. Yaşlıların kendi değerlendirmelerine göre % 48.5'inin sağlığı iyidir. Kadın erkek farkı anlamlıdır. Yaşlılar hastalanmadan sağlıklarını korunmanın bilincinde değildir. Diş sağlığına yeterince önem vermemektedirler.

8. Yaşlıların %14.4'ü sigara içmekte, % 70.9'u içmemekte ve % 14.7'si bırakmıştır. Kadın ve erkek arasında anlamlı fark bulunmuştur.

9. Yaşlıların % 15.6'ı sağlık ocağına, % 65.9'u hastaneye % 18.5'i ise özel hekime başvurmayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

10. Yaşlıların % 88.2'inin en az bir kronik hastalığı olduğu halde yaşlıların % 41.5'i son bir yıl içinde hiçbir hekime başvurmamışlardır.

11. Yaşlıların % 48.2 sinin en az bir yetersizlikleri vardır. Buna karşılık yardımcı araç kullanmayan yaşlı oranı ise % 38.3'dür.

12. Yaşlılarda görülen ilk beş hastalık erkek ve kadında aynı olmasına karşın sıralamada fark vardır. Erkeklerde sırasıyla; KOAH, Hipertansiyon, kalp hastalıkları, dejeneratif Artrit, Sindirim sistemi hastalıkları ön tanıları konmuştur. Kadınlarda ise sırasıyla, dejeneratif artrit, hipertansiyon, kalp hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve KOAH tespit edilmiştir.

SUMMARY

The Mediko-Social problems of old people of 65 and over that are in habitants of Bornova Education and investigation Region.

Study was carried out in Bornova Education and investigation Region. Where 8 medical centers are located. First, 3000 65 and over aged persons were chosen from household-choose cards and then 340 were chosen from these 3000 by levered sampling method. Samples were subjected to the inquiry and then physically examined.

The purpose of this investigation is to put forward the medical and social problems and the life standard of the older people of the Region, and also to propose solutions to these problems.

The information obtained from the investigation can be summarized as this :

1. 40.6% of the investigation group is male and 59.4% is female. 84.1% of male and 45.5% of female are married.

2. 35.9% of the old are ignoramous. This is 50.5% for female and 14.5% percent for male.

3. 22.9% of the old have no income. Approximately 25% said that they had insufficient income. 49.1% recives either pension or oldness or widow payment. 26.8% has no health security. The rest has health securities either from Emekli Sandığı, SSK or Bağ-Kur.

4. 12.4% of the old live alone. On the other hand the old have very good relationships. They see their children, relatives and friends frequently. When their social status is compared with the index we see that 6.8% is in good condition.

5. The participation of the old in social and cultural activities are weak. But TV watching rate is high, paper reading rate is low.

6. They can perform ordinary activities by themselves without help. But when shopping or travelling their inadequacy can be observed.

7. 48.5% of the old classied their selves as healthy male-female difference is meaningful. The old are not aware to keep them healthy before they are ill. They dont give importance to their dental health.

8. 14.4% of the old smoke, 70% don't smoke and 14.7% had given up smoking. There is a notable difference in these ratios between male and female.

9. 15.6% of the old prefer to apply to health centers, 18.5% the private doctor and 65.9% to hospitals, when they are ill.

10. Though 88% of the old have at least one chronic syndrome, 47.5% of the old uplied to a doctor in the past year.

11. 48.2% of the old have at least one inadequency but 38.9% of the old do not use any assitance device

12. The first five illness that are most common in the old is same for male and female, but the order is different. The order for male is as follows : KOAH, hypertension, hearth illnesses, degenerative artrid, digestive system illnesses. This order is dejenerative artrit hypertension, hearth illnesses, digestive system illnesses for female.

KAYNAKLAR

1. American Geriatrics Society, Public Policy Committee. "Geriatric Rehabilitation", Journal American Geriatrics Society. Vol. 38, No : 9, 1990.
2. Anders, R.L. and Kanal-Pak, M. "Growing old in Japon", World Health, December, 1988.
3. Atilla S. ve Egemen, A. "Yaşlıların ev koşullarında beslenme durumu", III. Halk Sağlığı Kongre kitapçığı, İstanbul, 1990.
4. Atting, G. A. and Chanawongse, K. "Elderly People as Health promoters, World Health Forum. Vol. 10, 1989.
5. Barker, W.H. "Hospital Based Geriatric Services in Great Britain implications for the United States", Bulletin of PAHO, Vol.20, No.1, 1986.
6. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. İstatistik Yıllığı, Ankara, DİE Matbaası, 1989.
7. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Kayıtları, Temmuz 1991.
8. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 20.10.1985, Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, İzmir ili, Ankara, DİE Matbaası, 1988.
9. Bentante, R. and Reed, D. "Is Elevated Serum cholesterol level a Risk Factor for Coronary Heart Disease in the Elderly?", JAMA, Vol. 26, No.3, 1990.
10. Berkow, R. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Fourteenth edition, Merck and CO., inc., 1982.
11. Bharat, N.R, and Grossberg, G. "Insomnia in the Elderly", American Family Physician. Vol. 43, No. 2, 1991.
12. Bimes, B.K. "The older skomer status, challenges and opportunities for invention", Chest. Vol. 97 No. 3, 1990.

13. Black, J.S, and Kapoor, W. "Health Promotion and Disease Prevention in older people Our Current state of ignorances" Journal of American Geriatrics Society, Vol. 38, No. 2, 1990.
14. Branch, L.G, and Jette, A.M. "Social Disability Among the Aging, The Framingham Disability Study", American Journal of Public Health. Vol. 71 No. 11, 1981.
15. Brathwaite, F.S. "The Elderly in Barbados.", Bulletin of PAHO, Vol 24, No.3, 1990.
16. Burggraf, V., and Donlan, B. "Assessing the Elderly," American Journal of Nursing. Semptember, 1985.
17. Büyükcoşkun, A. "Yaşlı Bireyin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Karşılanması.", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1990.
18. Cerit, S. Türkiye'de Nüfus, Doğurganlık, Ölümlülük, Ankara, 1989.
19. Conaway, D.C. et all. Geriatrics, Harwal Publishing Company, Pennsylvania, 1988.
20. Davies, M.A. "Epidemiology and the Challenge of Ageing", international Epidemiological Assosiation, Vol. 14, No.3, 1985.
21. Emiroğlu, V. Yaşlılık ve yaşının sosyal uyumu, Başkent Yayınevi, Ankara, 1989.
22. Erdal, R. Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Yayın No. 89/50, Kısa Dizgi No.9, Ankara, 1989.
23. Escobar, A. "Human Dying has changed", Bulletin of PAHO, Vol.24, No.4, 1990.
24. Fillenbaum, G.G. The Wellbeing of the Elderly : Approaches to Multidimensional Assessment. WHO, Geneva, 1985.
25. Ford, A.B., and Folmar, S.J. "Health and Function in the Old and very Old", Journal of American Geriatrics Society Vol.36, No. 3, 1988.

26. Gibeav, J. and Anastas, J.W. "Working Families and Eldercare", National Association of Social Workers, Vol. 35, No.5, 1990.
27. Gray, M.J.A., and Fowler, G. Essentials of Preventive Medicine, Black well scientific publications, Oxford London, 1984.
28. Guralnik, J. M. and Lacroix, A.Z. "Morbidity and Disability in older person in the years prior to Death", American Journal of Public Health Vol. 81, No.4, 1991.
29. Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Turkish Population and Health Survey, Ankara, 1988.
30. Hoşgeçin, K. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Caferbey Sağlık Ocağı Bölgesinde 65 ve üzeri Yaş Grubundaki Populasyonun Medikososyal Sorunlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Kayseri, 1991.
31. Hovaguimian T. and Junod J.P., "Mental Health in old age", WHO Chronicle. Vol. 40, No.4, 1986.
32. Isle worth, A.J. and Middx H.P., Geriatrics for Everday Practice, S.Karger, Basel, 1981.
33. İzmir S., Yaşlılık, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, Çoğaltım Dizisi sayı : 2, Ankara, 1982.
34. Jette, A.M. "Physical Disability Among the Aging", American Journal of Public Health. Vol 71 No.11, 1981
35. Kalve, T. "Help for Old People Private Care and Public Responsibility", World Health Forum, Vol.7 No.2, 1986
36. Kalyoncu, C. "Bölgemiz Yaşlıların Mediko Sosyal Sorunları", Anadolu Tıp Dergisi, Cilt.13, Sayı.1, 1991.
37. Karşlı, D., Yaşlılık ve Türkiye'de Yaşlı Sorunları SSBYB Hıfzıhsıha Okulu, Sosyal Hizmetler Bölümü, Ankara, 1982.
38. Kayahan, Ş., Geriyatri, İhtiyarlanmanın Biyolojisi ve ihtiyarlığın Klinik Özellikleri, İstanbul, 1970.

39. Ketterl, W. "Zahnerhaltung bei Ölteren Menschen" Zeitschrift für Gerontologie Vol. 23, No.6, 1990.
40. Kovar, G.M., and Feinleib, M. "Older Americans Present a Double Challenge. preventing Disability and Providing Care", American Journal of Public Health Vol.81 No.3, 1991.
41. Kurucu, O., Fazla Çalışma, Ankara, 1987
42. Lipsitz, L.A. "Orthostatic hypotension in the Elderly", The New England Journal of Medicine, Vol. 321 : 952-957, 1989.
43. Litvak, J. "Aging A Challenge Beyond the year 2000", Bulletin of PAHO, Vol.24 No.3, 1990.
44. Miller, S.L. "Growing old in Latin America", World Health, April-May, 1990.
45. Milne, J.S., and Cormark, S. "The Design and Testing of a Questionnaire and examination to Asses Physical and Mental Health in Older People Using a staff Nurse as the Observer, Journal Chronic Diseases, Vol.25, 385-405, 1972.
46. Nair, V.N. "The Elderly", World Health, November, 1989.
47. Oğuz, P. Yaşlıların Mediko Sosyal Sorunlarının İncelenmesi. Hacettepe Tıp Fakültesi, Doçentlik Tezi, Ankara 1982.
48. O'hara-Devereaux-Andrus-Scott. Elderlane, Grune and Stratton inc., Newyork, 1991.
49. Orhan, E.P. Sakatların Rehabilitasyonu ve Eğitimi, TC. Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Planlama Dairesi, Ankara, 1981.
50. Rowe, J.W. "Health Care of The Elderly" The New England Journal of Medicine, 312 : 827-835, 1985.
51. Sevil, H.T. "Yaşlılık Sorunu", Sağlık Bülteni Sayı 1(2), 1982.
52. Shuman, T.M. "Aging in the Third World" Populi, Vol.13, No.4, 1986.
53. Siegel, J.S. and Hoover S.L. "Demographic Aspects of the Health of the Elderly to the Year 2000 and Beyond", World Health Statistic, Vol.35, No.3/4, 1982

54. Siriphanich, B. "Caring for the old in a Changing Society", World Health Forum. Vol.7 No.2, 1986.
55. Solomon, D.H. "New Issues in Geriatric Care", Annals of Internal Medicine, Vol. 108 : 718-732, 1988.
56. Sümbüloğlu, K. Sağlık bilimlerinde araştırma teknikleri ve istatistik. Matis Yayınları, Ankara, 1978.
57. Uçku, R. Yaşlıların Mediko Sosyal Sorunları zerine Bir İnceleme, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Uzmanlık Tezi, İzmır, 1990.
58. Uçku, R. ve Amoto Z., Yaşlılarda Sigara Alışkanlığı", II. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri zel Kitabı, 1989.
59. Uhlmann, R. and Larson, E. "Relationship of hearing impairment to Dementia and cognitive dysfunction in older Adult.", JAMA, 261 : 1916-1919, 1989.
60. United Nations, Demographic year book, 1983.
61. United Nations, Demographic year book, 1988.
62. Velicangıl S. ve Grat  : İstanbl yakınındaki bir kyde ağız-diş sağlığı incelemesi, Monograf, 1990.
63. Washington, D.C. "Toward The well Being of the Elderly" WHO chronicle, Vol.40, No. 4, 1986.
64. WHO, Protecting the Health of the Elderly. Public Health in Europe No.18, Copenhagen, 1983.
65. WHO, The Elderly in Eleven Countries. Public Health in Europe No.21, Copenhagen, 1983.
66. WHO, Epidemiological studies on social and medical conditions of the Elderly. Euro-Reports and Studies. No.62, Copenhagen, 1982.
67. WHO, Preventing Disability in the Elderly. Euro-Reports and Studies No.65, Cologne, 1981.

68. WHO, Planning and Organization of Geriatric Services. Technical Report No.548, 1974.
69. WHO, The uses of Epidemiology in the Study of the Elderly. Technical Report No. 706 Geneva, 1975.
70. WHO, 2000 yılında Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Copenhagen, 1986.
71. Wolf, P.A. "Cigarette smoking as a risk factor for stroke." JAMA, 259 : 1025-1029, 1988.
72. Woodruff, R.A. et al. "A brief Method of Screen for Alkolism." Journal Clinical Psychiatry, 37 : 434-435, 1976.
73. Woolf, S.H. and Karmarow, D. "The Periodic Health Examination of Older Adults : The Recomendations of the US." Journal American Geriatri Society, 38 : 933-942, 1990.

EK I

YAŞLILARIN MEDİKO-SOSYAL SORUNLARI ÜZERİNE ANKET FORMU

	Kolon	Kod
I. Demografik Bilgiler		
1. Sıra No.	1-3	
2. Yaşınız	4	
1. 65-69		
2. 70-74		
3. 75-79		
4. 80-84		
5. 85 +		
3. Cinsiyeti	5	
1. Erkek		
2. Kadın		
4. Medeni Durumunuz	6	
1. Bekar		
2. Evli		
3. Dul		
4. Ayrı yaşıyor		
5. Eğitim Durumunuz	7	
1. OYD		
2. OY		
3. İlkokul mezunu		
4. Orta-lise		
5. Yüksek okul veya fakülte		
II. Sosyoekonomik Durumu :		
6. Geliriniz var mı?	8	
1. Yok		

2. Emeklilik Aylığı
 3. Dul aylığı
 4. İhtiyarlık aylığı
 5. Çalışıyorum
 6. Aylık+çalışıyorum
 7. Diğerleri
7. Sağlık güvenceniz var mı? 9
1. Yok
 2. Emekli Sandığı
 3. SSK
 4. Bağ-Kur
8. Gelirinizi yeterli buluyormusunuz 10
1. Yeterli değil
 2. Ancak yetiyor
 3. Geliriniz çok tyl
9. Oturduğunuz ev 11
1. Kira
 2. Kendi eviniz
 3. Birlikte kaldığım kişilerin
 4. Diğer
10. Kendinize ait oda var mı? 12
1. Var
 2. Yok
11. Evde buzdolabı, çamaşır makinası, telefonda hangileri var ? 13
1. Hiçbir
 2. Hepsi var
 3. Buzdolabı var
 4. Çamaşır makinası var
 5. Telefon var
 6. Buzdolabı+Ç.maknası var
 7. Buzdolabı + telefon var.

	Kolon	Kod
12. Evde TV, radyo var mı ?	14	
1. Var		
2. Yok		
13. İkamet durumunuz	15	
1. Devamlı bu adresteyim		
2. Sırasıyla yakınlarımda kalıyorum		
3. Zaman zaman uzun süreli yatılı gidiyorum		
14. Yaşayan çocuk sayınız	16	
1. Bir		
2. İki-üç		
3. Dört-beş		
4. Altı +		
5. Yok		
15. Birlikte yaşadığınız kişi sayısı	17	
1. Yalnız yaşıyorum		
2. İki kişiyiz		
3. üç-beş		
4. Altı+		
16. Birlikte yaşadığınız kişilerden hoşnutmusunuz	18	
1. Evet		
2. Hayır		
17. İhtiyaç hissettiğinizde yardım edecek kişi	19	
1. Yok		
2. Eşi		
3. Çocukları		
4. Akrabaları		
5. Diğer		
18. Boş vakitlerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz ?	20	
1. Ev işleri yaparım		
2. Kitap okurum		
3. Kahveye giderim		

4. İbadetle uğraşırım
5. Bazı hobilerimle ilgilenirim
6. Boş otururum
7. Gezinti yaparım
19. Son bir yıldır herhangi bir sosyal faaliyete katıldınız mı ? 21
1. Sinema, tiyatro, konsere gittim
2. Spor karşılaşmalarına gittim
3. Bazı törenlere katıldım
4. Tatil yaptım
5. Çoğunu gerçekleştirdim
6. Hiç bir sosyal faaliyetim yoktur.
20. Radyo ve TV. izleme sıklığınız 22
1. Hergün
2. Seyrek
3. Hiç
21. Gazete okuma sıklığınız 23
1. Hergün
2. Seyrek
3. Hiç
22. İzmir sınırları içinde çocuğunuz var mı ? 24
1. Var
2. Yok
23. Çocuklarınız ile görüşme sıklığınız 25
1. Haftada en az bir kez
2. Ayda bir -üç kez
3. Yılda bir - üç kez
4. Daha seyrek
5. Görüşmüyorum
24. Akrabalarınız ile görüşme sıklığınız 26
1. Haftada en az bir kez

2. Ayda bir - üç kez

3. Yılda bir - üç kez

4. Daha seyrek

5. Görüşmüyorum

6. Akrabam yok

25. Arkadaşlarınızla görüşme sıklığınız 27

1. Haftada en az bir kez

2. Ayda bir - üç kez

3. Yılda bir - üç kez

4. Daha seyrek

5. Görüşmüyorum

6. Arkadaşım yok

26. Bir yaşlının kiminle yaşamasını uygun 28

buluyorsunuz ?

1. Yalnız

2. Eşi ile

3. Çocukları

4. Bir kurumda

5. Diğer

III. Günlük Yaşam Aktiviteleri

27. Banyaya Yapabilme 29

1. Yardımsız

2. Kısmen yardımla

3. Yardımsız yıkanamıyor

28. Tuvalate gitme 30

1. Yardımsız

2. Yardımla

3. Hiç gidemiyor

29. Giyinebilme 31

1. Yardımsız

2. Kısmen yardımla

3. Yardımsız giyinemiyor

	Kolon	Kod
30. Sandalyede, yatakta oturup kalkma	32	
1. Yardımsız		
2. Bir kişi yada araç yardımı ile		
3. Hiç başaramıyor		
31. Yürüme	33	
1. Yardımsız		
2. Bir kişi yada araç yardımı ile		
3. Hiç yürüyemiyor		
32. Yemek yeme	34	
1. Yardımsız		
2. Kısmen yardımla		
3. Yardımsız beslenemiyor		
33. Sokağa çıkma	35	
1. Yardımsız çıkıyor		
2. Yardımla çıkıyor		
3. Hiç çıkamıyor		
34. Alış-veriş yapma	36	
1. Yardımsız yapıyor		
2. Kısmen yardımla yapıyor		
3. Hiç yapamıyor		
35. Parasını idare etme	37	
1. Yardımsız		
2. Birisinin yardımı ile		
3. Hiç başaramıyor		
36. Yemek hazırlama	38	
1. Yardımsız		
2. Kısmen yardımla		
3. Hiç hazırlayamıyor		
30. Ev işlerini yapma	39	
1. Yardımsız		
2. Kısmen yardımla		
3. Hiç yapamıyor		

	Kolon	Kod
38. Kendi ilacını içebilme	40	
1. Yardımsız		
2. Kısmen yardımla		
3. Kendi başına içemiyor		
IV. Sağlık Durumu :		
39. Sağlığınızı nasıl hissediyorsunuz ?	41	
1. İyi		
2. Orta		
3. Kötü		
40. Yaşıtlarınızla karşılaştırınca	42	
1. Daha iyi		
2. Aynı		
3. Daha kötü		
4. Bilemiyorum		
41. Sağlığınız yüzünden tüm gün veya çoğunlukla evde kalmak durumundamısınız ?	43	
1. Evet, 1 aydan az zamandır		
2. Evet, 1-3 aydır		
3. Evet, 3 aydan fazla süredir		
4. Hayır		
42. Sağlığınızı korumak için neler yaparsınız	44	
1. Hiç bir şey		
2. Beslenmeme dikkat ederim		
3. Spor yaparım		
4. Diğer		
43. Günde kaç kez diş fırçalarsınız ?	45	
1. Bir kez		
2. İki-üç kez		
3. Aklıma gelirse		
4. Hiç fırçalamam		
5. Dişim yok		

	Kolon	Kod
44. Günde kaç saat uyursunuz ?	46	
1. 4-6 saat		
2. 7-9 saat		
3. 9-10 saat		
4. 11+		
45. Herhangi bir uyku probleminiz var mı ?	47	
1. Uykuya dalmakta güçlük çekerim		
2. Gece sık sık uyanırım		
3. Uyku ilacı kullanırım		
4. Derin ve rahat uyurum.		
46. Sigara içiyormusunuz ?	48	
1. Evet		
2. Hayır		
3. Bıraktım		
47. Kaç yıldır içiyorsunuz/Kaç yıl içtiniz ?	49	
1. 1-5 yıl		
2. 6-10 yıl		
3. 11-15 yıl		
4. 16-20 yıl		
5. 20 yıl+		
48. Sigarayı bırakma sebebiniz (Bıraktı ise)	50	
1. Sağlığımın bozulması		
2. Doktorumun tavsiyesi		
3. Yakınlarımmın isteği		
4. Diğer		
49. İçki kullanıyormusunuz ?	51	
1. Evet		
2. Hayır		
50. Ne sıklıkta içiyorsunuz ?	52	
1. Her gün		
2. Haftada bir - üç		
3. Ayda bir - üç		
4. Daha seyrek		

	Kolon	Kod
51. Bir defada ne kadar içiyorsunuz ?	53	
1.		
2.		
3.		
52. Genel anlamda çok içtiğinizi düşünüyor musunuz ?	54	
1. Evet		
2. Hayır		
54. Doktorunuz hiç çok fazla içtiğinizi hatırlattı mı ?	56	
1. Evet		
2. Hayır		
55. Gözlük kullanıyor musunuz ?	57	
1. Yakın için		
2. Uzak için		
3. Her ikisini de		
4. Kullanmıyorum		
56. İşitme cihazı kullanıyor musunuz ?	58	
1. Evet		
2. Hayır		
574. Takma diş kullanıyor musunuz ?	59	
1. Evet		
2. Hayır		
58. Baston kullanıyor musunuz ?	60	
1. Evet		
2. Hayır		
59. Hastalanınca nereye başvurursunuz ?	61	
1. Sağlık ocağı		
2. Hastane		
3. Özel hekim		
4. Diğer		

60. Son bir yıldır kaç kez bir doktora
başvurdunuz ?

62

1. Hiç gitmedim
2. Bir kez
3. İki kez
4. Daha sık

61. Son bir yıldır hastaneye yattınız mı ?

63

1. Hiç yatmadım
2. Bir kez
3. İki kez
4. Daha sık

62. Yatış nedenleriniz

- 1.
- 2.
- 3.

- Anamnezi :

- Yakınmaları :

- Kullandığı ilaçlar hakkında bilgiler :

- Daha önce aldığı tanılar ve bunlarla ilgili tetkik sonuçları :

- Fizik Bakı :

- Ön tanılar :

EK II.

BORNOVA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ
1991 YIL ORTASI NÜFUSUNUN YAŞ GRUPLARI, CİNSİYET VE SAĞLIK OCAKLARINA GÖRE DAĞILIMI
(MERKEZ İLÇE VE KÖYLER DAHİL)

SAĞ. OCAĞI	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-80	80+
PINARBAŞI	E	763	815	930	763	789	642	535	445	346	286	253	172	116	60	33	24
	K	713	785	864	735	700	570	514	395	316	269	222	160	111	58	51	34
ERGENE	E	636	735	783	743	717	803	769	669	508	321	249	186	113	49	22	14
	K	607	722	761	868	828	805	768	581	399	267	213	173	91	46	30	25
KIZILAY	E	520	637	695	688	855	759	648	423	360	288	288	238	137	100	64	31
	K	637	653	705	769	842	642	540	384	339	290	279	218	159	103	57	66
ATATÜRK	E	748	980	818	928	960	710	810	722	553	412	319	223	123	54	24	28
	K	704	908	794	946	865	713	766	616	441	358	291	185	113	50	36	45
ÖZKANLAR	E	462	544	583	518	583	505	497	345	282	199	122	74	59	30	9	13
	K	424	495	497	548	577	520	429	307	184	165	91	79	42	23	14	21
MERKEZ	E	1435	1585	1480	1995	1925	1946	1894	1412	1443	1169	946	727	525	355	233	245
	K	1437	1459	1470	1955	2019	1929	1761	458	1364	1062	882	687	564	426	274	338
NALDÖKEN	E	389	642	549	414	540	386	385	345	211	170	158	111	63	41	27	18
	K	466	626	475	453	561	394	312	277	157	161	143	86	72	38	17	20
TOPLAM	126153	9941	11586	11404	12323	12761	11324	10628	8379	6903	5417	4456	3319	2288	1433	891	922