

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANKARA İLİ PURSAKLAR İLÇESİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ ve ÜZERİ
BİREYLERİN SAĞLIK/HASTALIK PROFİLLERİ, BAKIM
GEREKSİNİMLERİ VE KENDİNİ İHMAL ETME DURUMLARI
NİCELİKSEL ve NİTELİKSEL BİR DEĞERLENDİRME

Dr. Evren KİBAR

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

ANKARA
2015

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANKARA İLİ PURSAKLAR İLÇESİNDE YAŞAYAN 65 YAŞ ve ÜZERİ
BİREYLERİN SAĞLIK/HASTALIK PROFİLLERİ, BAKIM
GEREKSİNİMLERİ VE KENDİNİ İHMAL ETME DURUMLARI
NİCELİKSEL ve NİTELİKSEL BİR DEĞERLENDİRME

Dr. Evren KİBAR

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

DANIŞMAN
Prof. Dr. Dilek ASLAN

ANKARA
2015



17/12/2015

Sayı: 77558955

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Dr. Evren KİBAR'ın 17/12/2015 tarihinde jürimiz önünde savunmasını yaptığı "Ankara İli Pursaklar İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık/Hastalık Profilleri, Bakım Gereksinimleri ve Kendini İhmal Etme Durumları" başlıklı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Hakan ALTINTAŞ
HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Üye (Danışman)

Prof. Dr. Dilek ASLAN
HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Selim KILIÇ
GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ONAY

Bu Tez Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı tarafından Kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Bülent SİVRİ
Tıp Fakültesi Dekan V.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında gelişimime katkıda bulunan, bilgi, deneyim ve birikimlerinden yararlandığım hocam Prof. Dr. Dilek Aslan'a çok teşekkür ederim.

Pursaklar Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) sorumlu hekimi Dr. Emire Olcayto'ya, TSM bünyesinde yer alan; Altınova, Farabi, Karanfil, Merkez, Saray, Sirkeli, Tebessüm ve 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinin bütün çalışanlarına katkı ve destekleri için teşekkür ederim.

Yaşlı bireylerin adres ve durumları ile ilgili bilgilerini paylaşan Pursaklar ilçesi merkez mahallesi muhtarı Mustafa Onat'a teşekkür ederim.

Bu çalışmada bana evlerini açan ve benimle özel paylaşımlarda bulunan bütün katılımcılara çok teşekkür ediyorum. Bu çalışmanın sonuçlarının gelecekte yaşamlarına yarar getirmesini umut ediyorum.

Uzmanlık eğitimimi sürdürdüğüm Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanlarına katkı ve destekleri için teşekkür ederim.

Araştırma izninin verilmesinde katkı ve destek sağlayan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanlarına teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan sevgili eşim Müge, ailem ve dostlarıma da çok teşekkür ederim.

ÖZET

Kibar E. Ankara İli Pursaklar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık profilleri, bakım gereksinimleri ve kendini ihmal etme durumları: Niceliksel ve niteliksel bir değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara. Aralık 2015.

Bu araştırma Ankara İli Pursaklar ilçe merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin, sağlık/hastalık profillerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, kendini ihmal etme durumlarının saptanması ve bölgede hizmet veren aile hekimlerinin yaşlılara yönelik sunulan sağlık hizmetleri ve kendini ihmal konusunda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili düşünce ve görüşlerinin saptanmasını amaçlamıştır. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmaya toplam 370 yaşlı birey ve 25 aile hekimi katılmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $72,20 \pm 6,39$ olup, %52,7'si kadın, %47,3'ü ise erkektir. Yaşlı bireylerin %11,0'nun düzenli bir geliri yoktur ve %14,3'ü yalnız yaşamaktadır. Kadın cinsiyette ($p=0,320$) ve 85 yaş ve üzerinde ($p<0,001$), okur-yazar olmayanlarda ($p<0,001$) ve yalnız yaşayanlarda ($p<0,001$) kendini ihmal sıklığı daha fazladır. Yardımcı araç-gereç kullanımına göre; işitme cihazı ($p<0,001$) ve baston ($p<0,001$) kullananlarda kendini ihmal sıklığı daha fazladır. Kadınlarda 3,61 kat (%95 GA=1,38-9,45 $p=0,009$), 80 yaş ve üzerinde olanlarda ise 10,73 kat (%95 GA=2,93-39,26 $p<0,001$) kendini ihmal daha fazla görülmektedir. Araştırma kapsamında görüşme yapılan aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (%48) kendini ihmal toplumsal bir sorun olarak görmektedir. Sonuç olarak yaşlılarda kendini ihmal koruyucu önlemlerin alınmasını gerektiren, yaşlı bireyin yaşam kalitesini gerileyen önemli bir durumdur. Yaşlı ihmalinin nedenlerini ve görülme sıklığını ortaya koyan araştırmaların ve durumu önlemeyi amaçlayan müdahale çalışmalarının artırılması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Bakım gereksinimi; Yaşlı; Kendini ihmal

Abstract

Kibar E. Health/disease profiles, care requirements and the conditions of encountering self-neglect of the 65 years old and older individuals living in Pursaklar district of Ankara: A quantitative and qualitative assessment. Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health Dissertation, Ankara. December 2015.

In this research, it was aimed to detect the thoughts and opinions with respect to determining the health/disease profiles and care requirements of 65 years old and older individuals living in the city center of Pursaklar, Ankara, detecting their self-neglect conditions and the health services offered for the elderly by the family physicians serving in the region and developing the health services regarding the self-neglect. A total of 370 elderly and 25 family physicians participated in this descriptive research. Age average of the old individuals participating in the research was 72.20 ± 6.396 , and 52.7% of them were female and 47.3 of them were male. 11.0% of the old individuals do not have a regular income and 14.3% of them live alone. Frequency of self-neglect is more in females ($p=0.320$) and 85 years old and older individuals ($p<0.001$), non-literate individuals ($p<0.001$) and in the individuals living alone ($p<0.001$). According to the auxiliary equipment use; frequency of self-neglect is more in those using hearing instrument ($p<0.001$) and walking stick ($p<0.001$). Self-neglect is seen 3.61 times more among females (%95 CI= 1.38-9.45 $p=0,009$) and 10.73 times more among 80 years old and older individuals (%95 CI=2.93-39.26 $p<0.001$). Almost half of the family physicians (48%) interviewed within the scope of the research regard self-neglect as a social problem. In conclusion, self-neglect in the elderly is a significant issue which impairs the life quality of the old individual and against which precautions should be taken. It is important to support the scientific studies aiming to determine the reasons and the frequency of the self-neglect in the elderly as well as intervention studies focusing on prevention of the cases.

Key words: Care requirement; Aged; Self-neglect

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
I. GİRİŞ	1
I.1. Amaçlar	4
I.1.1. Araştırmanın Yakın Dönem Amaçlar	4
I.1.2. Araştırmanın Uzak Dönem Amaçlar	4
II. GENEL BİLGİLER	5
II.1. Yaşlılık ve Yaşlanma	5
II.2. Dünyada Yaşlılık	6
II.3. Türkiye’de Yaşlılık	8
II.4. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanmaya Bağlı Sorunlar ve Gereksinimler	11
II.5. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sunulan Hizmetler	14
II.5.1. Sosyal Hizmetler	15
II.5.2. Sağlık Hizmetleri	16
II.5.3. Diğer Hizmetler	18
II.6. Yaşlıların Genel Sağlık Bakımı	21
II.7. Yaşlılarda İstismar ve Kendini İhmal Etme	23
II.7.1. İhmale Neden Olan Faktörler	25
II.7.2. Yaşlılara Yönelik İhmal ve İhmalin Önlenmesi ile İlgili Yaklaşımlar	26
II.7.2.1. Yasal Düzenlemeler	27
II.7.2.2. Mesleki Eğitim Verilmesi	27
II.7.2.3. Hizmet Yoluyla Önlemler Alma	28
II.7.2.4. Toplumun Eğitimi	28
II.8. Yaşlı Sağlığının Korunmasında Hekimlerin Rolü	29

III. GEREÇ VE YÖNTEM	32
III.1. Araştırmanın Yeri	32
III.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	33
III.3. Araştırmanın Tipi	35
III.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	35
III.5. Araştırmanın Değişkenleri	36
III.6. Araştırmada Kullanılan Tanımlar ve Ölçekler	37
III.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	38
III.8. Araştırmanın Ön Denemesi	38
III.9. Veri Analizi	38
III.10. Etik Konular ve İzinler	40
III.11. Araştırmanın Bütçesi	40
III.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	40
III.13. Araştırmanın Akış Şeması	42
IV. BULGULAR	43
IV.1. Bölgede Yaşayan Yaşlılara Yönelik Değerlendirmeler	43
IV.2. Aile Hekimlerinin Yaşlılara Yönelik Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Görüş ve Önerileri	77
V. TARTIŞMA	80
V.1. Kısıtlılıklar	87
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
KAYNAKLAR	91
Ek-1. Niceliksel Veri Toplama Formu	101
Ek-2. Niteliksel Veri Toplama Formu	110
Ek-3. Standardize Mini Mental Test	111
Ek-4. Etik Kurul İzin Belgesi-1	113
Ek-5. Etik Kurul İzin Belgesi-2	114
Ek-6. Kurum İzin Belgesi	115

ŞEKİLLER

	Sayfa no
Şekil II.1. Türkiye'nin yıllar içinde nüfus piramidindeki değişim (1935-2050)	10
Şekil II.2. Türkiye'de yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payları	11
Şekil II.3. Yaşlılarda ihmalin risk faktörleri	25
Şekil II.4. Yaşlılarda ihmalin nedenleri	26
Şekil III.1. Ankara ili Pursaklar ilçesi merkez mahallesi haritası	32

TABLolar

	Sayfa no
Tablo II.1. Bazı ülkelerde 2013 yılı 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payları ve 2025 yılı tahminleri	7
Tablo II.2. Türkiye’de yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payları (1935-2014)	8
Tablo III.1. Ankara ili Pursaklar ilçesine bağlı mahalleler ve nüfusları (ADNKS, 2014)	33
Tablo III.2. Nüfusun yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı (ADNKS, 2014, Pursaklar-Ankara)	34
Tablo III.3. Merkez mahallesine bağlı 65 yaş ve üzeri nüfusun yoğun olduğu sokak ve caddeler (Pursaklar-Ankara, 2015)	35
Tablo III.4. Lojistik regresyonda kullanılan kategoriler ve referans değerler	39
Tablo III.5. Araştırmanın bütçesi	40
Tablo III.6. Araştırmanın zaman çizelgesi	41
Tablo IV.1.1 Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri (Pursaklar-Ankara, 2015)	44
Tablo IV.1.2. Katılımcıların sigara içme davranışları (Pursaklar-Ankara, 2015)	46
Tablo IV.1.3. Katılımcıların sağlıklı/riskli davranışlar ve sağlık/hastalık durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	47
Tablo IV.1.4. Katılımcıların sağlık/hastalık durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	48

TABLULAR (DEVAM)

	Sayfa no
Tablo IV.1.5. Erkek katılımcıların hekim tarafından tanı konulmuş hastalık durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	49
Tablo IV.1.6. Kadın katılımcıların hekim tarafından tanı konulmuş hastalık durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	49
Tablo IV.1.7. Katılımcıların gündelik yaşamı sürdürme becerisi ile ilgili durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	50
Tablo IV.1.8. Katılımcıların yardımcı araç ve gereç kullanım durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	52
Tablo IV.1.9. Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini yapma sıklıkları (Pursaklar-Ankara, 2015)	53
Tablo IV.1.10. Gündelik yaşamda her işini yapabildiğini belirten katılımcıların günlük yaşam becerilerini sürdürme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	54
Tablo IV.1.11. Gündelik işlerini yapamadığını belirten katılımcıların yardımcı araç gereç kullanma durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	56
Tablo IV.1.12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre bazı gündelik yaşam aktivitelerini yapma durumları ve bakım gerkesinimleri (Pursaklar-Ankara, 2015)	57
Tablo IV.1.13. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık açısından kendini ihmal etme durumları (Pursaklar- Ankara, 2015)	59
Tablo IV.1.14. Katılımcıların kendini ihmal nedenleri (Pursaklar-Ankara, 2015)	60
Tablo IV.1.15. Katılımcıların birinici basamak sağlık kurumunu kullanma durumu (Pursaklar-Ankara, 2015)	61
Tablo IV.1.16. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	62
Tablo IV.1.17. Katılımcıların gündelik yaşamı sürdürme ile ilgili bazı becerileri yapıp yapmadıklarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	64

TABLolar (DEVAM)

	Sayfa no
Tablo IV.1.18. Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini yapma durumlarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	66
Tablo IV.1.19 Katılımcıların yardımcı araç gereç kullanma durumlarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	69
Tablo IV.1.20. Katılımcıların kendini ihmal etme durumları ile günlük yaşam aktivitelerini yapma sıklıkları (Pursaklar-Ankara, 2015)	70
Tablo IV.1.21. Katılımcıların sağlıklı/riskli davranışlar ve sağlık/hastalık durumları ile kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	72
Tablo IV.1.22. Katılımcıların gündelik işlerini tek başına yapıp yapmadıklarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)	74
Tablo IV.1.23. Katılımcıların sağlık açısından kendini ihmal etme durumları ile ilişkili faktörler (Pursaklar-Ankara, 2015)	75
Tablo IV.2.1. Bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin sunulan hizmetler hakkındaki görüşleri (Pursaklar-Ankara, 2015)	77
Tablo IV.2.2. Bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin sunulan hizmetlere ilişkin önerileri (Pursaklar-Ankara, 2015)	79

SİMGELER VE KISALTMALAR

‰: Yüzde

%95 GA: %95 Güven Aralığı

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

BM: Birleşmiş Milletler

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

N, n: Sayı

OR: Odds Ratio (Odds oranı)

SEDD: Sosyoekonomik Düzeyi Düşük

SEDY: Sosyoekonomik Düzeyi Yüksek

SMMT: Standardize Mini Mental Test

SS: Standart Sapma

TDK: Türk Dil Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

I. GİRİŞ

Son yıllarda tıp ve teknoloji alanındaki olumlu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlamıştır. Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi/iyileşmesi ile birlikte hastalıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavi olanaklarının artması gibi olumlu gelişmeler zaman içerisinde ölüm hızlarının azalmasına, doğuştan beklenen ortalama yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Dolayısıyla da toplum(lar)da yaşlı nüfus artmıştır (1). Örneğin; dünyada 1950 yılında 60 yaş ve üzeri nüfus yaklaşık 200 milyon iken, 1970 yılında bu rakam 291 milyona, 2000 yılında ise 400 milyona ulaşmıştır (2). Birleşmiş Milletler'in (BM) tahminlerine göre 2025 yılında dünyada 60 yaş ve üzeri nüfusun 600 milyondan, 1,2 milyara çıkacağı öngörülmektedir (3).

Yirmi birinci yüzyılda da mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından yola çıkılarak yapılan hesaplamalara göre, dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı nüfusun artması öngörüsü mevcuttur. Özellikle 2000-2050 yılları arasında yaşlı nüfusta, diğer yaş gruplarına göre belirgin bir artış yaşanacağı ve 2050 yılında 16 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (4).

Yaşlılık dönemi, kronolojik yaşın ilerlemesiyle birlikte, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutlar kazanan ve zaman içerisinde kişinin değişen çevreye uyum sağlama çabasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı, kişinin çevreye uyum sağlama yeteneğinin yavaş yavaş azalması olarak tanımlamaktadır (5).

Yaşlı nüfusun giderek artması, yaşlılıkla ilgili sorunları gündeme getirmektedir. Kronik sağlık sorunlarının sıklığında artma, bakım gereksiniminin hızla ortaya çıkması, yaşam kalitesinde gerileme, sosyal sorunlar bu dönemde karşı karşıya kalınan sorunlar arasındadır (6). Ekonomik açıdan güvencesizlik, yalnızlık, diğer psiko-sosyal sorunlar da bu dönemin öne çıkan durum ve sorunlarıdır (7).

Yaşlı bireylerin çok sayıda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyolojik sorunlarının bulunduğundan söz edilebilir. Özellikle yaşlılıkta; bedensel ve zihinsel gerileme ve kayıplar, kalp-damar sistemi hastalıkları, duylarda zayıflama, hareket sistemi bozuklukları gibi fiziksel sorunlar büyük oranda dikkat çeker. Statü ve rol değişikliği, yetersizlik, çaresizlik ve kendine güvensizlik duygusu, otorite kaybı, başkalarına muhtaç olma, yalnız kalma ve reddedilme endişesi, hastalık ve ölüm

korukusu gibi psiko-sosyal nitelikli sorunlar yaşlıların toplum içinde ne kadar rahat olabileceklerinin göstergeleridir. Bütün bunlara bir de ekonomik kaynak yetersizliği ve sosyal güvenlik sistemi tarafından sağlanan desteklerin azlığı gibi ekonomik sorunlar da eklendiğinde, yaşlıların yaşam kalitesinin çok yönlü bir analizi yapılmış olacaktır (8).

Yaşlı bireylerde görülen psiko-sosyal sorunlar arasında, ihmalin öne çıkan sorunlardan birisi olduğu dikkati çekmektedir (2). İhmal, bakım verici ihmali ve yaşlının kendini ihmali şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım verici ihmali; yaşlıyı, yiyecek, giysi, ısınma, temel ilaçlarından veya ihtiyaçlarından mahrum etmektir. Yaşlının kendini ihmali ise, yaşlının kendine gereken dikkat ve özeni sağlamada yetersiz olması şeklinde tanımlanmaktadır (9). Literatürde ihmalin hastalık ve ölüm hızlarında artışla sonuçlanabildiğine dair veriler bulunmaktadır (10). Keskinoglu ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları bir araştırmada, düşük sosyoekonomik bölgede yaşlılar arasında ihmal sıklığı %27,4 olarak saptanırken, yüksek sosyoekonomik bölgede yaşayanlarda ihmal sıklığı %11,2 olarak saptanmıştır (11). Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yeterli sosyal güvenlik ve destek sistemlerinin olmaması, giderek geniş aile yapısının yerini çekirdek aile yapısının alması ile yaşlının aile desteğini kaybetmesi, kötüleşen ekonomik koşullar, artan işsizlik gibi nedenlerin yaşlının ihmal dahil her türlü istismarını artırabileceği savunulmaktadır (12).

Bununla birlikte; konunun öneminin büyük olmasına rağmen tespit aşamasında yetersizlikler olduğu bilinmektedir. Tespit aşamasında ise özellikle sağlık çalışanlarının, yaşlılara bakım verenlerin rolü son derece değerlidir (13).

Yaşlılığın bir takım sosyal yönlerinden de bahsetmek mümkündür. Özellikle bu dönem, mesleki ve sosyal statü kaybının yaşandığı, sosyal soyutlanma riskinin arttığı, sağlıkta gerileme ve başkalarına bağımlılığın artması gibi sorunların yaşandığı bir zaman dilimine de işaret etmektedir (8).

Yaşlılığın “saygın”, “onurlu”, “ayrımcılık olmadan” yaşanabilmesi bütün toplumlarda sağlanmalıdır. Toplumda bu hedefin sağlanabilmesi için çok çeşitli düzenlemelere gereksinim bulunur (14). Sağlık/hastalık konularında yapılacakların da bu sürece katkısının büyük olduğu düşünülmektedir. İlişkili olarak; bu dönemde diğer yaş gruplarına göre daha sık olarak görülmesi beklenen sağlık sorunlarının

tespiti, bakım gereksinimlerinin düzeyinin ortaya konulması, toplumda bir ölçüde “gizli” olarak seyreden ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olan yaşlının kendini ihmalinin saptanabilmesi katkı başlıklarının bazılarıdır. Bu yaş grubuna hizmet sunan hekimlerin aynı konulardaki düşünce ve uygulamalarının belirlenebilmesi bakış açısının daha geniş olmasını sağlayabilir. Bu gerekçelerle Ankara ili Pursaklar ilçesinde yapılmış olan bu çalışmada yaşlıların yukarıda belirtilen başlıklara ilişkin mevcut durumları incelenmiş ve bu gruba hizmet sunan hekimlerin aynı konularda görüş ve uygulamaları değerlendirilmiştir.

I.1. AMAÇLAR

I.1.1. Araştırmanın Yakın Dönem Amaçları

1. Ankara İli Pursaklar ilçesinde yaşayan ve araştırmaya katılan 65 yaş ve üzeri bireylerin;

- a. Sosyo-demografik bazı özelliklerinin belirlenmesi,
- b. Sağlık/hastalık profil ve gereksinimlerinin saptanması,
- c. Bakım gereksinimleri ile ilgili bazı özelliklerin belirlenmesi,
- d. Kendini ihmal etme durumlarının saptanması amaçlanmaktadır.

2. Araştırmada ayrıca; Pursaklar İlçesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan aile hekimlerinin;

- a. İncelenen yaşlı grubuna sundukları sağlık hizmetinin araştırmanın amaçları olarak belirtilen konuları/başlıkları içerip içermediğine dair görüşlerinin belirlenmesi,
- b. Yaşlıların kendini ihmal etme konusunda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili düşünce ve görüşlerinin saptanması amaçlanmaktadır.

I.1.2. Araştırmanın Uzak Dönem Amaçları

1. Yaşlıların birinci basamak sağlık kurumlarda sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden geliştirilmesine katkıda bulunulması,
2. Bu konuda ileriki dönemlerde yapılacak olan araştırmalara kaynak oluşturulması amaçlanmaktadır.

II. GENEL BİLGİLER

II.1. Yaşlılık ve Yaşlanma

Yaşlılık dönemi bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme olmakla birlikte, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin azalması ve sağlığın bozulması ve kaybı gibi bu döneme özgü sorunları barındıran bir kayıplar dönemi olarak değerlendirilebilir (15). Ayrıca biyolojik değişim sürecinin yaşandığı ve ekonomik, sosyal ve kültürel ve toplumsal sorunların yaşanmasına neden olabilen bir dönemdir (14).

Yaşlılık kavramı, toplumdan topluma, bireyden bireye farklılık gösterir. Yaşlılara karşı toplumun takındığı tutum ve davranışlar da çağa, ülkeden ülkeye ve toplumdan topluma göre sürekli değişim göstermektedir. Dönem dönem statüsü yükselen yaşlılar, bazı dönemlerde de önemsenmeyen bir grup olarak görülmüştür. Yaşlıların gündelik yaşamda gördükleri ilgi ve itibar, her dönemde, ait olduğu toplumsal sınıfa, cinsiyete ve sosyo-ekonomik durumuna göre şekillenmektedir (16).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sınıflandırmaya göre (17);

- ✓ 65-74 yaş arası erken yaşlılık,
- ✓ 75-84 yaş arası orta yaşlılık,
- ✓ 85 yaş ve üzeri ise ileri yaşlılık evresidir.

Bir başka sınıflamaya göre yaşlılık; ekonomik, sosyal, psikolojik, patolojik ve biyolojik yaşlanma başlıkları altında da incelenebilir (18, 19).

- ✓ **Biyolojik yaşlanma:** Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir.
- ✓ **Fizyolojik yaşlanma:** Biyolojik yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişikliklerdir.
- ✓ **Psikolojik yaşlanma:** Bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimlerdir.
- ✓ **Sosyal açıdan yaşlanma:** Zaman içinde edinilen sosyal davranış ve sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişmesidir.
- ✓ **Ekonomik açıdan yaşlanma:** Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı bireyin yaşam şeklinin değişmesidir.

- ✓ **Kronolojik açıdan yaşlanma:** Doğumdan itibaren başlayarak bulunulan zamana kadar geçen yılları kapsar.

Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişerek o nüfustaki çocuk ve genç nüfusun payının azalması ve yaşlı bireylerin (60 ve 65 yaş üzeri) payının artmasıdır. Bu kavram sadece insanlar için değil toplumlar içinde geçerlidir. Toplumlar barındırdıkları nüfus açısından aşağıda belirtilen üç gruba ayrılmışlardır (20).

1. **Genç nüfuslu toplumlar:** 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun %4'ünden azdır. Doğu Akdeniz ve Afrika'da nüfus % 2-3'tür.
2. **Erişkin nüfuslu toplumlar:** 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun %4-7'sidir. Güneydoğu Asya, Pasifik bölgesinde nüfus % 5-7 arasındadır.
3. **Yaşlı nüfuslu toplumlar:** 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun %10 ve üzerindedir. Almanya, Avusturya, Belçika, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde, İskandinav ülkeleri, Rusya, Japonya, Yeni Zellanda'da da değerler daha yüksektir.

II.2. Dünyada Yaşlılık

Toplumların yaşlanması ve bu değişimin olası sonuçları 20. yüzyıldan bu yana gündemde olan bir konudur (21).

Yirminci yüzyıl dünya nüfusunun yaş yapısında meydana gelen değişim bakımından insanlık tarihinde bir dönüm noktası olmuştur. Yaşlı nüfus özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra dikkat çekici bir şekilde artmıştır. Yaşlı nüfusta dünya genelindeki bu artış, dünyanın birçok bölgesindeki doğum hızlarında kayda değer düşüşlerin gözlenmesi, beslenme ve temel sağlık hizmetlerinde gerçekleşen gelişmeler sonucu ortalama yaşam süresinin uzaması ve bebek-çocuk ölümlerinin kontrol edilebilir düzeylere gerilemesi ile gerçekleşmiştir. Doğuşta beklenen yaşam süresi yüzyılın ilk yarısında, özellikle Avrupa ülkelerinde 20 yıllık bir artış göstermiş ve 2050 yılına kadar 10 yıl daha artacağı tahmin edilmektedir (22).

Tablo II.1. Bazı ülkelerde 2013 yılı 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payları ve 2025 yılı tahminleri

Ülke adı	Yıl	
	2013 (%)	2025 (%)
Japonya	21,1	35,1
İtalya	25,1	34,0
Almanya	21,1	33,2
Yunanistan	19,7	31,6
İspanya	18,0	31,4
Belçika	17,8	31,2
İngiltere	17,5	29,4

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr

Yirminci yüzyılda yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının artmasına neden olan bir diğer neden de özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hemen hemen tüm dünyada doğurganlık hızında azalmadır. Toplam Doğurganlık Hızı (TDH), 1950’lerde dünya ortalaması, kadın başına beş canlı doğum olarak tahmin edilmekteyken, doğurganlık hızında gözlenen hızlı düşme sonucunda 2000 yılında TDH %2,8’e gerilemiştir. Tüm dünyada 65 ve üzeri yaşlarda olan nüfus 2004 yılı itibariyle 448 milyon civarındadır. Bugün dünya üzerindeki toplam nüfusun %10’u 65 ve üzeri yaşlardaki nüfusu oluştururken 2050 yılında bu rakamın %16’nın üzerine çıkması beklenmektedir (22).

Yaşlı nüfusun en hızlı artan grubu, ileri yaşta olanlar (ihtiyar), yani 80 yaş ve üzerinde olan kişilerdir. Dünyada, 2000 yılında 70 milyon olan ileri yaş grubunun, gelecek 50 yılda beş kat artacağı tahmini edilmektedir. Bu yaş grubunda kadın sayısı, yaş ilerledikçe erkek sayısını geçmektedir (20).

İki bin yılında yaşlı nüfusun %62’si gelişmekte olan ülkelerde yaşarken, 2030 yılında bu rakamın %75-80’e ulaşacağı öngörülmektedir. Dünyada yaşlıların nüfus içindeki payının en fazla olduğu kıta, Avrupa (%20), en az olduğu kıta ise Afrika’dır (%5).

İkibin elli yılında bu değerin; Avrupa'da %37'ye, Afrika'da ise %10'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (23).

Bin dokuz yüz elli yılında; 200 milyon kişi 60 yaş ve üzerinde iken, 14 milyon kişi 80 yaş ve üzerindedir. 2000 yılında; 600 milyon kişi 60 yaş ve üzerinde, 80 yaş ve üzeri nüfus ise 61 milyondur. 2050 yılı tahminlerine göre, bir milyar insanın 60 yaş ve üzerinde olacağı, 80 yaş ve üzeri nüfusun 314 milyon olacağı tahmin edilmektedir (23).

II.3. Türkiye'de Yaşlılık

Türkiye de dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyetin kuruluşundan başlayarak yıllar içerisinde artan nüfus özellikle doğurganlığın artmasını destekleyen pronatalist politikaların etkisiyle, ilk nüfus sayımının yapıldığı 1927 yılında 13,6 milyon iken 1960 yılında iki katına çıkarak 27,7 milyona ulaşmıştır (24).

Tablo II.2. Türkiye'de yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payları (1935-2014)

Yıl	Toplam nüfus	Yaş grupları (%)		
		0-14	15-64	65 ve üzeri
1935	16.158.385	41,4	54,7	3,9
1945	18.790.174	39,5	57,1	3,3
1955	24.064.763	39,3	57,3	3,4
1965	31.391.421	41,9	54,1	4,0
1975	40.647.719	40,6	54,8	4,6
1985	50. 664.458	37,6	58,2	4,2
1990	56.473.035	35,0	60,7	4,3
2000	67.803.927	29,8	64,5	5,7
2007	70.586.256	26,4	66,5	7,1
2011	74.724.269	25,3	67,4	7,3
2013	76.667.864	26,2	65,8	7,9
2014	77.695.904	24,1	68,0	8,0

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr

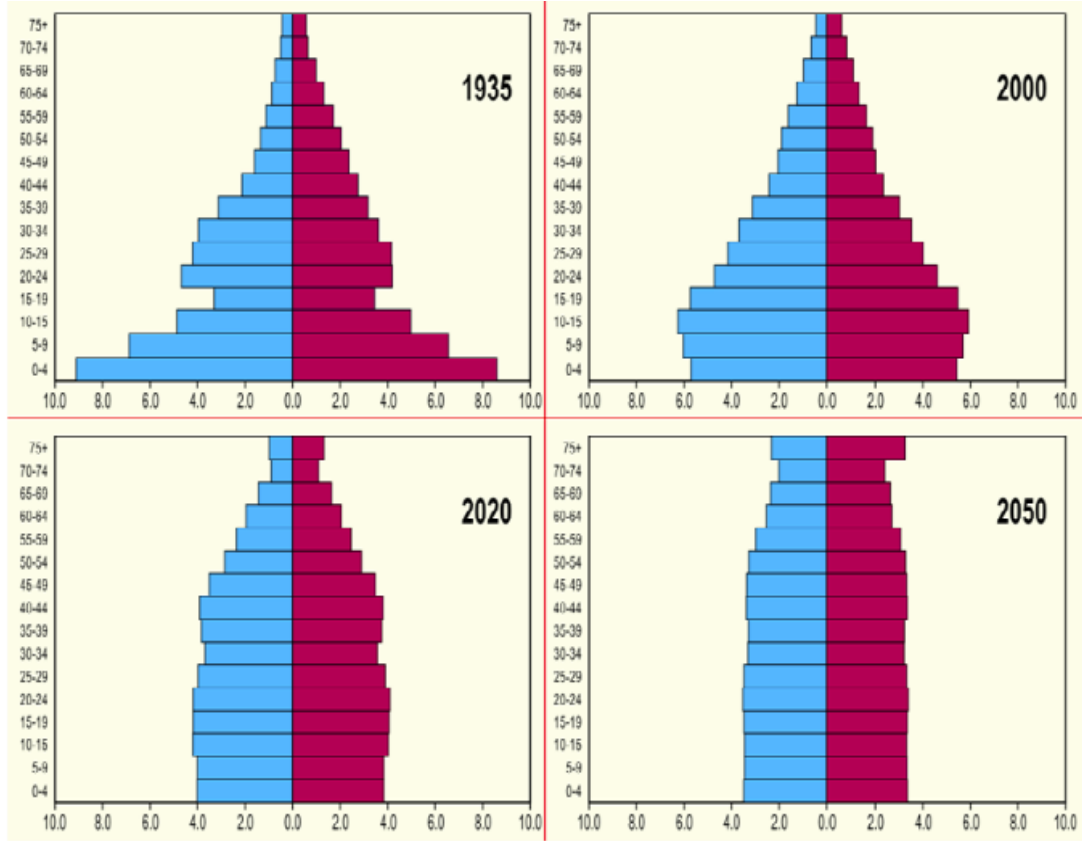
Doğurganlık hızlarında 1950 yılından sonra belirgin bir azalma olmuştur. Bu azalma özellikle 1970’li yıllarda ivme kazanmıştır. Türkiye’de toplam doğurganlık hızı, 1950’lerde 6’dan fazla iken, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)-2008’e göre toplam doğurganlık hızı 2,15 seviyesine inmiştir, TNSA-2013 verilerine göre ise 2,26’dır (25).

Türkiye de yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasındadır. Türkiye’de, 1955 nüfus sayımında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı %3,4 tespit edilirken 2011 yılında bu rakam %7,1’e, 2013 yılında ise %7,9’a yükselmiştir. Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği öngörüsünden hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de “*yaşlı yüzyılı*” olacağına işaret etmektedir (26).

Nüfus yapısı hakkında bize bilgi sağlayan önemli göstergelerden birisi de nüfus piramitleridir. Nüfus piramitleri bir ülkenin ya da incelenen bir bölgenin demografik yapısını ortaya koymaktadır. Genç nüfusun yoğun olduğu bir ülkenin nüfus piramidi yukarı doğru uzayan piramit şeklini andırırken, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması piramitte şekil değişikliği oluşması anlamına da gelmektedir. Bu durumda piramidin “*fiçi*” şeklinde olduğu belirtilmektedir (27).

Şekil II.1’de Türkiye’de 1935-2050 yılları arası nüfus piramidini göstermektedir. Şekilde görüldüğü gibi Türkiye’nin nüfus piramidi zamanla nüfusun yaşlanması nedeniyle giderek “*dikdörtgen/fiçi*” şeklini alacağı tahmin edilmektedir (27).

Şekil II.1. Türkiye'nin yıllar içinde nüfus piramidindeki değişim (1935-2050)

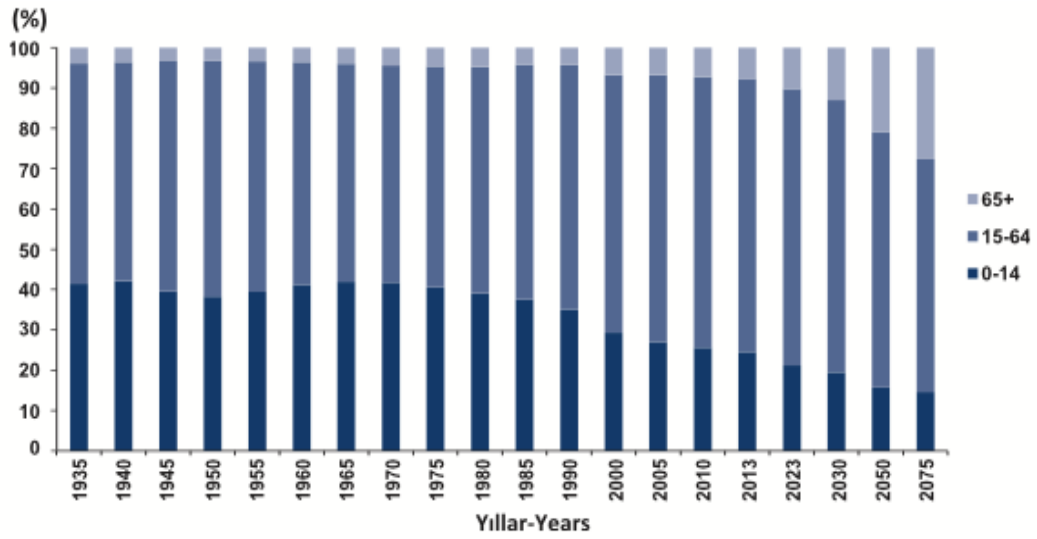


Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr

Altmış beş yaş ve üzeri nüfus 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2'ye 2050 yılında %20,8'e, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (Şekil 2). Dünyada 2012 yılı itibariyle en fazla yaşlı nüfus barındıran ilk üç ülke sırasıyla; %24,4 ile Japonya, %21,1 ile Almanya ve %20,8 ile İtalya'dır. Türkiye bu sıralamada 91. sıradadır (28).

Nüfusun yaşlanması ile ilgili bilgi veren göstergelerden birisi de ortanca yaştır. Ortanca yaş nüfusun tek yaşa göre sıralandığında ortada kalan yaş olup, nüfusu iki eşit parçaya böler. Alttaki genç, üstteki yaşlı nüfus grubunda birbirine eşit sayıda kişi bulunur. Türkiye'nin 2013 yılındaki ortanca yaşı 30,4 olup, dünya nüfusu için ortanca yaş 29,4'tür. Dünya'da en yüksek ortanca yaşa sahip ilk üç ülke 50,5 ile Monako, 45,8 ile Japonya ve 45,7 ile Almanya'dır. Türkiye'nin bu sıralamada 104. olduğu belirtilmektedir (28).

Şekil II.2. Türkiye’de yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payları



Kaynak: TÜİK 2013, www.tuik.gov.tr

II.4. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanmaya Bağlı Sorunlar ve Gereksinimler

Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılını “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak belirlemiştir. Yaşlının ailesine ve topluma herhangi bir katkısının olmadığı algısının yanlış olduğuna vurgu yaparak, bu dönemin aktif ve üretken bir dönem olması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzının yanında sosyal eşitsizlikler ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesi için gereklidir. Bin dokuz yüz seksen iki yılındaki birinci “Dünya Yaşlanma Toplantısı” raporuna göre yaşlıların fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmaması, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmesi önerilmiştir. Yaşlı birey potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli, nerede yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verebilmeli, iş gücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir (29).

Günümüzde doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması yaşlı nüfusun artmasına yol açmaktadır ve bu durum ise beraberinde kronik hastalıkların artışı gündeme getirmektedir. Özellikle kronik hastalıklar yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakım sorunlarına yol açmaktadır (30).

İlerleyen yaşla birlikte duyu ve algı becerisi, genel yeteneklerin azalmasına bağlı olarak, günlük yaşam aktivitelerindeki başarı gerileyebilmektedir. Günlük yaşam aktivitesini yerine getirmekte zorlanan yaşlılar, zamanla başkalarına bağımlı hale gelebilir ve hizmete ihtiyaç duyabilir. Bu nedenle yaşlının ihtiyaç duyduğu konularda ona hizmet ulaştırılmasının ve desteklenmesinin önemi büyüktür. Yaşlının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini engelleyen etkenlerin belirlenmesi ve buna dönük hizmetlerin oluşturulması, yaşlı bireyin güçlendirilmesinde etkili olacaktır. Ancak bunu engelleyen etkenlerin belirlenmesinde yaşlılık dönemine özgü özellikleri bilmek gerekmektedir. Bu etkenlerin başında da yaşlının fiziksel özelliklerini iyi bilmek ve yaşlı bireyi tanımak gelmektedir (31).

Bu dönemde yaşlılar; fiziksel, psikolojik ve toplumsal açıdan birçok karışık değişikliği bir arada yaşarlar. Bu dönemin en önemli belirleyici özelliği, bedensel ve zihinsel gerilemedir (31).

Yaşlılarda sık görülen sağlık problemleri; “yaşlılığın 7 I’sı” olarak adlandırılmaktadır. Bunlar; bilişsel yetersizlik (Intellectual failure), hareketsizlik (Immobility), dengesizlik (Instability), gaita ve idrar tutamama (Incontinence), Uykusuzluk (Insomnia), tanı ve tedaviden kaynaklanan problemler (Iatrojenik Problems) ve aile bireylerinin katılımı (Involvement of the families)’dır. Nüfusunun yaşlanması ile birlikte kanser, diyabetes mellitus, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları ve başta demans olmak üzere nöropsikiyatrik hastalıklar artmaktadır (32).

Ağrı, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, fiziksel yetersizlik, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel sağlık sorunları olmasalar da yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bunların yanında yaşlılarda fizyolojik değişikliklere bağlı olarak dış kayıpları, iştahsızlık, hazımsızlık, emilim ve boşaltım bozuklukları, konstipasyon,

diyare, kaşeksi, obezite ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi sağlık sorunları gelişebilmektedir (30).

Yaşla beraber gelen sağlık sorunlarının artmasında en önemli faktörler olan sigara, hareketsiz yaşam tarzı, obezite (şışmanlık), sağlıksız ve bilinçsiz beslenme gibi olumsuz faktörlerin önüne geçilebilmesi için kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiği görölmektedir (32).

Türkiye’de 60 yaş ve üzeri bireylerde mortalite nedenleri arasında en önemli sebepler sırasıyla; %43,2 ile kalp ve damar hastalıkları, %10,3 ile kanserler ve %8,4 ile serebrovasküler hastalıklardır. Yaşlı bireylerde en çok görölen sağlık problemleri; hareket sistemi ile ilgili problemler, görme ve işitme problemleri, hipertansiyon, kalp-damar sistemi hastalıkları, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi ciddi hastalıklardır. Sigara içmek, sedanter yaşam, obezite, sağlıksız beslenme gibi riskli davranışlar sonucu yaşlılar daha sık hastalanmakta ve sağlık merkezlerine daha sık başvurumaktadırlar. Ayrıca bu tür problemler yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (33,34).

Yaşlılıkla birlikte gelişen biyolojik değişikliklerin psikolojik problemlerin artışındaki etkisi göz ardı edilmemelidir. Bu dönemde değişen rol ve statü kaybı, ruhsal sorunların tetikleyicisi olabilmekte ve psikolojik problemlerin artış göstermesine neden olabilmektedir (14).

Yaşlılarda önemli bir yeti yetimi ve morbidite nedeni de düşmelerdir. Özellikle osteoporozu olan yaşlılarda düşmeye bağlı kaburga kırıkları sık görölmektedir. Bu grup yaşlıların aynı zamanda %20’si düşmeye bağlı ölmektedir (35).

Sağlıklı yaşlanma yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlik, sosyal yeterlik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma sağlıklı yaşlanmanın en temel göstergeleridir. Sağlıklı yaşlanma yalnızca bireysel özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir (22).

Yaşlanmanın toplumsal boyutu incelendiğinde, endüstrileşme ile birlikte yaşlı bireyin aile yapısı ve aile içindeki konumunun değişmeye başladığı ve bu dönemde bazı sorunların daha fazla görülür. Bu sorunlar; yalnız yaşama, toplum katılımının ve toplumsal kararlara katılamama, ekonomik açıdan; iş gücüne katılamama veya çalışmak zorunda bırakılma, bedensel ve zihinsel engeller nedeniyle, başkalarına bağımlı hale gelme, değersizlik duygusu şeklinde özetlenebilir (36). Bu sorunların yansımaları yaşlı bireylerde önemli sağlık ve bakım problemleri yaratmaktadır. Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte, ekonomik zorluklar, yaşlının evde ya da kurumda bakımında bakım hizmetinin desteklenmemesi, eksik verilmesi gibi durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelmektedir (1,37).

II.5. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sunulan Hizmetler

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus giderek artmakta, bu durum yaşlılara yönelik uygulanacak politikalarda daha fazla hizmetlerin oluşturulmasını gündeme getirmektedir. Yaşlılarla ilgili yapılan çalışmalar daha çok 20. yüzyılda başlamıştır. Bu çalışmaların çoğu uluslararası işbirliği ile gerçekleşmiştir ve çalışmalar İkinci Dünya Savaşı sonrası yoğunlaşmış, Birleşmiş Milletler’in ve buna bağlı kuruluşların devreye girmesiyle ortak girişimler başlamıştır (38).

Avrupa ülkelerinde yaşlılara yönelik uzun süreli bakım sistemleri son 50 yıl içinde önemli ölçüde gelişmiştir. Yaşlılara uzun süreli bakımın evde verilmesi gerekliliği, yasa ve politikalar yoluyla vurgulanmaktadır. Yaşlı bakımı, kişinin yardıma ihtiyaç duyduğu ve başvuruda bulunduğu andan itibaren izlenmesi, gerekli yerlere yönlendirilmesi ve doğrudan sorununa yönelik hizmet alması esasına dayanmaktadır. Yaşlılarda yapılan araştırmalarda önemsenen başka bir konu da, yaşlıya verilmesi gereken bakımın çok yönlü olmasıdır. Bakımın fiziksel ve tıbbi yönleriyle birlikte, psikolojik ve sosyal yönlerinin de olması ve ihmal edilmemesi ve farklı disiplinlerden uzmanların bulunduğu bir takım tarafından izlenmesi vurgulanmaktadır (38).

II.5.1. Sosyal Hizmetler

Sağlıklı olmak bir insan hakkı olarak tanımlanmaktadır (39). Bu hakkın bireylere sunulabilmesi için bazı sorumlu tarafların tanımlanması gerekir. Sosyal devlet olma ilkesi gereği, gün geçtikçe toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus artmakta ve yaşlılara yönelik sunulacak sağlık ve sosyal hizmetlerin nitelik ve nicelik açısından daha etkili ve yeterli bir hale getirilmesi gereklidir. Bu nedenle, yaşlılık döneminde; düzenli beslenmenin sağlanması, tütün kullanımından uzak durulması, düzenli bedensel etkinlik yapılması, bilişsel fonksiyonların artırılmasını sağlamak amacıyla aktivitelerde bulunulması ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılması bu dönemde yapılması gereken başlıca korunma yöntemleridir (14).

Sanayileşme ile birlikte çalışanların mesleki, fiziksel ve sosyoekonomik olarak taşıdıkları risklerin daha da artmasına ve sosyal risklerin doğmasına neden olmuştur. Bu nedenle alınan tedbirlerin yetersiz olmasından dolayı riskleri en aza indirmek ve/veya ortadan kaldırmak amacıyla devletler kişilerin tamamını kapsayacak şekilde güvence sistemi arayışı içine girmişlerdir. Bu kapsamda sosyal koruma kavramı ortaya çıkmıştır (14).

“Sosyal Koruma” kavram olarak yeni bir kavram olsa da, korumaya duyulan gereksinim insanlık tarihi kadar eskidir. Bu konuda oluşturulacak koruma politikaları ile ekonomik ve sosyal sorunların oluşmasına engel olmak öncelikli hedef olmalıdır. Ayrıca, yaşlılık döneminde daha fazla sorunla mücadele eden, dışlanan bir kesim olan yeti yetimi olan yaşlılara yönelik geliştirilecek sosyal politikalar, bu dezavantajlı grubu toplumdan soyutlamadan, insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerini sağlayacak koruma önlemlerinin alınması sosyal devlet anlayışının bir gereğidir (14).

Türkiye’de sosyal devlet ilkesi 1961 Anayasası ile ilk kez gündeme gelmiştir. Daha sonra 1982 Anayasası ile, “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilat kurar” şeklinde tanımlanmıştır (40).

Sosyal hizmet uygulamaları gelişmişlik düzeyine ve ekonomik seviye ile orantılı olarak ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Yaşlılara yönelik yürütülen sosyal

hizmetler; yaşlı bakım evleri, huzurevleri, gündüz yaşlı bakım kuruluşları, yaşlı dayanışma merkezleri, yaşlı evleri, ailelerin yanında yaşamaları halinde ise, yaşamlarını sürdürdükleri evlerde verilmektedir (41).

Yaşlılara yönelik sosyal hizmet uygulamaları;

- 1- Sağlıklı yaşlanma programları,
- 2- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- 3- Yaşam boyu öğrenme,
- 4- Teknoloji ile uyumlaştırma programları,
- 5- İşsizlik sorununa karşılık istihdam politikaları,
- 6- Kültür evleri, toplum merkezleri vb. uygulamalar ile yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve daha kaliteli bir yaşam standartlarının oluşturulması sağlanmalıdır.

Sosyal hizmet uygulamalarında, dünyada ve Türkiye’de benzer sorunlar ve eksiklikler görülmektedir. Uygulamada yaşanan başlıca sorunlar; yaşlının hizmete erişimi, eşit haklara sahip olunamaması, yaşlının tespit edilmesinde yaşanan sorunlar, sosyal güvencesizliğin getirdiği sorunlar, hizmetlerin gerçek sahiplerine ulaşamaması, sürekliliğinin ve denetlenebilirliğinin olmaması, yaşlıların hizmetlerden yeterince faydalanamaması, yeti yetimi olan yaşlıların çevre ile uyum sağlayacak kır-kent altyapı yetersizlikleri, hizmetlerin profesyoneller ile verilememesi, kadın-erkek ayrımcılığından kaynaklanan eşitsizliklerdir (14).

II.5.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri; toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerdir. Sağlık Hizmetleri Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge sağlık hizmetlerini “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler...” şeklinde tanımlamaktadır (42).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; kişi, aile ve toplumun sağlık düzeylerinin korunması geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesidir. Tedavi edilen bireylere, sonraki yaşantılarının sağlıklı olarak sürdürebilmeleri için destek gerekebilir. Bu nedenle sağlık kurumlarında çeşitli alanlarda danışmanlık hizmetleri de verilmektedir. Sağlık kurumlarında uygulanan sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmak, zamanında başvurmak sağlık alanında gereksiz masrafları önlemektedir. Hastalık belirtilerini erken fark etmek, tedaviyi tam olarak tamamlamak önemlidir (42).

Yaşlılık döneminde, hem hastalıkların tedavisi hem de sağlığın sürdürülmesi için sosyal ve fiziksel koşullar diğer yaş dönemlerine göre ön plana daha çok çıkmaktadır. Bunun için bu dönemde verilen sağlık hizmetlerini sosyal hizmetlerden bağımsız düşünmek olanaksızdır (43).

Yaşlılardaki sağlık sorunlarının çok az bir kısmı tedavi edici hekimlik uygulamaları ile çözümlenebilir niteliktedir. Dolayısıyla koruma, sağlığın sürdürülmesi, sağlık eğitimi, rehabilitasyon gibi hizmetlerin temel sağlık hizmetleri içindeki yeri kaçınılmaz olarak ön sıralardadır (43).

Sağlık hizmeti götürülürken yaşlılık dönemindeki riskli gruplar;

- 1- Seksen yaş ve üzeri yaşlılar,
- 2- Yalnız yaşayanlar,
- 3- Huzurevlerinde yaşayanlar,
- 4- Çocuğu olmayan yaşlılar,
- 5- Kronik hastalığı olan ve/veya günlük aktivitelerini yerine getirmede yetersizliği olan yaşlılar,
- 6- Devlet kuruluşlarından ve/veya sosyal kuruluşlardan çok az destek gören ve/veya destek görmeyen yaşlılardır (44).

Yaşlılara sağlık hizmeti verilirken göz önünde bulundurulması gereken önemli noktalardan biri, sağlık ve sosyal hizmetlere en fazla gereksinimi olanların çoğunun bu hizmeti daha az kullananlar olduğu gerçeğidir. Sağlık hizmetini veren kurumlar sağlığın sürdürülmesi ve korunmaya yönelik aşağıdaki programlar yürütmektedir:

- ✓ Yaşlıların yalnızlıktan korunması
- ✓ Bedensel etkinlik programlarının hazırlanması ve uygulanması
- ✓ Beslenmenin düzenlenmesi
- ✓ Kazalardan korunma,
- ✓ Tedavi edilebilir hastalıkların önlenmesi
- ✓ Ayak bakımı
- ✓ Tütün kullanımı ile mücadele
- ✓ Kanser taramaları
- ✓ Görme ve işitmenin korunması
- ✓ Anemi taraması (45).

II.5.3. Diğer Hizmetler

Dünyada kişilere yönelik sunulan sosyal hizmetlerde geleneksel bakış açısı; belirli bir grubun ihtiyaçlarına yönelik hizmet sunmak iken, günümüzde uygulanan strateji, tüm sosyal ve sağlık sorunlarını kapsamak üzere birden fazla gruba yönelik bütünlüklü bir hizmet verilmesi gerekliliğidir. Aile bakımını ya da resmi olmayan kaynaklardan alınan bakımı, resmi bakım içinde bütünleştirmek bu konuda yapılması gereken ilk adım olarak görülmektedir (46).

Yaşlılara sunulan bakım hizmetleri, sosyal hizmetlerin çalışma alanlarından biridir. BM tarafından hazırlanan yaşlı ilkelerinde; yaşlının aile ve toplum tarafından desteklenmesi, ihtiyacı olanlara uygun bakım hizmetleri sağlanması ve yaşlıya yönelik hizmetlerin çoğunun devlet tarafından sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Türkiye’de yaşlı hizmetleri ilk olarak 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmasıyla kamu hizmetleri içerisindeki yerini almıştır. Anayasanın 61. Maddesine göre yaşlılara yönelik, *“Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir”* hükmü yer almaktadır (6).

Türkiye’de, sosyal hizmetler 1983 yılında yürürlüğe giren, 2828 sayılı *“Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu”* ile tanımlanmıştır. Kanuna göre; *“sosyal hizmetler, kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve*

ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve zmlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü ” şeklinde ifade edilmektedir (6).

Yaşlılara sunulması gereken hizmetlerin temel amaçları arasında; kendi yaşam alanlarında olabildiğince uzun bir süre bağımsız, rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak, evsizlik, bakım gereksinimi gibi durumlara uyum sağlayabilecekleri alternatif yerleşim olanakları sağlamak ve fiziksel ya da mental hastalık nedeniyle gereksinim duyulan durumlarda uygun hastane koşulları sunmak yer almaktadır (47).

Yaşlıların sağlık sorunlarının zm için koruma, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi, rehabilitasyon gibi hizmetlerin temel sağlık hizmetleri içindeki yeri n sıralardadır. Temel sağlık hizmetlerinin verilmesinde ülkeler arasında farklı uygulamalar olmasına rağmen, 1978 yılında Alma Ata Deklarasyonu ile gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için başlıca prensipler tanımlamıştır. Sağlık sistemleri içerisinde kişileri yaşlılık döneminde kronik hastalıklardan, yeti yitiminden korumak ve mental sağlığın sürdürülmesini sağlamak ayrıcalıklı bir sorumluluk olarak önerilmektedir (48).

Hizmet sunulan yaşlı bireyler arasında kimi riskli gruplar da tanımlanmaktadır. Örneğin; 80 yaş ve üzeri yaşlılar, izole edilmiş gruplar, yalnız yaşayanlar, huzurevlerinde yaşayanlar, kronik hastalığı olanlar ve/veya günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizliği olanlar ile devlet ya da sosyal kuruluşlardan destek görmeyenler ve/veya az destek görenler riskli gruplar arasındadır (49).

Yaşlıların hastanede uzun süre kalmasının/bakılmasının topluma getirdiği ekonomik yük, hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma, hastane yatışı ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlere neden olabilmektedir. Teknolojik olanakların artması sonucunda, sağlık hizmetlerinin ev ortamında da yapılmasına olanak verebilmektedir. Ayrıca yaşlıların büyük çoğunluğu kendi ev ortamlarında kalmayı tercih etmektedirler. Tüm bu faktörler yaşlı bireylerin evde bakımını gündeme getirmektedir. Kurum bakımının da pahalı olması ve bakıma

gereksinim duyan bireyi toplumsal hayattan soyutlaması gibi nedenler, günümüzde bakıma olanak sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır (6).

Evde bakım hizmeti; yeti yetimi olan, yaşlı, kronik hastalığı olan ya da nekahat dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama uyum çabalarını desteklemek, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürmelerini sağlamak, topluma uyum çabalarını artırmaktır. Ayrıca bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (6).

Evde bakım hizmetleri, bireyin ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel boyutları olan ve ekip çalışması gerektiren bir hizmet anlayışıdır. Yaşlının sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek gruplarının rol aldığı multidisipliner bir olaydır. Tedavinin bir parçası olarak aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin bu plana katılması planın etkinliğini artırır (50).

Evde bakım hizmetleri bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlayan çok geniş bir hizmet anlayışıdır. Bunlar;

- ✓ Kişisel bakım: giyinme, banyo, kişisel hijyen
- ✓ Ev işleri: çamaşır, alışveriş, temizlik
- ✓ Evde öğün hazırlama: yaşlılara yönelik evde sıcak yemek hazırlama
- ✓ Kişiyi özel acil müdahale: 7/24 acil yardım hizmetleri
- ✓ Tek başına gerçekleştirilemeyen ağır işler: halıların temizliği/yıkınması, pencere temizliği
- ✓ Ulaşım imkanları sunulması: sağlık kontrollerine gidilmesi için ulaşım imkanının sağlanması
- ✓ Ekonomik danışmanlık verilmesi
- ✓ Eğitim
- ✓ Tıbbi gereksinimlerin sağlanması (hekim desteği, yara bakımı gibi sağlıkla ilgili uygulamalar (50).

II.6. Yaşlıların Genel Sağlık Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Psikiyatri Birliği (1997) "Yaşlıların Ruh Sağlığı için Bakım ve Organizasyon İlkeleri"ni içeren yayınladıkları raporlarında; sağlık hizmetlerinin iyi ve nitelikli olmasını temel bir yaşlı hakkı olarak belirtmişlerdir. Yaşlıların tamamı bu hizmetlerden yararlanma hakkına sahip olmalıdır (51).

Yaşlıların bakımları ya kurumlar ya da aile ve akrabalar tarafından gerçekleştirilmektedir. Genellikle toplumsal bakım kaynakları; gayri resmi ücretli (bireyin sahip olduğu ekonomik kaynaklardan bireysel bakım için ödeme yaparak alınan ücretli bakım hizmeti), gayri resmi ücretsiz (eş, yetişkin çocuklar-genellikle kız çocuklar, hane halkı dışında yaşayan bir akraba-genellikle kız kardeş, arkadaş ya da komşular-yakın çevre) ve resmi ücretli (refah ve sağlık hizmetleri sağlayan kent kurumları, kent hizmeti olarak inşa edilmiş kurumlardan yararlanmak) olarak sınıflandırılmaktadır (52).

Yaşlıların genel bakımında başlıca; deri bakımı ve genel vücut temizliği, ağız ve diş bakımı, beslenme, uyku gereksinimi, fizik aktivite ve kazalardan korunma şeklinde sıralanabilir.

Yaşlıların deri bakımı ve genel vücut temizliğinde; deri, diğer organlara oranla yaşlılığa karşı daha fazla duyarlı olup, yaşlandıkça uyumluluğu ve fonksiyonları azalır. Epidermis, bazı bölgelerde kalınlaşmasına karşın genelde incedir. Dermis, kısmen dehidrate olur, bu nedenle deri kurumaya ve kaşınmaya karşı duyarlıdır. Özellikle deri altı yağ tabakasının azalması, deride geri dönüşü olmayan, karakteristik deri katmanlarına ve buruşukluklara neden olur. Ter ve yağ bezlerinin salgı miktarı azalır. Bölgesel pigmentlere bağlı olarak renk değişimleri oluşur. Özellikle yüzde, önkolda, elde pigment lekeler meydana gelir. Tırnaklar kalınlaşır (53). Yaşlılarda deri kuru olduğu için, sık sık banyo yapmaları önerilmemektedir ve haftada bir kez banyo yapmaları yeterlidir. Kullanılan şampuan veya sabunlar yüksek yağ içerip, alkol içermemesi gerekir. Banyo sonrası derinin nemliliğini sağlamak için, yumuşatıcı yağlı kremler sürülmelidir (54).

Ağız ve diş bakımı; yaşlı bireylerde çürümüş, kırılmış veya eksik dişler bulunabilmektedir. Ayrıca; uygunsuz protezler ağızda yaralara neden olabilir. Bu

gibi sorunlar özellikle yiyeceklerin yenmesini zorlaştırır. Protezler ve dişler her yemekten sonra temizlenmeli, fırçalanmalıdır (55).

Yaşlanma süreciyle vücut ve organların işlevlerinde oluşan değişiklikler yaşlılığın besin alımı, besin öğelerinin sindirimi ve metabolizmasını etkilemekte ve sağlık sorunlarının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir (56).

Yaşlılarda uyku gereksinimi; genellikle bu dönemde toplam uyku süresi azalır. Ortalama 7,5 saat olan uyku süresi bu dönemde 4-4,5 saate düşer. Ayrıca uykuya dalma süresi uzar. Uyku başlangıcından sonra uyanma sayısı ve süresi artar. Uyku hafif ve yüzeyseldir. Yaşlı bireyin yatakta geçirdiği süre de artar. Bu nedenle, yaşlıların gündüz bazı uğraşlarla zaman geçirmeleri sağlanarak, gece uykusunun daha düzenli olması sağlanabilir (57).

Kazalardan korunma; yaşlılık döneminde kazalar artan bir şekilde sakatlık ve ölüm nedeni olmaktadır. Kazalar nedeniyle ölümlerde, düşmeler başta gelmektedir. Düşmelerin çoğu, görme fonksiyonunda yaşla ortaya çıkan yetmezlikten kaynaklanmaktadır. Kaygan yüzeylerde dengeyi kaybetmek, beklenmedik yerlerde bulunan objelere takılmak düşme nedenleri arasındadır. Kazalar arasında diğer bir neden, solunum ya da ağız yolu ile olan zehirlenmeler almaktadır. Koku alma duyuları zayıflayan yaşlılarda, açık unutulmuş havagazı musluklarından, ya da üzerinde bir şey unutulmuş ocakların taşması sonucu sönmesi ve açık kalmasından gazla zehirlenmeler çok siktir. Ağız yolu ile alınan yüksek dozda veya yanlış ilaçlar zehirlenmelerde önemlidir. Özellikle birden fazla ilaç almak zorunda olan yaşlılarda ilacın dozunu, alınma zamanını unutma veya karıştırma çok sık rastlanan bir durumdur. Kazalardan korunmada özellikle yaşlılığın çevresindeki kişilerin eğitimi önemlidir (58).

II.7. Yaşlılarda İstismar ve Kendini İhmal Etme

Son yıllarda dünya genelinde tartışılan önemli konulardan biri de, psikososyal boyutları olan yaşlı istismarı ve İhmali konusudur. Genel olarak yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden ya da zarar veren herhangi bir davranıştır. Uzun yıllar göz ardı edilen yaşlı istismarı gittikçe artan bir sorun olarak tüm dünyada görülmektedir (59).

Yaşlı istismarı geçmişten günümüze kadar farklı kültürlerde varlığını sürdürmüştür. Yaşlı bireylerde istismar konusu ilk olarak 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde görülmüştür. Daha sonra 1978 yılında aile içi şiddet kapsamında tartışılmaya başlanmıştır ve bu kapsamda 1979 yılında 'Yaşlı İstismar Yasası' oluşturulmuştur (60). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Yetişkin Koruyucu Hizmetler Merkezi'nin (APS- Adult Protective Services) yayınladığı raporlara göre; 1986-1996 yılları arasında yaşlı istismarının %150 artış gösterdiği ve 1996 yılından sonra sıklığının %10'un üzerine çıktığı saptanmıştır (61).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve DSÖ Toronto Deklerasyonu'na göre yaşlı istismarı; "Güven beklentisi olan bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya yaşlıyı strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır (62). Ayrıca 'Yaşlının sağlığını ve iyilik halini tehdit eden, onu strese sokan veya ona zarar verebilen ve yaşlının bulunduğu kültürde kabul edilmeyen davranışa maruz kalması şeklinde de tanımlanmaktadır (63).

Yaşlılıkta görülen sosyal ve fiziksel sorunlar, bunlarla ilişkili olarak yaşlının ve aile bireylerinin yaşadıkları sıkıntılar, yaşlılara bakım ve yaklaşım sorunlarını gündeme getirmiştir. Son yıllarda dünya genelinde tartışılan önemli konulardan biri de, psikososyal boyutları olan yaşlı İhmali konusudur (64).

Bir istismar türü olan ihmal yaşlının; yiyecek, giyinme, temizlik, sağlık bakımı, barınma, ısınma, güvenlik ve ekonomik destek gibi yaşlı bireyin fiziksel, sosyal ya da duygusal ihtiyaçlarının yaşlının bakımını üstlenen bireyler tarafından karşılanmamasıdır. Yaşlı bireyin tedaviyi reddettiği durumlar hariç, bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini sağlamada yetersizlik ihmal tanımı içinde yer almaktadır. İhmal kasıtlı (aktif ihmal) olarak yapılabileceği gibi farkında olmaksızın (pasif ihmal) da yapılabilir (64). Bir başka tanıma göre ihmal; yaşlı bireylerin

yakınları tarafından; yemek yeme, giyinme, ısınma, ilaç kullanımı, protez, gözlük, işitme cihazı gibi temel ihtiyaçlarından mahrum etmesidir. Ayrıca bakım verenin yaşlıya olan sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranması ya da bakım vermeyi reddetmesidir (65).

Yaşlı ihmali ekonomik yetersizlikler, sosyal güvencesizlik, bilgi eksikliği, yaşlı bireyin bakımında yaşanan sıkıntılar, yaşlıyı yük olarak görme sebeplerinden kaynaklanabilmektedir. Yaşlı ihmali, aile tarafından veya bakılmakta olduğu kurum tarafından hatta yaşlının kendisi tarafından meydana gelebilmektedir (14).

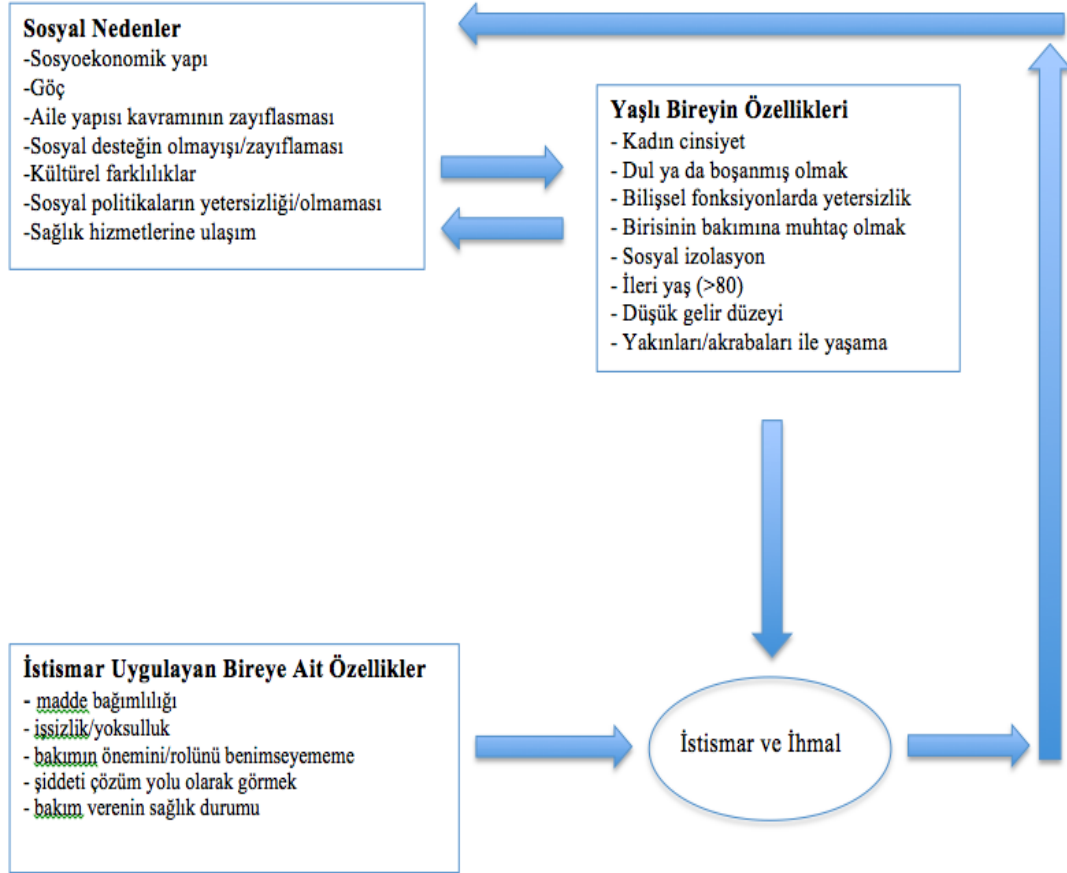
Yaşlılarda ihmali düşündürülen belirtiler; uzun süreli yatmaya bağlı yatak yaraları, kilo kaybı ile birlikte aşırı zayıflama, sıvı kaybı ve buna bağlı olarak gözlerde çökme, bireysel hijyenin kötü olması, yatak malzemelerinin ve elbiselerin kirli olması, bakım veren kişi tarafından yaşlıya saldırgan davranışlar sergilemek, yaşlıdan utanılması ve sosyal ortamlardan uzak tutulması sayılabilir (66).

Yapılan araştırmalar ihmal ve istismarın en fazla; yaşlının yaşadığı evde, hastaneler, huzurevleri ve bakım evlerinde (67) ve ayrıca her toplumda, her ekonomik düzeyde ve dini ve etnik gruplarda görülebileceğini göstermektedir (68).

İhmalin olası belirtileri; dehidratasyon, kötü beslenme, kötü hijyen, uygun olmayan kıyafetler, fiziksel ya da tıbbi gereksinimlerin karşılanmaması, ülser vakaları, yaşlının tedavisinin yapılmaması, yaşlıya karşı kızgınlık ya da açık bir şekilde yardım etmeme, aile üyelerinin ya da bakıcısının yaşlıdan utanması, yaşlıya yönelik saldırgan davranışlar, alkol ve ilaç alışkanlıkları, gerçek olmayan sevgi gösterisi, yaşlının izole edilmesi, ailedeki diğer yaşlı kişilerle etkinlikleri sınırlama veya soyutlamadır (69).

Yaşlı bireyin ihmali durumunda multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Klinisyenler, sağlık profesyonelleri, hekimler, istismar ve kötü davranmanın etkilerini bir hastalık veya yaşlanma süreciyle karıştırabilirler. Kötü davranış veya ihmal ve/veya istismarın ipuçları; hastanın görünümü, aynı sorun nedeniyle sık sık acil başvurular, kaçırılan randevular, şüpheli fiziksel bulgular, mantıklı açıklaması olmayan yaralanmalardır (70,71).

Şekil II.3. Yaşlılarda ihmalin risk faktörleri

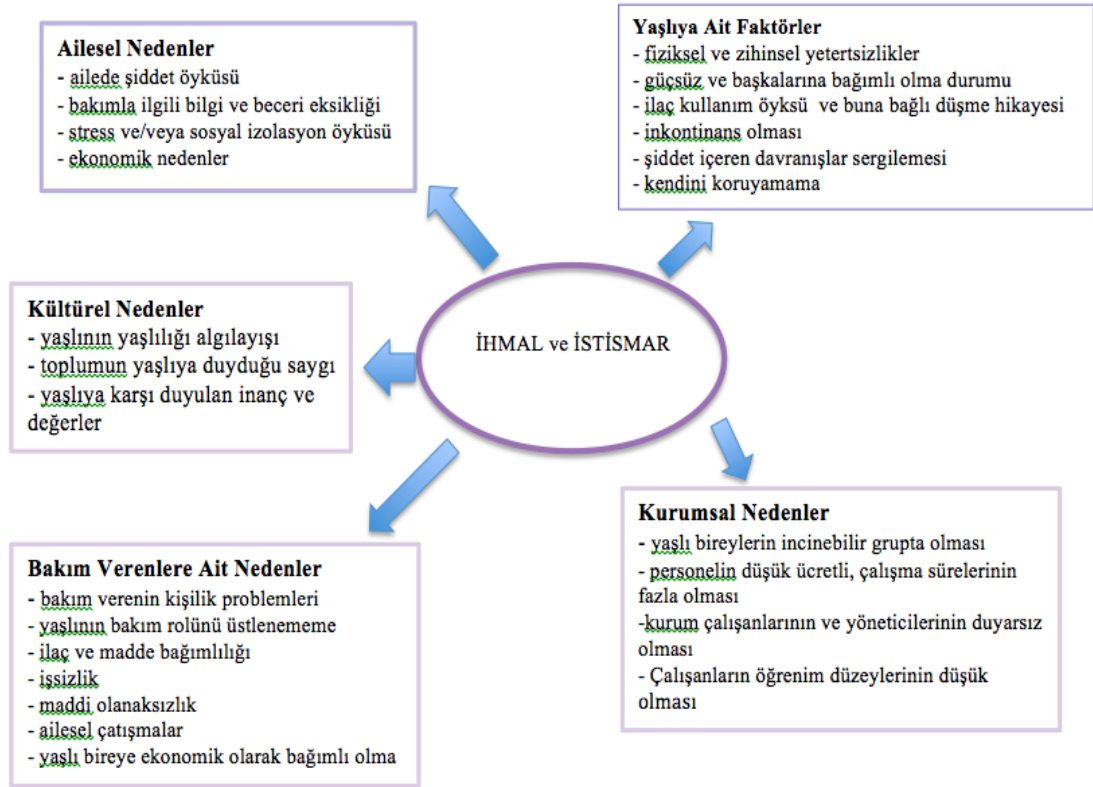


(Kıssal, 2009)

II.7.1. İhmale Neden Olan Faktörler

Dünyada yaşlı nüfusun artması ve bununla birlikte sosyal güvence ve destek sistemlerinin yeterli olmayışı ve ekonomik yetersizlikler nedeni ile yaşlılar ihmale daha fazla maruz kalmaktadır. Yaşlı bireylerde ihmale neden olan faktörler incelendiğinde bu konuda farklı teorik yaklaşımların olduğu belirtilmektedir. Bunlar; ihmale uğrayan yaşlı bireyin özellikleri, ihmali yapan kişi ya da kişilerin özellikleri, yaşlılara karşı çatışma ve şiddete neden olan sosyal çevre koşulları ve aileye bağlı nedenler olarak sınıflandırılmaktadır (68).

Şekil II.4. Yaşlılarda ihmalin nedenleri



II.7.2. Yaşlılara Yönelik İhmal ve İhmalin Önlenmesi ile İlgili Yaklaşımlar

Yaşlılara yönelik ihmal hiçbir şekilde kabul edilemez. Bu konuda alınacak önlemler ve çeşitli girişimlerle yaşlı ihmalinin önlenmesi ve saptanması gerekmektedir (2).

İhmalin önlenmesi için, sağlık profesyonellerinin farkındalığı artırılmalı, risk gruplarının bilinmesi, ihmal belirtilerinin bilinmesi büyük önem taşır. İhmalin önlenmesi konusunda yapılabilecekler aşağıda sıralanmıştır (2). Yaşlıya bakım veren sağlık personelinin, aile bireylerinin ve toplumun istismar, ihmal ve bu döneme özgü sorunlar konusunda farkındalığı artırılmalı ve bilgilendirilmelidir.

- ✓ İhmal açısından riskli olan yaşlılara risk taşıyan yaşlı bireylere (Alzheimer, demans hastaları gibi) bakım verenlerin sorumluluklarını yerine getirmede yaşadıkları bilgi ve beceri eksiklikleri, yaşadıkları; heyecan, korku, stres gibi davranış sorunları ve tedavi ve bakım hizmetleri gibi konularda eğitim, danışmanlık ve sosyal destek sağlanmalıdır.

- ✓ Yaşlılara yönelik yeni politikaların üretilmesi ve uygulanması ayrıca bu konuda kurum ve kuruluşların duyarlı davranmalarının sağlanması gereklidir.
- ✓ Yaşlı bireyler temel hakları konusunda bilgilendirilmelidir.
- ✓ Sağlık personeli ihmal konusunda eğitilmeli, sağlık personeline bu durumun bir suç olduğu ve bu gibi durumlarda kişilerin cezalandırılabileceği bilgisi hatırlatılmalıdır.

Yaşlılarda ihmalin önlenmesi için yapılması gereken belli başlı düzenlemeler aşağıda yer almaktadır (64).

II.7.2.1. Yasal Düzenlemeler

Yasal sistemde istismar ve ihmale ilişkin cezaların az olması, istismarı yapan kişiler için de caydırıcı olmamasından dolayı yaşlının haklarını gözetleyen yasal düzenlemelerle yaptırımların artırılması ve hem istismara uğrayan yaşlının bunu dile getirmesinin kolaylaşması hem de istismar eylemini gerçekleştiren kişiler için caydırıcı olabilmesi için yaptırımlar uygulanması gereklidir.

II.7.2.2. Mesleki Eğitim Verilmesi

Yaşlı ihmalinin rapor edilme sıklığının az olmasından dolayı; mesleki eğitimin yaşlı ihmalinin saptanmasına ve önlem alınmasına yardım edecek şekilde beş alanda uygulanması gereklidir.

a. Yaşlılarla çalışan uzmanların (psikolog, doktor, sosyal hizmet uzmanı) eğitimi: Hastanelerde, huzurevlerinde ve adli sistemde çalışan doktor, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarına yaşlı ihmeline yönelik eğitim verilmesi durumunda ihmalin saptanmasının mümkün olabilmesi ve gerekli önlemlerin alınabilmesini işaret eder.

b. Yargı ve emniyet mensuplarının eğitimi: Adli sistemde yargı ve emniyet mensupları yaşlılarla karşılaştıkları için yaşlı ihmali ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve ihmalin saptanmasının mümkün olabilmesi ve gerekli tedbirlerin alınabilmesidir.

c. Yaşlılarla çalışan kurum idarecilerin eğitimi: Yaşlılarla çalışan idarecilere (huzurevlerinde, yaşlı bakım merkezlerinde) hem yaşlı ihmalinin ne şekilde olabileceği hem de ihmal uygulayan kişilerin ne şekilde saptanabileceğine ilişkin çift taraflı ve belirli aralıklarla tekrarlayan eğitim verilmesidir.

d. Yaşlı bakımında çalışan personelin eğitimi: Bakım verenlerin yaşlanma ve yaşlı istismarı konusunda bilgilendirilmesi sonucunda ihmalin önlenmesinde önemli katkıların sağlanması, çalışanların yaşlı bakımı sırasında karşılaştıkları zorluklara karşı neler yapacakları konusunda eğitilmeleri ile zor durumlara şiddetle yanıt vermenin azaltılabilmesi, personelin psikolojik sorunlarının tespit edilmesi için rutin hastane muayenesine gönderilmesi

e. Yaşlılara bakan ailelerin eğitimi: Yaşlanma, yaşlılık, yaşlılık psikolojisi, beceri eğitimi ve problem çözme becerileri konularında ücretsiz halka yönelik seminerler verilerek, yaşlılara bakan aile üyelerinin tükenmişlik duygularıyla baş etmelerine yardımcı olunması.

II.7.2.3. Hizmet Yoluyla Önlemler Alma

Yaşlı ihmal ve/veya istismar bildiriminin yapılabileceği bir telefon hattının oluşturması, böylece yaşlı ihmalinin saptanmasında bir çözüm yolu oluşturulması.

II.7.2.4. Toplumun Eğitimi

a. Toplumun bütün kesimlerinin (kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, medya vb), ihmal ve şiddeti meşrulaştıran olumsuz imajlara karşı çıkması; şiddeti besleyen ve pekiştiren kitle iletişim araçları, reklamlar ve okul müfredatına karşı mücadele edilmesi,

b. Toplumda şiddeti meşru bir zemine oturtan atasözleri ve deyişlerin (örneğin, “Suç öldüründe değil, ölümdedir”, “Öğretmenin vurduğu yerde gül biter”, “Eti senin, kemiği benim” vb) ortadan kaldırılması,

- c. Toplum eğitiminin ülke çapında konferanslar, eğitim seminerleri, basın ve yayın aracılığı ile yapılması,
- d. İlköğretim ve lise öğrencilerine yaşlanma, yaşlılık, yaşlılık psikolojisi ve yaşlı ihmali konularında dersler verilmesi,
- e. Medya aracılığıyla, yaşlanma, yaşlılık bilinci, yaşlı ihmali ile ilgili programlar yapılması ve kamuoyunda bu konuda bir duyarlılık oluşturularak bu programların yapılmasında devletin özendirici olması,
- f. Yaşlı ihmali konusunda yaşlılara da bilgilendirmelerin yapılması, yaşlıların yasal haklarının ve kendilerine yönelik yapılan ihmal durumlarında devletin aldığı önlemlerin neler olduğunu anlatılması,
- g. Devlet kurum ve kuruluşları, üniversiteler, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve ilgili diğer kurum ve kuruluşların işbirliği ile yaşlı ihmalinin ortadan kaldırılması ve önlenmesine yönelik eğitim çalışmalarının düzenlenmesi,
- h. Yaşlı ihmali konusunda yurt dışında çok fazla sayıda bilimsel yayın yapılmasına rağmen, Türkiye’de özgün bilimsel çalışmaların sınırlı olmasından dolayı yaşlı ihmalinin sebep ve sonuçlarını, yaygınlığını, görülme şeklini ve sıklığını, şiddete uğrayanlarla şiddet uygulayanların şiddet kavramından ne anladıklarını araştırmayı amaçlayan bilimsel çalışmaların başlatılması ve desteklenmesi konularını kapsar.

II.8. Yaşlı Sağlığının Korunmasında Hekimlerin Rolü

Yaşlı bireylerin sağlığı, parçası oldukları toplumun sağlığı ile yakından ilişkilidir ve içinde bulunduğu toplumun yaşama koşulları ve çevrenin niteliği tarafından belirlenmektedir. Yaşlıların sosyal durumu ve fonksiyonel kapasitesindeki değişimler özel yaklaşımlar gerektirebilir. Bu noktada, yaşlılıkta sağlığın sürdürülmesi için üç hedef ele alınmalıdır. Bunlar; fonksiyonel kapasitenin sürdürülmesi ve artırılması, bakım ile ilgili uygulamaların geliştirilmesi ve sosyal ilişkilerin desteklenmesidir (72).

Hastalık ve yetersizlik riski yaşla birlikte artmasına karşın, kronik hastalıklar yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Kronik hastalıklar bireylerin fiziksel

inaktivite, yetersiz ve dengesiz beslenme, tütün kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarından kaynaklanmaktadır. Aslında olumsuz sağlık davranışlarından kaçınarak ve çevre koşullarını olabildiğince olumlu hale getirerek, yaşlanma ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarından bir ölçüde korunmak olanaklıdır (73).

Birincil korunma yaklaşımlarında hedef kitle genel toplumdur ve bu tür korunma çalışmalarında temel yöntem sağlık eğitimidir. Sağlıklı olan bireylere çevresel ve bireysel özellikler olarak sağlık üzerinde olumsuz etki yapabilecek faktörler ve bu faktörlerden nasıl korunmaları gerektiği sağlık eğitimi çalışmaları ile anlatılır. Birincil korunma çalışmalarında sağlığın korunmasının yanı sıra, hatta bundan daha önemli olarak sağlığın geliştirilmesi (health promotion), yani kişinin sağlık düzeyinin daha üst düzeye çıkarılması bakımından da eğitim yapılmalıdır. Birincil korunmada sağlıkla ilgili olumlu davranışlar olarak adlandırılan “sağlıklı yaşam ilkeleri” büyük önem taşır. Bu ilkeler; sağlıklı beslenme, fizik egzersiz yapmak, sigara içmemek ve stresten uzak durmak şeklinde söylenebilir (74).

Hastalıkların erken tanısı şeklindeki korunmaya ikincil korunma adı verilir. Çok sayıda hastalık için erken dönemde yakalama olanağı söz konusudur. Yaşlı nüfusta daha sık görülen kronik ve dejeneratif hastalıkların erken tanısı oldukça başarılıdır. Pek çok kanser türü, kalp-damar hastalıkları, şeker hastalığı, solunum sistemi hastalıkları erken dönemde yakalandığında bazı durumlarda şifa sağlanabilmekte, şifanın söz konusu olmadığı durumlarda da kişilerin yaşam süresi ve yaşam kalitesi önemli ölçüde artmaktadır (75).

İkincil korunmada tarama programaları ile başta kanser hastalıkları olmak üzere henüz hastalığa ait belirtilerin, yani hasta olduğunun farkında olmayan kişilerde hastalıkların erken tanısı sağlanmış olur. Erken tanı programına alınacak hastalıkların bazı özellikleri taşıması gereklidir. Bunlar; hastalığın toplumda sık görülen bir sağlık sorunu olması, erken tanı için uygun bir yöntemin varlığı, tanı konulduktan sonra etkili ve başarılı bir tedavi yönteminin biliniyor olması ve bu tedavi yönteminin erken dönemde uygulandığında daha başarılı olması gibi özellikler sayılabilir. Bu noktalar dikkate alındığında yaşlılarda erken tanı amacı ile tarama programına alınabilecek başlıca hastalıklar; hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, diabetes mellitus, bazı kanserler (meme kanseri, serviks kanseri, kolon-rektum kanseri, deri

kanseri), obezite, kas-iskelet sistemi hastalıkları (osteoporoz gibi), anemi ve görme-işitme bozuklukları şeklinde sıralanabilir (75).

Üçüncül korunma yaklaşımında ise, hastalıkların klinik olarak belirti ve bulguları ortaya çıktıktan sonra tedavi yöntemi kullanarak hastaların tekrar sağlıklarına kavuşturulması esasına dayanır. Üçüncül korunma çabalarının öncelikli amacı: ölümün önlenmesi veya ertelenmesidir. Bunun ötesinde hastanın yaşadığı süre boyunca yaşam kalitesinin yükseltilmesine çalışılır, hastalığı ile daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmesi için çaba gösterilir (76).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

III.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Pursaklar ilçesine bağlı merkez mahallesinde, araştırmacının belirlediği sokak ve caddelerde yapılmıştır. Merkez mahallesine bağlı; 171 sokak, 25 cadde ve 5 bulvar bulunmaktadır. Ankara İli Pursaklar İlçesine Merkez Mahallesi Şekil III.1.'de gösterilmiştir.

Şekil III.1. Ankara ili Pursaklar ilçesi merkez mahallesi haritası



Tablo III.1. Ankara ili Pursaklar ilçesine bağlı mahalleler ve nüfusları (ADNKS, 2014)

Mahalleler	Nüfus	Mahalleler	Nüfus
Merkez	35.129	Yeni Karaköy	196
Fatih	24.813	Karşıyaka	344
Yunus Emre	15.504	Kösrelik Kızıtğı	304
Ayyıldız	2.526	Yuva	77
Tefik İleri	3.926	Saray Cumhuriyet	10.470
Mimar Sinan	17.715	Saray Fatih	8.829
Altınova	2.427	Saray Osmangazi	1.818
Sirkeli Yeşilova	790	Saray Gümüşoluk	1.270
Sirkeli Yeşilyurt	684	Yıldırım Beyazıt	1.467
Abadan	138	Peçenek	651
Karaköy	74		
Toplam			129.152

Kaynak: www.tuikapp.tuik.gov.tr

III.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Ankara ili Pursaklar ilçesi merkez mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yapılmıştır. Ankara İli Pursaklar İlçesi'nde yaşayan 2162 erkek, 2808 kadın, toplam 4970 yaşlı birey araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Yaş gruplarına göre ve cinsiyete göre nüfus dağılımı Tablo III.2'de yer almaktadır.

Araştırmanın niceliksel bileşeni için; örneklem seçilmemiştir. Merkez mahallesi muhtarlığı kayıtları incelenerek; 65 yaş ve üzeri nüfusun yoğun olduğu sokak, cadde ve bulvarlar belirlenmiştir (Tablo III.1). Çalışma kapsamında, merkez mahallesinde bulunan 16 sokak ve 6 caddede olmak üzere toplam 403 yaşlıya ulaşılmıştır. Ulaşılan kişiler arasında Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı 24'ün altında olan 21 kişi ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 12 kişi araştırma dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak, araştırma SMMT puanı 24 ve üzerinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 370 kişide yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci bileşeni ise bölgede yaşlılara hizmet sunan hekimlerin görüşlerinin alınması amacıyla yürütülmüştür. Bu bölümde, 34 aile hekimi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmayı kabul etmeyen 9 aile hekimi araştırma dışında bırakılmıştır ve çalışmanın bu bölümü toplam 25 aile hekiminde yapılmıştır.

Tablo III.2. Nüfusun yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı (ADNKS, 2014, Pirsaklar-Ankara, 2015)

Yaş grubu	Kadın	Erkek	Toplam
65-69	1104	908	2.012
70-74	646	557	1.203
75-79	505	343	848
80-84	367	252	619
85-89	132	82	214
90+	54	20	74
Toplam	2.808	2.162	4.970

Kaynak: TÜİK, www.tuikapp.tuik.gov.tr

Tablo III.3. Merkez mahallesine bağlı 65 yaş ve üzeri nüfusun yoğun olduğu sokak ve caddeler (Pursaklar-Ankara)

Sokak	65+ Nüfus	Cadde	65+ Nüfus
1- Barbaros Hayrettin	18	1- Cengiz Topel	24
2- Bayındır	10	2- Melikşah	10
3- Bergama	21	3- Mimar Sinan	15
4- Dede Korkut	14	4- Orhangazi	15
5- Gencay	11	5- Şehit Salim Akgül	19
6- Havuz	25	6- Yunus Emre	31
7- Hoca Ahmet Yesevi	13		
8- Ihlamur	13		
9- Karanfil	10		
10- Kardeşler	17		
11- Kurum	17		
12- Necip Fazıl Kısakürek	30		
13- Rüştü Zorlu	31		
14- Sakin	12		
15- Tirebolu	12		
16- Uysal	35		
Toplam	289		114

III.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

III.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ Araştırmanın birinci bölümünde bireyin 65 yaş ve üzerinde olması, sözel olarak iletişim kurabiliyor olması, araştırmaya katılmayı kabul etmesi koşulları sağlandığında görüşme yapılan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir.
- ✓ Standardize Mini Mental Test puanı 24 ve üzerinde olanlar (Bakınız Bölüm III.6).

- ✓ Araştırmanın ikinci bölümünde ise; niteliksel değerlendirme kapsamında aile hekimlerine yönelik yarı yapılandırılmış bir veri toplama formu hazırlanmış ve uygulanmıştır. Hekimler yarı yapılandırılmış grup görüşmelerine davet edilmiştir. Görüşmelerde 15'er dakikalık yarı yapılandırılmış mülakat tekniği uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat tekniği nitel araştırmaların üç yaklaşımından birisidir (bireysel görüşme-mülakat, odak grup görüşmesi ve gözlem). Bireysel görüşme-mülakatta, yarı yapılandırılmış bir form aracılığı ile katılımcılara açık uçlu sorular sorulmaktadır ve görüşme kısa sürelidir (77). Yarı yapılandırılmış mülakat tekniği aracılığı ile çalışmaya gönüllü olan ve davete yanıt veren hekimler yaş, cinsiyet ve hizmet sundukları bölgelere göre denge içinde gruplanarak görüşmeler yapılmıştır.

III.5. Araştırmanın Değişkenleri

Katılımcıların;

- ✓ Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı)
- ✓ Sağlıklı/riskli davranışlar ve sağlık/hastalık ile ilgili değişkenler (fizik aktivite yapma durumu, sigara içme davranışı, ilaç kullanım durumu)
- ✓ Gündelik yaşamı sürdürme becerisi ile ilgili değişkenler (gazete okuma, televizyon seyretme, radyo dinleme, telefon kullanma, ev işleri yapma, yemek yeme gibi)
- ✓ Yaşlılarda istismar ve ihmal durumunu değerlendiren değişkenler
- ✓ Yaşlıların bakım durumları ile ilgili değişkenler
- ✓ Birinci basamak sağlık kurumunu kullanma durumu

III.6. Araştırmada Kullanılan Tanımlar ve Ölçekler

Yaşlı: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneğinin azalması ya da büyük oranda kaybolması yaşlılık olarak tarif etmektedir . Kronolojik yaşın 65 ve üzeri olması ise yaşlı olarak ifade edilmektedir (78).

İstismar (Abuse): Yaşlının sağlığını ve iyilik halini tehdit eden, onu strese sokan veya ona zarar verebilen ve yaşlının bulunduğu kültürde kabul edilmeyen davranışa maruz kalması şeklinde de tanımlanmaktadır (79).

İhmal (Neglect): Gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, savsama ve önem vermemedir.

- ✓ **Yaşlının kendini ihmali:** Yaşlının kendine gereken dikkat ve özeni sağlamada yetersiz olmasıdır (80).

Evde Bakım: Yeti yetimi olan, yaşlı, kronik hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama uyum çabalarını desteklemek, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürmelerini sağlamak, topluma uyum çabalarını artırmaktır (81).

Yeti Yetimi (Disability): Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir şemsiye kavram olarak kabul edilmektedir. Bu kavram içerisinde yetersizlik/noksanlık (impairment), aktivite sınırlılığı (activity limitation) gibi durumları içermektedir. Yetersizlik/noksanlık; beden ile, bedensel yapı ile ilgilidir. Fonksiyon/aktivite sınırlılığı ise bireyin bir etkinliği/fonksiyonu yapamamasını tanımlar (82).

Standardize Mini Mental Test (SMMT): Testin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Gürgen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. SMMT; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. SMMT puanı 24 ve üzeri olanlar testi geçmiş olarak kabul edilmektedir (83).

III.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

- ✓ Altmış beş yaş ve üzeri bireyler arasında yapılmış olan bölüm için araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır. Araştırmanın verileri 18.08.2015 ile 18.10.2015 tarihleri arasında ve haftanın altı günü (pazar hariç) saat 09:00-17:00 saatleri arasında ve araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.
- ✓ Aile hekimlerinin görüşlerinin alındığı bölüm için ise araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından belirlenen sorular katılımcılara yöneltilmiştir. Bu bölümde bölgede hizmet sunan aile hekimlerine yarı yapılandırılmış mülakat uygulanmıştır.

III.8. Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmanın ilk bölümünün ön denemesi Ankara İli Çankaya ilçesine bağlı, Küçük Esat Semt'i, Akyüz Sokakta 65 yaş ve üzeri 20 kişinin katılımı ile yapılmıştır. İkinci bölümün ön denemesi ise; Çankaya 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi ile Çankaya Tınaztepe Aile Sağlığı Merkezin'de toplam 10 aile hekiminin katılımı ile yapılmıştır.

III.9. Veri Analizi

Araştırma analizleri araştırmacı tarafından hazırlanan veri seti üzerinde gerçekleştirilmiştir. Niceliksel verilerin analizi, "SPSS for Windows version 21.0" paket programı ile yapılmıştır. Analizlerde ağırlıklı yüzde dağılımları, merkezi dağılım ve yaygınlık ölçütleri, gruplar arası farklılığın istatistiksel testi için ki-kare testi ile çok değişkenli analizler kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık değerlendirmesinde $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Ayrıca araştırmanın niteliksel verilerin değerlendirmesi için oluşturulan açık uçlu soruların değerlendirmesi yapılmıştır.

Çok değişkenli analizler "Binary Lojistik Regresyon" analizi ile gerçekleştirilmiştir.

Lojistik regresyen hesaplamalarında bağımlı değişken olarak, sağlık açısından kendini ihmal etme kabul edilmiştir. Birinci modelde kullanılan bağımsız değişkenler; cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, hastalık varlığıdır (Tablo III.4).

Tablo III.4. Lojistik regresyonda kullanılan kategoriler ve referans değerler

Değişken	Referans kategori
Cinsiyet	
Erkek	X
Kadın	
Yaş grubu	
65-69	X
70-74	
75-79	
80 ve üzeri	
Medeni durum	
Evli	X
Evli değil	
Eşi ölmüş	
Öğrenim durumu	
İlkokul ve üzeri	X
Okur-yazar	
Okur-yazar değil	
Gelir durumu	
Düzenli	X
Düzenli değil	
Kiminle yaşadığı	
Yalnız değil	X
Yalnız	
Hekim tanımlı hastalık varlığı	
Hayır	X
Evet	
Düzenli fizik aktivite durumu	
Evet	X
Hayır	
Hekim tanımlı hastalık varlığı	
Hayır	X
Evet	
Devamlı ilaç kullanımı	
Hayır	X
Evet	

III.10. Etik Konular ve İzinler

- ✓ Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü’den ve Hacettepe Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin ve onaylar alınmıştır.
- ✓ Araştırmanın sonuçları konu ile ilgili kurum ve kuruluşlar ile paylaşılmıştır.
- ✓ Araştırmada toplanan veriler amacı dışında kullanılmamıştır.
- ✓ Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılmıştır.
- ✓ Veri toplama sırasında katılımcıların isimleri alınmamıştır.
- ✓ Katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

III.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi Tablo III.8’de sunulmuştur.

Tablo III.5. Araştırmanın bütçesi

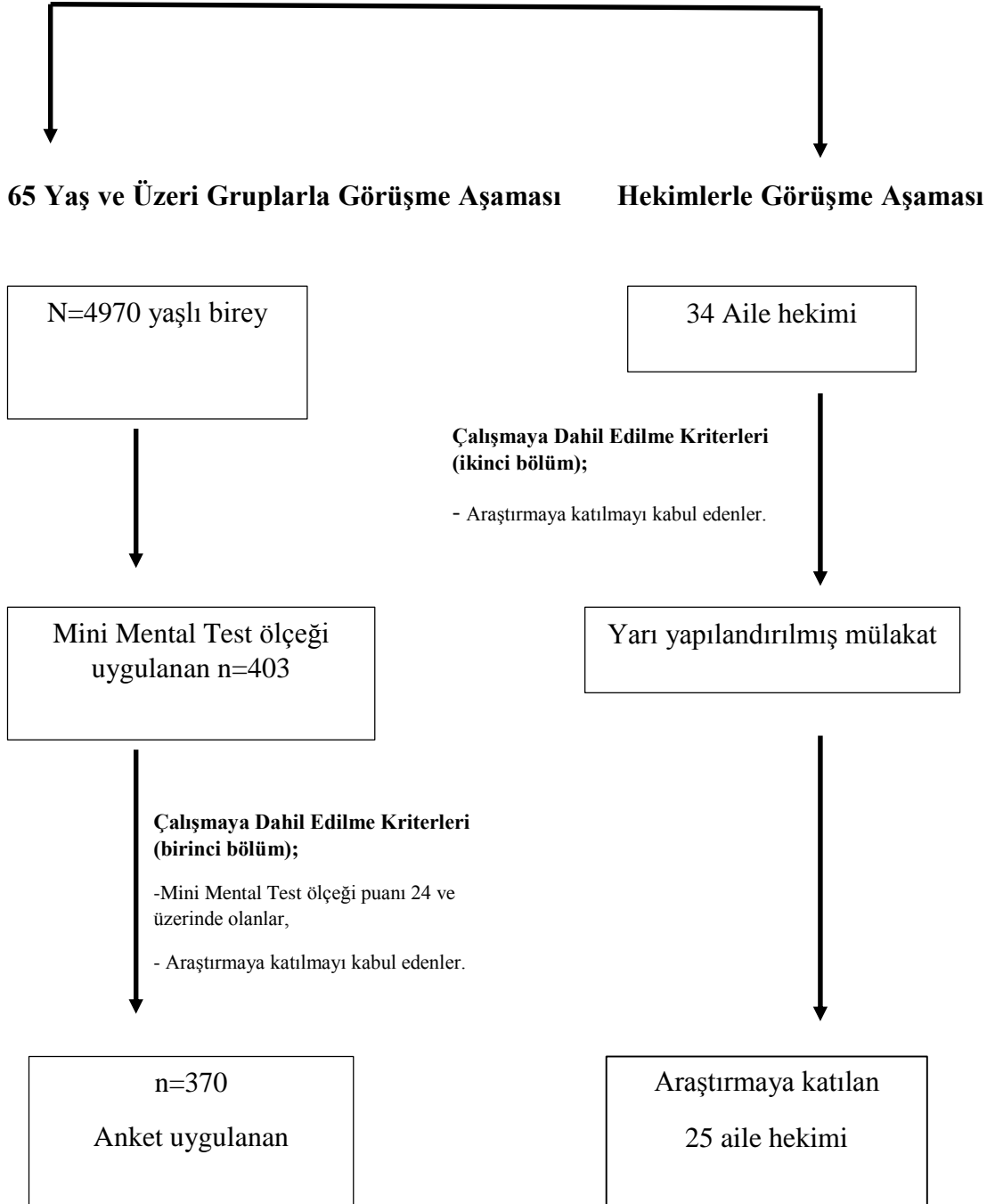
Kalem	Tutar (TL)
Kırtasiye giderleri	500
Raporların basımı ve fotokopi	500
Ulaşım	500
Toplam	1500

III.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

- ✓ Araştırmaya 2014 yılının Eylül ayında konunun belirlenmesi ile başlanmıştır.
- ✓ Konu ile ilgili literatür derlenmiş ve veri toplama aracı geliştirilmiştir.
- ✓ Ağustos-Eylül-Ekim 2015 döneminde verilerin toplanması, Kasım 2015 döneminde ise analiz edilmesi tamamlanmıştır.
- ✓ Araştırmanın detaylı zaman çizelgesi Tablo III.9’da belirtilmiştir.

III.13. Araştırmanın Akış Şeması

ARAŞTIRMA BİLEŞENLERİ



Dışlanma Kriterleri;

-Mini Mental Test ölçeği puanı 24'ün altında olan katılımcı sayısı 21,

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcı sayısı 12'dir.

Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen aile hekimi sayısı ise 9'dur.

IV. BULGULAR

IV.1. Bölgede Yaşayan Yaşlılara Yönelik Değerlendirmeler

Bu araştırma, 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık profilleri, bakım gereksinimleri ve kendi kendini ihmalle karşılaşma durumlarının saptanması ve ayrıca bölgede hizmet veren aile hekimlerinin yaşlılara yönelik sundukları sağlık hizmetinin içeriği ve kendini ihmal konusunda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili düşünce ve görüşlerinin saptanması amacıyla Ankara'nın Pursaklar ilçesi'nde yapılmıştır. Araştırma 403 yaşlıda yapılmıştır. Çalışmayı kabul eden ve SMMT'yi geçen toplam 370 yaşlı değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve bazı sosyodemografik özellikleri Tablo IV.1.1.'de sunulmuştur.

Tablo IV.1.1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Yaş grubu (n=370)	65-69	86	44,0	81	46,3	167	45,1
	70-74	33	17,0	42	24,0	75	20,3
	75-79	31	16,0	30	17,1	61	16,5
	80+	45	23,0	22	12,6	67	18,1
	Ortalama±ss: 72,20±6,39 Ortanca=71 En büyük= 92 En küçük= 65						
Öğrenim durumu (n=370)	Okur-yazar değil	10	5,1	1	0,6	11	3,0
	Okur yazar	43	22,1	6	3,4	49	13,2
	İlkokul	126	64,7	99	56,6	225	60,8
	Ortaokul	3	1,5	50	28,6	53	14,3
	Lise	11	5,6	15	8,6	26	7,0
	Yüksekokul/üniversite	2	1,0	4	2,2	6	1,6
Sosyal güvence (n=370)	Yok	3	1,5	2	1,1	5	1,4
	Var	192	98,5	173	98,9	365	98,6
Medeni durum (n=370)	Evli	87	44,6	122	69,5	209	56,5
	Evli değil	2	1,0	5	3,0	7	1,9
	Eşi ölmüş	99	50,8	43	24,5	142	38,4
	Eşinden ayrılmış	7	3,6	5	3,0	12	3,2
Çocuk (n=370)	Yok	3	1,5	8	4,6	11	3,0
	Var	192	98,5	167	95,4	359	97,0
Çocuk sayısı (n=363)	1	16	8,3	23	13,6	39	10,6
	2	111	57,5	99	58,2	210	58,0
	3 ve üzeri	66	34,2	48	28,2	114	31,4
Düzenli gelir (n=370)	Yok	29	15,0	12	6,9	41	11,0
	Var	166	85,0	163	93,1	329	89,0
Çalışma durumu (n=370)	Hayır	195	100,0	171	97,7	366	99,0
	Evet	-	-	4	2,3	4	1,0
Ankarada yaşama (Yıl) (n=370)	Doğduğundan beri	167	85,7	133	76,0	300	81,0
	1-19	9	4,6	18	10,2	27	7,3
	20 ve üzeri	19	9,7	24	13,8	43	11,7

* Sütun yüzdesi

Tablo IV.1.1. (Devam) Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	
Ankara'ya gelmeden önce yaşanan yer (n=70)	Köy	17	60,7	26	62,0	43	61,4
	İlçe	7	25,0	8	19,0	15	21,4
	Şehir	4	14,3	8	19,0	12	17,2
Kiminle yaşadığı (n=370)	Yalnız	34	17,5	19	10,9	53	14,3
	Eşi ile kendi evinde	87	44,6	119	68,0	206	55,7
	Kendi evinde çocuklarıyla	24	12,3	14	8,0	38	10,3
	Çocuklarının yanında akrabalarıyla	47	24,1	20	11,4	67	18,1
		3	1,5	3	1,7	6	1,6

* Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan 65 yaş üzeri 370 yaşının yaş ortalaması $72,20 \pm 6,39$ yıl olarak saptanmıştır. Yaşlıların en küçük yaşta olanı 65 iken en büyüğü 92 yaşındadır. Katılımcıların %52,7'si (n=195) kadın, %47,3'ü (n=175) ise erkektir. Erkek (%46,3) ve kadınların (%44,0) yaklaşık yarısı 65-69 yaş grubundadır. Kadınların yaklaşık üçte ikisi, (%64,7) erkeklerin ise yarısından fazlası (%56,6) ilkokul mezunudur. Kadın ve erkek katılımcıların büyük çoğunluğunun (%98,6) sosyal güvencesi bulunmaktadır ve yarısından fazlası ise (%56,5) evlidir. Her iki cinsiyetinde büyük çoğunluğunun (%97,0) çocuğu bulunmaktadır, yarısından fazlasının (%58,0) ise iki çocuğu vardır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%99,0) çalışmamaktadır ve %89,0'unun düzenli bir geliri vardır. Kadınların %85,7'si, (n=167) erkeklerin ise %76,0'ı (n=133) doğduğundan beri Ankara'da yaşamaktadır. Daha önce Ankara dışında yaşayan kadınların %60,7'si (n=17), erkeklerin %62,0'ı (n=43) daha önce köyde yaşamıştır. Kadınların %44,6'sı, (n=87) erkeklerin ise %68,0'ı (n=119) eşi ile kendi evinde yaşamaktadır (Tablo IV.1.1.).

Tablo IV.1.2. Katılımcıların sigara içme davranışları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Sigara içme (n=370)	Hiç içmeyen	187	96,0	92	52,5	279	75,4
	Eskiden içen ve bırakan	4	2,0	68	39,0	72	19,5
	Halen İçen	4	2,0	15	8,5	19	5,1
Daha önce sigara içenlerde içtiği süre (yıl) (n=72)	1-9	1	25,0	9	13,2	10	14,0
	10-19	2	50,0	16	23,5	18	25,0
	20 ve üzeri	1	25,0	43	63,3	44	61,0
Halen sigara İçenlerde İçtiği süre (yıl) (n=17)**	1-25	3	75,0	5	38,4	8	47,1
	26 ve üzeri	1	25,0	8	61,6	9	52,9
Daha önce sigara içenlerde adet (günde) (n=72)	1-10	3	75,0	18	26,5	21	29,2
	20 ve üzeri	1	25,0	50	73,5	51	70,8
Başkalarının içtiği sigara dumanından etkilenme durumu***	Hayır	190	98,0	146	84,0	336	91,3
	Evet	4	2,0	28	16,0	32	8,7

* Sütun yüzdesi

** 2 katılımcı cevap vermemiştir

*** 1 erkek 1 kadın katılımcı cevap vermemiştir

Çalışmaya katılanların sigara içme davranışları incelendiğinde; kadınların %96,0'ı, (n=187) erkeklerin %52,5'i (n=92) daha önce hiç sigara içmezken, tüm grubun yaklaşık beşte biri (%19,5) eskiden sigara içmiş ve bırakmıştır. Daha önce sigara içenlerde içtiği süreler incelendiğinde, kadın ve erkeklerin yarısından fazlası, (%61,0) 20 yıl ve üzerinde bir süre sigara içmiştir. Daha önce sigara içenlerde; kadın ve erkeklerde içilen sigara adetleri incelendiğinde, kadın ve erkeklerin çoğunluğu (%70,8) günde 20 ve üzeri adet sigara içmektedir. Kadınların %98,0'ı (n=190)

erkeklerin ise %84,0'ı (n=146) başkalarının içtiği sigara dumanından etkilenmemektedir (Tablo IV.1.2.).

Tablo IV.1.3. Katılımcıların sağlıklı/riskli davranışlar ve sağlık/hastalık durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Fizik aktivite yapma durumu (n=370)	Hayır	173	88,7	119	68,0	292	78,9
	Evet	22	11,3	56	32,0	78	21,1
Uyku durumu** (n=366)	Düzenli	178	92,2	151	87,3	329	90,0
	Düzenli değil	15	7,8	22	12,7	37	10,0
Günlük uyku süresi (saat)*** (n=369)	4-7	43	22,2	36	20,5	79	21,4
	8 ve üzeri	151	77,8	139	79,5	290	78,6
Dış hekime gitme durumu**** (n=357)	Hayır	30	16,2	27	15,7	57	16,0
	Evet	155	83,8	145	84,3	300	84,0
Dış hekime gitme sıklığı (n=370)	Hiç gitmeyen	70	35,8	55	31,5	125	33,8
	Şikayeti/ yakınması olunca	120	61,6	117	66,8	237	64,0
	Ara sıra	5	2,6	3	1,7	8	2,2
Dış fırçalama sıklığı (n=370)	Fırçalamayan	16	8,2	11	6,3	27	7,3
	Ara sıra	99	50,8	82	46,8	181	48,9
	Günde 1 kez	69	35,3	76	43,5	145	39,2
	Günde 2 kez	11	5,7	6	3,4	17	4,6
Çocukluk dönemi dışında aşı olma durumu (n=370)	Hayır	118	60,5	108	61,8	226	61,1
	Evet	34	17,4	36	20,5	70	18,9
	Hatırlamıyor/bilmiyor	43	22,1	31	17,7	74	20,0

* Sütun yüzdesi

** 2 kadın ve 2 erkek katılımcı bilmiyorum cevabını vermiştir.

*** 1 kadın katılımcı cevap vermemiştir.

**** 13 katılımcı "hatırlamıyorum/bilmiyorum" cevabı vermiştir.

Katılımcıların fizik aktivite yapma durumları incelenmiştir. Kadınların %88,7'si, (n=173) erkeklerin %68,0'ı (n=119) herhangi bir fizik aktivite yapmamaktadır.

Uyku durumları; her iki cinsiyette katılımcılar uyku durumlarının düzenli olduğu ve büyük çoğunluğunun (%78,6) ise günlük uyku süresinin 8 saat ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Kadın ve erkeklerin çoğunluğu (%84,0) hayatında en az bir kez diş hekimine gittiğini belirtmiştir. Diş hekimine gitme sıklığı incelendiğinde, bireylerin yarısında fazlası (%64,1) şikayeti/yakınması olunca diş hekimine gittiğini belirtmiştir. Diş fırçalama sıklığı ise; kadın ve erkeklerin yaklaşık yarısı (%48,9) ara sıra, yaklaşık her beş kişiden ikisi ise günde 1 kez diş fırçalamaktadır.

Yaşlıların yarısından fazlası (%61,1) çocukluk dönemi dışında aşı olmamıştır ve her her beş kişiden biri ise aşı olma durumunu hatırlamamaktadır ve/veya bilmemektedir (Tablo IV.1.3.).

Tablo IV.1.4. Katılımcıların sağlık/hastalık durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik (n=370)		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Hekim tarafından tanı konulmuş hastalık varlığı	Hayır	103	52,8	103	58,8	206	55,7
	Evet	92	47,2	72	41,2	164	44,3
Düzenli ilaç kullanımı	Hayır	98	50,2	99	56,6	197	53,2
	Evet	97	49,8	76	43,4	173	46,8

* Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılanların hekim tarafından tanı konmuş hastalık durumları incelendiğinde; kadınların %52,8'i, (n=103) erkeklerin %58,8'inin, (n=103) hekim tarafından tanı konulmuş bir hastalığı yoktur. Yaklaşık yarısına yakınının (%44,3) ise en az bir hastalığı vardır.

İlaç kullanım durumları incelendiğinde, kadınların %50,2'si, (n=98) erkeklerin %56,6'sı (n=99) herhangi bir düzenli ilaç kullanım öyküsü yoktur (Tablo IV.1.4.).

Tablo IV.1.5. Erkeklerin hekim tarafından tanı konulmuş hastalık durumları
(Pursaklar-Ankara, 2015)

Hastalık adı (n=72)*	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon	37	51,3
Koroner arter hastalığı	14	19,4
Prostat hastalığı	14	19,4
Peptik ülser	13	18,0
Diabetes mellitus	10	13,8
Kolesterol yüksekliği	6	8,3
Bel fitiği	6	8,3
Kalp ritm bozukluğu	2	2,7
Kalp kapak hastalığı	1	1,4
Bilmiyor/hatırlamıyor	4	5,5

*Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Erkek katılımcıların hekim tarafından tanı konulan hastalık durumları incelendiğinde; en fazla saptanan hastalık %51,3 (n=37) ile hipertansiyondur. Daha sonra sırasıyla; %19,4 (n=14) ile Koroner arter hastalığı, %19,4 (n=14) ile prostat hastalığı gelmektedir (Tablo IV.1.5.).

Tablo IV.1.6. Kadınların hekim tarafından tanı konulmuş hastalık durumları
(Pursaklar-Ankara, 2015)

Hastalık adı (n=92)*	Sayı	Yüzde
Peptik ülser	31	33,7
Osteoporoz	25	27,1
Hipertansiyon	24	26,0
Diabetes mellitus	18	19,5
Koah	8	8,7
Koroner arter hastalığı	4	4,3
Migren	4	4,3
Kalp kapak hastalığı	3	3,2
Ankilozan spondilit	1	1,1
Bilmiyor/hatırlamıyor	11	12,0

*Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Kadın katılımcıların hekim tarafından tanı konulan hastalık durumları incelendiğinde; en fazla saptanan hastalık, %33,7 (n=31) ile peptik ülserdir. Daha sonra sırasıyla; %27,1 (n=25) ile osteoporoz, %26,0 (n=24) ile hipertansiyon gelmektedir (Tablo IV.1.6.).

Tablo IV.1.7. Katılımcıların gündelik yaşamı sürdürme becerisi ile ilgili durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Gündelik işlerini tek başına yapma durumu** (n=368)	Her işini yapabilen	129	66,1	146	84,4	275	74,7
	Bazı işlerini yapabilen	54	27,8	22	12,6	76	20,7
	Hiçbir işini yapamayan	12	6,1	5	3,0	17	4,6
Gazete okuma*** (n=359)	Her gün	5	2,7	45	25,8	50	13,5
	Ara sıra	21	11,3	96	55,2	117	31,6
	Hiç	159	86,0	33	19,0	192	51,9
Televizyon izleme (n=370)	Her gün	64	32,8	112	64,0	176	47,6
	Ara sıra	110	56,5	58	33,2	168	45,4
	Hiç	21	10,7	5	2,8	26	7,0
Radyo dinleme**** (n=367)	Her gün	2	1,0	3	1,7	5	1,4
	Ara sıra	11	5,7	18	10,3	29	7,9
	Hiç	180	93,3	153	88,0	333	90,7
Ev gezmesi/arkadaş ziyareti***** (n=368)	Hergün	45	23,1	1	0,7	46	12,5
	Arasıra	110	56,4	107	61,8	217	59,0
	Hiç	40	20,5	65	37,5	105	28,5
Kahvehaneye gitme (n=370)	Her gün	-	-	3	1,7	3	1,7
	Ara sıra	-	-	18	10,3	18	10,3
	Hiç	-	-	154	88,0	154	88,0
Gezintiye çıkma (n=370)	Her gün	70	35,7	101	57,8	171	46,2
	Ara sıra	112	57,6	71	40,5	183	49,5
	Hiç	13	6,7	3	1,7	16	4,3
Başkaları tarafından ziyaret edilme (n=370)	Her gün	40	20,5	16	9,3	56	15,1
	Ara sıra	147	75,3	152	86,7	299	80,8
	Hiç	8	4,2	7	4,0	15	4,1

* Sütun yüzdesi

** 2 erkek katılımcı "bu konuyu hiç düşünmedim" şeklinde cevap vermiştir.

*** 11 katılımcı okuryazar değildir.

**** 3 katılımcı cevap vermemiştir.

***** 2 katılımcı cevap vermemiştir.

Katılımcıların gündelik işlerini yapma durumları incelendiğinde; her iki cinsiyette %74,5'i (n=275) her işini, %20,6'sı (n=76) ise bazı işlerini yapabildiğini belirtmiştir.

Yaşlı bireylerin gündelik yaşamı sürdürme becerileri incelendiğinde; katılımcıların %51,9'unun (n=192) hiç gazete okumadığı, %47,6'sının (n=176) ve %45,4'ünün (n=168) sırasıyla her gün ve arasıra televizyon izledikleri ve %90,7'sinin (n=333) radyo dinlemediği saptanmıştır.

Ev gezmesi ve arkadaş ziyareti gibi sosyal durumları incelendiğinde, %59,0'ının (n=217) ara sıra ev gezmesi ve arkadaş ziyareti yaptıkları saptanmıştır. Sırasıyla kadın ve erkeklerin %46,2'si (n=171) ve %49,5'inin (n=183) sırasıyla hergün ve arasıra gezintiye çıktıkları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılanların başkaları tarafından ziyaret edilme durumları incelendiğinde ise, çoğunluğun (%80,8; n=299) arasıra başkaları tarafından ziyaret edildiği saptanmıştır (Tablo IV.1.7.).

Tablo IV.1.8. Katılımcıların yardımcı araç ve gereç kullanım durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Kullanılan yardımcı araç-gereç (n=370)		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Gözlük	Yok	99	50,8	89	51,0	188	50,8
	Var kullanıyor	80	41,0	64	36,5	144	38,9
	Var kullanmıyor	16	8,2	22	12,5	38	10,3
İşitme cihazı	Yok	191	98,0	168	96,0	359	97,0
	Var kullanıyor	3	1,5	3	1,7	6	1,6
	Var kullanmıyor	1	0,5	4	2,3	5	1,4
Baston	Yok	152	78,0	155	88,6	307	83,0
	Var kullanıyor	40	20,5	17	9,7	57	15,4
	Var kullanmıyor	3	1,5	3	1,7	6	1,6
Diş protezi	Yok	116	59,5	114	65,1	230	62,2
	Var kullanıyor	76	39,0	60	34,3	136	36,8
	Var kullanmıyor	3	1,5	1	0,6	4	1,0

* Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılanların yardımcı araç ve gereç kullanım durumları incelenmiştir. Kadınların %41,0'ı (n=80), erkeklerin ise %36,5'i (n=64) gözlük kullanmaktadır. İşitme cihazı kullanımı kadın ve erkeklerde sırasıyla; %1,5 (n=3), %1,7 (n=3)'dir. Kadınların %20,5'i (n=40), erkeklerin %9,7'si (n=17) baston kullanmaktadır. Diş protezi kullanımı ise kadın ve erkeklerde sırasıyla; %39,0 (n=76) ve %34,3 (n=60)'dir (Tablo IV.1.8.).

Tablo IV.1.9. Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini yapma sıklıkları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik (n=370)		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde*
Banyo yapma	Haftada	178	91,3	167	95,4	345	93,2
	1-daha sık 10 gün-1 ay	17	8,7	8	4,6	25	6,8
İç çamaşır değiştirme	Haftada	181	92,8	168	96,0	349	94,3
	1- daha sık 8-20 gün	14	7,2	7	4,0	21	5,7
Saç tarama	Her gün	22	11,3	89	50,9	111	30,0
	Haftada 1	130	66,7	81	46,3	211	57,0
	Haftada 2 ve üzeri	6	3,0	2	1,1	8	2,2
	Ayda 1	37	19,0	3	1,7	40	10,8
Tırnak bakımı (el)	15 günden az	64	32,8	85	48,6	149	40,4
	15-60 gün	127	65,1	87	49,7	214	57,7
	60 günden uzun	4	2,1	3	1,7	7	1,9
Tırnak bakımı (ayak)	15 günden az	9	4,6	15	8,5	24	6,5
	15-60 gün	172	88,2	145	83,0	317	85,7
	60 günden uzun	14	7,2	15	8,5	29	7,8
Kıyafet değiştirme	Her gün	59	30,3	78	44,6	137	37,0
	İki günde bir	103	52,8	72	41,1	175	47,3
	Üç günde bir	17	8,7	14	8,0	31	8,4
	Haftada bir	16	8,2	11	6,3	27	7,3

* Sütun yüzdesi

Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini yapma sıklıkları incelendiğinde; yaşlıların büyük çoğunluğu (%93,2) haftada bir ve/veya daha sık banyo yapmaktadır.

Yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu (%94,3) haftada bir ve/veya daha sık iç çamaşırını değiştirmektedir.

Yaşlıların yaklaşık yarısından fazlası (%57,0) haftada en az bir kere saçlarını taramaktadır. Yaklaşık her üç kişiden biri ise her gün saçlarını taramaktadır.

Tırnak bakımı incelendiğinde; yaşlıların büyük çoğunluğu (%98,1) el tırnaklarını, yine büyük çoğunluğunun (%92,2) ise ayak tırnak bakımını iki aylık bir dönemde yaptığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların %37,0'ı kıyafetlerini her gün değiştirirken, %47,3'ü ise iki günde bir kıyafet değiştirmektedir (Tablo IV.1.9.).

Tablo IV.1.10. Gündelik yaşamda her işini yapabildiğini belirten katılımcıların günlük yaşam becerilerini sürdürme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Beceri		Sayı	Yüzde
Gazete okuma*	Hergün	49	18,0
	Arasıra	112	41,2
	Hiç	111	40,8
	Toplam	272	100,0
Televizyon izleme	Hergün	162	58,9
	Arasıra	101	36,7
	Hiç	12	4,4
	Toplam	275	100,0
Radio dinleme**	Hergün	5	1,8
	Arasıra	28	10,4
	Hiç	239	87,8
	Toplam	272	100,0
Kahvehaneye gitme***	Hergün	2	1,3
	Arasıra	18	12,3
	Hiç	126	86,4
	Toplam	146	100,0
Gezintiye çıkma	Hergün	167	60,6
	Arasıra	107	39,0
	Hiç	1	0,4
	Toplam	275	100,0
Başkaları tarafından ziyaret edilme	Hergün	27	9,8
	Arasıra	240	87,3
	Hiç	8	2,9
	Toplam	275	100,0

* 3 katılımcı okur-yazar değildir ** 3 katılımcı cevap vermemiştir *** Erkek katılımcılar cevaplamıştır.

Gündelik yaşamda her işini yapabilen katılımcıların; gazete okuma sıklığı incelendiğinde, %41,2'si (n=112) arasıra, %40,8'i (n=111) ise hergün gazete okumaktadır.

Televizyon izleyenlerin %58,9'u (n=162) hergün, %36,7'si (n=101) ise arasıra televizyon izlemektedir.

Radyo dinleme sıklığı incelendiğinde; katılımcıların %87,8'i (n=239) radyo dinlememektedir.

Sadece erkek katılımcıların kahvehaneye gitme sıklıkları incelendiğinde; %86,4'ü (n=126) hiç kahvehaneye gitmezken, %12,3'ünün (n=18) ise arasıra gittiği saptanmıştır.

Gün içerisinde gezintiye çıkma durumları değerlendirildiğinde; katılımcıların %60,6'sının (n=167) hergün, %38,9'unun (n=107) ise arasıra gezintiye çıktığı belirlenmiştir.

Başkaları tarafından ziyaret edilme durumları incelendiğinde; katılımcıların büyük bir kısmının (%87,3 n=240) arasıra başkaları tarafından ziyaret edildiği saptanmıştır (Tablo IV.1.10.).

Tablo IV.1.11. Gündelik işlerini yapamadığını belirten katılımcıların yardımcı araç gereç kullanma durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Kullanılan araç-gereç	Sayı
Gözlük	
Var, kullanıyor	10
Var, kullanmıyor	5
Kullanmıyor	2
İşitme cihazı	
Var, kullanıyor	-
Var, kullanmıyor	-
Kullanmıyor	17
Baston	
Var, kullanıyor	14
Var, kullanmıyor	1
Kullanmıyor	2
Diş protezi	
Var, kullanıyor	8
Var, kullanmıyor	1
Kullanmıyor	8
Toplam	17

Gündelik işleri yapamadığını belirten katılımcıların yardımcı araç-gereç kullanma durumları incelendiğinde;

Katılımcıların 10'u gözlük kullanmaktadır, 5'i ise gözlüğü olmasına rağmen kullanmamaktadır.

Katılımcıların tamamının işitme cihazı bulunmamaktadır.

Katılımcıların 14'ü baston kullanmaktadır.

Katılımcıların 8'i diş protezi kullanmazken, 8'i ise diş protezi kullanmaktadır (Tablo IV.1.11.).

Tablo IV.1.12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre bazı gündelik yaşam aktivitelerini yapma durumları ve bakım gerkesinimleri (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Telefonla arama (n=370)	Yapamıyor	29	15,0	4	2,3	33	9,0
	Yardım olarak yapabiliyor	36	18,5	10	5,7	46	12,4
	Bağımsız yapabiliyor	130	66,5	161	92,0	291	78,6
Düzenli ilaç içme (n=370)	Yardım olarak yapabiliyor	14	7,2	7	4,0	21	5,7
	Bağımsız yapabiliyor	181	92,8	168	96,0	349	94,3
Ev işleri** (n=195)	Yapamıyor	52	26,6	-	-	52	26,6
	Yardım olarak yapabiliyor	43	22,1	-	-	43	22,1
	Bağımsız yapabiliyor	100	51,3	-	-	100	51,3
Banyo yapma*** (n=369)	Yapamıyor	1	0,5	1	0,6	2	0,5
	Yardım olarak yapabiliyor	17	8,8	11	6,3	28	7,6
	Bağımsız yapabiliyor	176	90,7	163	93,1	339	91,9
Tuvalete gitme (n=370)	Yardım olarak yapabiliyor	4	2,0	5	3,0	9	2,4
	Bağımsız yapabiliyor	191	98,0	170	98,0	361	97,6
Giyinme (n=370)	Yapamıyor	-	-	1	0,6	1	0,3
	Yardım olarak yapabiliyor	8	4,1	7	4,0	15	4,0
	Bağımsız yapabiliyor	187	95,9	167	95,4	354	95,7
Yemek yeme (n=370)	Yardım olarak yapabiliyor	-	-	2	1,1	2	0,5
	Bağımsız yapabiliyor	195	100,0	173	98,9	368	99,5
Toplu taşıma araçlarından yararlanma (n=370)	Yapamıyor	70	36,0	12	6,9	82	22,2
	Yardım olarak yapabiliyor	28	14,4	17	9,7	45	12,2
	Bağımsız yapabiliyor	97	49,6	146	83,4	243	65,6
Para ile ilgili işleri yapabilme durumu (n=370)	Yapamıyor	97	49,7	24	13,7	121	32,7
	Yardım olarak yapabiliyor	43	22,1	33	18,9	76	20,5
	Bağımsız yapabiliyor	55	28,2	118	67,4	173	46,8

Yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerini ve günlük bazı yaşam aktivitelerini yapma durumlarını incelendiğinde;

Telefonla arama aktivitesini katılımcıların %78,6'sının (n=291) bağımsız olarak, %12,4'ünün (n=46) yardım alarak, %8,9'unun ise bağımsız olarak yapamadığı belirlenmiştir.

İlaç içme durumuna göre yaşlıların %94,3'ü (n=349) ilacını bağımsız olarak içebiliyorken, %5,7'si (n=21) ise bir başkasının yardımı ile ilacını içebilmektedir.

Kadın bireylerin %51,3'ü (n=100) ev işlerini bağımsız olarak yapabilmekte, %22,1'i (n=43) yardım alarak, %26,6'sı (n=52) ise ev işlerini bağımsız olarak yapamamaktadır.

Banyo yapma durumları incelendiğinde; yaşlıların %91,9'u (n=339) bağımsız, %7,6'sı (n=28) yardım alarak, %0,5'i (n=2) ise bağımsız olarak banyo yapamamaktadır.

Katılımcıların tuvalete gitme durumları değerlendirildiğinde; %97,6'sı (n=361) kendi başına tuvalete gidebilirken, %2,4'ü (n=9) ise bir başkasının yardımı ile tuvalete gidebilmektedir.

Giyinme aktiviteleri değerlendirildiğinde katılımcıların %95,7'si (n=354) bağımsız, %4,1'i (n=15) yardım alarak, %0,3'ü (n=1) bağımsız olarak giyinmemektedir.

Yemek yeme aktivitelerine göre yaşlı bireylerin %99,5'i (n=368) bağımsız, %0,5'i (n=2) ise yardım alarak yemek yemektedir.

Toplu taşıma araçlarından yararlanma durumları incelendiğinde yaşlı bireylerin %65,6'sı (n=243) bağımsız olarak yararlanmakta, %12,2'si (n=45) yardım alarak, %22,2'si (n=82) ise bağımsız olarak yararlanamamaktadır.

Katılımcıların %46,8'i (n=173) para işlerini bağımsız yapabilmektedir, %20,5'i (n=76) yardım alarak, %32,7'si (n=121) ise para işlerini bağımsız olarak yapamamaktadır (Tablo IV.1.12.).

Tablo IV.1.13. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık açısından kendini ihmal etme durumları (Pursaklar- Ankara, 2015)

Sağlık açısından kendini ihmal durumları (n=370)	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Hayır	150	77,0	142	81,2	292	78,9
Evet	45	23,0	33	18,8	78	21,1

* Sütün yüzdesi

Katılımcıların sağlık açısından kendi kendini ihmal etme durumları incelendiğinde; kadınların %77,0'ı (n=150), erkeklerin ise %81,2'si (n=142) sağlığı açısından kendini ihmal etmediğini düşünmektedir. Buna karşılık kadınların %23,0'ı, (n=45) erkeklerin ise %18,8'i (n=33) sağlığı açısından kendini ihmal ettiğini düşünmektedir (Tablo IV.1.13.).

Tablo IV.1.14. Katılımcıların kendini ihmal nedenleri (Pursaklar- Ankara, 2015)

Kendini ihmal etme nedeni* (n=78)	Sayı	Yüzde
Yaşlılık	43	55,1
Tembellik	33	42,3
Yalnızlık	22	28,2
Kendine bakamayan	15	19,2
Bakanı olmayan	13	16,6
Gücü kuvveti yerinde olmayan	11	14,1
Umursamama/boş verme	5	6,4

* Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Araştırmaya katılanların kendi kendini ihmal etme durumları incelendiğinde; %55,1'i (n=43) yaşlılık, %42,3'ü (n=33) tembellik, %28,2'si (n=22) ise yalnızlık nedeniyle kendini ihmal ettiğini belirtmiştir (Tablo IV.1.14.).

Tablo IV.1.15. Katılımcıların birinci basamak sağlık kurumunu kullanma durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik (n=370)		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile hekimini bilme durumu	Hayır	22	11,3	11	6,3	33	8,9
	Evet	173	88,7	164	93,7	337	91,1
Son bir ay içinde aile hekimi ve/veya aile sağlığı merkezinden bir görevliyle görüşme durumu	Hayır	182	93,3	164	93,8	346	93,5
	Evet	-	-	2	1,1	2	0,5
	Hatırlamıyor/bilmiyor	13	6,7	9	5,1	22	6,0
Son altı ay içinde aile hekimi ve/veya aile sağlığı merkezinden bir görevliyle görüşme durumu	Hayır	173	88,7	161	92,0	334	90,3
	Evet	-	-	2	1,0	2	0,5
	Hatırlamıyor/bilmiyor	22	11,3	12	7,0	34	9,2

Katılımcıların birinci basamak sağlık kurumunu kullanma durumları incelenmiştir. Kadınların %88,7'si (n=173), erkeklerin %93,7'si (n=164) aile hekimini bilmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%93,5) son bir ay içinde aile hekimi ve/veya aile sağlığı merkezinden bir görevli ile görüşmediklerini yaşlı bireylerin yine büyük çoğunluğu (%90,3) son altı ay içinde aile hekimi ve/veya aile sağlığı merkezinden bir görevli ile görüşmediklerini belirtmişleridir (Tablo IV.1.15.).

Tablo IV.1.16. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik (n=370)	Kendini İhmal Etme						Ki kare	p
	Hayır		Evet		Toplam			
Cinsiyet	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**		
Kadın	150	76,9	45	23,1	195	47,3	0,987	0,320
Erkek	142	81,1	33	18,9	175	52,7		
Yaş grubu								
65-69	160	95,8	7	4,2	167	45,0	91,729	<0,001
70-74	62	82,7	13	17,3	75	20,3		
75-79	41	67,2	20	32,8	61	16,5		
80-84	26	50,0	26	50,0	52	14,1		
85+	3	20,0	12	80,0	15	4,1		
Medeni durum								
Evli	196	93,8	13	6,2	209	56,5	79,721	<0,001
Evli değil	18	94,7	1	5,3	19	5,1		
Eşi ölmüş	78	54,9	64	45,1	142	38,4		
Öğrenim durumu								
Okur-yazar değil	2	18,2	9	81,8	11	3,0	69,053	<0,001
Okur-yazar	22	44,9	27	55,1	49	13,2		
İlkokul ve üzeri	268	86,5	42	13,5	310	83,8		
Sosyal güvence***								
Yok	3	60,0	2	40,0	5	1,4	1,090	0,285
Var	289	79,2	76	20,8	365	98,6		
Çocuk								
Yok	8	72,7	3	27,3	11	3,0	0,261	0,609
Var	284	79,1	75	20,9	359	97,0		
Gelir durumu								
Düzenli değil	27	65,9	14	34,1	41	11,1	4,731	0,030
Düzenli	265	80,5	64	19,5	329	88,9		
Kiminle yaşadığı								
Yalnız	24	45,3	29	54,7	53	14,3	42,068	<0,001
Yalnız değil	268	84,5	49	15,5	317	85,7		

* Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi *** Fisher'in kesin testi

Kadınların %23,0'ının (n=45), erkeklerin %18,9'unun (n=33) sağlık açısından kendini ihmal ettiği saptanmıştır. Kadınlar ve erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,320).

Yaş gruplarına göre incelendiğinde; 65-69 yaş grubunda olanların %4,2'sinin (n=7), 70-74 yaş grubunda olanların %17,3'ünün (n=13), 75-79 yaş grubunda olanların %32,8'inin (n=20), 80-84 yaş grubunda olanların %50,0'inin (n=26) ve 85 yaş ve üzerinde olanların ise %80,0'inin (n=12) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Yaş arttıkça sağlık açısından kendi kendini ihmal etme sıklığı daha fazladır (p<0,001).

Medeni durum incelendiğinde; eşi ölmüş olanların %45,1'i (n=64), evli olanlara (%6,2 n=13) ve evli olmayanlara (%5,3 n=1) göre daha fazla kendini ihmal ettikleri saptanmıştır.

Katılımcılar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde; okur-yazar olmayanların %81,8'i, (n=11) okur-yazar olanlara (%55,1 n=27) ve ilkokul ve üzeri (%13,5 n=42) grupta olanlara göre, sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettikleri belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre değerlendirme yapıldığında; düzenli geliri olmayanların %34,1'nin (n=14), düzenli olanlara (%19,5 n=64) göre kendini ihmal daha fazladır (p=0,030).

Katılımcıların yalnız yaşama durumlarına göre değerlendirme yapıldığında ise; yalnız yaşayanların %54,7'sinin (n=29), yalnız yaşamayanların ise %15,5'inin (n=49) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği belirlenmiştir. Yalnız yaşayanlarda, yalnız yaşamayanlara göre kendini ihmal sıklığı daha fazladır (p<0,001) (Tablo IV.1.16.).

Tablo IV.1.17. Katılımcıların gündelik yaşamı sürdürme ile ilgili bazı becerileri yapıp yapmadıklarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Beceri	Kendini İhmal Etme				Toplam		Ki kare	p
	Hayır		Evet		Sayı	Yüzde**		
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**		
Gazete okuma (n=359)^a								
Her gün	46	92,0	4	8,0	50	13,5	52,349	<0,001
Ara sıra	109	93,2	8	6,8	117	31,6		
Hiç	135	70,3	57	29,7	192	51,9		
Televizyon izleme (n=370)								
Her gün	158	89,8	18	10,2	176	47,6	27,952	<0,001
Ara sıra	120	71,4	48	28,6	168	45,4		
Hiç	14	53,8	12	46,2	26	7,0		
Radyo dinleme (n=367)^b								
Her gün/ara sıra	31	91,2	3	8,8	34	9,3	3,223	0,073
Hiç	260	78,1	73	21,9	333	90,7		
Ev gezmesi arkadaş ziyareti (n=368)^c								
Her gün	45	97,8	1	2,2	46	12,5	53,331	<0,001
Ara sıra	188	86,6	29	13,4	217	59,0		
Hiç	58	55,2	47	44,8	105	28,5		
Kahvehaneye gitme (n=175)^d								
Her gün/ara sıra	18	85,7	3	14,3	21	12,0	0,326	0,568
Hiç	124	80,5	30	19,5	154	88,0		
Başkaları tarafından ziyaret edilme (n=370)								
Her gün	31	55,4	25	44,6	56	15,1	22,926	<0,001
Ara sıra	250	83,6	49	16,4	299	80,8		
Hiç	11	73,3	4	26,7	15	4,1		
Gezintiye çıkma (n=370)								
Her gün	163	95,3	8	4,7	171	46,2	73,617	<0,001
Ara sıra	126	68,9	57	31,1	183	49,5		
Hiç	3	18,8	13	81,3	16	4,3		

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, ^a11 katılımcı okur-yazar değildir, ^b3 katılımcı cevap vermemiştir, ^c2 katılımcı cevap vermemiştir, ^dErkek katılımcılar cevaplamıştır

Katılımcıların gündelik yaşamı sürdürme becerisi ile sağlık açısından kendini ihmal etme durumları incelendiğinde;

Hiç gazete okumayanların %29,7'sinin (n=57), her gün gazete okuyanların %8,0'mın (n=4) ve arasıra gazete okuyanların %6,8'inin (n=8) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği belirlenmiştir. Hiç gazete okumayanlarda, ara sıra ve her gün okuyanlara göre kendin, ihmal daha fazladır (p<0,001).

Hiç televizyon izlemeyenlerin %46,2'sinin (n=12), her gün izleyenlerin %10,2'sinin (n=18) ve ara sıra televizyon izleyenlerin %28,6'sının (n=48) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Hiç televizyon izlemeyenlerde, ara sıra ve her gün izleyenlere göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Ev gezmesi ve arkadaş ziyareti yapmayanların %44,8'inin (n=47), hergün (%2,2 n=1) ve arasıra (%13,4 n=29) yapanlara göre sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Ev gezmesi ve arkadaş ziyareti yapmayanlarda, ara sıra ve her gün yapanlara göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Başkaları tarafından hergün ziyaret edilenlerin %44,6'sının (n=25), arasıra ziyaret edilenlerin %16,4 (n=49) ve hiç ziyaret edilmeyenlerin ise %26,7'sinin (n=4) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Her gün ziyaret edilenlerde, ara sıra ve hiç ziyaret edilmeyenlere göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Gezintiye hiç çıkmayanların %81,3'ü (n=13), arasıra çıkanların %31,1'i (n=57) ve hergün gezintiye çıkanların ise %4,7'sinin (n=8) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Hiç gezintiye çıkmayanlarda, ara sıra ve her gün gezintiye çıkanlara göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Hergün/arasıra radyo dinleyenlerin (%8,8 n=3) hiç dinlemeyenlere (%21,9 n=73) göre ve erkek katılımcılar arasında hergün/arasıra kahvehaneye gidenlerin (%14,3 n=3) hiç gitmeyenlere (%19,5 n=30) göre sağlık açısından kendini ihmal etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla; p=0,073 p=0,568) (Tablo IV.1.17.).

Tablo IV.1.18. Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini yapma durumlarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Günlük yaşam aktivitesi (n=370)	Kendini İhmal Etme						Ki kare	p
	Hayır		Evet		Toplam			
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**		
Telefonla arama								
Yapamıyor	8	24,2	25	75,8	33	9,0	89,764	<0,001
Yardım alarak yapabiliyor	26	56,5	20	43,5	46	12,4		
Bağımsız yapabiliyor	258	88,7	33	11,3	291	78,6		
İlaç içme								
Yardım alarak yapabiliyor	2	9,5	19	90,5	21	5,7	64,444	<0,001
Bağımsız yapabiliyor	290	83,1	59	16,9	349	94,3		
Ev işleri***								
Yapamıyor	20	38,5	32	61,5	52	26,7	62,226	<0,001
Yardım alarak yapabiliyor	35	81,4	8	18,6	43	22,0		
Bağımsız yapabiliyor	95	95,0	5	5,0	100	51,3		
Banyo yapma								
Yardım alarak yapabiliyor/ Yapamıyor	3	10,0	27	90,0	30	8,1	94,947	<0,001
Bağımsız yapabiliyor	288	85,0	51	15,0	339	91,9		
Tuvalete gitme								
Yardım alarak yapabiliyor	1	11,1	8	88,9	9	2,4	25,493	<0,001
Bağımsız yapabiliyor	291	80,6	70	19,4	361	97,6		
Giyinme								
Yardım alarak yapabiliyor	2	12,5	14	87,5	16	4,3	44,443	<0,001
Bağımsız yapabiliyor	290	81,9	64	18,1	354	95,7		

* Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi *** Kadın katılımcılar cevaplamıştır

Tablo IV.1.18. (Devam) Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini yapma durumlarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Günlük yaşam aktivitesi (n=370)	Kendini İhmal Etme						Ki kare	p
	Hayır		Evet		Toplam			
Toplu taşımadan yararlanma	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**		
Yapamıyor	39	47,6	43	52,4	82	22,2	76,646	<0,001
Yardım alarak yapabiliyor	30	66,7	15	33,3	45	12,1		
Bağımsız yapabiliyor	223	91,8	20	8,2	243	65,7		
Para işleri yapabilme	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**		
Yapamıyor	64	52,9	57	47,1	121	32,7	76,762	<0,001
Yardım alarak yapabiliyor	64	84,2	12	15,8	76	20,5		
Bağımsız yapabiliyor	164	94,8	9	5,2	173	46,8		

*Sütun yüzdesi

Katılımcıların bazı günlük yaşam aktiviteleri ile sağlık açısından kendini ihmal etme durumları incelendiğinde;

Telefon ile arama yapamayanların %75,8'inin (n=25), yardım alarak yapanların %43,5'inin (n=20) ve bağımsız olarak yapabilenlerin ise %11,3'ünün (n=33) sağlık açısından kendi kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Telefonla arama yapamayanlarda, yardım alarak ve bağımsız yapabilenlere göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

İlaçlarını başka birisi tarafından yardım alarak içebilenlerin %90,5'inin (n=19), bağımsız olarak içebilenlerin ise %16,9'unun (n=59) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Yardım alarak ilacını içenlerde, bağımsız olarak içebilenlere göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Kadın katılımcılar arasında ev işlerini yapamayanların %61,5'inin (n=32), yardım olarak (%18,6 n=8) ve bağımsız olarak yapabilenlere (%5,0 n=5) göre sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır (p<0,001).

Yardım olarak banyo yapabilenlerin %90,0'ünün (n=27) ve bağımsız olarak banyo yapabilenlerin ise %15,0'ünün (n=51) sağlık açısından kendi kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Yardım olarak banyo yapanlarda, bağımsız olarak yapanlara göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Tuvalete yardım olarak gidenlerin %88,9'unun, (n=8) bağımsız olarak tuvalete gidenlere (%19,4 n=70) göre sağlık açısından kendi kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır (p<0,001).

Yardım olarak giyinebilenlerin %87,5'inin (n=14), bağımsız olarak giyinebilenlere (%18,1 n=64) göre sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır (p<0,001).

Toplu taşıma araçlarından yararlanamayanların %52,4'ü (n=43), yardım olarak yararlananların %33,3'ünün (n=15) ve bağımsız olarak yararlanabilenlerin ise %8,2'sinin (n=20) sağlık açısından kendi kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Yararlanma durumuna göre; yapamayanlarda, yardım olarak ve bağımsız yapabilenlere göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Para işlerini yapamayanların %47,1'inin (n=57), yardım olarak yapanların %15,8'inin (n=12) ve bağımsız olarak yapabşlenlerin ise %5,2'sinin (n=9) sağlık açısından kendi kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Para işlerini yapamayanlarda, yardım olarak ve bağımsız yapabilenlere göre kendini ihmal daha fazladır (p<0,001) (Tablo IV.1.18.).

Tablo IV.1.19. Katılımcıların yardımcı araç gereç kullanma durumlarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Kullanılan yardımcı araç-gereç (n=370)	Kendini İhmal Etme				Ki kare	p	
	Hayır		Evet				Toplam
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Gözlük							
Kullanıyor	117	64,3	65	35,7	182	49,2	46,102
Kullanmıyor	175	93,1	13	6,9	188	50,8	<0,001
İşitme cihazı							
Kullanıyor	3	27,3	8	72,7	11	3,0	18,176
Kullanmıyor	289	80,5	70	19,5	359	97,0	<0,001
Baston							
Kullanıyor	21	33,3	42	66,7	63	17,0	94,839
Kullanmıyor	271	88,3	36	11,7	307	83,0	<0,001
Diş protezi							
Kullanıyor	105	75,0	35	25,0	140	37,8	2,079
Kullanmıyor	187	81,3	43	18,7	230	62,2	0,149

Gözlük kullananların %35,7'sinin (n=65), kullanmayanların ise %6,9'unun (n=13) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Gözlük kullananlarda, kullanmayanlara göre, kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

İşitme cihazı kullananların %72,7'sinin (n=8), kullanmayanların ise %19,5'inin (n=70) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. İşitme cihazı kullananlarda, kullanmayanlara göre, kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Baston kullananların %66,7'sinin (n=42) kullanmayanların ise %11,7'sinin (n=36) sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır. Basto kullananlarda, kullanmayanlara göre, kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Diş protezi kullananların %25,0'nın (n=35) kullanmayanların ise %18,7'sinin (n=43) sağlık açısından kendini ihmal etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,149) (Tablo IV.1.19.).

Tablo IV.1.20. Katılımcıların kendini ihmal etme durumları ile günlük yaşam aktivitelerini yapma sıklıkları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Günlük yaşam aktiviteleri (n=370)	Kendini İhmal Etme						Ki kare	p
	Hayır		Evet		Toplam			
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**		
Banyo yapma								
Haftada	291	84,3	54	15,7	345	93,2	90,455	<0,001
1- daha sık								
10 gün-1 ay	1	4,0	24	96,0	25	6,8		
İç çamaşır değiştirme***								
Haftada	292	83,6	57	16,4	349	94,3	83,346	<0,001
1- daha sık								
8-20 gün	-	-	21	100,0	21	5,7		
Saç tarama								
Her gün	98	88,2	13	11,8	111	30,0	71,169	<0,001
Haftada 1	178	84,3	33	15,7	211	57,0		
Haftada 2 ve üzeri	4	50,0	4	50,0	8	2,2		
Ayda 1	12	30,0	28	70,0	40	10,8		
Tırnak bakımı (el)								
15 günden az	133	89,2	16	10,8	149	40,3	30,486	<0,001
15-60 gün	158	73,8	56	26,2	214	57,8		
60 günden uzun	1	14,3	6	85,7	7	1,9		
Tırnak bakımı (ayak)								
15 günden az	14	58,3	10	41,7	24	6,5	35,427	<0,001
15-60 gün	266	84,0	51	16,0	317	85,7		
60 günden uzun	12	41,3	17	58,7	29	7,8		
Kıyafet değiştirme								
Her gün	122	89,0	15	11,0	137	37,0	89,001	<0,001
İki günde bir	151	86,2	24	13,8	175	47,3		
Üç günde bir	9	29,0	22	71,0	31	8,4		
Haftada bir	10	37,0	17	63,0	27	7,3		

* Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi *** Fisher'in kesin testi

Katılımcıların kendini ihmal etme durumları ile günlük yaşam aktiviteleri incelendiğinde;

Banyo yapma sıklığı; “10 gün-1ay” olanların (%96,0 n=24), “Haftada 1-daha sık” olanlara (%15,7 n=54) göre, sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği saptanmıştır (p<0,001).

İç çamaşır değiştirme sıklığı; “8-20 gün” olanların (%100,0 n=21) “Haftada 1-daha sık” olanlara (%16,4 n=57) göre, sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği belirlenmiştir (p<0,001).

Saç tarama sıklığı; “Ayda 1” (%70,0 n=28) olanların; “Haftada 1” (%15,7 n=33), “hergün” (%11,8 n=13) ve “haftada 2 ve üzeri” olanlara (%50,0 n=4) göre, sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği bulunmuştur (p<0,001).

El tırnak bakımı sıklığı; “60 günden uzun” olanların (%85,7 n=6); “15-60 gün” (%26,2 n=56) ve “15 günden az” olanlara (%10,8 n=16) göre, sağlık açısından kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Ayak tırnak bakımı sıklığı; “60 günden uzun” olanların (%58,7 n=17), “15-60 gün” (%16,0 n=51) ve “15 günden az” olanlara (%41,7 n=10) göre, sağlık açısından kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Katılımcıların kıyafet değiştirme sıklığı “üç günde bir” (%71,0 n=22) olanların, “iki günde bir” (%13,8 n=24), “haftada 1” (%63,0 n=17) ve “her gün” (%11,0 n=15) olanlara göre sağlık açısından kendini daha fazla ihmal daha fazladır (p<0,001) (Tablo IV.1.20.).

Tablo IV.1.21. Katılımcıların sağlıklı/riskli davranışlar ve sağlık/hastalık durumları ile kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Sağlıklı/ riskli davranışlar (n=370)	Kendini İhmal Etme						Ki kare	p
	Hayır		Evet		Toplam			
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**		
Düzenli fizik aktivite durumu								
Hayır	224	76,7	68	23,3	292	78,9	4,054	0,044
Evet	68	87,0	10	13,0	78	21,1		
Uyku durumu***								
Düzenli	272	82,6	57	17,4	329	89,9	30,837	<0,001
Düzenli değil	16	43,2	21	56,8	37	10,1		
Hekim tanı hastalık varlığı								
Hayır	195	94,6	11	5,4	206	55,7	69,220	<0,001
Evet	97	59,0	67	41,0	164	44,3		
Devamlı ilaç kullanımı								
Hayır	186	94,4	11	5,6	197	53,2	60,822	<0,001
Evet	106	61,2	67	38,8	173	46,8		
Aşı olma durumu								
Hayır	193	85,3	33	14,7	226	61,1	27,814	<0,001
Evet	57	81,4	13	18,6	70	18,9		
Hatırlamıyor/ bilmiyor	42	56,7	32	43,3	74	20,0		

* Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi *** 2 erkek, 2 kadın katılımcı bilmiyorum cevabı vermiştir

Katılımcılardan düzenli fizik egzersiz yapmayanların (%23,3 n=68), düzenli fizik egzersiz yapanlara (%13,0 n=10) göre sağlık açısından kendini etme durumu daha fazladır (p=0,044).

Uykusu düzenli olmayanların (%56,8 n=21), uykusu düzenli olanlara (%17,4 n=57) göre, sağlık açısından kendini ihmal etme durumu daha fazladır. Uykusu düzenli olmayanlar ile düzenli olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Hekim tarafından tanı konulmuş hastalığı olanlarda (%41,0 n=67), hastalığı olmayanlara (%5,4 n=11) göre, sağlık açısından kendini ihmal daha fazladır (p<0,001).

Devamlı ilaç kullananlarda (%38,8 n=67), ilaç kullanmayanlara (%5,6 n=11) göre, sağlık açısından kendini ihmal daha fazladır ($p<0,001$).

Çocukluk dönemi dışında aşı olma durumuna göre; hatırlamayan/bilmeyenler (%43,3 (n=32), aşı olanlar (%18,6 n=13) ve aşı olmayanlara (%14,7 n=33) göre sağlık açısından kendini ihmal daha fazla saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo IV.1.21.).

Tablo IV.1.22. Katılımcıların gündelik işlerini tek başına yapıp yapmadıklarına göre kendini ihmal etme durumları (Pursaklar-Ankara, 2015)

Gündelik işleri yapma durumu (n=292)	Kendini İhmal Etme						Ki kare	p
	Hayır		Evet		Toplam			
	Sayı	Yüzde **	Sayı	Yüzde **	Sayı	Yüzde *		
Her işini yapabilen	255	92,7	20	7,3	275	94,2	87,724	<0,001
Hiçbir işini yapamayan	3	17,6	14	82,4	17	5,8		

* Sütun yüzdesi ** Satır yüzdesi

Katılımcıların gündelik işleri tek başına yapma durumları incelendiğinde; gündelik hiçbir işini yapamayanların (%82,4 n=14), her işini yapabilenlere (%7,3 n=20) göre, sağlık açısından kendini daha fazla ihmal ettiği belirlenmiştir (p<0,001) (Tablo IV.1.22.).

Tablo IV.1.23. Katılımcıların sağlık açısından kendini ihmal etme durumları ile ilişkili faktörler (Pursaklar-Ankara, 2015)

Model 1	OR	%95 GA	p
Değişken adı			
Cinsiyet			
Erkek (Ref.)	1,00		
Kadın	3,61	1,38-9,45	0,009
Yaş grubu			
65-69 (Ref.)	1,00		
70-74	3,13	0,89-11,03	0,075
75-79	3,79	1,05-13,56	0,041
80 ve üzeri	10,73	2,93-39,26	<0,001
Medeni durum			
Evli (Ref.)	1,00		
Evi değil	3,25	0,22-46,48	0,385
Eşi ölmüş	15,84	1,11-224,86	0,041
Öğrenim durumu			
İlkokul ve üzeri (Ref.)	1,00		
Okur-Yazar	2,59	0,91-7,40	0,075
Okur-Yazar değil	25,14	2,76-228,58	0,004
Gelir durumu			
Düzenli (Ref.)	1,00		
Düzenli değil	10,95	3,08-38,89	<0,001
Kiminle yaşadığı			
Yalnız değil (Ref.)	1,00		
Yalnız	10,01	3,51-28,56	<0,001
Hastalık varlığı			
Hayır (Ref.)	1,00		
Evet	7,07	1,06-46,93	0,043
Düzenli fizik aktivite yapma durumu			
Evet (Ref.)	1,00		
Hayır	2,97	0,91-9,61	0,069
Devamlı ilaç kullanımı			
Hayır (Ref.)	1,00		
Evet	1,57	0,23-10,66	0,642
R²= 0,59			

Katılımcıların sağlık açısından kendini ihmal etme durumları ile ilişkili faktörler incelendiğinde; kadınların erkeklere göre 3,61 kat kendini daha fazla ihmal ettiği belirlenmiştir (%95 GA=1,38-9,45 p=0,011).

Yaş gruplarına göre incelendiğinde 65-69 yaş grubuna göre; 70-74 yaş grubunda 3,13 kat (%95 GA=0,89-11,03 p=0,075), 75-79 yaş grubunda 3,79 kat (%95

GA=1,05-13,56 p=0,041), 80 yaş ve üzeri grupta ise, 10,73 kat risk artışı saptanmıştır (%95 GA=2,93-39,26 p<0,001).

Eşi ölmüş olan yaşlılar arasında evli olanlara göre 15,84 kat risk artışı (%95 GA=1,11-224,86 p=0,041) tespit edilmiştir.

İlkokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlara göre; okur-yazar olmayan yaşlılar arasında 25,14 kat (%95 GA=2,76-228,58 p=0,004) risk artışı belirlenmiştir.

Geliri düzenli olan yaşlılara göre; geliri düzenli olmayanlar arasında 10,95 kat risk artışı saptanmıştır (%95 GA=3,08-38,89 p<0,001).

Katılımcılardan yalnız yaşamayanlara göre, yalnız yaşayanlarda; 10,01 kat risk artışı (%95 GA=3,51-28,56 p<0,001) tespit edilmiştir.

Hekim tarafından tanı konulmuş hastalık durumları incelendiğinde hastalığı olmayanlara göre; hastalığı olanlarda 7,07 kat risk artışı (%95 GA=1,06-46,93 p=0,043) belirlenmiştir (Tablo IV.1.23.).

IV.2. Aile Hekimlerinin Yaşlılara Yönelik Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Görüş ve Önerileri

Araştırmanın ikinci bölümünde bölgede hizmet sunan 25 aile hekimine açık uçlu soruların olduğu sorular yöneltilmiştir.

Tablo IV.2.1. Bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin sunulan hizmetler hakkındaki görüşleri (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik	Sayı
Yaşlılara sunulan hizmetler*	
<i>Muayene ve tedavi</i>	12
<i>Psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri verilmesi</i>	8
<i>Kronik hastalıkların tanı ve tedavisi</i>	8
<i>Evde sağlık hizmeti verilmesi (ev ziyaretleri, tansiyon ölçülmesi, enjeksiyon, pansuman, muayene)</i>	7
<i>Koruyucu hekimlik uygulamaları (bağışıklama, kanser taramaları vb.)</i>	7
<i>Sağlık eğitimi (yaşlılar, aile ve çevresine yönelik eğitim ve bilinçlendirme)</i>	6
<i>Yaşlılara yönelik programlı bir sağlık hizmeti sunulamıyor</i>	3
Yaşlılara sunulan hizmetlerin gereksinimleri karşılama boyutu ile ilgili olarak aile hekimlerinin düşünce ve görüşleri*	
<i>Sağlık hizmeti için başvuran hasta sayısı çok fazla ve gereksinimleri karşılama boyutu ile ilgili sorun yaşayan</i>	9
<i>Yeterli olmadığını düşünenler</i>	8
<i>Yeterli olduğunu düşünenler</i>	7
<i>İletişim sorunu yaşayanlar</i>	6
<i>Evde bakım hizmeti gerektiren hastalara yeterince zaman ayıramayan</i>	6
<i>Yaşlıların gereksinimlerini karşılama konusunda hekimlerin farkındalığının olmadığını düşünen(ler)</i>	2
Kendini ihmal etme yaşlıların yaşadığı sorunlar arasında mıdır? Görüş ve Öneriler	
<i>Evet. Yaşlı bireylerde kendini ihmal etme toplumsal bir sorundur</i>	12
<i>Evet. Sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel seviyesi düşük olan yaşlılarda daha sık rastlıyorum</i>	6
<i>Evet. Biz hekimler de dahil olmak üzere toplumsal bir farkındalık yok</i>	4
<i>Evet. Kendini ihmal etme yalnız yaşayan ve ailesi tarafından bakıl(a)mayan kimselerde daha sık görülmektedir</i>	5
<i>Evet. Kendini ihmal etme saptanan yaşlılara psikolojik ve sosyal destek sağlanmalıdır</i>	4
<i>Evet. Yaşlı bireylerin kendini ihmal etme konusunda farkındalığı yok</i>	3
<i>Hayır. Yaşlılar bazı genç bireylere göre kendilerine daha iyi bakabilmektedir</i>	1

* Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo IV.2.1. (Devam) Bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin sunulan hizmetler hakkındaki görüşleri (Pursaklar-Ankara, 2015)

Özellik	Sayı
Yaşlılara Yönelik Hizmetler Nasıl Geliştirilmeli?*	
<i>Yaşlı bakım merkezlerinin sayısı artırılmalıdır ve sosyal ortamlar geliştirilmelidir.</i>	12
<i>Yaşlıların yaşadığı ortamlar fiziki olarak iyileştirilmelidir</i>	11
<i>Yaşlılara psikolojik destek sağlanmalıdır</i>	9
<i>Yaşlılara yönelik politikalar geliştirilmelidir</i>	4
<i>Sağlık çalışanlarına yaşlılar konusunda hizmet içi eğitim verilmelidir</i>	2
<i>Yaşlıların aile bireylerine sosyal ve ekonomik açıdan destek sağlanmalıdır</i>	2
<i>Yaşlılara yönelik özel hizmet birimleri kurulmalıdır</i>	2
<i>Yaşlılara yönelik daha fazla araştırma yapılmalıdır</i>	1
<i>Tek başına yaşayan yaşlılar huzurevlerine yerleştirilmelidir</i>	1

* Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir.

Bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin yaşlı bireylerle ilgili görüşleri incelendiğinde;

“Yaşlılara yönelik olarak bölgede hangi hizmetleri sunuyorsunuz?” önermesine; 12 aile hekimi “*muayene ve tedavi hizmeti*”, 8 hekim, “*psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri*”, 8 hekim, “*kronik hastalıkların tanı ve tedavisi*”, 7 hekim, “*Evde sağlık hizmeti verilmesi (ev ziyaretleri, tansiyon ölçülmesi, enjeksiyon, pansuman, muayene)*”, 7 hekim ise “*Koruyucu hekimlik uygulamaları (bağışıklama, kanser taramaları vb)*” şeklinde belirtmiştir.

“Yaşlılara sunulan hizmetlerin gereksinimleri karşılama boyutu ile ilgili olarak aile hekimlerinin düşünce ve görüşleri” sorulduğunda; “*Sağlık hizmeti için başvuran hasta sayısı çok fazla ve gereksinimleri karşılama boyutu ile ilgili sorun yaşayan*” 9 aile hekimi, “*Yeterli olmadığını düşünenler*” 8 kişi, “*yeterli olduğunu düşünen*” 7 kişidir.

Aile hekimlerinin “Kendini ihmal etme yaşlıların yaşadığı sorunlar arasında mıdır?” önermesine; “*Evet. Yaşlı bireylerde kendini ihmal etme toplumsal bir sorundur*” cevabı veren 12 kişidir. “*Evet. Sosyo-Ekonomik ve Sosyo-Kültürel Seviyesi Düşük Olan Yaşlılarda Daha Sık Rastlıyorum*” şeklinde cevap veren 6 kişi, “*Evet. Kendini İhmal*

etme Yalnız yaşayan ve Ailesi Tarafından Bakıl(a)mayan kimselerde Daha Sık Görülmektedir” cevabı veren hekim sayısı ise 5’dir.

“Yaşlılara Yönelik Hizmetler Nasıl Geliştirilmeli” önermesine; “Yaşlı bakım merkezlerinin sayısı artırılmalıdır ve sosyal ortamlar geliştirilmelidir” cevabı veren 12, “Yaşlıların yaşadığı ortamlar fiziki olarak iyileştirilmelidir” cevabı veren 11, “Yaşlılara Psikolojik destek sağlanmalıdır” cevabı veren aile hekimi sayısı ise 9’dur (Tablo IV.2.1.).

Tablo IV.2.2. Bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin sunulan hizmetlere ilişkin önerileri (Pursaklar-Ankara, 2015)

Öneri* &	Sayı
<i>Yaşlılara yönelik hizmet kalitesi sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyin iyileştirilmesi ile mümkündür</i>	6
<i>Yaşlılara yönelik; gebe ve bebek izleminde olduğu gibi geribildirim sistemi kurulmalı ve hekimlerin yaşlılara yönelik yaptığı tüm hizmetler (muayene vb.) sistemde kaydedilmelidir</i>	4
<i>Hizmet sunumu yaşlı bakımı ile ilgili eğitim almış kişi ya da kişiler tarafından verilmelidir</i>	4

* Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir.

& 11 katılımcı cevap vermemiştir.

Aile hekimlerinin önerilere verdiği yanıtlar incelendiğinde; “Yaşlılara yönelik hizmet kalitesi sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyin iyileştirilmesi ile mümkündür” şeklinde cevaplayan 6 kişidir. “Hizmet sunumu yaşlı bakımı ile ilgili eğitim almış kişi ya da kişiler tarafından verilmelidir” cevabı veren 4 kişi, “Yaşlılara yönelik; gebe ve bebek izleminde olduğu gibi geribildirim sistemi kurulmalı ve hekimlerin yaşlılara yönelik yaptığı tüm hizmetler (muayene vb.) sistemde kaydedilmelidir” cevabı veren ise 4 kişidir (Tablo IV.2.2.).

V. TARTIŞMA

Bu araştırma Ankara İli Pursaklar İlçesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık profilleri, bakım gereksinimleri ve kendini ihmal etme durumlarını inceleyen bir çalışmadır. Araştırma kapsamında toplam 370 yaşlı değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $72,20 \pm 6,39$ yıl olup, %52,7'si kadın, %47,3'ü ise erkektir. Yaşlı bireylerin %11,0'mın düzenli bir geliri yoktur ve %14,3'ü yalnız yaşamaktadır. Yaşlıların çoğunluğu (%85,7) birisi ile birlikte yaşamaktadırlar. Pursaklar ilçesi sosyo-kültürel yapısının itibarıyla çekirdek aile yaşantısından çok, geniş aile yapısının hakim olduğu bir bölgedir. Gerek kalabalık aile yaşantısı gerekse toplumsal algı, yaşlılığa bağlı sorunları daha da belirgin hale getirmektedir. Toplumda yaşlı ve yaşlılığa kalıplaşmış düşünceler ve ön yargılarla yaklaşılması; yaşlının nasıl davranacağı, ne giyeceği, hatta duygularının ne olacağı bireyin insiyatifine değil adeta yaşına göre belirlenebilmektedir. Yaş geçmişten bu yana, adeta kuşaktan kuşağa aktarılan ve çoğunluğu olumsuz önyargıların oluşmasına da neden olabilmektedir. Örneğin, "birçok yaşlı insan hastadır" "yaşlılar günlük aktivitelerde yardıma ihtiyaç duyar" şeklindeki algılar toplumda yaygındır (84). Acımış ve arkadaşlarının görsel basında yaşlılara toplumsal bakışı inceledikleri çalışmada; içine kapanık, cinselliğinden soyutlanmış, beklentisiz, kendi iç yalnızlığında, zavallı, aciz, sosyal ilişkileri zayıf, üretime katılımcılığı az ya da hiç olmayan bir yaşlı kimliğinin öne çıkarıldığı vurgulanmıştır. Ayrıca, bu kalıp profilin, görsel basında sıklıkla olağan model olarak sunulduğu belirtilmiştir (85). Toplumda akıl, güç, kendine güven ve verimlilik gibi özellikler nadiren yaşlı bireylere atfedilmektedir. Birçok insan, yaşlıları zayıf, hasta ve topluma çok az katkı yapan insanlar olarak algılamakta, sinema, televizyon, reklamlar ve diğer medya kuruluşları da yaşlı insanların tanımını bu şekilde yapmaktadır. Bu şekilde gençliğe, dinamikliğe, fiziksel görünümüne fazlaca değer verilen toplumlarda yaşlı bireyler görülmez ve fark edilmez hale gelmektedirler. Sonunda toplumlar da yaşlıya karşı olumsuz tutumlar geliştirmeye başlamakta, yaşlı insanların sahip oldukları potansiyeller bilinmemekte ve kullanılmamaktadır. Bu durumun kişilerin yalnızca yaşa göre damgalanmasından ve kategorize edilmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Yaşlılıkta yaşanan psikososyal sorunların birisi de ihmaldir. İhmal bakım verenin ihmali ve yaşının kendi kendini ihmali şeklinde sınıflandırılmaktadır. Pursaklar bölgesinde yapılmış olan bu çalışmada yaşlıların %21,1'inin (n=78) sağlık açısından kendini ihmal ettiği tespit edilmiştir. Karataş (2000), yaşlılıkta kendi kendine ihmali kolaylaştıran psikososyal faktörlerin; yaş, öğrenim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, aile yapısı, medeni durum, çocuk sayısı, hobiler, boş zamanlarını değerlendirme biçimi olduğunu belirtmiştir (86). Pursaklar'da yapılan çalışmada bu değişkenlerin ihmale olan ilişkisi incelenmiştir.

Yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre kendini ihmal etme durumları incelendiğinde, kadınların (%23,1) erkeklere (%18,9) göre sağlık açısından daha fazla kendini ihmal ettiği belirlenmiştir (Tablo IV.1.16). Kıssal'ın yaptığı bir araştırmada kadınların erkeklere göre daha fazla ihmale uğradığı belirlenmiştir (87). Benzer şekilde Keskinoglu ve ark. yaptıkları bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (12). Bu araştırmada kadınlarda kendini ihmalin daha fazla saptanmasının nedenleri; araştırmaya katılan kadın sayısının daha fazla olması, öğrenim düzeylerinin daha düşük olması ve ekonomik açıdan bağımlı olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında, 85 yaş ve üzeri bireylerde kendini ihmal daha fazladır. Yaş arttıkça kendini ihmal etme artmaktadır. Dong ve ark. yaptığı bir araştırmada 80 yaş ve üzerinde olan bireylerde kendini ihmal etme daha fazla olduğu belirlenmiştir (88). Yaşlılarda kendini İhmalin oluşumunda ileri yaşın etkili olduğunu bildiren çok sayıda çalışma vardır (89-91). Yaş arttıkça bakım ihtiyacı artmaktadır ve bu durumda kendini ihmali de artırmış olabilir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre kendini ihmal etme durumları incelendiğinde, eşi ölmüş olanlar arasında kendini ihmalin daha sık olduğu belirlenmiştir (Tablo IV.1.16). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Yalnız yaşama bakım ihtiyacını artırmıştır ve buna bağlı olarak da kendini ihmal etme sıklığı artmış olabilir.

İhmal öğrenim durumuna göre değerlendirildiğinde okur-yazar olmayanlar da kendini ihmal etme daha fazladır. Öğrenim durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo IV.1.16). Kıssal ve ark. yaptığı bir

araştırmada, ilkokul ve altı öğrenim durumuna sahip olan yaşlı bireylerde ihmal sıklığı daha fazla bulunmuştur (87). Düşük öğrenim durumuna sahip yaşlılar arasında kendini ihmalin daha fazla görülmesinin nedeni; eğitimin bireyin sağlık davranışlarında, hak arama davranışlarında, kendini ifade edebilme özelliklerinde etkili olabilmektedir (87). Bu çalışmada öğrenim düzeyi düşük olan yaşlılarda daha fazla kendini ihmal görülmesinde bu özellikler etkili olmuş olabilir.

Gelir durumuna göre incelendiğinde; düzenli bir gelire sahip olmayanlarda, kendini ihmal etme sıklığı daha fazladır ($p=0,030$). Dong ve ark. yaptığı bir çalışmada, gelir düzeyi düşük olanlarda kendini ihmal etme daha fazladır (88). Literatürde gelir düzeyi düşük olanlarda kendini ihmalin daha fazla olduğunu gösteren benzer çalışmalar da vardır (92,93). Bu çalışmada düzenli geliri olmayanların genelde öğrenim düzeylerinin düşük olması, kendini ihmal sıklığını artırmış olabilir.

Yaşlı bireylerden yalnız yaşayanlarda, yalnız yaşamayanlara göre, kendini ihmal etme daha fazladır ($p>0,001$). Öz'ün 2002 yılında yaptığı bir çalışmada; ailesinden uzak ve yalnız yaşayan yaşlılarda, başta depresyon olmak üzere farklı psikososyal sorunların olabileceği belirlenmiştir (94). Yaşlının eşinin ölmesi sonucu yalnız yaşaması, ileri yaş, bakım verecek birilerinin olmaması ve öğrenim düzeyinin düşük olması kendini ihmal etme sıklığını artırmış olabilir.

Katılımcıların bakım gereksinimleri ile günlük yaşam aktiviteleri (GYA) incelendiğinde; GYA yapamayan ve/veya bağımsız yapabilenler ile (telefonla arama, ilaç içme, ev işleri, banyo yapma, tuvalete gitme, giyinme, yemek yeme, toplu taşımadan yararlanma ve para işlerini yapabilme) sağlık açısından kendini ihmal etme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$ yemek yeme aktivitesi $p=0,044$). Yaşlılarda en çok bağımlılık yaşadıkları GYA'ların; banyo yapmak, giyinme, hareket etme, ev işi yapma, yemek hazırlama, çamaşır yıkama, para işlerini yapabilme aktiviteleri olduğu saptanmıştır (95). Yaşlılarda sağlık durumuna ve bakım gereksinimlerine yönelik önemli bir gösterge olan fonksiyon kayıpları; GYA ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri'ndeki (EGYA) bağımlık durumunun belirlenmesi ile saptanabilmektedir (96). Aslan'ın 2012 yılında 65 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı bir çalışmada, ihmal ile bakım gereksinimleri ve GYA'leri arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Yaşlı bireylerin kendini ihmal etme durumları

arttıkça, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapma yetisi azalmaktadır ve bakım gereksinimleri artmaktadır (84). Literatüre göre yaşlılarda bakım gereksinimlerini ve GYA'ların değerlendirildiği farklı ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden biri, "Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi"'dir. Bu ölçek Katz ve ark. (1963) geliştirdiği; banyo yapma, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım ve beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 soruluk bir ölçektir (84). Bu çalışmada GYA'lar değerlendirilirken herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Değerlendirmede, araştırmacı tarafından hazırlanan sorular ile bakım gereksinimleri ve GYA değerlendirilmiştir. Dong ve ark. yaptıkları bir çalışmada Katz indeksi skoru düşük olanlarda kendini ihmal etme sıklığı daha fazladır (88). Dong ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır (97). Bu çalışmada ise; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, ulaşım aracına binebilme, ilaç içme ve para işlerini yapabilem gibi farklı GYA'lar bulunmaktadır. Araştırmada GYA'ları yapamayan ve/veya yardım alarak yapabilenlerde kendini ihmal etme sıklığının fazla olması, yaşlıların ileri yaşta ve yalnız yaşamasından kaynaklanıyor olabilir.

Yaşlıların gözlük, işitme cihazı ve baston gibi yardımcı araç-gereç kullananlar ile sağlık açısından kendini ihmal etme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$) (Tablo IV.1.19). Gerekli olmasına karşın gözlük, baston takma dış ve işitme cihazı gibi araç ve gereçlerin yaşlı bireyde olmaması ihmal olarak değerlendirilmektedir (87). Bu çalışmada yardımcı araç-gereç kullananlarda kendini ihmal etme sıklığının fazla olmasının nedeni, yaşlı bireyin gözlük, baston ve işitme cihazı gibi yardımcı araç-gereci düzenli kullanmıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada yaşlıların banyo yapma, iç çamaşır değiştirme, saç tarama, el-ayak tırnak bakımı ve kıyafet değiştirme gibi kişisel hijyen uygulamaları da değerlendirilmiştir. Bu uygulamaları daha az sıklıkta yapanlar da kendini ihmal istatistiksel olarak anlamlıdır ($p > 0,001$) (Tablo IV.1.20). Dong ve ark. 2007-2010 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları bir çalışmada, kişisel hijyen uygulamalarını (tırnak bakımı, banyo yapma, kıyafet değiştirme) siyah ve beyaz ırkta incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre; siyah ve beyazlarda, kişisel hijyeni zayıf/bozuk olanlarda kendini ihmal etme sıklığı daha fazladır (98). Bu

araştırmada kişisel hijyen uygulamalarını daha az sıklıkta yapmaları, yaşlıların ileri yaşta olmasından, yalnız yaşamasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların sağlıklı/riskli davranışlar (düzenli fizik aktivite, uyku düzeni, hekim tanımlı hastalık varlığı, devamlı ilaç kullanım öyküsü ve aşı olma durumu) ile kendini ihmal arasındaki ilişki(ler) değerlendirilmiştir. Düzenli fizik aktivite yapmayanlar ile kendini ihmal arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,044$). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada 65 yaş ve üzeri kişilerin fiziksel fonksiyonları değerlendirilmiştir. Fiziksel fonksiyonlarını değerlendirmek için çeşitli fizik egzersiz testleri uygulanmıştır (yürüme vb.). Test sonucunda skorlama yapılmıştır. Fizik egzersiz skoru düşük olanlarda kendini ihmal etme sıklığı daha fazladır ($p<0,001$) (99). Fizik egzersiz yapmayanlarda kendini ihmal etme sıklığının fazla olmasının nedeni, ileri yaş olabilir.

Yaşlı bireylerin hastalık durumlarına göre incelendiğinde; hekim tarafından tanı konulmuş hastalığı olanlarda kendini ihmal etme daha fazladır ($p<0,001$) (Tablo IV.1.21). Kıssal'ın 2007 yılında bir sağlık ocağı bölgesine bağlı 65 yaş ve üzeri 331 kişide yaptığı bir araştırmada, en az bir hastalığı olanların %14,2'sinde, hastalığı olmayanların da %9,9'unda ihmal olduğu bildirilmiştir (87). Aslan'ın 2011-2012 yılları arasında 65 yaş ve üzeri 451 kişide yaptığı bir araştırmada, en az bir hastalığı olanlarda ihmal sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir ($p<0,001$) (84). Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş ve üzeri ($n=1438$) bireylerde yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olanlarda kendini ihmal daha fazla bildirilmiştir (93). Keskinoglu ve ark. (2004) yaptığı bir çalışmada ise, hastalık varlığı ile ihmal arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (12).

Bu çalışmada hastalık varlığı ile kendini ihmal arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. "Yük"olarak görülen yaşlı bireylerin ayrıca hastalıklarının olması, kendini ihmal durumunu artırmış olabilir. Hastalık varlığı bakım ihtiyacını artırmaktadır, dolayısıyla bu durum da kendini ihmalin artmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmada devamlı ilaç kullananlarda da kendini ihmal arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p>0,001$) (Tablo IV.1.21). Erkeklerin en fazla hipertansiyon ve kalp damar sistemi ilaçları kullandıkları (Tablo IV.1.5), kadınların ise en fazla sırasıyla;

mide koruyucu, kemik erimesi ilacı ve hipertansiyon ilacı (Tablo IV.1.6) kullandıkları saptanmıştır. Turner ve ark. 65 yaş ve üzeri 100 yaşlıda yaptıkları bir çalışmada, kendini ihmal edenlerde, kullanılan ilaç gruplarını incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre en fazla kullanılan ilaç grupları her iki cinsiyette sırasıyla; hipertansiyon ilacı, kalp-damar sistemi ilacı ve şeker ilacıdır (100). Dyer ve ark. 1999-2004 yılları arasında 65 yaş ve üzeri bireylerde yaptıkları başka bir çalışmada, kendini ihmal saptanan yaşlıların kullandıkları ilaç grupları incelemiştir. Aynı çalışmada yaşlıların en fazla kullandıkları ilaçlar; hipertansiyon ve diabetes mellitus ilaçlarıdır (101). İlaç kullananlarda daha fazla kendini ihmal görülmesinin nedeni; kronik ilaç kullanımına bağlı, özellikle ileri yaşta olanlarda bakım ihtiyacının artmış olması olabilir.

Araştırmada ileri analiz yapıldığında; kadın cinsiyette kendine ihmal riski daha fazladır ($p=0,009$). Yaş grubu arttıkça kendini ihmal etme riski, 70-74 yaş grubunda ($p=0,075$), 75-79 yaş grubunda ($p=0,041$), 80 yaş ve üzeri yaş grunda ($p<0,001$), daha yüksektir. Medeni duruma göre; eşi ölmüş olanlar da ($p=0,041$) öğrenim durumuna göre; okur-yazar olmayanlarda ($p=0,004$), gelir durumuna göre; düzenli geliri olmayanlarda ($p<0,001$) ve hekim tarafından tanı konulmuş hastalığı olanlarda ($p=0,043$) kendine ihmal etme riski daha fazladır (Tablo IV.1.23). Dong ve ark. toplum tabanlı bir kohort araştırmasında, kendini ihmal saptanan 65 yaş ve üzeri bireyler değerlendirilmiştir. Araştırmada; kadın cinsiyette ($p=0,013$), 70-74 yaş grubunda ($p=0,001$), 75-79 yaş grubunda ($p=0,001$) ve 80 yaş ve üzeri grupta ($p=0,001$) kendini ihmal riski daha fazladır. Aynı çalışmada, öğrenim yılı azaldıkça ($p=0,001$), gelir düzeyi düşük olanlarda ($p=0,001$) ve kronik hastalığı olanlarda ($p=0,001$) kendini ihmal etme riski daha fazladır (88). Aynı araştırma da, yaşlıların kronik hastalıklarına ile kendini ihmal etme durumları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, kronik hastalığı olanlarda kendini ihmal etme riski daha yüksek bulunmuştur (88).

Araştırmanın ikinci bölümünde bölgede hizmet sunan aile hekimlerine açık uçlu soruların olduğu sorular yöneltilmiştir.

Aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (%48,0) birinci basmakta yaşlılara sunulan hizmetlerin büyük bir kısmını, muayene ve tedavinin kapsadığını belirtmiştir. Yaşlılara

sunulan hizmetlerini gereksinimleri karşılama boyutuyla ilgili olarak aile hekimleri; sağlık hizmeti için başvuran hasta sayısının çok fazla olduğu ve karşılama boyutu ile ilgili sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Erzurum'da 2014 yılında aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir araştırmada, aile hekimlerinin yaklaşık yarısı, hekim sayısının yetersiz olması ve iş yükünün fazla olmasından şikayet ettikleri tespit edilmiştir (102). İki bin on yılında yapılan başka bir araştırmada ise; farklı farklı illerden olan aile hekimleri ile yapılan bir araştırmada, çalışma şartları ve çalışma ortamı ile ilgili sorunlar değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda aile hekimleri; kayıtlı hasta ve poliklinik sayısının fazla olduğunu, iş yükü ve çalışma koşullarının ağır olduğu görüşünü belirtmişlerdir (103).

Aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (%48,0) ise yaşlılarda kendini ihmali toplumsal bir sorun olarak görmektedir. Krueger ve ark. birinci basamakta çalışan 250 hekim üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hekimler yaşlılarda istismar ve ihmalin saptanmasının zor olduğunu, polikliniğe başvuran özellikle yaşlı hastalarda dikkate alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hekimlerde, yaşlılarda istismar ve ihmal konusunda bilgi eksikliğinin olduğu belirlenmiştir (104).

Sonuç olarak yaş, öğrenim durumu, yalnız yaşama gibi bazı sosyo demografik özellikler, yaşlıların kendi kendini ihmal etme durumlarını etkilemektedir. Halk sağlığı yaklaşımı gereği; önleme-korunma, erken tanı ve tedavi, rehabilitasyon hizmetleri eş güdümlü olarak sürdürülmelidir ve kanıta dayalı bilimsel çalışmaların üretilmesi son derece önemlidir. Korunmaya yönelik; risklerle mücadele edilmesi, istismarı yaratan koşulların iyileştirilmesi gereklidir. Erken tanı ve tedavi amaçlı; farkındalık çalışmalarının yapılması, sağlık çalışanlarına yönelik, konu ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılması son derece önemlidir (105).

V.1. Kısıtlılıklar

- ✓ Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın sonuçları yalnızca yaşlı bireylerin ve bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin ifadelerine dayanmaktadır.
- ✓ Görüşmeler esnasında ev halkının diğer üyeleri evde olduğu zaman, yaşlı kişiler bir şekilde yaşlı ihmalinden bahsetmede tamamen özgür olmamış olabilir.
- ✓ Literatürde yaşlı istismar ve ihmali konusunda etkili olan faktörler arasında gösterilen, ihmali yapan kişinin özellikleri ya da durumla ilgili stres, bu araştırma kapsamına alınmamıştır.
- ✓ Yapılacak araştırmalarda çalışma bu yönlerden göz önüne alınabilir. İleriye yönelik izleme çalışmaları ve kalitatif çalışma yöntemleri kullanılarak (örneğin; odak grup görüşmeleri) ayrıntılı veriler elde edilebilir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara İli Pursaklar İlçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık profilleri, bakım gereksinimleri ve kendi kendini ihmalle karşılaşma durumlarının incelendiği bu araştırmada temel bazı sonuçlar elde edilmiştir ve bu sonuçlara yönelik olarak bazı öneriler geliştirilmiştir.

- ✓ Kadınlarda, 80 yaş ve üzerinde olanlarda, okur-yazar olmayan ve düzenli geliri olmayan, yalnız yaşayanlarda kendini ihmal daha fazladır.
- ✓ Günlük yaşamı sürdürme becerilerini (gazete okuma, televizyon izleme, ev gezmesi-arkadaş ziyareti, başkaları tarafından ziyaret edilme, gezintiye çıkma) yapmayanlarda kendini ihmal daha fazladır.
- ✓ Günlük yaşam aktivitelerini (telefonla arama, ilaç içme, ev işleri, banyo yapma, tuvalete gitme, giyinme, yemek yeme, toplu taşımadan yararlanma, para işlerini yapabilme) yapamayanlarda kendini ihmal daha fazladır.
- ✓ Yardımcı araç-gereç (gözlük, işitme cihazı ve baston) kullanan yaşlılarda kendini ihmal daha fazladır.
- ✓ Günlük yaşam aktivitelerini (banyo yapma, iç çamaşır değiştirme, saç tarama, el-ayak tırnak bakımı, kıyafet değiştirme) yapma sıklıklarına göre, bu aktiviteleri bağımsız olarak yapamayanlarda kendini ihmal daha fazladır.
- ✓ Sağlıklı/riskli davranışlar ve sağlık/hastalık durumlarına göre; düzenli fizik egzersiz yapmayanlarda, düzenli uyku davranışı olmayanlarda, hekim tanıli hastalığı ve devamlı ilaç kullananlarda kendini ihmal daha fazladır.
- ✓ Gündelik hiçbir işini yapamayanlarda kendini ihmal daha fazladır.
- ✓ Kendini ihmal; kadın cinsiyette 3,61 kat, 75-79 yaş grubunda 3,79 kat, 80 yaş ve üzerinde, 10,73 kat, yalnız yaşayanlarda 10,01 kat daha fazladır.
- ✓ Hekim tarafından tanı konmuş hastalığı olanlarda kendini ihmal 7,07 kat, daha fazladır.
- ✓ Yaşlıların en fazla kendini ihmal etme nedenleri; yaşlılık, tembellik ve yalnızlıktır.
- ✓ Bölgede hizmet sunan aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (n=12) kendini ihmali toplumsal bir sorun olarak görmektedir ve yaşlı bakım merkezlerinin sayısının artırılması ve yaşlıların sosyal ortamları geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Öneriler

- ✓ Kendini ihmal etme açısından risk taşıyan yaşlı bireylere (80 yaş ve üzeri, kadın cinsiyet, düşük öğrenim durumuna sahip olanlar, yalnız yaşayanlar, düzenli geliri olmayanlar) hizmet veren sağlık personellerinin bu açıdan değerlendirmeler yapmaları ve bu gruptaki yaşlılara bakım verenlerin sorumluluklarını yerine getirmede yaşadıkları bilgi ve beceri eksikliği, iletişim kurma ve tedavi gibi konularda topluma yönelik eğitim, danışmanlık ve sosyal destek hizmetlerinin sağlanması uygun olur.
- ✓ İhmalin önlenmesi için, şiddet içeren, kötü davranma ve ihmal olarak nitelendirilebilecek davranışların yaşlı birey, aile ve toplumca tanınması için bilgilendirme çalışmaları yapılabilir.
- ✓ Kendini ihmal saptanan yaşlı bireylerin, bu durumla tekrar karşılaşmalarını için ihmal durumlarının hem sağlık ve ilgili diğer kamu kurumları tarafından izlenmesi için sistem kurulmalıdır ve bu sistemin sürekliliği sağlanmalıdır.
- ✓ Yaşlı ihmalinin nedenlerini, yaygınlığını, görülme sıklığını araştırmayı amaçlayan bilimsel çalışmaların sayıca artırılmalıdır ve konunun bilimsel ortamlarda daha fazla gündeme taşınması sağlanmalıdır.
- ✓ Yaşlıların ihmal durumlarını değerlendiren Türkçe yapılandırılmış bir ölçeğe ulaşılmalıdır. Yapılan çalışmaların sonuçlarının izlenebilir ve karşılaştırılabilir olması için böyle bir ölçek geliştirilmelidir.
- ✓ Yaşlıların bakımında çalışan personel için beceri eğitimleri, özel meslek gruplarını tanıtmak için çalışmalar düzenlenmesi, yaşlanma ve yaşlı istismarı ve ihmali konusunda yasaları güçlendirme ve sağlık çalışanları için istismar ve ihmal konusunda; eğitim rehberleri, videolar ve diğer araç-gereçler geliştirilebilir.
- ✓ Yaşlı istismar ve ihmalinin bildirimini yapılabileceği bir telefon hattı oluşturulması ve gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanabilir.

- ✓ Aile hekimlerinin yaşlılara yönelik sundukları hizmetleri iyileştirmek/geliştirmek amacıyla çeşitli düzenlemeler yapılabilir. Örneğin, iletişim kurma becerileri, yaşlılara yönelik sorunlara dair bilgi ve farkındalığın artması konulu eğitimler bu konuda öncelikli adımlar olabilir.
- ✓ Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşmasını engelleyen koşulların iyileştirilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Kıssal A, Beşer A, Yaşlı İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(4):357-364.
2. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar F, Yaşlı İstismarı ve İhmali. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;68-75.
3. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Buldig Primary Health Care Capacity to Deal With the Problem Worldwide Main Report. WHO 2008.
4. Özer N. Yaşlı Bireylerde Depresyon, İstismar ve İhmalin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013.
5. Kurt G, Erkol Z. Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi 2010;24(2):32-39.
6. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):24-31.
7. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi. 2002;5(2):43-49.
8. Taşkesen C. Türkiye’de Yaşlılık ve Evde Yaşlı Bakımı: Resmi Karar ve Uygulamaların Yerinde Tespiti (Isparta İli araştırması) Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012.
9. Fadıloğlu Ç, Şenuzun Aykar F. Yaşlıda İstismar ve İhmal Yaklaşım. Ege Journal of Medicine 2012;51; Ek Sayı / Supplement: 69-77.
10. Mysuk Y, Westendrop RGJ, Lindenberg J. Added value of elder abuse definitions: A review. Ageing Research Reviews. 2013;12:50-57.
11. Keskinoglu P, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. Int Psychogeriatr. 2007;16:719-31.
12. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda Fiziksel, Finansal Örselenme ve İhmal Edilme. Türk Geriatri Dergisi 2004;7:57-61.

13. European report on preventing elder maltreatment. DSÖ web sayfası
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
 Erişim tarihi:18.04.2015
14. Kahrıman A, Türkiye’de Sosyal Koruma Kapsamında Yaşlılık ve Yaşlılıkla İlgili Uygulanan Politikalar. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2014.
15. Palabıyıkoglu R, Haran S, Yücat T. Köse K. Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu. Kriz Dergisi 1992;1(1):26-31.
16. Şimşek A, Huzurevi Sakinlerinde Dini Yaşayış, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri AD. Yüksek Lisan Tezi, Adana, 2006.
17. Definition of an older or elderly person. Health statistics and health information systems. DSÖ web sayfası
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>.
 Erişim tarihi:03.02.2015
18. Erdil F, Şenol Çelik S, Subaşı BM. Yaşlılık ve Hemşirelik Hizmetleri, Yaşlılık Gerçeği. İçinde: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayınları, 2004:59-61.
19. Döner, B. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) Ölçeğinin Türkçeye ve Türkiye’ye Uyarlanması, Kızılay Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Gereksinimlerinin CANE Ölçeği ile Belirlenmesi”, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2007.
20. Tellan D. Yaşlılık Algısı ve Yaşlılara sunulan Kurumsal Hizmetler Farkındalığı Üzerine Bir İnceleme: Erzurum İli Örneğinde. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2015.
21. Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı. GEBAM web sayfası
<http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf> Erişim tarihi:03.03.2015

22. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı web sayfası
http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/yaslanma_ulusal_eylem_plan_i.pdf Erişim tarihi:03.03.2015
23. Mandıracıoğlu A, Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010;49(3):39-45.
24. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. İçinde: Aslan D, Ertem M. (Ed.) Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları, 2012:1-8.
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.
26. Beğer T, Yavuzer H, Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik gelişim 2012;25:1-3.
27. Nüfus projeksiyonları, 2013-2075. TÜİK web sayfası
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844> Erişim tarihi:20.03.2015
28. İstatistiklerle yaşlılar, 2013. TÜİK web sayfası
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057> Erişim tarihi:18.03.2015
29. Kutsal YG, Evigör S. (2012). Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar. İçinde: Aslan D, Ertem M. (Ed.) Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları, 2012:48-59.
30. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Derg 2009;31:367-373.
31. Bekaroğlu M. Yaşlılık Döneminin Ruhsal Sorunları. Aile ve Toplum Dergisi 1991;1(1):99-102.
32. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, 2010. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi web sayfası

http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf

Erişim tarihi:14.04.2015

33. Günaydın R. Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2010;13(4):278-284.

34. Özgür G, Baysan L. Yaşlılarda Uyku sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(2):147-157.

35. WHO Global report on falls Prevention in older Age. DSÖ web sayfası http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Erişim tarihi:11.03.2015

36. Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y, Hasan H, Erbil D. Geriatrik Rehabilitasyon. Tıbbi Rehabilitasyon 2004;67:1319-1337.

37. Wood S, Goodwin V. Elder Abuse: 'Be Aware...It Happens', Agile National Executive Officers|-October 2007, Agility Spring\ Summer 2007

38. Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

39. Arpacıoğlu Ö, Yıldırım M. Dünyada ve Türkiye'de Yoksulluğun Analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 2011;4(2):60-76.

40. Sosyal Devlet İlkesi ve Anayasa Hukuku Açısından Yaşam Kalitesi, TC Anayasa Mahkemesi web sayfası

http://www.anayasa.gov.tr/files/pdf/anayasa_yargisi/anyarg14/zafergoren.pdf

Erişim tarihi:14.06.2015

41. Altan ÖZ. Sosyal Politika, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir 2006, s. 278.

42. Sapancı F, Sağlık Hizmetlerinde Engellilik Kavramı ve Engellilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmaları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

43. Services to Prevent Disability in the Elderly. EURO Report and Studies No: 83. DSÖ web sayfası
<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=33&codcch=83&content=1> Erişim tarihi:12.08.2015
44. Fung J et al. For the Good Health of Senior Citizens. World Health Forum 1993; (14):145-149.
45. Elon RD. Geriatri. BMJ Türkiye, 1996;19:231-233.
46. Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. Aile ve Toplum Dergisi, 2011; 27(7):103-129.
47. Gökkoca ZU. Baharlıetik N. Yaşlılık Döneminde Sosyal Hizmet Programları. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni, 1999;20:3-4.
48. Elderly Statistics. DSÖ web sayfası
http://whqlibdoc.who.int/euro/r&s/EURO_R&S_83.pdf. Erişim tarihi:17.04.2015
49. Panning and Organization of Geriatric Services. Technical Report Series No: 548, Geneva, 1974. DSÖ web sayfası
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_548.pdf Erişim tarihi:17.04.2015
50. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Geriatri, 2002;5(4):155-159.
51. Soygür H. Bakımevlerinde Yaşlı Bakımı ve Psikolojik Değerlendirme. Demans Dizisi 2000;1:32-40.
52. Adak N. Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları kadınlar. Aile ve Toplum, 2003;2(6):81-87.
53. Fadıloğlu Ç, Esen A, Karadakovan A, Akyol A. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Sağlık Durumlarının İncelenmesi, Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara, 1992;139-147.

54. Akdemir N, Görgülü S, Seviğ Ü, Uçar H, Karaöz S, Koçak F, Doğar N, Fesci H. Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma. Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara, 1992;379-384.
55. Özer M. Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.
56. Sönmez S, Temel AT, Vural BK. Yaşlılarda Beslenme Sağlığını Etkileyen Faktörler: Balıkesir İli Göçmen Konutları Beldesi Örneği, Aile ve Toplum Dergisi 2007;9(3):33-46.
57. Atay T. Yaşlılıkta Uyku. T Klin Psikiyatri 2001;2(2):91-97.
58. Ebersole P, Hess P. Toward Healthy Aging Human Needs and Nursing Response, Third Edition, Mosby Company, 1990, 676.
59. Dönümcü Ş. Yaşlı ve sosyal hizmetler, Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2006;52(Özel Ek A):42-46.
60. Wolf RS. The nature and scope of elder abuse.
<http://www.questia.com/library/journal/1P3-59724417/the-nature-and-scope-of-elder-abuse>. Erişim tarihi:12.09.2015
61. Elder Abuse Prevention, 2007. CDC web sayfası
http://www.mentoring.org/downloads/mentoring_4.pdf Erişim tarihi:18.09.2015
62. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.
63. Artan T. Aile içi fiziksel yaşlı istismarı. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
64. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı web sayfası
http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/yaslanma_ulusal_eylem_plan_i.pdf Erişim tarihi:19.09.2015
65. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. The Lancet, 2004;364:1263–1272.

66. Fulmer T. Progres in elder abuse screening and assessment instruments. *American Geriatrics Society* 2004;52:297-304.
67. Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*. 2005;53(5):253-259.
68. Lecovich E. Elder abuse and neglect in Israel: A comparison between the general elderly population and elderly new immigrants. *Family Relations*. 2005;54(3):436-447.
69. Payne BK. An integrated understanding of elder abuse and neglect. Department of Sociology and Criminal Justice, Old Dominion University, 2002.
70. Hirsch CH, Loewy R. The management of elder mistreatment: the physician's role. *Wien Klin Wochenschr* 2001;113(10):384-92.
71. Kahan FS, Barbara EC. Why elder abuse continues to elude the health caresystem. *he Mount Sinai. Journal of Medicine*. 2003;70(1):62-68.
72. Dean K, Holstein BE. Health Promotion Among Elderly. In *Health Promotion Researchs Towards A New Social Epidemiolgy* (eds: Badura B, Kickbusch). WHO Regional Publications European Series No: 37 Copenhagen 1991.
73. Samancioğlu A, Karadakovan A, Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010;5(13):36-41.
74. *Aging and Health, A Health Promotion Approach for Developing Countries*, WHO, 2003. DSÖ web sayfası
http://www.wpro.who.int/publications/docs/Ageing_and_Health.pdf?ua=1
 Erişim tarihi:10.11.2015
75. The Geriatric Patient, in: Swartz MH (Ed) *Textbook of Physical Diagnosis*, WB Saunders Comp, 2002, s:733-746.
76. Yaşlı Sağlığı Modülleri 2011. Sağlık Bakanlığı web sayfası
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf> Erişim tarihi:20.08.2015
77. Phellas CN. Keith F. Punch (2005). *Introduction to Social Research–Quantitative & Qualitative Approaches*. March 2006;7(2)

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/109/228>

Erişim tarihi:08.12.2015

78. Ageing. DSÖ web sayfası <http://www.who.int/ageing> Erişim tarihi:10.11.2015

79. Ageing. DSÖ web sayfası http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/

Erişim tarihi:10.11.2015

80. Elder Abuse. CDC web sayfası

<http://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/definitions.html>

Erişim tarihi:10.11.2015

81. Home Care. DSÖ web sayfası

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf?ua=1

Erişim tarihi:10.11.2015

82. Disabilities. DSÖ web sayfası <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>

Erişim tarihi:10.11.2015

83. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(4):273-281.

84. Aslan H. Yaşlıların İstismar ve İhmali ile Karşılaşma Durumları ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2012.

85. Acımuş NM, Mas N, Özer A, Mas R, Özkömür E. Türk görsel medyasında yaşlılığın sunumu. Türk Geriatri Vakfı, V. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı. s:120, Antalya, 2006.

86. Karataş S (2000). Sosyal değişme ve yaşlılık, Antropoloji ve Yaşlılık, G. Erkan, V. Işıkhani (Ed), H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 006, Ankara, 152-162.

87. Kıssal, A. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkili olan etmenlerin incelenmesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.

88. Dong Xin-Qi, Simon M, Evans D. Cross-Sectional Study of the Characteristics of Reported Elder Self-Neglect in a Community-dwelling Population: Findings from a Population-Based Cohort. *Gerontology* 2010;56:325-334.
89. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43:203–214.
90. Anme T. A study of elder abuse and risk faktors in japanese families: focused on the social affiliation model. *Geriatric and Gerontology International* 2004;4:262–263.
91. Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Dyer CB. Quantifying the Problem of abuse and neglect in adults-analysis of statewide database. *Journal of American Geriatrics Society* 2001;49(1):45-48.
92. Dong XinQi, Simon MA. Elder Self-Neglect is Associated with an Increased Rate of 30-Day Hospital Readmission: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology* 2015;61:41-50.
93. Dong XinQi, Simon MA. Association Between Elder Self-Neglect and Hospice Utilization in a Community Population. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;56(1):192-98.
94. Öz F. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. 2002;10(2):17-28.
95. Kimbell S. Breaking the fall factor. *Nurs Manag* 2002;33(9):22-28.
96. Bulucu GD, Ünsal A. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Evde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(1).
97. Dong XinQi, Simon MA, Fulmer T, Mendes de Leon CF, Hebert LE, Beck T, Scherr PA, Evans DA. A prospective Population-Based Study of Differences in Elder Self-Neglect and Mortality Between Black and White Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011;66A:695-704.
98. Dong XinQi, Simon MA, Evans DA. Prevalance of Self-Neglect across Gender, Race and Socioeconomic Status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology* 2012;58:258-268.

99. Dong XinQi, S andimon M, Fulmer T, Mendes de Leon CF, Rajan B, Evans DA. Physical Function Decline and Risk of Elder Self-neglect in a Community-Dwelling Population. *The Gerontologist* 2009;50(3):316-326.
100. Turner A, Hochschild A, Burnett J. High Prevalence of Medication Non-Adherence in a Sample of Community-Dwelling Older Adults with Adult Protective Services-Validated Self-Neglect. *Drugs Aging* 2012;29:741-749.
101. Dyer CB, Goodwin JS, Pickens-Pace S, Burnett J, Kelly A. Self-Neglect Among the Elderly: A model based on More Than 500 Patients Seen by a Geriatric Medicine Team. *American Journal of Public Health* 2007;97(9):1671-1676.
102. Baysal Y, Hasret N, Hacıalioğlu, E. Yıldız, S. Öztürk. Birinci Basamakta Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Durumundan Memnuniyet Durumları Ve Bu Konudaki Görüşleri. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014;2(1):22-29.
103. Aktaş E, Çakır G. Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. *Ege Tıp Dergisi* 2012;51(1):21-29.
104. Krueger P, Patterson C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *Can Med Assoc J* 1997;157:1095-10100.
105. Elder abuse. Birleşmiş Milletler web sayfası
<https://www.un.org/en/events/elderabuse/>. Erişim tarihi:23.06.2015

Ek 1: Niceliksel Veri Toplama Formu

Değerli Hanım/Bey,

Ankara İli Pursaklar İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde **“SAĞLIK/HASTALIK PROFİLLERİ, BAKIM GEREKSİNİMLERİ, KENDİ KENDİNİ İHMAL ile KARŞILAŞMA DURUMLARI NİCELİKSEL VE NİTELİSEL BİR DEĞERLENDİRME ”**nı amaçlayan bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda çalışan öğretim üye ve yardımcıları ile yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla sağlık açısından önemli olan bu uygulamaya ilişkin kanıta dayalı değerlendirmeler yapılabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz ya da sorularımıza yanıt verirken dilediğiniz zaman, istemediğiniz noktada, yanıtlarınızı paylaşmaya son verebilirsiniz.

Formda yer alan soruları yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Dr. Evren KİBAR

Prof. Dr. Dilek ASLAN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Tlf: (0312) 305 15 90

Form No:.....

Mahalle:.....

Hane no:.....

Uygulama tarihi:...../...../.....

Uygulama zamanı(saati):...../.....

Veri toplayan kişi:.....

Bölüm I- Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1.1. Kaç yaşındasınız?.....

1.2. Cinsiyeti

1. Erkek

2. Kadın

1.3. Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul mezunu

4. Ortaokul mezunu

5. Lise mezunu

6. Yüksekokul/Üniversite mezunu

1.4. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Sosyal güvencesi yok

2. SGK

3. Diğer (Lütfen söyleyiniz)

1.5. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli

2. Bekar

3. Eşi ölmüş

4. Eşinden ayrılmış

1.6. Çocuğunuz var mı?

1. Hayır
2. Evet (Kaç tane çocuğunuz var?).....

1.7. Düzenli bir geliriniz var mı?

1. Hayır
2. Evet (Gelir kaynağınız/kaynaklarınız nedir).....

1.8. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet, (ne iş yapıyorsunuz?).....

1.9. Ne zamandan bu yana Ankara'da yaşıyorsunuz?

1. Doğduğumdan beri Ankara'da yaşadım
2.aydan/yıldan bu yana Ankara'da yaşıyorum (Ankara'ya nereden geldiniz?)
 - a. köy
 - b. ilçe
 - c. şehir

1.10. Şu anda kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız
2. Eşimle kendi evimde
3. Kendi evimde çocuklarımla
4. Çocuklarımla yanında
5. Akrabalarımla yanında
6. Diğer (Lütfen söyleyiniz.....)

Bölüm II- Sağlıklı/Riskli Davranışlar ve Sağlık/Hastalık ile İlgili Sorular

2.1. Son yedi gün içinde (geçen hafta) düzenli olarak **en az on dakika süreli** herhangi bir bedensel etkinlik/egzersiz/spor yaptınız mı?

1. Hayır

2. Evet

a. Ne yaptığınızı söyleyiniz.....

b. Ne kadar süre (dakika) ile bedensel etkinlik/egzersiz/spor yaptığınızı söyleyiniz

.....

3. Hatırlamıyorum/bilmiyorum

2.2. Sigara içiyor musunuz, ya da şimdiye kadar hiç içtiniz mi?

1. Hayır, hiç içmedim

2. Eskiden içermiş, bırakmış.

a. Ne kadar süreyle içtiniz?.....Ay/YIL

b. Günde ortalama kaç tane sigara içerdiniz?.....tane

3. Evet, şu anda içiyor.

a. Ne kadar zamandır içiyorsunuz.....AY/YIL

b. Günde ortalama kaç tane sigara içiyorsunuz?.....tane

2.2.Başkalarının içtiği sigara dumanından etkileniyor musunuz?.

1. Hayır, hiç etkilenmiyorum.

2. Evet, ara sıra etkileniyorum

3. Evet, her zaman etkileniyorum

2.3.Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz? Saat

2.4.Size göre uykunuz düzenli mi, düzenli değil mi?

1. Düzenli

2. Düzenli değil

3. Bilmiyorum

2.5. Hekim tarafından tanı konmuş ya da sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1. Hayır
2. Evet (Ne hastalığınız var?).....

2.6. Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı?

1. Hayır
2. Evet (Kullandığınız ilaç kutularını getirir misiniz?).....)

2.7. Çocukluk aşılarınızdan sonra hiç aşı oldunuz mu?

1. Hayır
2. Evet,aşısı/aşılarımı oldum.
3. Hatırlamıyorum/Bilmiyorum

2.8. Hiç diş hekimine gittiniz mi?

1. Hayır
2. Evet, en son.....Ay/Yıl önce ağız ve diş muayenesine gittim

2.9. Diş hekimine gitme sıklığınız nedir?

1. Hiç gitmiyorum
2. Şikayetim/yakınmam olunca
3. Ara sıra

3.0. Diş fırçalama sıklığınız nedir?

1. Fırçalamıyorum
2. Ara sıra
3. Günde 1 kez
4. Günde 2 kez
5. Günde 3 kez
6. Diğer.....

Bölüm III- Gündelik Yaşamı Sürdürme Becerisi ile İlgili Sorular

3.1. Gündelik işlerinizi tek başınıza yapabiliyor musunuz?

1. Hayır ()
2. Evet ()
3. Kısmen ()

3.2. Şimdi size gün içinde yapabileceğiniz bazı etkinlikler soracağım. Sizin için en uygun olan seçeneği söyleyiniz. (DİKKAT: ifade edilen seçeneğe X işareti konacaktır)

	Hergün	Arasıra	Hiç	Uygun değil*
Gazete okuma				
Televizyon seyretme				
Radyo dinleme				
Ev gezmesi-arkadaş ziyareti				
Kahvehaneye gitme				
Gezintiye çıkma				
Başkaları tarafından ziyaret edilme				
Diğer (söyleyiniz.....)				

*Bu bölüm eğer katılımcı için uygun soru değilse işaretlenecektir. Örneğin; kişi okuma yazma bilmiyorsa gazete okuma bölümü için bu kısma X işareti konacaktır.

3.3. Şimdi size soracağım etkinlikler için size en uygun olanı söyleyiniz.

(DİKKAT: ifade edilen seçeneğe X işareti konacak)

	Bağımsız yapabiliyorum	Birisinden yardım alarak yapabiliyorum	Yapamıyorum
Telefon etme			
İlaç kullanımı			
Ev işleri			
Banyo			
Tuvalete gitme			
Giyinme			
Yemek yeme			
Toplu taşıma araçlarından yararlanabilme			
Para ile ilgili işleri yapabilme			

3.4. Aşağıda belirtilen cihazlara ihtiyacınız var mı, hangilerini kullanıyorsunuz.
(DİKKAT: ifade edilen seçeneğe X işareti konacak)

Cihaz	Var		Yok
	Kullanıyor	Kullanmıyor	
Gözlük			
İşitme cihazı			
Baston			
Diş protezi			
Diğer (açıklayınız)			

3.5. Aşağıda size soracağım davranışları ne kadar sıklıkta yaptığınızı lütfen söyleyiniz?

Önermeler	Sıklık	En son ne zaman yaptınız
Banyo yapma	Haftada 1- daha sık	
	10 gün-1 ay	
	1 aydan uzun	
İç çamaşır değiştirme	Haftada 1- daha sık	
	8-20 gün	
	21 gün ve üzeri	
Saç tarama	Her gün	
	Haftada bir	
	Haftada iki ve üzeri	
	Ayda bir	
Tırnak bakımı (el)	15 günden az	
	15-60 gün	
	60 günden uzun	
Tırnak bakımı (ayak)	15 günden az	
	15-60 gün	
	60 günden uzun	
Kıyafet değiştirme		
	Her gün	
	İki günde bir	
	Üç günde bir	
	Haftada bir	
	Ayda bir	

3.6. Sağlığınız açısından kendinizi ihmal ettiğinizi hiç düşündünüz mü?

1. Hayır, hiç düşünmedim
2. Evet, bazen düşünüyorum
3. Evet, sıklıkla düşünüyorum
4. Evet, her zaman düşünüyorum

3.7. Bir önceki soruya evet cevabı verdiyseniz, neden böyle düşündüğünüzü söyleyiniz?

.....

Bölüm V: Birinci Basamak Sağlık Kurumunu Kullanma Durumu

4.1. Aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?

1. Hayır

2.Evet

a. Son bir ay içerisinde aile hekiminizle ya da aile sağlığı merkezinden görevlilerle yüz yüze ya da telefonla görüştünüz mü?

i. Hayır

ii. Evet

iii. Hatırlamıyorum

b. Son altı ay içerisinde aile hekiminizle ya da aile sağlığı merkezinden görevlilerle yüz yüze ya da telefonla görüştünüz mü?

i. Hayır

ii. Evet

iii. Hatırlamıyorum

ARAŞTIRMAMIZA KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Ek 2: Niteliksel Araştırmada Sorulması Planlanan Sorular

1. Yaşlılara yönelik olarak hangi hizmetleri sunuyorsunuz?
2. Sunduğunuz hizmetlerin yaşlıların gereksinimlerini karşılama boyutu ile ilgili olarak ne(ler) düşünüyor sunuz?
3. Kendi kendini ihmal yaşlıların yaşadığı sorunlar arasında mıdır? Neler söylemek istersiniz?
4. Yaşlılara yönelik hizmetleri nasıl geliştirmeli?
5. Ek olarak söylemek istedikleriniz neler?

Ek 3: Standardize Mini Mental Test

Yönelim (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz()

Hangi mevsimdeyiz()

Hangi aydayız ()

Bu gün ayın kaçı()

Hangi gündeyiz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir()

Şu an bu binada kaçınca kattasınız()

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

.....()

Dikkat Ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)

.....()

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)

.....()

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)

.....()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin."Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan

.....()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan

..... ()

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)

.....()

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1puan)

.....()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)

.....()



Ek-4. Etik Kurul İzin Belgesi-1



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-715

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 24.06.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/13
Proje No : GO 15/419 (Değerlendirme Tarihi: 24.06.2015)
Karar No : GO 15/419- 30

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Dilek ASLAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Dr. Evren KİBAR'ın tezi olan GO 15/419 kayıt numaralı ve "Ankara İli Pursaklar İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık/Hastalık Profilleri, Bakım Gereksinimleri ve Kendi Kendini İhmalle Karşılaşma Durumları" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| İZİNLİ | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu (Üye) | İZİNLİ |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmenşier (Üye) | 13 Prof. Dr Leyla Dinç (Üye) |
| İZİNLİ | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | İZİNLİ |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) | |

Ek-5. Etik Kurul İzin Belgesi-2



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1292


18.12.2015

Prof. Dr. Dilek ASLAN
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Sayın Prof.Dr. ASLAN,

Proje yürütücüsü olduğunuz ve GO 15/419 kayıt numarası ile Etik Kurul onayı almış olan "Ankara İli Pursaklar İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık/Hastalık Profilleri, Bakım Gereksinimleri ve Kendi Kendini İhmalle Karşılaşma Durumları" başlıklı projede tez jürisi üyelerince önerildiği için başlığın Ankara İli Pursaklar İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık/Hastalık Profilleri, Bakım Gereksinimleri Kendini İhmal Etme Durumları" şeklinde değiştirildiğine yönelik bilgilendirmeniz alınmış, kayıtlarımıza eklenmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Nurten AKARSU
Başkan

Ek-6. Kurum İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Sayı : 67350377
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof.Dr.Dilek
ARSLAN)

ANKARA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Dilek ARSLAN sorumluluğunda yapılmak istenen "Ankara İli Pursaklar İlçesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık/Hastalık Profilleri,Bakım Gereksinimleri,Kendi Kendini İhmalle Karşılaşma Durumları" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşamaz. Bu sebeple araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması gerekmektedir. Ayrıca araştırma kapsamında aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlere yöneltilen sorular ile ilgili bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri dışında, hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Nusret Fişek Cad. No:4 N Blok
G.SARIÇOBAN Tel:0312 565 59 44 e-posta gokcen.saricoban1@saqlik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden af532e31-bc8f-4ccc-a3a8-94a3fd277610 kodu ile erişebilirsiniz.