

**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İL MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN  
MEDİKOSOSYAL SORUNLARININ EPİDEMİYOLOJİK  
OLARAK İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. YALÇIN ÖNDER**

**SAMSUN - 1995**

## **İÇİNDEKİLER**

|                   | Sayfa No |
|-------------------|----------|
| GİRİŞ VE AMAÇ     | 1        |
| GENEL BİLGİLER    | 3        |
| GEREÇ VE YÖNTEM   | 30       |
| BULGULAR          | 34       |
| TARTIŞMA          | 56       |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 66       |
| ÖZET              | 70       |
| KAYNAKLAR         | 71       |
| EKLER             | 76       |

## GİRİŞ VE AMAÇ

Yüzyılın başından bugüne sanayi toplumlarında toplumun yaşlı kesimi büyük bir hızla artmaktadır. 1900 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama yaşam beklentisi 47 yıl ve nüfusun sadece %4'ü 65 ve daha üzeri yaşlarda iken bugün ortalama yaşam beklentisi 75 yıl, 65 yaş üstü oran ise %12.2'dir (1).

Özellikle son 20-30 yıl içinde beslenme ve yaşam koşullarının iyileşmesi, topluma verilen sağlık hizmetlerinin önem kazanarak yaygınlaşması, doğum hızlarının azalması, bebek ve çocuk ölüm hızlarının düşmesi sonucu doğumda beklenen yaşam süresi uzamış ve böylece yaşlı nüfusun toplumdaki oranı eski yıllara göre dramatik şekilde artmıştır (2). Dolayısıyla giderek daha yaşlı bir popülasyona sahip olan dünyamızda 60 yaş ve üzeri nüfusun; 1970'lerde 291 milyon iken bu yüzyılın sonlarında 585 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (3).

Bu insanları ileri yaşta; yaşlanma ile paralel olarak artan kronik hastalıklar nedeniyle tıbbi sorunlar ve sanayi toplumunun değişik sosyal yapısı ile geniş ailelerin yerine ortaya çıkan çekirdek aile tipine bağlı yalnızlığın getirdiği sosyal ve psikolojik sorunlar beklemektedir.

Önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünya ülkelerinin sorunu durumuna gelecek olan artan yaşlı nüfus oranı, ancak bugünden alınacak önlemlerle bir sorun olmaktan çıkarılabilir. Ülkemiz için de kaçınılmayacak bir sorun olma potansiyeli taşıyan bu konu için gereksinimlere yanıt verebilecek örgütlerin kurulması ve zaman kaybetmeksizin gerekli altyapıyı oluşturmak için çalışmalara başlanması en akılcı yaklaşım olacaktır.

Bu araştırma, Samsun il Merkezi' nde 1, 2, 3 ve 6 nolu sağlık ocaklarından sağlık hizmeti almak üzere başvuran 60 ve üzeri yaş grubundaki kişilerin;

- a. Demografik özelliklerini
- b. Sosyal yaşam biçimlerini
- c. Genel sağlık durumlarını

saptamak üzere planlanmış deskriptif (tanımlayıcı) özellikte ve kesitsel bir çalışmadır.



## GENEL BİLGİLER

Yaşlanma; günümüzde önlenmesi olası olmayan, kronolojik, sosyal, biyolojik ve psikolojik boyutları olan bir süreçtir. Bu süreç herkeste aynı biçimde ortaya çıkmaz, hatta aynı kişide de farklı boyutlarda farklı düzeylerde değişiklik gözlenebilir (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlıları kronolojik olarak Orta yaş (middle-aged); 45-59 yaş, yaşlılık (the elderly); 60-74 yaş, ileri yaşlılık (the aged); 75+ yaş şeklinde sınıflamaktadır. Aynı sınıflamada 90 yaş ve üzeri için ise; çok yaşlı (the very old) tanımlaması kullanılmıştır (3, 5).

Dünya nüfusu her geçen gün biraz daha yaşlanmaktadır. Şimdiki etken faktörler gözönüne alınarak yapılan varsayımlara göre; 2000 yılında 60 yaş ve üzeri dünya nüfusu 585 milyon civarında olacaktır. Çeşitli Avrupa ülkelerindeki 60 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı ve 2000 yılı projeksiyonu tablo 1' de görülmektedir (3).

Tablo 1. Çeşitli Avrupa Ülkelerinde 1980 Yılı 60 Yaş ve Üzeri Nüfusun Toplam Nüfusa oranları ve 2000 Yılı Projeksiyonu

| Ülke         | 1980 | 2000 | Ülke         | 1980 | 2000 |
|--------------|------|------|--------------|------|------|
| Bulgaristan  | 15.8 | 20.7 | Yunanistan   | 17.7 | 21.6 |
| Çekoslovakya | 16.0 | 16.6 | İtalya       | 17.6 | 22.1 |
| Doğu Almanya | 17.0 | 21.6 | Malta        | 14.7 | 16.8 |
| Macaristan   | 17.2 | 19.7 | Portekiz     | 14.4 | 16.1 |
| Polonya      | 13.1 | 16.6 | İspanya      | 15.0 | 18.7 |
| Romanya      | 13.4 | 18.1 | Yugoslavya   | 11.8 | 18.2 |
| Danimarka    | 19.4 | 19.6 | Avusturya    | 19.2 | 20.0 |
| Finlandiya   | 16.0 | 18.0 | Belçika      | 18.0 | 19.2 |
| İzlanda      | 13.0 | 14.8 | Fransa       | 17.0 | 18.0 |
| İrlanda      | 15.4 | 13.0 | Batı Almanya | 18.8 | 22.6 |
| Norveç       | 20.1 | 18.5 | Lüksemburg   | 18.2 | 22.4 |
| İsveç        | 21.9 | 20.8 | Hollanda     | 15.6 | 17.7 |
| U.K.         | 19.9 | 19.9 | İsviçre      | 18.3 | 21.5 |
| Arnavutluk   | 7.0  | 9.4  | SSCB         | 13.0 | 17.5 |

Günümüzün 55 yaş ve üstü nüfusu toplam nüfusun beşte birinden fazladır. 2010 yılında toplam ABD nüfusunun dörtte birinin (74.1 milyon kişi) en az 55 yaşında olacağı hesaplanmaktadır. Bu durumda her yedi Amerikalıdan birisi (39.3 milyon) 65 ve daha yukarı yaşta olacak, 85 yaş ve üstündeki kişilerin sayısı ise toplam nüfusun %2.4' ünü (6.8 milyon) oluşturacaktır. 65 yaş ve üstü grup içinde sayısı en hızlı artan grup ise en yaşlı yaşlılar yani 85 ve üzeri yaş grubudur (6). 85 ve üzeri yaş grubu 1960' tan 1982' ye %165 artış göstermiştir (7).

Türkiye' de 1990 yılı nüfus sayımına göre toplam nüfusumuzun (56.473.035) %7.14' ünü (4.032.656) 60 ve daha yukarı yaş grubu oluşturmaktadır. Bu yaş grubunun %46.1' i (1.859.689) erkek, %53.9' u (2.172.967) ise kadındır (8). Ülkemizde yıllara göre yaşlı nüfusun dağılımı Tablo 2' de görülmektedir (4).

Tablo 2. Ülkemizde Yıllara Göre 65 Yaş ve Üstü Nüfus

| Yıl  | Erkek      |     | Kadın      |     | Toplam     |     |
|------|------------|-----|------------|-----|------------|-----|
|      | Sayı (bin) | %   | Sayı (bin) | %   | Sayı (bin) | %   |
| 1935 | 283.8      | 3.5 | 354.6      | 4.2 | 638.4      | 3.9 |
| 1940 | 271.3      | 3.0 | 359.4      | 4.0 | 630.7      | 3.5 |
| 1945 | 257.0      | 2.7 | 370.4      | 3.9 | 627.4      | 3.3 |
| 1950 | 273.1      | 2.5 | 418.4      | 4.0 | 691.2      | 3.2 |
| 1955 | 321.2      | 2.6 | 502.5      | 4.2 | 823.7      | 3.4 |
| 1960 | 388.9      | 2.7 | 597.6      | 4.3 | 986.5      | 3.5 |
| 1965 | 531.0      | 3.3 | 713.4      | 4.6 | 1244.4     | 3.9 |
| 1970 | 707.9      | 3.9 | 858.1      | 4.8 | 1566.0     | 4.3 |
| 1975 | 841.5      | 4.1 | 976.5      | 4.9 | 1818.0     | 4.5 |
| 1985 | 955.0      | 3.7 | 1170.8     | 4.6 | 2125.9     | 4.1 |

Ülkeler nüfus yapısına göre dört gruba ayrılır:

1. Genç Populasyon: Bu populasyonda 65 ve üzeri yaş grubunun tüm nüfusa oranı % 4' ün altındadır. Afrika, Tropikal Güney Amerika, Sentral Amerika ve Güney Asya ülkeleri bunlar arasındadır.

2. Matür Populasyon: 65 ve üzeri yaş grubu %4-7 oranındadır (Doğu Asya ülkeleri).

3. Yaşlı Populasyon: Bu oran % 7-10 arasındadır (Kanada, Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya).

4. Çok Yaşlı populasyon: Oran % 10' un üzerindedir. Batı Avrupa, İrlanda, ve İsveç bu grupta sayılabilir (9).

Yaşam Beklentisi (Life Expectancy) kavramı, bir bireyin doğumundan itibaren ne kadar yaşayacağına ilişkin beklentiyi dile getirmektedir. Bu beklenti gelişmiş ülkelerde uzundur. Dolayısıyla bu ülkelerdeki insanlar diğerlerine göre daha uzun yaşamaktadırlar ve 64 yaş üzeri yaş grubunun oranı da yine bu ülkelerde diğerlerine göre daha yüksektir. Türkiye' de doğu'da beklenen yaşam süresi erkekler için 63, kadınlar için 68 yıldır.

Genel olarak kadınlarda beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha fazladır. Dolayısıyla yaşlı nüfus içinde kadın oranı erkeklere göre fazladır (10). Çeşitli ülkelerdeki yaşam beklentilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 3' te gösterilmiştir (4).

Tablo 3. Dünya' da Doğumdan İtibaren Beklenen Yaşam Süresi

| Ülke       | Erkek | Kadın | Ülke       | Erkek | Kadın. |
|------------|-------|-------|------------|-------|--------|
| İsveç      | 72.1  | 77.5  | B. Almanya | 67.6  | 74.1   |
| Norveç     | 71.3  | 77.6  | Avusturya  | 67.6  | 74.2   |
| Japonya    | 71.2  | 76.3  | Yunanistan | 67.5  | 70.7   |
| Hollanda   | 71.2  | 77.2  | İskoçya    | 67.2  | 73.6   |
| Danimarka  | 70.8  | 76.3  | Polonya    | 66.8  | 73.8   |
| İsviçre    | 70.3  | 76.2  | SSCB       | 64.0  | 74.0   |
| Kanada     | 69.3  | 76.4  | Meksika    | 62.8  | 66.6   |
| İtalya     | 69.0  | 74.9  | Çin        | 59.9  | 63.3   |
| D. Almanya | 68.9  | 74.2  | Brezilya   | 57.6  | 61.1   |
| İngiltere  | 68.9  | 75.1  | İran       | 50.7  | 51.3   |
| Fransa     | 68.6  | 76.4  | Kenya      | 46.9  | 51.2   |
| Belçika    | 67.8  | 74.2  | Hindistan  | 41.9  | 40.6   |

Ülke içi ve ülkeler arasında karşılaştırma yapabilmek için kullanışlı olan bir mortalite indeksi de 60 yaşındaki beklenen yaşam süresidir. Tablo 4' te gelişmiş ülkelere ait 60 yaşında beklenen yaşam süreleri görülmektedir (2).

Tablo 4. Bazı Ülkelere Göre Kadın ve Erkeklerde 60 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi

| Erkek        | Kadın | Erkek        | Kadın |
|--------------|-------|--------------|-------|
| Yunanistan   | 18.7  | Kanada       | 22.3  |
| Japonya      | 18.0  | A.B.D.       | 22.2  |
| Norveç       | 17.8  | Fransa       | 22.2  |
| İsveç        | 17.8  | İsviçre      | 22.1  |
| İsviçre      | 17.7  | Hollanda     | 22.0  |
| Danimarka    | 17.3  | İsveç        | 22.0  |
| İspanya      | 17.3  | Norveç       | 22.0  |
| Kanada       | 17.2  | Danimarka    | 21.6  |
| A.B.D.       | 17.1  | Japonya      | 21.5  |
| Fransa       | 17.1  | Yunanistan   | 21.3  |
| Hollanda     | 17.1  | Avustralya   | 21.1  |
| İtalya       | 16.8  | İspanya      | 20.9  |
| Finlandiya   | 15.2  | Romanya      | 18.6  |
| Macaristan   | 15.1  | Macaristan   | 18.5  |
| Avustralya   | 16.5  | İtalya       | 20.8  |
| Romanya      | 16.4  | Yeni Zelanda | 20.6  |
| Yugoslavya   | 16.3  | U.K.         | 20.4  |
| Bulgaristan  | 16.2  | Finlandiya   | 20.3  |
| Yeni Zelanda | 16.2  | B. Almanya   | 20.1  |
| B. Almanya   | 15.9  | Belçika      | 20.0  |
| Avusturya    | 15.8  | Polonya      | 20.0  |
| U.K.         | 15.8  | Avusturya    | 19.8  |
| Polonya      | 15.8  | Portekiz     | 19.2  |
| Portekiz     | 15.6  | Yugoslavya   | 19.0  |
| Belçika      | 15.5  | D. Almanya   | 18.8  |
| D. Almanya   | 15.5  | Bulgaristan  | 18.6  |



## **Yaşlılığın Tıbbi Yönleri**

Günümüzde yetişkinliğin diğer dönemlerine olduğu gibi yaşlılık dönemine de ilgi gittikçe artmaktadır. Gerontoloji yaşlılığın bütün yönlerini inceleyen bilim dalıdır; 1960' lara kadar akademik bir bilim, disiplin olarak var olmakla birlikte bugün hızla gelişen bir alandır. Psikoloji, biyoloji, sosyoloji ve hatta kent planlamasıyla da yakından ilişkilidir. Geriatri ise yaşlıların sağlık sorunlarını açıklamaya ve tedavi etmeye yönelik etkinlikleri içeren bir bilimdir (11).

Bu nedenle yaşlılık; fizyolojik yaşlılık ve patolojik yaşlılık olarak iki başlık altında incelenebilir. Fizyolojik yaşlılık; zamanla anatomik yapı ve fizyolojik fonksiyonlarda hastalık olmaksızın oluşan değişimdir. Patolojik yaşlılık ise normal yaşlanma olayının bazı hastalıkların eklenmesi ile devam etmesidir (9).

Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, hastalıkların değerlendirilmesinde ve yorumlanmasında mutlaka göz önüne alınmalıdır. Tablo 5' te yaşlanma ile ilgili bazı fizyolojik değişiklikler görülmektedir (12).

## Tablo 5. Yaşlanma İle İlgili Fizyolojik Değişiklikler

### A. Vücut Bileşimi

1. Vücut kas dokusu azalır
2. Yağ dokusu artar
3. Plazma hacmi azalır
4. Total vücut suyu azalır
5. Total plazma albumini azalır, glukoprotein artar

### B. Kardiyovasküler sistem

#### KALP:

1. Kardiyak atım azalır
2. Hipertrofi olur
3. Streslere cevap azalır

#### DOLAŞIM:

1. Damarlarda esneklik azalır
2. Damar duvarı kalınlığı artar
3. Periferdeki damarların rezistansı artar
4. Organların perfüzyonu azalır (böbrek, karaciğer, beyin, kas)

### C. Böbrekler

1. Fonksiyon gören nefron sayısı azalmıştır
2. Glomeruler filtrasyon hızı ve renal kan akımı azalmıştır
3. Serum kreatinini aynı olmasına rağmen kreatinin klerensi azalmıştır
4. Birçok madde için tübüler fonksiyonlar azalmıştır.

### D. Gastrointestinal Sistem

1. Sekresyonlar azalmıştır
2. Absorbsiyonda hafif derecede bir azalma vardır
3. Aktif transport azalmıştır
4. Özefagus peristaltik hareketleri azalmıştır
5. Mide boşalma hızı yavaşlamıştır

### E. Karaciğer

1. Karaciğerin boyutu küçülmesine rağmen fonksiyonunda pek fazla değişiklik yoktur
2. Karaciğer hücrelerinde biyotransformasyonla ilgili enzimlerin çoğunun düzeyi düşmüştür
3. İlaçların metabolize edilmesinde azalma olabilir

### F. Nörolojik Sistem

#### BEYİN:

1. Serebral kan akımı azalmıştır
2. Yeni hafıza kaybı vardır
3. Koordinasyon azalmıştır
4. Depresanlar için eşik düşmüştür

#### PERİFER:

1. İletim hızı azalmıştır
2. Refleksler yavaşlamıştır

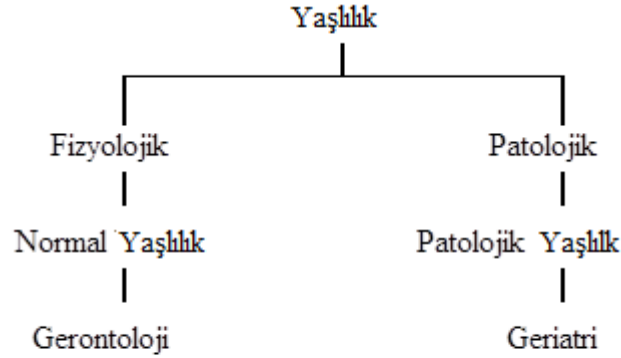
### G. Akciğer

1. Göğüs kafesinin boyutları değişmiştir
2. Kollejen liflerin esnekliği azalarak rijiditesi artmıştır
3. Fonksiyonel rezidüel kapasite, rezidüel hacim ve ölü boşluk artmıştır
4. Zorlu ekspiratuar hacim azalmıştır
5. Siliaların sayı ve aktivitesi azalmıştır

### H. Endokrin Sistem

1. Hormon sekresyonu azalmıştır
2. Glukoz toleransında azalma vardır

Yaşlanma ve yaşlılığın tıbbi sorunları geriatric tıbbın konusunu oluşturur. Geriatric tıp yaşlıyı kişisel olarak ele alır ve yaşlılığın fizyolojik ve patolojik yönlerini morfolojik, fonksiyonel, biyosimik ve psikojenik açıdan inceler (Şekil 1) (9).



Şekil 1. Yaşlılığın Geriatric ve Gerontoloji içinde Değerlendirilmesi

Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp hastalıkları 1900 yılında dördüncü sırada iken, bugün ölüm nedeni olarak birinci sıradadır. Kansere 1930'lara kadar ölüm nedeni olarak ilk beşlere bile giremezken, 1950'den sonra ikinci sırada yerini almıştır. Serebrovasküler hastalıklar ise 1950'den sonra üçüncü sıraya yükselmiştir. Bunu dördüncü sırada kazalar, beşinci sırada ise akciğer hastalıklarından ölüm takip etmektedir. 1900 yıllarında pnömoni, tüberküloz ve diyare gibi hastalıklar önemli ölüm nedenleri arasında sayılırken artık bu tip hastalıklar listenin sonlarına çekilmiştir. Bugün kalp hastalıkları, kanser ve serebrovasküler hastalıklar yaşlı ölümlerinin %75'inden sorumlu tutulmaktadır (1).

Yaşın ilerlemesi ile çeşitli kronik hastalıkların sayısındaki artış hastalıkların birbirlerini etkileyerek klinik tabloların değişmesine yol açmaktadır. 65 yaşın üzerindeki kişilerin %90'ının genellikle bir kronik hastalığı olup bunların %35'inde 2, %23'ünde 3 ve %15'inde 4 ya da daha

fazla hastalık bir arada bulunmaktadır. Bu nedenle yaşlıların hastalıklarının değerlendirilmesinde bazı özelliklerin göz önünde bulundurulması gereklidir. Bunlar;

1. Hastalık belirtilerinin gizlenmesi: Bir hastalık, ikinci bir hastalığın tanısının konulmasını önler. Örneğin; romatoid artrit, koroner hastalığın ya da angina pektorisin ortaya çıkmasını önler. Romatoid artritli bir hastanın, myokardın oksijen ihtiyacını artıran ya da anjinal ağrı oluşturan aşırı bir egzersiz yapması mümkün değildir. Semptomatik anjina, koroner arter hastalığının terminal dönemine kadar görülmeyebilir ve koroner arter hastalığının ilk belirtisi istirahat sırasında myokard infarktüsü olabilir.

2. Hastalık belirtilerinin karışması: Bir hastalık, altta yatan ikinci bir hastalığa ait özel bir belirti ile kendini gösterir. Örneğin tirotoksikoz ve minör kardiak iletim bozukluğu olan bir kişide tiroid hastalığı supraventriküler taşiaritmi şeklinde belirti verebilir. Bu durum da kardiak iletim sisteminin zayıflaması olarak değerlendirilebilir.

3. Tedavilerin karışması: Birden fazla kronik hastalığa sahip yaşlılarda, bu hastalıkların klasik tedavi biçimlerinin değiştirilmesi gerekir. Örneğin kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyonu olan bir yaşlıda; tansiyon için beta bloker kullanılması kronik obstrüktif akciğer hastalığının ağırlaşmasına neden olur.

4. Bir hastalığın diğer hastalığın durumunu ağırlaştırması: Sol kalça osteoartriti olan bir yaşlı, sağ ayak bileğinde burkulma nedeniyle ağrı çekiyorsa, artriti olan kalça eklemi ve diz daha büyük baskı altında kalacaktır.

5. Bir hastalığın diğer bir hastalık belirtisi vermesi: Hastalıkların çoğu bir diğer grup hastalığı taklit ettiğinden ayırt edici tanıda çok dikkatli

olmalıdır. Asit-peptik hastalık belirtileri genellikle koroner arter hastalıklarını taklit eder. İntermitan klodikasyo hikayesi çoğu zaman bursit ya da osteoartriti düşündürür. Depresyon ise kolayca demansla karışır iken demansı olan hasta da depresyonu düşündürebilir.

6. Hastalıkların üst üste gelmesi: Yaşlılarda, bir sorunun neden olduğu ikinci bir komplikasyonun yol açtığı üçüncü bir sorun çok sıktır. Örneğin bir rahatsızlığından dolayı uyku hapi kullanan bir yaşlının sabah sersemliğinin olması bir komplikasyondur. Sabah sersemliği ise düşme nedeni olarak ekstremitte kırıklarına yol açabilir (12).

Yaşlılıkta görülen hastalıkların toplum üzerinde etkileri büyüktür. Bu hastalıklar kişiyi kendi yaşamını bağımsız olarak sürdüremez duruma getirdiğinde aile ve toplum için yük artmaktadır.

Yaşlılarda enfeksiyon hastalıkları azalırken, dejeneratif ve progressif hastalıklar çoğalmaktadır. Yaşlılarda ölümlerin yaklaşık %85' i kronik hastalıklardan ileri gelmektedir. Bu hastalıklar çoğunlukla klinik bulguların çıkışından çok önce, gençlik yıllarında başlarlar, yaşın ilerlemesi ile de bu hastalıkların görülme sıklıkları artar (13).

Kronik hastalıklar genellikle tam iyileştirilmeleri mümkün olmayan, sürekli ve yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlık bırakan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla nonenfektif tipte hastalıklardır. Temel olarak kronik hastalıklarda; etken birden fazladır ve kesin olmayan bir başlangıç tarihi vardır. Kronik hastalıkların uzun bir inkubasyon süresi vardır ve hastalık seyrinde birden fazla etmen devreye girmiştir.

Son yıllarda kronik ve dejeneratif hastalıklar, özellikle endüstriyel gelişmesini tamamlamış toplumlarda, öncelikle ele alınan bir toplum

sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu hastalıkların artış nedenlerini inceleyecek olursak:

1. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması veya yok edilmesi:Toplumun bağışıklık düzeyinin yükseltilmesi, beslenme ve eğitim düzeylerinin artırılması ve tedavi olanaklarının geliştirilmesi ile bulaşıcı hastalıklar gelişmiş ülkelerde toplumsal boyutlarda sağlık sorunu olma özelliklerini yitirmiş ve ölümlerinin nedenleri sıralamasında başı çeken yüksek oranları, kronik ve dejeneratif hastalıkların lehine hızla azalmıştır.

2. Toplumların nüfus yapılarındaki değişiklikler: Yaşam süresinin çeşitli faktörlere bağlı olarak uzaması, ileri yaş gruplarının tüm nüfus içindeki payını artırmakta ve dolayısıyla da kronik hastalıkların oranları artmaktadır.

3. Sağlık alanındaki bilimsel ve teknik gelişmeler: Sağlık örgütlerinin düzenlenmesi, kronik hastalıkların tanı ve tedavi olanaklarının artması, kronik hastalığı olan kişilerin daha uzun süre yaşatılmalarına ve nüfus içindeki oranlarının artmasına neden olmaktadır.

4. Dış etkenlerin artması: Dengesiz beslenme, kimyasal etkenler, radyasyon, hava kirlenmesi, stres gibi gibi etkenler kronik hastalıkların oluşumunu artırmaktadır.

Bütün bu değişimler günümüzde kronik dejeneratif hastalıkları, özellikle gelişmiş ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline getirmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde sorun daha küçük boyutlarda olmakla birlikte giderek artan bir önem kazanmaktadır.

Kronik-dejeneratif hastalıklar içinde önemli yer tutan kalp damar hastalıklarının toplumsal önemi, morbidite ve mortalite hızlarının yüksek olmasından ve ayrıca üretim yaşı içindeki kişileri etkilemesinden ileri gelmektedir. 1986 yılında Amerika Birleşik Devletleri' ndeki ölümlerin

%36.4' ünden kalp hastalıkları, %22.3' ünden kanserler, %7.1' inden serebrovasküler hastalıklar, %3.6' sından kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ve %1.8' inden ise diabet sorumlu tutulmaktadır (14).

#### Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları:

Tüm dünyada kardiyovasküler sistem hastalıkları birinci ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir. Sıklıkları yaşla birlikte giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri' ndeki kalp hastalıklarından ölenlerin %25' ini 65 yaşın altındaki bireyler oluşturmaktadır. Her yıl 500.000 ölüme sebebiyet veren kalp hastalıkları, tüm ölümlerin %35' inden fazlasından sorumludur. Kalp ve damar hastalıkları ileri yaşlarda giderek arttığından 65-74 yaş grubundaki ölümlerin yarısından fazlasından sorumlu tutulmaktadırlar. Türkiye' de de 65 yaş üzeri nüfusun ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (15). Koroner Arter Hastalığı (KAH) 50 yaşından sonra en sık karşılaşılan ölüm nedenidir. Koroner arter hastalıkları, kalbi besleyen koroner arterlerin daralması ya da tıkanması sonucu kalp kasının yani myokardın beslenememesi, oksijensiz kalması ve nekroze olması ile karakterize bir hastalık grubudur. KAH sıklıkla koroner ateroskleroz sonucu ortaya çıktığından, bazı yazarlar tarafından "aterosklerotik kalp hastalığı" olarak adlandırılmaktadır. İngilizler ise myokardda iskemiye neden olduğundan "İskemik kalp hastalığı" adını kullanmaktadırlar. KAH klinik şekillerine göre angina pectoris, akut koroner yetmezlik, myokard infarktüsü ve ani ölüm (Sudden death) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Framingham araştırmasında 10 yıllık izleme sonucunda ortaya çıkan KAH klinik tabloları; erkeklerde; MI %45, Angina pectoris %24, ani ölüm %15, kalp yetmezliği %11, ani olmayan ölüm %5;

kadınlarda, angina pectoris %60, MI %22, kalp yetmezliği %10, ani ve ani olmayan ölüm %8 şeklindedir.

Koroner arter hastalıklarında risk faktörleri major ve minor olarak ikiye ayrılarak incelenir. DSÖ' nün tanımladığı risk faktörleri sınıflamasına göre major grup: hipertansiyon, sigara, hiperlipidemi ve hiperkolesterolemi, stres, minor grup: diabet, yaş ve cinsiyet, aile öyküsü, şişmanlık, kişilik yapısı, fizik aktivite azlığı ve diğer yardımcı risk faktörleri (alkol, çay, kahve, bol şeker, vitamin C ve E eksiklikleri, lityum eksikliği, hiperürisemi, yumuşak su içimi, hipoksi, A kan grubu, trombotik aktivite fazlalığı vb.) 'nden oluşmaktadır.

Hipertansiyon, arter içindeki kan basıncının sürekli olarak yüksek olması diye tarif edilir ve 65 yaşın üzerindeki bireylerin % 40' ında bulunur. İleri yaş grubunda siyah ırkta beyaz ırktan yaklaşık iki kat fazla görülür. 65 yaşın üzerinde hipertansiyon sınırı olarak 170/95 mmHg değeri kabul edilmektedir. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü' nün çoğu yayınlarında 160/95 mmHg değerinin yaştan bağımsız olarak önerildiği dikkat çekmektedir. Yaşlılarda daha sık rastlanan şekli sistolik hipertansiyondur. Yaşlılardaki hipertansiyonun, organlarda meydana gelen değişiklikler bakımından daha büyük risk taşıdığı bilinmektedir. Hipertansif hastaların %71' i; kalp yetmezliği, üremi, serebro-vasküler hastalık ve myokard infarktüsü ile yaşamlarını yitirmektedirler. Bu hastalarda kan basıncının düzenli olarak kontrol edilmesi morbiditeyi önemli ölçüde azaltır (4, 14, 16, 17).

Konjestif kalp yetmezliği genellikle yavaş yavaş başlar. Hastalar sıklıkla yorgunluk, anksiyete, nefes darlığı ve ödemden yakınırlar. Konjestif kalp yetmezliğinin en sık rastlanan nedeni koroner arter hastalığıdır. Ayrıca; hipertansiyon, hipertiroidizm, anemi, aritmi, valvüler kalp



hastalığı ve pulmoner emboli gibi etmenler de konjestif kalp yetmezliğinin etiyojisinde göz önünde bulundurulmalıdır.

#### Akciğer Hastalıkları:

Yaşlanma ile alveoller ve alveol kanallarını çevreleyen elastik dokunun kaybı, kaburga ve vertebra dekalsifikasyonu nedeniyle göğüs kafesinin ön arka çapının artması, solunum kaslarının zayıflaması kaçınılmazdır. Elastik yapılar azaldıkça küçük hava yollarında kollaps olur ve akciğer kompliyansı azalır. Ortalama 65 yaştan sonra, oturmuş pozisyonda yapılan düzenli soluk alıp verme esnasında tüm hava yolları açılmaz. Sırt üstü yatar pozisyonda aynı duruma 45 yaşından sonra rastlanır. Sonuç olarak bu da yaşlıların uzun süre yatakta hareketsiz kaldıklarında atelektazi ve pnömoni riskinin neden arttığını açıklamaktadır. Akciğer hastalıkları yaşlılarda sıktır. Osler pnömoni için "yaşlı erkeklerin arkadaşı" tabirini kullanmaktadır. Pnömoninin sıklığı ve ölüm oranı yaşla birlikte artmaktadır. Hastanede ölen yaşlı bireylerin akciğer radyogramlarının %50' sinde akciğerlerde infiltrasyon bulunduğu saptanmıştır. Yaşlılarda öksürük, balgam çıkarma, plörezi ve ateş gibi bulgular bulunmayabilir. Bu nedenle bazen tanı atlanabilir. En sık karşılaşılan bulgular taşipne ve genel sağlık durumundaki bozulmadır. Siyanoz, hipotansiyon ve taşikardi çoğu kez prognozun kötü olacağına işaret eden bulgulardır. Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları özellikle sigara içen bireylerde bronşit, bronşektazi veya astım gibi yaşamın daha erken dönemlerinde başlayan küçük bir akciğer hastalığına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bronşiollerin (kronik bronşit) veya alveollerin (amfizem) primer bir hastalığına bağlı patolojik değişiklikler hava yollarında kronik bir obstrüksiyona neden olabilir.

Akciğerler çevrenin zararlı etkilerine vücudun diğer organlarından daha fazla maruz kalmaktadırlar. Havadaki zararlı tozlar, ekzos gazları, gittikçe daha fazla kullanılan sigara, gittikçe artan hava kirliliği, influenza gibi solunum yolları enfeksiyonları, zararlı etkilerini, yaşlıların bronş ve akciğerleri üzerinde daha uzun süre göstermektedir. Bu bakımdan solunum yolları yakınmaları olan yaşlılar dikkatle incelenmelidir.

Etkeni mycobacterium tuberculosis olan akciğer tüberkülozunun görülme oranı yaşlılıkta zirveye ulaşır. Olguların %90' ı reaktivasyon şeklindedir. Bu nedenle yaşlının özgeçmişi çok ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Tüberküloz yaşlılarda yapısal ve solunum bulguları olmaksızın yalnızca irritabilite, depresyon ve belirgin bir dinlenme isteği ile ortaya çıkabilir. Ya da semptomlar diğer hastalıklarının semptomları ile karışabilir. Tüberkülozlu yaşlı hastaların %10-20' sinde PPD negatif sonuç verebilir, bu nedenle bir hafta sonra tekrarı istenebilir. Balgam incelemesi, gastrik lavaj ya da radyografide spesifik belirtilerin görülmesi ile tanı konulabilir (4, 7, 13).

#### Neoplastik Hastalıklar:

Kanser tüm yaş grupları arasında ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alır. Tüm ölümlerin %20' si ise kansere bağlıdır. Kanser sıklığı 90 yaşına dek yaşla birlikte artar. Tüm kanserlerin %50' si 65 ve daha yaşlı bireylerde oluşmaktadır. Bu yaş grubunda özellikle akciğer, kolon ve prostat kanseri gelişimi riski yüksektir. Akciğer kanserleri, kanser ölümlerinde birinci sıradadır ve %25' inden sorumludur. Tüm ölümlerin ise %5' inden sorumludur. Kolorektal kanserler ise %12' lik oranla kanser ölümlerinden, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada sorumludur. ABD' nde her yıl 100.000 yeni prostat kanseri olgusu tesbit edilmektedir.

Prostat kanserinin tüm kanserler içerisinde mortalite oranı ise %5' tir. Amerikan kadınlarında meme kanserinin tüm kanserler içindeki mortalite oranı %10 civarındadır (1, 4, 14).

#### Yaşlılarda Diabet:

Yaş arttıkça glukoz toleransı bozulur. Diabetes mellitus, ABD' nde ölümlerin %1.8' inden sorumlu olup, yaşlıların %20' sini etkileyen ve sıklığı giderek artan bir karbonhidrat metabolizması bozukluğudur. Toplumda diabet oranı %2-3' tür. Tip II diabet, Tip I' e göre daha sık görülmekte ve genellikle 40 yaşından sonra başlamaktadır. Diabet prevalansı çocuklarda binde 2' den azdır. 65 yaşında altıda bir, 85 yaşında ise dörtte birdir. Nonketotik hiperglisemik hiperosmolar koma ilk kez 60 yaşından sonra başlayan Tip II diabetes mellitusun ilk bulgusu olabilir. Bu durumda ölüm oranı %50 gibi oldukça yüksektir. Diabetin komplikasyonları yaşlılarda oldukça sıktır; Arterioskleroz yaşlılarda ölümün en sık rastlanan nedenidir. Diabet ise arterioskleroza eğilim yaratır. Körlük, duysal nöropati, postüral hipotansiyon, empotans, mesane ve kalın barsak fonksiyon bozukluğu presbiözefagus ve gastroparezi gibi diabete bağlı otonomik bozukluklar da meydana gelebilir. Terminal böbrek yetersizliği olan vakaların %25' inde, bütün alt ekstremitte amputasyonlarının %50' sinde neden diabetes mellitus' tur (4, 13, 18).

#### Kemik ve Eklem Hastalıkları:

Osteoporoz: Yaşla birlikte kemik resorpsiyonu artmaktadır. Özellikle 4. dekattan sonra her iki cinste de ilerleyici bir kemik kaybı başlamaktadır. Kadınlarda menopozdan sonra bu kayıp erkeklere göre daha fazladır. Menopoz öncesi total vücut kalsiyumu kaybı %0.22 iken, menopozdan

sonra %1.5' e çıkmaktadır. Erkeklerde ise bu kayıp %0.17' dir. 65 yaş üstü beyaz kadınların %80' inde radyolojik olarak kemikte demineralizasyon izlenebilmektedir. Bunların %90' dan fazlası primer osteoporoz nedenlidir. Geri kalanı ise; osteomalazi, hiperparatiroidizm, hipertroidizm ve Cushing sendromu gibi endokrinopatiler, multiple myeloma, lenfoma, lösemi gibi neoplastik hastalıklar, prednisolone, heparin gibi ilaçlar, alkolizm ve muhtemelen sigara gibi kötü alışkanlıklar nedeniyle gelişmektedir. Osteoporozda en tipik olarak görülen kırık tipi, 65 yaş üzeri osteoporozlu kadınların %25' inde görülen, vertebral kompresyon kırığıdır. Bunun dışında radius başı (Colles kırığı) ve kosta kırıkları da sıkça görülmektedir. En ciddi komplikasyonlardan birisi; insidansı 75 yaşından sonra yükselen kalça kırığıdır. Laboratuvar incelemelerinde; serum kalsiyum, fosfor ve alkalin fosfatase seviyeleri normaldir.

Osteoartrit: Hayatın 4. dekadından sonra osteoartritin eklemlerde oluşturduğu harabiyet radyolojik olarak incelenebilmektedir. Eklem kıkırdağının dejenerasyonu, aşınması, eklem mesafesinin daralması, kemik yapıda skleroz, osteofit oluşumu, subkondral kistler, kemikte kollaps ve deformasyon ile karakterize olup, klinik olarak ağrı, hareket kısıtlılığı, topallama ile kendini gösterir. Deformite ve subluksasyon geç dönem bulgularıdır. Bütün sinovial eklemlerde görülür. Sıklıkla baskı altında bulunan aşağı vertebralar, kalça ve diz eklemleri gibi büyük eklemleri tutar. Primer osteoartritin cins ayrımı yoktur. Diğer dejeneratif hastalıklar gibi yaşla birlikte sıklığı artar. Laboratuvar testlerinde sedimentasyon hızı normaldir. hematolojik ve biyokimyasal değerler normaldir. Sinovial sıvısının muayenesi dejeneratif eklem hastalığını, romatoid ve enfeksiyöz artritlerden ayırmada yardımcıdır. Tedavi olarak konservatif yöntemler,

antiinflamatuvar ilaçlar ve bazı endikasyonlarda da cerrahi yöntemler önerilmektedir (19, 20).

#### Gastrointestinal Sistem Hastalıkları:

Ağız ve dişlere ilişkin sorunlar yaşlıları çok fazla etkilemektedir. Periodontal hastalığın önlenmesi ve tedavisi çoğu kez dişlerin kaybedilmesini önlemekte önemli rol oynar. Yaşlı hastaların çoğunda işlevsel sindirim sistemi bozukluğu bulunmaktadır. Başlıca yakınmalar ağrı, bulantı, asit regurjasyonu ve kramplardır. Presbiözefagus tüm yaşlarda görülmekle birlikte yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan bir nöromotor anormalliktir. İleri yaşta sliding tipi hiatus hernileri sıkça görülmektedir. Mide ve duodenumla ilgili bozukluklar yaşlılarda en sık karşılaşılan yakınma nedenleridirler. Kronik atrofik gastrit yaşın ilerlemesi ile birlikte daha sık görülmektedir. Yaşlıların % 10' unda peptik ülser bulunmaktadır. Tüm yeni ülserlerin %5' i 60 yaşından sonra gelişmektedir. Mide ve duodenum ülserleri yaşlılıkta eşit sıklıktadır. İleri yaşlarda peptik ülserlerin ve onların komplikasyonlarının mortalite hızı anlamlı bir şekilde yükselmektedir. Yaşlılarda artrit yaygınlığı yüksektir ve çoğu kişi herhangi bir doktor önerisi olmaksızın kendi başlarına aspirin vb. ilaçları kullanırlar. Diş sorunlarının da bir miktar payı bulunan posadan fakir bir diyetle beslenme, yeterli miktarda su içmeme, yeterli egzersiz yapmama ve laksatif bağımlılığı, yaşlılarda sık görülen kabızlığın nedenleridir (4). Yaşlılıkta özefagus, mide ve kolon kanserleri yaşa bağımlı olarak artmaktadır. Özefagus kanserlerinde ilk bulgu genellikle disfajidir. Mide ve kolon kanserlerinde gizli kan taramaları ile erken tanı, yararlıdır (21).

## Ürogenital Sistem Hastalıkları

Normal yaşlanma ile birlikte böbrek fonksiyonlarında önemli derecede azalma olur. Bununla beraber yaşlanan böbreğin fonksiyonu vücutta oluşan artıkların atılması, sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesi için yeterlidir.

Ürogenital sistem hastalıkları sonucu yaşlılarda birçok semptomlar oluşmaktadır. Bu semptomları irritatif semptomlar (dizüri, pollaküri, noktüri), obstrüktif semptomlar (idrara başlamakta güçlük, kesik kesik idrar yapma, idrarın sonunda damlama, idrar retansiyonu, idrar akımının kalibresinde düşme), skrotal kitleler (epididimit, varikosel, hidrosel) ve hematüriler (sistit, mesane kanseri, prostat hiperplazisi) şeklinde gruplandırmak mümkündür. Kronik idrar yolu enfeksiyonları yaşlı erkeklerde mesane boynu obstrüksiyonlarını, ürothelial orjinli tümörleri ve taş hastalığını, yaşlı bayanlarda ise taş hastalığı, üretral stenoz ve ürothelial orjinli tümörleri akla getirmelidir. Benign prostat hiperplazisi (BPH) sıklığı yaşla birlikte artmakta olup 50 yaşın altında nadirdir. Yine 75 yaşın üzerindeki erkeklerin %75' inde BPH mevcuttur. Tedavi edilmez ise ileri dönemde gelişen böbrek yetersizliği nedeniyle morbidite ve mortalitesi artmaktadır. 75 yaşın üzerindeki erkeklerde prostat kanseri, ölüm nedenleri arasında ikinci sırayı almaktadır. Bundan dolayı bu hastalığın erken tanınması için yılda en az bir defa rektal tuşe ile erkeklerin muayenesi gereklidir. İdrar inkontinansı, 65 yaşın üzerindeki yaşlıların %20' sini etkilemekte olup, bu oran huzurevlerinde %50' lere kadar çıkmaktadır (4). İnkontinans bir tanı değil semptomdur ve doğal yaşlanma süreci içinde yeri yoktur. İstem dışı idrar kaçırmanın altında bir ürolojik disfonksiyon yatmaktadır (22).

### Sinir Sistemi Hastalıkları:

Yaşla birlikte santral sinir sisteminde nöron kaybı oluşur. Beyin ağırlığı 70 yaşında bir erkekte %10, kadında ise %5 oranında; 80 yaşındaki bir kişide ise %17 oranında azalır. Yaşlıların 65 yaşına kadar öğrenme ve belleklerinde önemli bir değişiklik olmazken 65 yaşından sonra hızlı bir düşüş olmaktadır. Bunun sebepleri arasında fizyolojik olarak beyin işlevlerinde gerilemenin yanında, yaşlılarda sık görülen psikolojik etmenlerden öğrenmeye karşı yeterince motive olamama ve genel bir isteksizlik de önemlidir. Yapılan araştırmalar yaşlılarda özellikle kısa süreli bellekte gerilemenin belirgin olduğunu göstermiştir (7). Yaşlılar multiple hastalık bulunma olasılığından dolayı nörolojik değerlendirmede hastanın yanısıra aileden de ayrıntılı öykü alınmalıdır (23).

### Görme ve İşitmede Zayıflama:

Yaşlılarda artrit ve hipertansiyonun yanında en sık rastlanan üçüncü şikayet işitme azlığıdır (1). Yaşlıda işitme bozuklukları hem periferik işitme sisteminde hem de serebral korteks düzeyinde görülür. 65 yaşından büyük kişilerin yaklaşık üçte birinde sosyal ilişkilerini etkileyebilecek düzeyde işitme kaybı vardır. İşitme duyusunda özellikle yüksek frekanslardan başlayarak duymama yaşlılarda sosyal izolasyona yol açar. Yakın nesnelere lensin akomodasyon gücü azalır. Yaşlanma sürecinde görme keskinliği, ışık ve renk değişikliklerine uyum sağlama kapasitesinde azalma görülebilir (4).

### **Yaşlılığın Sosyal Yönleri:**

DSÖ' ne göre sağlığın tanımı; sadece bir hastalığın ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olmaktır.

Yaşam şekli, yaşlanma sürecinin değişmesinde, uzun ömürlülükte ve ileri yaşlarda sağlıklı olmada önemli bir rol oynar. Ölümlerin çoğunda sağlıksız yaşam stili etkilidir. Sigara kullanımı, aşırı alkol alımı, yetersiz fiziksel egzersiz ve kötü beslenme gibi alışkanlıklar çeşitli hastalıklara neden olmaktadır.

Yaşlı grup, diğer yaş grupları gibi homojen bir dağılıma sahip değildir (5). Özellikle 60-75 yaş arası dönemde kişiden kişiye değişken (heterojen) bir grup oluşturmaktadırlar. Bu grubun bireyleri daha önceki yaşam koşullarının ve çevrenin iyi ya da kötü olmasına göre ya hastanelerin yoğun bakım birimlerinde tedavi görüyor ya da bir devlet başkanı olarak görev yapıyor olabilirler. Örneğin; Michelangelo, St. Peter' in kubbesini 70 yaşında bitirmiştir. Sophokles, Kral Oedipus' u 80 yaşında yazmıştır. Churchill 77 yaşında başbakan olmuştur (11).

Yaşlıların ortalama ömürlerinin uzaması, yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli fiziksel ve mental bozuklukları nedeniyle, bağımlılık gereksinimlerini artırmaktadır. Bu gereksinim bazen kurumlarca karşılanırken, çoğu kez aile içinde çözümlenmeye çalışılır. Çoğunlukla ebeveyne bu bakımı veren kız çocuklarıdır (7). Bağımlı yaşlılar için önerilen en uygun bakım yöntemi; yeteneklerinin elverdiği ölçüde bağımsız davranmasına izin verilmesi, yetmediği koşullarda desteklenerek ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Yaşlılar aile ortamında ele alındığında, toplumun yapısına bağlı olarak oluşan aile ortamındaki değişimlerden en çok etkilenen grubu oluştururlar. Yaşam koşullarının düzeltilmesi, sağlık



hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkinleştirilmesi ile batı ülkelerinde yüzyılın başında %3 olan 65 ve daha yukarı yaşlardaki yaşlı nüfus, bugün %15' lere çıkmıştır. Yaşlı nüfusun çoğalması ile birlikte toplumun yaşlılar hakkındaki bazı kültürel özellikleri de değişikliğe uğramıştır.

Bu değişim bütün toplumlarda değişik seviyelerde yaşanmaktadır. Yaşlıya saygıyı öğütleyen dini ve ahlaki değerler zamanla geçerliliğini yitirmektedir. Batı ülkeleri ile birlikte Türkiye' de de yaşanan bu değişim, toplumun yapısıyla birlikte aileye de yansımıştır. İçinde her yaştan üyeyi barındıran büyük aileler; çekirdek ailelere bölünmüş olup, sanayileşme ve kentleşmeye bağlı olarak ortaya çıkan bu aile tipi, büyük ailenin -büyük oranda- yerini almıştır (24, 25).

Kültürel anlamdaki bu değişim, hükümetlere daha önceden alışık olmadıkları ve hatta hiç bilmedikleri bir sorumluluk vererek toplum içinde kendi bakımını bağımsız olarak yapamayan yaşlı insanın devlet tarafından bakımını sağlama işi yüklenilmiştir.

Yalnızlık, kimsesizlik yaşamdan hoşnut olmayı azaltan önemli bir etmen olarak bulunmuştur. Yaşlının fiziksel yetersizliği, akranlarıyla ilişkisi için bir engel teşkil edebilir. Aile yapısının değişimi ve genç üyelerin değişik sosyal aktivitelerden hoşlanmaları ile yaşlının izolasyonu giderek artmaktadır. Çoğu yaşlı insan bilgi alışverişi yapacak ya da içten, duygusal ilişkiler kurabilecek arkadaşlara sahip değildir. Eski bir arkadaş ya da yakın bir akrabanın ani kaybı sonucu gelişen üzüntü ve içe kapanma ile de izolasyon olabilir. Yaşlılarda yaşam hoşnutluğu ile sağlık durumu, yaş, seks ve sosyal aktivite durumları arasındaki ilişkiyi lojistik regresyon ile analiz eden araştırmalarda; hayat memnuniyeti ile sağlık durumu ve sosyal aktivite durumunun ilişkili olup yaşın ise bir ilişkisi olmadığı görülmüştür (26).

Toplumun kötü beslenen bir dilimini de yaşlılar oluşturmaktadır. Kötü beslenme genel olarak; ekonomik, eğitim, dış sorunları ve mental durumları nedeniyledir. Her yaşlının besin gereksinimleri yönünden eğitilmesi ve diyetinin beslenme yönünden denetimi gereklidir (12).

Ayrıca yaşla birlikte tat duyusunun zayıflaması, dışlarda yetersizlik, kültürel ve geleneksel etmenler, yiyeceklere ilgi azlığı, sosyal aktivitede azalma, yalnız yaşayanlarda sadece bir kişi için yemek hazırlama ve yalnız yeme dezavantajı, fizik yetersizlikten dolayı alışverişte zorluk ve muhtemelen de yetersiz intestinal absorpsiyon da beslenme bozukluğu nedenleri arasında sayılabilir (3).

Yaşlı kişilerde ölümlerin çoğunda sağlıksız yaşam stili etkilidir. Sigara, aşırı alkol, yetersiz fizik egzersiz, ve yanlış beslenme çeşitli hastalıklara yol açmaktadır (27).

Hareket edebilme yeteneği yaşlı sağlığında çok önemlidir. Yaşlılıkta görülen hareket kısıtlılığı (disability), DSÖ tarafından üç aşamada incelenmiştir (Şekil 2) (2, 9).

1. İmpairment (yetmezlik): Fizik, ruh ya da anatomik yapıda çok az bir anormallik ya da fonksiyon kaybıdır.
2. Disability (yetersizlik): Hareket yeteneğinde normale göre kısıtlılık vardır.
3. Handicap (engel): Kişinin işlerine ve sosyal yaşamına eskisi gibi devam etmesi engellenmiştir.



Şekil 2. Hareket kabiliyetinde bağımsızlıktan bağımlılığa geçiş evreleri

Yaşlının fonksiyonel bağımlılığı, fiziksel ya da mental yetersizliği sonucu günlük yaşamındaki aktivite durumu ile bir ya da birden fazla kişinin ilgilenmesi olarak tanımlanır.

Başkalarının yardımı olmadan mobilitesini sağlayamayan yaşlılar, özellikle 85 yaş üstündekilerin 1/4' ünden fazlasını oluşturmaktadır. Bunlar gerek fiziksel, bedensel bir hastalık (felçler, zayıflıklar, deformiteler, diğer nörolojik bozukluklar, vs) ve gerekse mental bozulmalar nedeniyle uyum bozukluğu sonucu tek başına sokağa çıkamazlar ve sürekli yardıma gereksinimleri vardır (7).

#### Günlük Yaşam Aktiviteleri (*Activities of Daily Living*):

Banyo yapabilme, giyinebilme, yemek yiyebilme, yatak ya da sandalyeye yatabilme, oturabilme ya da kalkabilme, yürüyebilme, merdiven çıkabilme, sokağa çıkabilme, ayak tırnaklarını kesebilme ve tuvalet kullanabilme gibi aktiviteler günlük yaşam aktiviteleri (*ADLs*) olarak bilinirler.

Araç Kullanmaya Yönelik Günlük Yaşam Aktiviteleri (*Instrumental Activities of Daily Living*):

Telefon kullanabilme, seyahat edebilme, alışveriş yapabilme, yemek hazırlayabilme, ev işi yapabilme, çamaşır yıkayabilme, el işi yapabilme, kendi ilaçlarını alabilme, paranın yönetimini sağlayabilme gibi aktiviteler ise araç kullanmaya yönelik günlük yaşam aktiviteleri (*IADLs*) olarak bilinirler.

65 ve üzeri yaştaki insanların 1/4' ü bunlardan bir ya da birkaçını yapmakta zorluk çekmektedir (1).

Yaşlılarda kanser araştırmasının önemi erken tanı açısından dır. Erken tanı konulabildiğinde prognoz daha iyi olacaktır. Kanselerin yaklaşık olarak %50' si toplumda giderek oranı artan; 65 ve üzeri yaş grubunda ortaya çıkmaktadır (14).

Yaşlıların koruyucu sağlık hizmetlerinde bir önemli nokta da yaşlıların iatrojenik hastalıklardan korunmasıdır. Çünkü en çok ilaç kullanan grup olan yaşlı kesimde ilaç suistimali de bir hayli yüksektir. Hekimin ilaç verirken hastayla iyi diyalog kurması, ilaçların kullanım şeklini hastanın anlayabileceği bir dilde ayrıntılı açıklaması gerekir. Ayrıca ilacı yazarken hastanın fizyolojik yapısını gözönünde bulundurmalıdır. Örneğin plazma volümünü azaltan ve elektrolit dengesini bozan diüretikler, gizli depresyonlara yol açan rezerpin, istenmeyen gastrointestinal yan etkili nonsteroid antiinflamatuarlar gibi ilaçları yazarken dikkat edilmelidir.

Yaşlıların sağlık, ekonomik ve sosyal sorunlarını çözümlenmelerinde yardımcı olmak; onların toplum içinde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlamak üzere onlara bazı hizmet ve yardım kurumlarının sunulması gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlılara yönelik hizmet veren kurumlar

yeterli sayıda bulunmaktadır. Örneğin İngiltere' nin Bedfordshire yöresinin yerel yönetiminin yaşlılarla ilgili politikası genel politikalarına paralel olup yaşlıları toplum içinde tutmayı amaçlar.

Bu yörede yaşlıların büyük çoğunluğu kendi evinde yaşamakta olup, gerekli duyulan servisler evlerine ulaştırılmaktadır. Ancak küçük bir grubun (75 yaş ve üstünün %5-10' u) yaşlı yurtlarında sürekli bakıma gereksinimi olmaktadır. Yaşlılara sağlanan hizmetler; Sosyal servis bölümleri (Social Services Departments), Bölge Sağlık Kurumu (Area Health Authority) ve gönüllü kuruluşlar (Voluntary Organisations) olmak üzere 3 ana organizasyon tarafından sağlanmaktadır.

Sosyal servis bölümleri tarafından sağlanan servisler:

1. Yaşlı yurtları (Residential Homes veya Old Peoples Homes)
2. Günlük Merkezler (Day Centres)
3. Yaşlı Yurtlarında Günlük Bakım Servisi  
(Day Care in Residential Homes)
4. Yaşlı Yurtlarında Kısa Süreli Kalma Servisi  
(Short Stay in Residential Homes)
5. Ev İşleri Yardımı (Home Help)
6. Yemek Yardımı ve Dağıtımı (Meals on Wheels)
7. Yaşlılar İçin Uygun Konut ve Adaptasyon  
(Aids and Adaptations in Existing Housing)

Bölge Sağlık Kurumu Tarafından Sağlanan Servisler

1. Geriatri Hastaneleri (Geriatric Hospitals)
2. Günlük Bakım ve Tedavi Hastaneleri (Day Hospitals)
3. Sağlık Denetleyicileri (Health Visitors)

## Gönüllü Kuruluşlar Tarafından Sağlanan Servisler

1. İyi komşuluk ilişkileri sağlama faaliyetleri  
(Good Neighborhood Schemes)
2. Hemşirelik Hizmetleri (Nursing Schemes)
3. Gece bakım ve yardım hizmetleri (Night Schemes)
4. Günlük Merkezler (Day Centres)

İngiltere, bugün yaşlı nüfusa sağladığı hizmetler yönünden belli bir aşamaya gelmiş, bu nüfusa çeşitli ve çok yönlü servisler, birimler sağlamış bir ülkedir (10).

Değişen yaşam koşulları, artan yaşlı nüfus, yaşlı nüfusun temel gereksinimleri ve kendilerine özel sorunları nedeniyle yaşlılıkta koruyucu hekimlik kavramı önem kazanmıştır. Yaşlıların koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli olan noktalar 12 başlıkta sunulmaktadır (12):

1. Yaşlıların yalnızlıktan korunması
2. Fizik aktivite ve egzersiz programı verilmesi
3. Beslenme
4. Kazalardan korunma
5. İatrojenik hastalıkların önlenmesi
6. Ayak bakımı
7. Sigaranın bırakılması
8. Aşılama
9. Kanseri araştırması
10. Görme ve işitmenin korunması
11. Nöropsikiyatrik fonksiyonları
12. Anemi araştırması

Bu hizmetler için gerekli sağlık insan g¼c¼n¼n nicelik ve nitelik olarak yetiştirilmesi, gelişmekte olan ¼lkeler için hala bir sorundur. T¼m yaşlı kesimi kapsamasa bile en azından risk altındaki yaşlıların belirlenip onlara y¼nelik çalışmaların başlatılması ¼nerilmektedir.

Daha çok risk altında olan yaşlı grubu ise; çok yaşlı grup (80 yaş ¼zeri); yalnız başına yaşayanlar (hane halkı bir kişi); huzurevlerinde yaşayanlar; izole edilmiş yaşlılar (tek başına ya da çift olarak); çocuksuz yaşlılar; kronik bir hastalığı ya da kendi kendine g¼nl¼k aktivitelerini yerine getirmede bir yetersizliği olanlar; yaşlı çiftten birisinin kronik bir hastalığı ya da g¼nl¼k aktivitelerini yerine getirmede bir yetersizliği olanlar; devlet ya da sosyal kuruluşlardan çok az bir destek g¼rerek yaşayanlar oluşturmaktadır (12).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Samsun il Merkezi' nde 1, 2, 3 ve 6 no' lu sağlık ocaklarından sağlık hizmeti almak üzere başvuran 60 yaş grubu üzerindeki kişilerin;

- a. Demografik özelliklerini
- b. Sosyal yaşam biçimlerini
- c. Genel sağlık durumlarını

saptamak üzere planlanmış deskriptif (tanımlayıcı) özellikte ve kesitsel bir çalışmadır.

### **A. Araştırma bölgesinin tanımlanması**

Samsun İl Merkezi' nde merkez ilçe belediye sınırları içinde yer alan 1, 2, 3 ve 6 nolu sağlık ocaklarında 209.627 kişilik bir evrene Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmeti verilmektedir. Bu sağlık ocakları aynı zamanda Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı asistanlarının eğitim gördükleri sağlık kurumlarıdır.

Araştırmanın bu bölgede yapılma nedeni bölge halkının sağlık durumları ile ilgili kayıtlarının (ETF, vb.) düzenli olarak tutulması, özellikle de yaşlıların sosyal yaşamlarının değerlendirilmesi ile ilgili bilgilerin elde edilmesi aşamasında toplanan verilerin doğruluğunun sağlık ocağı kayıtları ile kontrolünde kolaylık sağlamaktır. Ayrıca sağlık ocaklarının yaşlılar için ulaşımının kolay olmasının ve de araştırmacının çalışma ekibini sağlık ocağı personelinin oluşturmasının çalışmanın yürütülmesinde karşılaşılabilecek güçlükleri en az düzeye indireceği düşünülmüştür.



## **B. Araştırma grubunun seçimi**

Araştırma bölgesini oluşturan sağlık ocaklarında 60 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfusu 13.892 kişi idi. 1994 yılı 1 Mayıs-30 Haziran 1994 tarihleri arasında sağlık ocaklarına herhangi bir nedenle başvuran 60 yaş ve üzeri yaş grubunda 293 yaşlının tümü örneklem yapılmaksızın araştırma kapsamına alınmıştır.

## **C. Veri toplama aşaması**

Veri toplamanın anket uygulama bölümü sağlık ocaklarında intörn doktorlar tarafından yürütülmüştür. Denek grubunda yer alan yaşlılara anket uygulanmadan önce sağlık ocağı polikliniğine herhangi bir yakınma ile başvuran 60 yaş ve üzeri yaşlardaki 25 kişiye ön anket uygulanarak hazırlanan anketin denemesi yapılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra araştırmaya başlanmıştır.

Veri toplama iki aşamada tanımlanmıştır. Birinci aşamada yaşlılara anket uygulanarak her bir yaşlının demografik özellikleri günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal durumları ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

(a) Demografik özelliklerini öğrenmek için; yaş, cins, medeni durum, meslek, sosyal güvenlik durumu, aylık geliri, kendi evi olup olmadığı, erkek ve kız çocuk sayıları sorulmuştur.

(b) Sosyal yaşam biçimleri ile ilgili verileri toplarken; otdukları konutun tipi, tuvalet tipi, evde kişi başına düşen oda sayısı, çocuklarının kendilerini ziyaret sıklıkları, ayaktan ya da yatarak tedavi görmeleri gerektiğinde yardımcı olan kişilerin kimlikleri ile kitle iletişim araçlarından gazete okuma ve televizyon izleme durumları araştırılmıştır.

(c) Sağlık durumlarını saptamak üzere kötü alışkanlık olarak sigara içme ve alkol kullanma durumu, fiziksel yetmezlik durumlarını tesbit

etmek için gözlük, diş protezi, işitme cihazı, baston gibi yardımcı cihazları kullanıp kullanmadığı, günlük yaşam aktivitelerini ortaya çıkaracak yürüme, sokağa çıkabilme, merdiven çıkabilme, banyo yapabilme, tuvalete gidebilme, giyinebilme, taranabilme, ayak tırnaklarını kesebilme, yemek yiyebilme ile günlük yaşam aktivitelerinde araç kullanma durumlarını saptayacak kapı kilitleyebilme, ekmek kesebilme, yemek hazırlayabilme, telefon edebilme, alışveriş yapabilme ve seyahat edebilme konularında sorular sorulmuştur.

Hastalık durumunu saptamak üzere o andaki mevcut şikayeti ile tanısı konulmuş hastalıkları, ilaç kullanıp kullanmadığı ve sakatlığı olup olmadığı araştırılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında toplanan verilerin kontrolü amacıyla %10 örnekleme seçilen 60 yaş ve üzerindeki 30 kişi evlerinde ziyaret edilerek anketle toplanan verilerin tutarlılığı araştırılmıştır.

#### **D. Verilerin değerlendirilmesi**

Toplanan verilerin değerlendirilmesi Ondokuzmayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı' nda yapılmıştır. Veriler IBM uyumlu bir bilgisayarda Epi Info programında değerlendirilmiştir. Verilerin programa girilmesi ve kontrolleri bizzat araştırmacı tarafından yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde nonparametrik testlerden ki-kare testi kullanılmıştır (28). Değerlendirilen veriler araştırmanın amacına uygun olarak bulgular bölümünde aşağıdaki başlıklarda sunulmuştur.

## 1. Demografik Özellikler

- a. yaş ve cinsiyet
- b. medeni durum
- c. eğitim durumu
- d. meslek

## 2. Sosyal Yaşam Biçimleri ile İlgili Bulgular

- a. yaşadıkları konut özellikleri
- b. ebeveyn olarak değerlendirilmeleri
- c. kitle iletişim araçlarından yararlanım durumları

## 3. Sağlık Durumları

- a. kötü alışkanlıkları
- b. fiziksel yetersizlik durumları
- c. sakatlık durumları
- d. günlük yaşam aktiviteleri
  - yaş grubu ve cinsiyete göre
  - sosyal güvenlik durumlarına göre
- e. hastalık durumları
- f. hastalık durumlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisi

## BULGULAR

### 1. Demografik Özelliklerle İlgili Bulgular:

#### a. Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Araştırma Grubunu oluşturan 293 kişinin yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı tablo 6' da görülmektedir.

Tablo 6. Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı

| Yaş G.        | Erkek      |           | Kadın      |           | Toplam     |            |
|---------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|
|               | Sayı       | %         | Sayı       | %         | Sayı       | %          |
| 60-64         | 48         | 48        | 52         | 52        | 100        | 100        |
| 65-69         | 38         | 43        | 50         | 57        | 88         | 100        |
| 70-74         | 26         | 51        | 25         | 49        | 51         | 100        |
| 75-79         | 13         | 52        | 12         | 48        | 25         | 100        |
| 80-84         | 5          | 39        | 8          | 62        | 13         | 100        |
| 85+           | 6          | 38        | 10         | 63        | 16         | 100        |
| <b>Toplam</b> | <b>136</b> | <b>46</b> | <b>157</b> | <b>54</b> | <b>293</b> | <b>100</b> |
| Ortalama yaş: | 68.1       |           | 68.4       |           |            |            |

Araştırma Grubunun; %34' ünü 60-64, %30' unu 65-69, %17' sini 70-74, %9' unu 75-79, %4' ünü 80-84, %6' sını ise 85 ve üzeri yaş grubu oluşturmakta olup yaş dağılımı bakımından cinsiyetler arasında fark yoktur ( $P>0.05$ ).

#### b. Medeni Durum

Araştırma grubundaki bireylerin medeni durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı tablo 7' de görülmektedir.

Tablo 7. Araştırma Grubunun Medeni Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G.        | Evli       |           | Bekar    |          | Boşanmış |          | Eşi ölmüş  |           | Toplam     |            |
|---------------|------------|-----------|----------|----------|----------|----------|------------|-----------|------------|------------|
|               | Sayı       | %         | Sayı     | %        | Sayı     | %        | Sayı       | %         | Sayı       | %          |
| 60-64         | 66         | 66        | 3        | 3        | 3        | 3        | 28         | 28        | 100        | 100        |
| 65-69         | 57         | 65        | 1        | 1        | 4        | 5        | 26         | 30        | 88         | 100        |
| 70-74         | 23         | 45        | -        | -        | 1        | 2        | 27         | 53        | 51         | 100        |
| 75-79         | 12         | 48        | -        | -        | -        | -        | 13         | 52        | 25         | 100        |
| 80-84         | 7          | 54        | -        | -        | -        | -        | 6          | 46        | 13         | 100        |
| 85 +          | 6          | 38        | -        | -        | 1        | 7        | 9          | 56        | 16         | 100        |
| <b>Toplam</b> | <b>171</b> | <b>58</b> | <b>4</b> | <b>1</b> | <b>9</b> | <b>3</b> | <b>109</b> | <b>37</b> | <b>293</b> | <b>100</b> |

Araştırma grubunun %58' inin evli, %37' sinin eşi ölmüş, %3' ünün boşanmış, %1' inin bekar olduğu görülmüştür. Tablo 8' de kadınların, tablo 9' da erkeklerin medeni durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 8. Araştırma Grubundaki Kadınların Medeni Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G.        | Evli      |           | Bekar    |          | Boşanmış |          | Eşi ölmüş |           | Toplam     |            |
|---------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|------------|------------|
|               | Sayı      | %         | Sayı     | %        | Sayı     | %        | Sayı      | %         | Sayı       | %          |
| 60-64         | 25        | 48        | 2        | 4        | 3        | 6        | 22        | 42        | 52         | 100        |
| 65-69         | 23        | 46        | -        | -        | 3        | 6        | 24        | 48        | 50         | 100        |
| 70-74         | 6         | 24        | -        | -        | -        | -        | 19        | 76        | 25         | 100        |
| 75-79         | 1         | 8         | -        | -        | -        | -        | 11        | 92        | 12         | 100        |
| 80-84         | 3         | 38        | -        | -        | -        | -        | 5         | 63        | 8          | 100        |
| 85 +          | 2         | 20        | -        | -        | 1        | 10       | 7         | 70        | 10         | 100        |
| <b>Toplam</b> | <b>60</b> | <b>38</b> | <b>2</b> | <b>1</b> | <b>7</b> | <b>4</b> | <b>88</b> | <b>56</b> | <b>157</b> | <b>100</b> |

Tablo 9. Araştırma Grubundaki Erkeklerin Medeni Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G.        | <u>Evli</u> |           | <u>Bekar</u> |          | <u>Boşanmış</u> |          | <u>Eşi ölmüş</u> |           | <u>Toplam</u> |            |
|---------------|-------------|-----------|--------------|----------|-----------------|----------|------------------|-----------|---------------|------------|
|               | Sayı        | %         | Sayı         | %        | Sayı            | %        | Sayı             | %         | Sayı          | %          |
| 60-64         | 41          | 85        | 1            | 2        | -               | -        | 6                | 13        | 48            | 100        |
| 65-69         | 34          | 90        | 1            | 3        | 1               | 3        | 2                | 5         | 38            | 100        |
| 70-74         | 17          | 65        | -            | -        | 1               | 4        | 8                | 31        | 26            | 100        |
| 75-79         | 11          | 85        | -            | -        | -               | -        | 2                | 15        | 13            | 100        |
| 80-84         | 4           | 80        | -            | -        | -               | -        | 1                | 20        | 5             | 100        |
| 85 +          | 4           | 67        | -            | -        | -               | -        | 2                | 33        | 6             | 100        |
| <b>Toplam</b> | <b>111</b>  | <b>82</b> | <b>2</b>     | <b>2</b> | <b>2</b>        | <b>2</b> | <b>21</b>        | <b>15</b> | <b>136</b>    | <b>100</b> |

Tablo 8 ve tablo 9 birlikte değerlendirildiğinde; her iki cinste de yaş gruplarının ilerlemesi ile evli olma sıklığı arasında bir ilişki olup olmama sıklığı araştırılmış, erkeklerde herhangi bir azalma görülmezken, kadınlarda evli olma sıklığında yaş ilerledikçe istatistiki olarak anlamlı bir ölçüde azalma görülmektedir ( $X^2= 13.78, P<0.05$ ).

### c. Eğitim Durumu

Tablo 10' da araştırma grubundaki kişilerin cinsiyet ve eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 10. Araştırma Grubundaki Bireylerin Cinsiyet ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

| <u>Eğitim Durumu</u> | <u>Erkek</u> |            | <u>Kadın</u> |            | <u>Toplam</u> |            |
|----------------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
|                      | Sayı         | %          | Sayı         | %          | Sayı          | %          |
| Okuryazar değil      | 23           | 17         | 77           | 49         | 100           | 34         |
| İlkokul mezunu       | 45           | 33         | 46           | 29         | 91            | 31         |
| Ortaokul ve üzeri    | 68           | 50         | 34           | 22         | 102           | 35         |
| <b>Toplam</b>        | <b>136</b>   | <b>100</b> | <b>157</b>   | <b>100</b> | <b>293</b>    | <b>100</b> |

Erkeklerde okuryazarlık oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik göstermektedir ( $X^2= 32.06, P<0.001$ ).

#### d. Meslek

Araştırma grubunun %66' sının işi yok, %8' i esnaf, %21' i ev kadını, %6' sı serbest çalışmakta olup tablo 11' de erkeklerin yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 11. Araştırma Grubundaki Erkeklerin Şu An Uğraştıkları Mesleklerine Göre Dağılımı

| Yaş G. | İşi Yok |     | Emekli |    | Esnaf |    | Serbest |    | Toplam |     |
|--------|---------|-----|--------|----|-------|----|---------|----|--------|-----|
|        | Sayı    | %   | Sayı   | %  | Sayı  | %  | Sayı    | %  | Sayı   | %   |
| 60-64  | 21      | 44  | 6      | 13 | 14    | 29 | 7       | 15 | 48     | 100 |
| 65-69  | 19      | 50. | 8      | 21 | 6     | 16 | 5       | 13 | 38     | 100 |
| 70-74  | 17      | 65  | 5      | 19 | 2     | 8  | 2       | 8  | 26     | 100 |
| 75+    | 17      | 71  | 5      | 21 | -     | -  | 2       | 8  | 24     | 100 |
| Toplam | 74      | 54  | 24     | 18 | 22    | 16 | 16      | 12 | 136    | 100 |

Yaşın ilerlemesiyle meslek sahibi olma sıklığının azaldığı görülmüştür. Kadınların %4' ü emekli olup, hiç birisi ev dışında çalışmamaktadır. %57' sinin ise ev işi dahil hiç bir işle uğraşmadığı görülmüştür.

#### e. Gelir ve Sosyal Güvenlik Durumu

Araştırma grubunun gelir durumunun cinsiyete göre dağılımı tablo 12' de görülmektedir.

Tablo 12. Araştırma Grubunun Gelir Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

| Gelir           | Erkek        |     | Kadın        |     | Toplam |     |
|-----------------|--------------|-----|--------------|-----|--------|-----|
|                 | Sayı         | %   | Sayı         | %   | Sayı   | %   |
| Geliri Yok      | 25           | 18  | 35           | 22  | 60     | 21  |
| 1-4 Milyon      | 74           | 54  | 100          | 64  | 174    | 59  |
| 5-8 Milyon      | 34           | 25  | 17           | 11  | 51     | 17  |
| 9 + Milyon      | 3            | 2   | 5            | 3   | 8      | 3   |
| Toplam          | 136          | 100 | 157          | 100 | 293    | 100 |
| Ortalama Gelir: | 3.154.000TL. |     | 2.592.000TL. |     |        |     |

Gelir düzeyleri bakımından cinsiyetler arasındaki fark erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2= 10.27, P<0.05$ ).

Araştırma grubunun bir sosyal güvenceye sahip olup olmama durumlarının cinsiyete göre dağılımı tablo 13' te görülmektedir.

Tablo 13. Araştırma Grubunun Sosyal Güvenlik Durumlarının Cinsine Göre Dağılımı

| <u>Sosyal Güvence</u> | <u>Erkek</u> |          | <u>Kadın</u> |          | <u>Toplam</u> |          |
|-----------------------|--------------|----------|--------------|----------|---------------|----------|
|                       | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>   | <u>%</u> |
| yok                   | 21           | 15       | 45           | 29       | 66            | 23       |
| Emekli Sandığı        | 50           | 37       | 55           | 35       | 105           | 36       |
| S.S.K.                | 29           | 21       | 27           | 17       | 56            | 19       |
| Bağ Kur               | 34           | 25       | 23           | 15       | 57            | 20       |
| Diğer                 | 2            | 2        | 7            | 5        | 9             | 3        |
| Toplam                | 136          | 100      | 157          | 100      | 293           | 100      |

Erkeklerin %15' inin, kadınların ise %28' inin hiç bir sosyal güvencesi olmayıp istatistiksel olarak değerlendirilmede kadınlar aleyhine anlamlı farklılık saptanmıştır ( $X^2=6.56, P<0.05$ ).

## 2. Araştırma Grubuna Giren Kişilerin Sosyal Yaşamları İle İlgili Bulgular:

### a. Yaşadıkları Konut Özellikleri

Araştırma grubundaki bireylerin %79' unun kendine ait evi vardır. Bir eve sahip olup olmama durumu bakımından cinsiyetler arası fark yoktur ( $P>0.05$ ).

Oturdukları konut tipine bakıldığında; bireylerin %59' u apartman dairesinde oturmakta olup cinsiyetler arasında fark yoktur. Tablo 14' te araştırma grubunun yaşadıkları konut özellikleri görülmektedir.



Tablo 14. Araştırma Grubundaki Yaşlıların Konut Özellikleri

| <u>Konut Özelliği</u> | <u>Sayı</u> | <u>%</u> |
|-----------------------|-------------|----------|
| <u>Oda Sayısı</u>     |             |          |
| 1                     | 5           | 2        |
| 2                     | 21          | 7        |
| 3                     | 127         | 43       |
| 4                     | 100         | 34.      |
| 5-8                   | 40          | 14       |
| <u>Konut Tipi</u>     |             |          |
| Müstakil Ev           | 119         | 41       |
| Apartman Dairesi      | 174         | 59       |
| <u>Tuvalet Durumu</u> |             |          |
| Alaturka              | 232         | 79       |
| Alafranga             | 61          | 21       |

b. Araştırma Grubunun Ebeveyn Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma grubunun cinsiyetine göre sahip oldukları çocuk sayısının dağılımı tablo 15' te görülmektedir.

Tablo 15. Araştırma Grubunun Cinsiyetine Göre Sahip Oldukları Çocuk Sayısının Dağılımı

| <u>Sahip Olduğu Çocuk</u> | <u>Erkek</u> |            | <u>Kadın</u> |            | <u>Toplam</u> |            |
|---------------------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
|                           | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>   | <u>%</u>   |
| Hiç Yok                   | 3            | 2          | 5            | 3.         | 8             | 3          |
| 1-3 arası                 | 63           | 46         | 69           | 44         | 132           | 45         |
| 4-6 arası                 | 56           | 42         | 67           | 43         | 123           | 42         |
| 7-9 arası                 | 14           | 10         | 16           | 10.        | 30            | 10         |
| <u>Toplam</u>             | <u>136</u>   | <u>100</u> | <u>157</u>   | <u>100</u> | <u>293</u>    | <u>100</u> |
| Ortalama Çocuk            | 1.9          |            | 1.8          |            | 3.8           |            |

Araştırma grubunun %3' ünün hiç çocuğu yoktur. %11' inin hiç oğlu, %14' ünün ise hiç kızı yoktur. Araştırma grubunun %45' inin çocuk sayısı 1-3 arası, %42' sinin 4-6 arası, %10' unun ise 7-9 arasındır.

Araştırma grubundaki bireylerin %14' ü tek başına yaşıyordu. %37' si evde 2 kişi, %27' si 3-4 kişi, %16' sı 5-6 kişi, %7' si ise 7-9 kişi birlikte yaşıyordu. Tablo 16' da araştırma grubunun birlikte yaşadığı aile bireylerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 16. Araştırma Grubunun Birlikte Yaşadığı Aile Bireylerine Göre Dağılımı

|                   | Erkek |     | Kadın |     | Toplam |     |
|-------------------|-------|-----|-------|-----|--------|-----|
|                   | Sayı  | %   | Sayı  | %   | Sayı   | %   |
| Tek Başına        | 10    | 7   | 32    | 20  | 42     | 14  |
| Eşi İle           | 73    | 54  | 37    | 24  | 110    | 38  |
| Çocuğu İle        | 19    | 14  | 59    | 38  | 78     | 27  |
| Eşi ve Çocuğu İle | 33    | 24  | 20    | 12  | 53     | 18  |
| Diğer             | 1     | 1   | 9     | 6   | 10     | 3   |
| Toplam            | 136   | 100 | 157   | 100 | 293    | 100 |

Araştırma Grubundaki bireylerin kız çocukları tarafından ziyaret sıklığı tablo 17' de, erkek çocukları tarafından ziyaret sıklığı tablo 18' de görülmektedir.

Tablo 17. Araştırma Grubunun Kızlarının Ziyaret Sıklığının Cinsiyete Göre Dağılımı

| Kız Çocukların Ziyaret Sıklığı | Erkek |     | Kadın |     | Toplam |     |
|--------------------------------|-------|-----|-------|-----|--------|-----|
|                                | Sayı  | %   | Sayı  | %   | Sayı   | %   |
| Hergün                         | 45    | 33  | 53    | 34  | 98     | 33  |
| Haftada Bir                    | 33    | 24  | 47    | 30  | 80     | 27  |
| On Beş Günde Bir               | 16    | 12  | 13    | 8   | 29     | 10  |
| Ayda Bir                       | 15    | 11  | 11    | 7   | 26     | 9   |
| Diğer                          | 27    | 20  | 33    | 21  | 60     | 21  |
| Toplam                         | 136   | 100 | 157   | 100 | 293    | 100 |

Tablo 18. Araştırma Grubunun Oğullarının Ziyaret Sıklığının Cinsiyete Göre Dağılımı

| Erkek Çocukların Ziyaret Sıklığı | Erkek      |            | Kadın      |            | Toplam .   |            |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                  | Sayı       | %          | Sayı       | %          | Sayı       | %          |
| Hergün                           | 48         | 35         | 62         | 40         | 110        | 38         |
| Haftada Bir                      | 40         | 30         | 41         | 26         | 81         | 28         |
| On Beş Günde Bir                 | 11         | 8          | 11         | 7          | 22         | 8          |
| Ayda Bir                         | 11         | 8          | 14         | 9          | 25         | 9          |
| Diğer                            | 26         | 19         | 29         | 19         | 55         | 18         |
| <b>Toplam</b>                    | <b>136</b> | <b>100</b> | <b>157</b> | <b>100</b> | <b>293</b> | <b>100</b> |

Kız ve erkek çocukların ebeveynlerini ziyaret sıklıkları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $P>0.05$ ).

Araştırma Grubundaki bireylerin hastalandıklarında kendilerine yardımcı olabilecek kişilerin dağılımı; ayaktan tedavi ve bakım görmeleri gerektiğinde tablo 19' da; yatarak tedavi ve bakım görmeleri gerektiğinde tablo 20' de görülmektedir.

Tablo 19. Araştırma Grubunun Hastalandıklarında Kendilerine Yardımcı Olan Kişilerin Dağılımı

|                         | Erkek      |            | Kadın      |              | Toplam .   |            |
|-------------------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|
|                         | Sayı       | %          | Sayı       | %            | Sayı       | %          |
| Yok                     | 2          | 2          | 5          | 3            | 7          | 2          |
| Eşi                     | 42         | 31         | 14         | 9            | 56         | 19         |
| Çocukları               | 37         | 27         | 83         | 53           | 120        | 41         |
| Akrabaları              | 1          | 1          | 10         | 6            | 11         | 4          |
| Komşu ve Arkadaş        | 1          | 1          | 6          | 4            | 7          | 2          |
| Eşi ve Çocukları        | 50         | 37         | 23         | 15           | 73         | 25         |
| Çocuk ve Akrabaları     | 3          | 2          | 12         | 8            | 15         | 5          |
| Çocuk, Komşu ve Arkadaş | -          | -          | 4          | 2            | 4          | 2          |
| <b>Toplam</b>           | <b>136</b> | <b>100</b> | <b>157</b> | <b>100.0</b> | <b>293</b> | <b>100</b> |

Tablo 20. Araştırma Grubunun Yatarak Tedavi ve Bakım Görmesi Gerektiğinde Onlara Yardımcı Olabilecek Kişilerin Dağılımı

|                     | <u>Erkek</u> |            | <u>Kadın</u> |            | <u>Toplam</u> |            |
|---------------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
|                     | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>   | <u>%</u>   |
| Yok                 | 1            | 1          | 3            | 2          | 4             | 1          |
| Eşi                 | 38           | 28         | 8            | 5          | 46            | 16         |
| Çocukları           | 48           | 35         | 95           | 61         | 143           | 49         |
| Akrabaları          | 1            | 1          | 13           | 8          | 14            | 5          |
| Komşu ve Arkadaş    | 1            | 1          | 3            | 2          | 4             | 1          |
| Eşi ve Çocukları    | 42           | 30         | 22           | 14         | 64            | 22         |
| Çocuk ve Akrabaları | 5            | 4          | 13           | 8          | 18            | 6          |
| <b>Toplam</b>       | <b>136</b>   | <b>100</b> | <b>157</b>   | <b>100</b> | <b>293</b>    | <b>100</b> |

### c. Araştırma Grubunun Kitle İletişim Araçlarından Faydalanabilme Durumları

Araştırma grubundaki yaşlıların %24' ü sürekli, %60' ı akşamları televizyon seyretmektedir. Bireylerin televizyon seyretme alışkanlığı bakımından cinsiyete göre dağılımları tablo 21' de görülmektedir.

Televizyon seyretme alışkanlığı bakımından cinsler arasındaki fark, sürekli izleme açısından kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=13.4$ ,  $P<0.001$ ).

Tablo 21. Araştırma Grubunun Televizyon Seyretme Alışkanlıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

|               | <u>Erkek</u> |            | <u>Kadın</u> |            | <u>Toplam.</u> |            |
|---------------|--------------|------------|--------------|------------|----------------|------------|
|               | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>    | <u>%</u>   |
| Sürekli       | 21           | 15         | 49           | 31         | 70             | 24         |
| Akşamları     | 100          | 74         | 76           | 48         | 177            | 60         |
| Diğer         | 15           | 11         | 32           | 20         | 46             | 16         |
| <b>Toplam</b> | <b>136</b>   | <b>100</b> | <b>157</b>   | <b>100</b> | <b>293</b>     | <b>100</b> |

Bireylerin %50' si hiç gazete okumamaktadır. %28' i hergün, %16' sı en az haftada bir gazete okumaktadır. Yaşlıların gazete okuma

durumlarının cinsiyete göre dağılımı tablo 22' de görülmektedir. Gazete okuma alışkanlığı bakımından cinsler arasındaki fark erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2= 30.3$ ,  $P<0.001$ ).

Tablo 22. Araştırma Grubunun Gazete Okuma Alışkanlıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

|             | <u>Erkek</u> |          | <u>Kadın</u> |          | <u>Toplam</u> |          |
|-------------|--------------|----------|--------------|----------|---------------|----------|
|             | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>   | <u>%</u> |
| Yok         | 48           | 35       | 99           | 63       | 147           | 50       |
| Hergün      | 55           | 40       | 26           | 17       | 81            | 28       |
| Haftada bir | 29           | 21       | 18           | 12       | 47            | 16       |
| Diğer       | 4            | 3        | 14           | 9        | 18            | 6        |
| Toplam      | 136          | 100      | 157          | 100      | 293           | 100      |

### 3. Araştırma Grubundaki Bireylerin Sağlık Durumları İle İlgili Bulgular

#### a. Kötü Alışkanlıkları:

Araştırma grubunda halen sigara içmekte olanların oranı %16 idi. Bireylerin %82' si ise sigara içmemektedir. Yaşlıların sigara içme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı tablo 23' te görülmektedir. Sigara içme alışkanlığı bakımından cinsler arası fark erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2= 21.7$ ,  $P<0.001$ ).

Tablo 23. Araştırma Grubunun Sigara İçme Alışkanlıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

| <u>Sigara</u> | <u>Erkek</u> |          | <u>Kadın</u> |          | <u>Toplam</u> |          |
|---------------|--------------|----------|--------------|----------|---------------|----------|
|               | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>   | <u>%</u> |
| İçiyor        | 36           | 26       | 11           | 7        | 47            | 16       |
| İçmiyor       | 95           | 70       | 145          | 92       | 240           | 82       |
| Diğer         | 5            | 4        | 1            | 1        | 6             | 2        |
| Toplam        | 136          | 100      | 157          | 100      | 293           | 100      |

Alkol kullanan yaşlıların oranı %5 idi. Alkol kullanma alışkanlığının cinsiyete göre dağılımı tablo 24' te görülmektedir. Bireylerde alkol kullanma bakımından cinsler arası fark erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2= 5.98, P<0.05$ ).

Tablo 24. Araştırma Grubunun Alkol Kullanma Alışkanlıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

| Alkollü İçki | Erkek |     | Kadın |     | Toplam |     |
|--------------|-------|-----|-------|-----|--------|-----|
|              | Sayı  | %   | Sayı  | %   | Sayı   | %   |
| İçiyor       | 12    | 9   | 3     | 2   | 15     | 5   |
| İçmiyor      | 121   | 89  | 153   | 97  | 274    | 94  |
| Diğer        | 3     | 2   | 1     | 1   | 4      | 1   |
| Toplam       | 136   | 100 | 157   | 100 | 293    | 100 |

b. Fiziksel Yetersizlik Durumları:

Yaşlıların %15' i hiç bir yardımcı cihaz kullanmamaktadır. Yardımcı cihaz kullanmama bakımından cinsler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $P>0.05$ ). Bireylerin %36' sı bir, %42' si iki, %7' si ise üç yardımcı cihaz kullanmaktadır. Her iki cinste de en sık kullanılan yardımcı cihaz kombinasyonu gözlük ve diş protezidir (%40). Kullanılan yardımcı cihaz sayısının cinsiyete göre dağılımı tablo 25' de görülmektedir. Kullanılan yardımcı cihaz sayısı bakımından cinsler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $P>0.05$ ).

Tablo 25. Araştırma Grubundaki Bireylerin Kullandıkları Yardımcı Cihaz Sayılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

|                               | <u>Erkek</u> |            | <u>Kadın</u> |            | <u>Toplam.</u> |            |
|-------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|----------------|------------|
|                               | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>  | <u>%</u>   | <u>Sayı</u>    | <u>%</u>   |
| Yardımcı Cihaz Kullanmayanlar | 20           | 15         | 25           | 16         | 45             | 15         |
| 1 Tane Kullananlar            | 48           | 36         | 56           | 36         | 104            | 36         |
| 2 Tane Kullananlar            | 55           | 40         | 69           | 44         | 124            | 42         |
| En Az 3 Tane Kullananlar      | 13           | 9          | 7            | 4          | 20             | 7          |
| <b>Toplam</b>                 | <b>136</b>   | <b>100</b> | <b>157</b>   | <b>100</b> | <b>293</b>     | <b>100</b> |

Kullandıkları yardımcı cihaz tiplerine göre dağılım tablo 26' da görülmektedir.

Tablo 26. Araştırma Grubunun Kullandığı Yardımcı Cihaz Tiplerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

|               | <u>Erkek</u> |          | <u>Kadın</u> |          | <u>Toplam.</u> |          |
|---------------|--------------|----------|--------------|----------|----------------|----------|
|               | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>  | <u>%</u> | <u>Sayı</u>    | <u>%</u> |
| Gözlük        | 96           | 71       | 102          | 65       | 198            | 68       |
| Diş Protezi   | 79           | 58       | 102          | 65       | 181            | 62       |
| Baston        | 8            | 10       | 2            | 1        | 10             | 3        |
| İşitme Cihazı | 14           | 10       | 9            | 6        | 23             | 8        |

c. Sakatlık Durumları:

Araştırma grubundaki sakatlık durumu değerlendirildiğinde erkeklerin %2' si, kadınların %4' ü sakat idi. Sakatlık durumu bakımından cinsler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $P>0.05$ ).

d. Araştırma Grubundaki Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

(1). Yaş grubu ve cinsiyete göre GYA:

Tablo 27' de araştırma grubunda yer alan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 27. Araştırma Grubunun Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (%)

| GYA                    | 60-64<br>(n=100) | 65-69<br>(n=88) | 70-74<br>(n=51) | 75-79<br>(n=25) | 80+<br>(n=29) | Toplam<br>(n=293) |
|------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------|
| Yürüme                 | 100              | 100             | 100             | 96              | 97            | 99                |
| Sokağa Çıkabilme       | 98               | 94              | 96              | 88              | 66            | 93                |
| Merdiven Çıkabilme     | 97               | 96              | 88              | 88              | 62            | 91                |
| Banyo Yapabilme        | 97               | 96              | 96              | 88              | 72            | 93                |
| Tuvalete Gidebilme     | 99               | 100             | 100             | 92              | 90            | 98                |
| Giyinebilme            | 100              | 100             | 100             | 96              | 86            | 98                |
| Taranabilme            | 100              | 98              | 100             | 96              | 86            | 98                |
| Ayak Tırnaklarını Kes. | 98               | 97              | 96              | 88              | 66            | 93                |
| Yemek Yiyebilme        | 99               | 100             | 96              | 84              | 79            | 96                |

Görüldüğü üzere gerek yürüme ve sokağa çıkabilme gibi lokomotor fonksiyonlarda gerek, banyo yapabilme, giyinebilme, ayak tırnaklarını kesebilme gibi el becerisi ve lokomotor fonksiyonların bir arada bulunduğu diğer yaşam aktivitelerinde yaşın ilerlemesi ile önemli ölçüde kayıp görülmektedir.

60-64 yaş grubundaki yaşlıların, yardımsız olarak, %100' ü yürüyebilir, %98' i sokağa çıkabilir, %97' si merdiven çıkabilir, %97' si banyo yapabilir, %99' u tuvalete gidebilir, %100' ü giyinebilir, taranabilir, %98' i ayak tırnaklarını kesebilir ve %99' u yemek yiyebilir iken 80 yaş ve üzeri yaş grubunda bu hızlar sırasıyla; yüzde 97, 66, 62, 72, 90, 86, 86, 66, 79' a düşmektedir.



Günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde her iki cins arasındaki fark karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur ( $P>0.05$ ).

Tablo 28' de araç kullanmaya yönelik günlük yaşam aktivitelerinin yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Araç kullanmada da ilerleyen yaşla birlikte azalma olduğu saptanmıştır.

Tablo 28. Araştırma Grubunun Seçilmiş Araç Kullanmaya Yönelik Günlük Yaşam Aktivitelerinin(aGYA) Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (%)

| aGYA                | 60-64<br>(n=100) | 65-69<br>(n=88) | 70-74<br>(n=51) | 75-79<br>(n=25) | 80+<br>(n=29) | Toplam<br>(n=293) |
|---------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------|
| Kapı Kilitleyebilme | 99               | 99              | 100             | 96              | 79            | 97                |
| Ekmek Kesebilme     | 98               | 98              | 86              | 80              | 62            | 91                |
| Yemek Hazırlama     | 97               | 91              | 80              | 80              | 52            | 86                |
| Telefon Edebilme    | 97               | 90              | 82              | 88              | 45            | 86                |
| Alışveriş Yapabilme | 97               | 89              | 77              | 72              | 41            | 83                |
| Seyahat Edebilme    | 91               | 89              | 71              | 80              | 31            | 80                |

60-64 yaş grubundakilerin %99' u kapı kilitleyebiliyor, %98' i ekmek kesebiliyor, %97' si yemek hazırlayabiliyor, telefon edebiliyor, alışveriş yapabiliyor ve %91' i seyahat edebiliyor iken; 80 ve üzeri yaş grubundaki bireylerde bunlar sırasıyla; yüzde 79, 62, 52, 45, 41 ve 31' e düşmektedir ve cinsler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $P>0.05$ ).

Kadınların ev işi yapma, yemek hazırlama, çamaşır yıkama ve el işi yapabilme durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı tablo 29' da görülmektedir.

Tablo 29. Araştırma Grubundaki Kadınların Ev İşi Yapabilme, Yemek Hazırlayabilme, Çamaşır Yıkayabilme ve El İşi Yapabilme Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (%)

| <u>Yaş Grubu</u> | <u>n</u>   | <u>Ev İşi Yap.</u> | <u>Yemek Haz.</u> | <u>Çamaşır Yık.</u> | <u>El İşi Yap.</u> |
|------------------|------------|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------|
| 60-64            | 52         | 96                 | 96                | 96                  | 92                 |
| 65-69            | 50         | 86                 | 88                | 86                  | 82                 |
| 70-74            | 25         | 76                 | 76                | 64                  | 56                 |
| 75-79            | 12         | 83                 | 83                | 83                  | 75                 |
| 80+              | 18         | 39                 | 44                | 28                  | 28                 |
| <b>Toplam</b>    | <b>157</b> | <b>82</b>          | <b>83</b>         | <b>79</b>           | <b>75</b>          |

(2). Sosyal güvencesi olma durumuna göre GYA:

Araştırma grubundaki yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki yeterlilikleri, onların herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmaması ile de değişiklik göstermektedir.

Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki yeterlilikleri herhangi bir sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre de değişmektedir. Bir sosyal güvencesi olan bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki yeterlilik, diğerlerine göre daha yüksektir. Bireylerin sokağa çıkabilme, merdiven çıkabilme, banyo yapabilme, ayak tırnaklarını kesebilme, telefon edebilme, alışveriş yapabilme ve seyahat edebilme aktivitelerinde herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $P<0.05$ ). Yürüme, tuvalete gidebilme, giyinebilme, taranabilme, kapı kilitleyebilme, yemek yiyebilme ve ekmek kesebilme aktivitelerinde ise fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $P>0.05$ ). Araştırma grubundaki yaşlıların herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmamalarına göre çeşitli günlük yaşam aktivitelerinin dağılımı tablo 30 ve tablo 31' de görülmektedir.

Tablo 30. Araştırma Grubunun Seçilmiş Günlük Yaşam Aktivitelerinin Bir Sosyal Güvenceye Sahip Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

| GYA                          | Bir Sosyal Güvencesi |    |            |     | Toplam |    |
|------------------------------|----------------------|----|------------|-----|--------|----|
|                              | Yok(n=66)            |    | Var(n=227) |     | Sayı   | %  |
|                              | Sayı                 | %  | Sayı       | %   |        |    |
| Yürüme                       | 64                   | 97 | 227        | 100 | 291    | 99 |
| Sokağa Çıkabilme*            | 56                   | 85 | 215        | 95  | 271    | 93 |
| Merdiven Çıkabilme*          | 55                   | 83 | 211        | 93. | 266    | 91 |
| Banyo Yapabilme*             | 57                   | 86 | 216        | 95. | 273    | 93 |
| Tuvalete Gidebilme           | 64                   | 97 | 223        | 98. | 287    | 98 |
| Giyinebilme                  | 63                   | 96 | 225        | 99. | 288    | 98 |
| Taranabilme                  | 63                   | 96 | 223        | 98. | 286    | 98 |
| Ayak Tırnaklarını Kesebilme* | 56                   | 85 | 217        | 96  | 273    | 93 |
| Yemek Yiyebilme              | 63                   | 96 | 217        | 96  | 280    | 96 |

\* P<0.05

Tablo 31. Araştırma Grubunun Seçilmiş Araç Kullanmaya Yönelik Günlük Yaşam Aktivitelerinin Bir Sosyal Güvenceye Sahip Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

| aGYA                 | Bir Sosyal Güvencesi |    |            |    | Toplam |    |
|----------------------|----------------------|----|------------|----|--------|----|
|                      | Yok(n=66)            |    | Var(n=227) |    | Sayı   | %  |
|                      | Sayı                 | %  | Sayı       | %  |        |    |
| Kapı Kilitleyebilme  | 63                   | 95 | 221        | 97 | 284    | 97 |
| Ekmek Kesebilme      | 59                   | 89 | 207        | 91 | 266    | 91 |
| Yemek Hazırlayabilme | 54                   | 82 | 199        | 88 | 253    | 86 |
| Telefon Edebilme*    | 44                   | 67 | 209        | 92 | 253    | 86 |
| Alışveriş Yapabilme* | 46                   | 70 | 198        | 87 | 244    | 83 |
| Seyahat Edebilme*    | 40                   | 61 | 194        | 86 | 234    | 80 |

\*P<0.05

Kadınlarda; herhangi bir sosyal güvencesi olanlarda ev işi yapabilme oranı %83 iken, güvencesi olmayanlarda %80' e düşmektedir. Çamaşır yıkama; %80' den %76' ya, el işi yapabilme %79' dan 64' e, yemek hazırlayabilme oranı ise %84' den %82' ye inmektedir. Her dört aktivite için de aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (P>0.05).

Günlük yaşam aktiviteleri, araştırma grubundaki bireylerin aylık gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında; fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $P>0.05$ ).

#### e. Hastalık Durumları

Araştırma grubuna giren bireylerin %38' inin hiç bir hastalığı yoktu. Herhangi bir hastalığa sahip olup olmama durumu bakımından cinsler arası fark kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=17.8$ ,  $P<0.001$ ). Tablo 32' de araştırma grubuna giren kişilerde hastalık sayısının cinse göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 32. Araştırma Grubuna Giren Kişilerde Hastalık Sayısının Cinse Göre Dağılımı

| Hastalık Durumu | Erkek |     | Kadın |     | Toplam |     |
|-----------------|-------|-----|-------|-----|--------|-----|
|                 | Sayı  | %   | Sayı  | %   | Sayı   | %   |
| Hastalığı Yok   | 69    | 51  | 41    | 26  | 110    | 38  |
| 1 Hastalığı var | 57    | 42  | 74    | 47  | 131    | 45  |
| 2 Hastalığı var | 4     | 3   | 38    | 24  | 42     | 14  |
| 3 Hastalığı var | 6     | 4   | 4     | 3   | 10     | 3   |
| Toplam          | 136   | 100 | 157   | 100 | 293    | 100 |

Görüldüğü üzere araştırma grubuna giren bireylerin %45' inin bir hastalığı, %14' ünün iki hastalığı, %3' ünün ise üç hastalığı vardı.

Tablo 33' te araştırma grubundaki bireylerin hastalık durumlarının yaş grubuna göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 33. Araştırma Grubunun Hastalıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Hastalık             | 60-69<br>(n=188) |    | 70-79<br>(n=86) |    | 80+<br>(n=29) |    | Toplam<br>(n=293) |    |
|----------------------|------------------|----|-----------------|----|---------------|----|-------------------|----|
|                      | Sayı             | %  | Sayı            | %  | Sayı          | %  | Sayı              | %  |
| Yok                  | 85               | 45 | 18              | 24 | 7             | 24 | 110               | 38 |
| Hipertansiyon        | 47               | 25 | 26              | 34 | 10            | 35 | 83                | 28 |
| Kardiyovasküler H.   | 27               | 14 | 16              | 21 | 11            | 38 | 54                | 18 |
| Kas İskelet Sist. H. | 21               | 11 | 11              | 15 | 7             | 24 | 39                | 13 |
| Diabet               | 26               | 14 | 9               | 12 | 3             | 10 | 38                | 13 |
| Solunum Sist. H.     | 10               | 5  | 4               | 5  | -             | -  | 14                | 5  |
| Diğer                | 7                | 4  | 5               | 7  | 3             | 10 | 15                | 5  |

Hipertansiyon, bireylerin %28' inde mevcuttur. 60-69 yaş grubunun %25' i, 70-79 yaş grubunun, %34' ü, 80 ve daha üzeri yaş grubunun ise %35'i hipertansiyon hastasıdır. Yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $P>0.05$ ). Erkeklerin %18' i, kadınların ise %38' i hipertansiyonludur. Kadınlarla erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=13.3$ ,  $P<0.001$ ). Hastaların %8'i ilaçlarını düzensiz kullanmaktadır. Hipertansiyon hastalarının yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı tablo 34' te görülmektedir.

Tablo 34. Araştırma Grubuna Giren Hipertansiyon Hastalarının Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G.       | Erkek |    | Kadın |    | Toplam |    |
|--------------|-------|----|-------|----|--------|----|
|              | Sayı  | %  | Sayı  | %  | Sayı   | %  |
| 60-69(n=188) | 9     | 11 | 38    | 37 | 47     | 25 |
| 70-79(n=76)  | 14    | 36 | 12    | 52 | 26     | 34 |
| 80+ (n=29)   | 1     | 9  | 9     | 50 | 10     | 35 |
| Toplam       | 24    | 18 | 59    | 38 | 83     | 28 |

Kardiyovasküler hastalık, araştırma grubundaki yaşlıların %18' inde mevcuttur. 60-69 yaş grubunun %14' ü, 70-79 yaş grubunun, %21' i, 80 ve daha üzeri yaş grubunun ise %38' i kalp hastasıdır. Yaş grupları arasındaki

fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2= 9.75$ ,  $P<0.05$ ). 80 ve üzeri yaş grubu dahil edilmediğinde ise fark anlamsızdır ( $P>0.05$ ). Kadınlarla erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=8.35$ ,  $P<0.01$ ). Hastaların %11' i ilaçlarını düzensiz kullanmaktadır. Kardiyovasküler hastalığın yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı tablo 35' te görülmektedir.

Tablo 35. Araştırma Grubundaki Kardiyovasküler Hastalıkların Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G.       | Erkek |    | Kadın |    | Toplam |    |
|--------------|-------|----|-------|----|--------|----|
|              | Sayı  | %  | Sayı  | %  | Sayı   | %  |
| 60-69(n=188) | 8     | 9  | 19    | 19 | 27     | 14 |
| 70-79(n=76)  | 6     | 15 | 10    | 27 | 16     | 21 |
| 80 + (n=29)  | 1     | 9  | 10    | 56 | 11     | 38 |
| Toplam       | 15    | 11 | 39    | 25 | 54     | 18 |

Diabet, araştırma grubundaki yaşlıların %13' ünde mevcuttur. 60-69 yaş grubunun %14' ü, 70-79 yaş grubunun, %12' si, 80 ve daha üzeri yaş grubunun ise %11' i şeker hastasıdır. Yaş grupları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsızdır ( $P>0.05$ ). Ayrıca kadınlarla erkekler arasındaki fark ta istatistiksel olarak anlamsızdır ( $P>0.05$ ). Hastaların %3' ü ilaçlarını düzensiz kullanmaktadır. Diabetin yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı tablo 36' da görülmektedir.

Tablo 36. Araştırma Grubuna Giren Diabetli Hastaların Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G.       | Erkek |    | Kadın |    | Toplam |    |
|--------------|-------|----|-------|----|--------|----|
|              | Sayı  | %  | Sayı  | %  | Sayı   | %  |
| 60-69(n=188) | 10    | 12 | 16    | 16 | 26     | 14 |
| 70-79(n=76)  | 4     | 10 | 5     | 14 | 9      | 12 |
| 80 + (n=29)  | 1     | 9  | 2     | 11 | 3      | 10 |
| Toplam       | 15    | 11 | 23    | 15 | 38     | 13 |

Kas-İskelet Sistemi Hastalığı, araştırma grubundaki yaşlıların %13'ünde mevcuttur. 60-69 yaş grubunun %11' i, 70-79 yaş grubunun, %15' i, 80 ve daha üzeri yaş grubunun ise %24' ü bir romatizmal hastalığa sahiptir. Yaş grupları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsızdır ( $P>0.05$ ). Kadınlarla erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=8.80$ ,  $P<0.01$ ). Araştırma grubundaki bireylerde kas-iskelet sistemiyle ilgili hastalıkların yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı tablo 37' de görülmektedir.

Tablo 37. Araştırma Grubuna Girenlerde Kas-iskelet Sistemi Hastalığı Olanların Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G.       | Erkek |    | Kadın |    | Toplam . |    |
|--------------|-------|----|-------|----|----------|----|
|              | Sayı  | %  | Sayı  | %  | Sayı     | %  |
| 60-69(n=188) | 5     | 6  | 16    | 16 | 21       | 11 |
| 70-79(n=76)  | 1     | 3  | 10    | 27 | 11       | 15 |
| 80+ (n=29)   | 3     | 27 | 4     | 22 | 7        | 24 |
| Toplam       | 9     | 7  | 30    | 19 | 39       | 13 |

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), araştırma grubundaki yaşlıların %5' inde mevcuttur. 60-69 yaş grubunun %5' inde, 70-79 yaş grubunun, %5' inde KOAH mevcuttu. 80 ve daha üzeri yaş grubunda ise KOAH mevcudiyeti yoktu. Her üç yaş grubu arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsızdır ( $P>0.05$ ). Kadınlarla erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $P>0.05$ ). KOAH' ın yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı tablo 38' de görülmektedir.

Tablo 38. Araştırma Grubuna Girenlerde Kronik Akciğer Hastalığı Olanların Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş G. | Erkek |   | Kadın |   | Toplam |   |
|--------|-------|---|-------|---|--------|---|
|        | Sayı  | % | Sayı  | % | Sayı   | % |
| 60-69  | 6     | 7 | 4     | 4 | 10     | 5 |
| 70-79  | 2     | 5 | 2     | 5 | 4      | 5 |
| 80+    | -     | - | -     | - | -      | - |
| Toplam | 8     | 6 | 6     | 4 | 14     | 5 |

Glokom, araştırma grubunun içinde; 2' si kadın, 2' si erkek olmak üzere 4 kişide mevcuttur (%1.4). Bu hastaların hepsi 60-69 yaş grubu içinde idi. Araştırma grubunun gene %1.4' ünde Parkinson hastalığı, %1' inde katarakt mevcut idi. Erkeklerin %3' ü ise prostat hastalığına sahipti.

#### f. Hastalık Durumlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi

Araştırma grubundaki bireylerde herhangi bir hastalığın var olması durumunda günlük yaşam aktivitelerinden sokağa çıkabilme ve merdiven çıkabilme aktivitesinde istatistiki olarak anlamlı ölçüde bir azalma mevcuttu (tablo 39).

Araç kullanmayı gerektiren günlük yaşam aktivitelerinde ise ekmek kesebilme, yemek hazırlayabilme, telefon edebilme, alışveriş yapabilme ve seyahat edebilme aktivitelerinde istatistiki olarak anlamlı bir azalma saptandı (tablo 40).



Tablo 39. Araştırma Grubunun Seçilmiş Günlük Yaşam Aktivitelerinin Bir Hastalık Olup Olmamasına Göre Dağılımı

| GYA                         | Herhangi bir hastalık |    |            |    | Toplam |    |
|-----------------------------|-----------------------|----|------------|----|--------|----|
|                             | Yok(n=110)            |    | Var(n=183) |    |        |    |
|                             | Sayı                  | %  | Sayı       | %  | Sayı   | %  |
| Yürüme                      | 109                   | 99 | 182        | 99 | 291    | 99 |
| Sokağa Çıkabilme*           | 107                   | 97 | 164        | 89 | 271    | 93 |
| Merdiven Çıkabilme*         | 107                   | 97 | 159        | 88 | 266    | 91 |
| Banyo Yapabilme             | 107                   | 97 | 166        | 92 | 273    | 93 |
| Tuvalete Gidebilme          | 108                   | 98 | 179        | 99 | 287    | 98 |
| Giyinebilme                 | 109                   | 99 | 179        | 99 | 288    | 98 |
| Taranabilme                 | 109                   | 99 | 177        | 98 | 286    | 98 |
| Ayak Tırnaklarını Kesebilme | 107                   | 97 | 166        | 91 | 273    | 93 |
| Yemek Yiyebilme             | 106                   | 96 | 174        | 95 | 280    | 96 |

\*P<0.05

Tablo 40. Araştırma Grubunun Seçilmiş Araç Kullanmaya Yönelik Günlük Yaşam Aktivitelerinin Bir Hastalık Olup Olmamasına Göre Dağılımı

| aGYA                  | Herhangi bir hastalık |    |            |    | Toplam |    |
|-----------------------|-----------------------|----|------------|----|--------|----|
|                       | Yok(n=110)            |    | Var(n=183) |    |        |    |
|                       | Sayı                  | %  | Sayı       | %  | Sayı   | %  |
| Kapı Kilitleyebilme   | 108                   | 98 | 176        | 92 | 284    | 97 |
| Ekmek Kesebilme*      | 106                   | 96 | 160        | 87 | 266    | 91 |
| Yemek Hazırlayabilme* | 104                   | 95 | 149        | 81 | 253    | 86 |
| Telefon Edebilme*     | 104                   | 95 | 149        | 81 | 253    | 86 |
| Alışveriş Yapabilme*  | 105                   | 95 | 139        | 76 | 244    | 83 |
| Seyahat Edebilme*     | 102                   | 93 | 132        | 72 | 234    | 80 |

\*P<0.05

## TARTIŞMA

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. 1980' li yıllarda 60 yaş ve üzeri yaş grubu yaşlıların oranı gelişmiş ülkelerde %14.1' dir. 1900-1950 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri' nde toplam nüfus yüzde yüz artarken aynı sürede 65 yaş ve üzeri grup ise dört kat artmıştır. 1980 yılında dünya nüfusuna oranı %5.8 olan bu yaş grubunun 2000 yılında %6.4' e ulaşacağı tahmin edilmektedir (29-32).

Samsun İl Merkezindeki sağlık ocaklarından hizmet almak üzere başvuran 60 yaş ve üzeri nüfusun demografik özelliklerini, sosyal yaşam biçimlerini ve genel sağlık durumlarını araştırmak üzere planlanan bu çalışmanın bulguları araştırmanın amacına uygun olarak aşağıda tartışılacaktır.

### 1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri

Araştırma grubunun %46' sı erkek, %54' ü kadındır. Tüm yaş gruplarında kadınların oranı erkeklere göre daha yüksek olup yaş gruplarına göre cinsler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Araştırma grubunun medeni durumları değerlendirildiğinde yaşın ilerlemesi ile evlilik oranında giderek artan düşmenin birçok araştırma sonucu ile uyumlu olduğu görülmüştür. Erkeklerin %15' i, kadınların %56' sı dul iken, Oğuz' un<sup>(13)</sup> Etimesgut Bölgesinde 65 yaş ve üzeri grupta yaptığı çalışmasında bu oranlar sırasıyla %18 ve %51 olarak saptanmıştır. Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> çalışmasında da benzer bulgular saptanmış olup, erkeklerin %24' ü, kadınların %56' sı duldur. Yardımcı ve

arkadaşlarının<sup>(33)</sup> huzurevi yaşlılarında yaptığı bir çalışmada ise; araştırmaya alınan 117 yaşlının hiçbirinin evli olmadığı saptanmıştır.

1990 genel nüfus sayımı sonuçlarına göre 60 yaş ve üzerindeki erkeklerin %14' ü, kadınların ise %47' si dul olarak saptanmış olup 11 ülkeyi kapsayan bir araştırmada da dulluk oranının kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunduğu ve yaşla birlikte artış gösterdiği saptanmıştır (8, 34). Tüm bu değerlendirmeler sonucunda kadınların beklenen yaşam sürelerinin erkeklerden daha uzun olması ve eş ölümünden sonra erkeklerin daha fazla yardıma gereksinimleri bulunması nedeniyle evlilik oranının erkeklerde yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırma grubundaki erkeklerin ve kadınların yaşın ilerlemesi ile meslek sahibi olma sıklıklarının azaldığı görülmüştür. Kadınlar için ev işi yapma bir iş (meslek) olarak değerlendirildiğinde %57' sinin ev işi dahil hiç bir işle uğraşmadığı görülmüştür.

Gelir ve sosyal güvenlik durumları değerlendirildiğinde erkekler için ortalama aylık gelirin 3.154 bin, kadın için 2.592 bin lira olduğu saptanmıştır. Tüm yaşlıların herhangi bir sosyal güvenceye sahip olma hızının %77 olduğu; bu hızın Kalyoncu ve arkadaşlarının<sup>(41)</sup> Eskişehir' de bulunduğu %68' lik hızla benzerlik gösterirken Çivi ve arkadaşlarının<sup>(39)</sup> Konya köylerinde 60 ve üzeri yaş grubunda yaptığı çalışmadaki %30' luk, Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> Kayseri' de yaptığı çalışmadaki %17.5' lik hızdan çok farklı olduğu saptanmıştır. Her iki araştırmanın da kırsal yöre ağırlıklı olması kent ve kır yörelerindeki sosyal güvenceye sahip olma durumunun farklı olduğunu göstermektedir. Erkeklerin %15' inin kadınların %28' inin hiç bir sosyal güvencesi olmadığı görülmüştür. Bu fark kadınlar aleyhine istatistiksel olarak anlamlıdır.

## 2. Araştırma Grubunun Sosyal Yaşamları

Araştırma grubundaki bireylerin %79' unun kendine ait bir evi olduğu ve %14' ünün tek başına yaşadığı görülmüştür.

Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> yaptığı çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların oranı %9 iken Tayland' da %5 olarak bulunmuştur (24). Kalyoncu ve arkadaşlarının<sup>(41)</sup> %16' lık hızı ile çalışmamız bulguları benzerlik göstermektedir.

Erkeklerde tek başına yaşama oranı %7 iken kadınlarda %20 idi. Bu da yaşlı kadınların kendi kendilerini idare etmede daha başarılı olduğunu göstermektedir.

Kız ve erkek evlatları tarafından ziyaret sıklığı değerlendirildiğinde yaşlıların %60' ının haftada en az bir kez çocukları ile görüştüğü, bu hızın İsrail araştırmasında %38 olduğu saptanmıştır (40). Bu sonuçlara bakılarak Türk toplumunda halen geleneksel aile bağlarının sağlam olduğu ileri sürülebilir.

Bireyler hastalandıklarında ayaktan tedavi ve yatarak bakım görmesi gerektiğinde kendilerine yardım edebilecek kişilerin dağılımı incelendiğinde; ayaktan tedavi ve bakım görmesi gerekenlerin %2' sinin, yatarak tedavi ve bakım görmesi gerekenlerin %1' inin hiç kimseden yardım göremediği saptanmıştır.

Bu hızlar ülkedeki tüm yaşlı nüfus üzerinden değerlendirildiğinde; 80.000 yaşlının ayaktan tedavi ve bakım, 40.000' inin de yatarak tedavi ve bakım konusunda acil yardıma gereksinimleri olduğu düşünülebilir.

Araştırma grubundaki yaşlıların kitle iletişim araçlarından yararlanma durumlarına bakıldığında %84' ünün TV izlediği, İsrail çalışması ile (%68) benzerlik gösterdiği, buna karşılık Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasındaki %48' lik bulgudan çok farklı olduğu saptanmıştır (40).

Oğuz' un<sup>(13)</sup> birçok bulguları ile benzerlik gösteren bulgularımızın kitle iletişim araçlarından faydalanma durumları konusunda farklı olması iki çalışma arasında 12 yıllık bir fark olması, ve teknolojideki gelişmelerin artık yaşlıların da günlük yaşamına girebilmesinin bir bulgusudur. Ama gelenek ve göreneklerin ağırlıklı olduğu davranış biçimlerinin Oğuz' un<sup>(13)</sup> çalışması ile benzerlik göstermesi toplumlarda sosyokültürel değişimlerin çok uzun zaman gerektirdiğini vurgulamaktadır.

### **3. Araştırma Grubundaki Bireylerin Sağlık Durumları**

Yaşlıların %16' sı sigara içmektedir (erkeklerde %27, kadınlarda %7). Alkol kullanımı ise erkeklerde %9, kadınlarda %2 olmak üzere toplam %5' tir. Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında kadınlarda içki ve sigara içen yok, erkeklerin ise %38' i sigara, %5' i ise alkol kullanmaktadır. Yine Günay ve arkadaşlarının<sup>(35)</sup> araştırmasında da kadınlarda sigara içen yok, erkeklerin ise %23' ü sigara içmektedir. Kalyoncu ve arkadaşlarının<sup>(41)</sup> araştırmasında ise; kadınların %10' u, erkeklerin %33' ü sigara içmektedir. Görüldüğü üzere bu çalışmada; erkeklerde sigara içme sıklığı Günay<sup>(35)</sup> ve Kalyoncu' nun<sup>(41)</sup> bulguları arasında bir değer göstermektedir.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte hem görme hem de duyu organlarındaki yetersizlik artar. Hiç bir yardımcı cihaz kullanmayanlar grubun %15' ini oluşturuyordu. Yalnız bir tane yardımcı cihaz kullananlar %36, iki tane kullananlar %42, en az üç tane kullananlar ise %7' lik bir çoğunlukta idi. Bireylerin %57' si gözlük, %61' i diş protezi, %7.4' ü baston, %3.3' ü ise işitme cihazı kullanmakta idi.

İşitme cihazı kullanma hızı İsrail çalışmasında %2.5 bulunmuştur (40). Oğuz' un<sup>(13)</sup> çalışmasında ise işitme cihazı kullanan saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda bulunan %3.3' lük değer İsrail çalışmasındaki değerle

benzerlik göstermektedir. Oğuz' un çalışmasına göre farklılık gösterme nedeni daha çok bu çalışmanın kır değil kent kesiminde gerçekleştirilmiş olması ile açıklanabilir.

Diş protezi kullanımı; Çivi ve arkadaşlarının<sup>(39)</sup> araştırmasında %37.9, Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında %45, Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> araştırmasında %60.4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada bulunan %61' lik diş protezi kullanma durumu Günay' ın<sup>(36)</sup> çalışmasındaki bulgu ile benzerlik göstermektedir. Yaşlılarda yaşın ilerlemesi ile birlikte diş kayıpları da artmaktadır. Diş kaybının ise psikolojik, beslenme ve konuşma üzerine etkileri olmaktadır. Çünkü dişler sözü edilen fonksiyonları ve benlik saygısını etkilemektedir. Bu yüzden diş kayıplarının önlemlerinin alınması önemlidir (35, 7).

Gözlük kullanımı; Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında %36, Günay ve arkadaşlarının<sup>(35)</sup> araştırmasında %29.7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada %57' lik bir gözlük kullanma hızı saptanmış olup, bu hızın diğerlerine göre daha yüksek bulunması diğer çalışmaların kırsal kesimde yürütülmüş olmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada 60 ve üzeri yaş grubunda yürüyebilme, sokağa çıkabilme, merdiven çıkabilme, banyo yapabilme, tuvalete gidebilme, giyinebilme, taranabilme, ayak tırnaklarını kesebilme ve yemek yiyebilme gibi günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunda yardımsız yürümede %1, sokağa çıkmada %8, merdiven çıkmada %9, banyo yapmada %7, tuvalete gitmede %2, giyinmede %2, taranmada %2, ayak tırnaklarını kesmede %7, yemek yemede %4 yetmezlik olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki 65 ve üzeri yaş grubundaki bireyler ele alınırsa, bu grupta; yardımsız yürümede %1, sokağa çıkmada %10,

merdiven çıkmada %12, banyo yapmada %9, tuvalete gitmede %3, giyinmede %3, taranmada %4, ayak tırnaklarını kesmede %9 ve yemek yemede %6 yetmezlik olduğu hesaplanmıştır. Örnekleri 65 ve üzeri yaş gruplarından seçilmiş olan diğer çalışmalarla yapılan karşılaştırmalarda daha uygun olduğu için bu değerler kullanılmıştır.

Araştırma grubunda merdiven çıkabilmede %12 olarak saptanan yetmezlik, Oğuz<sup>(13)</sup> tarafından %16, Brookdale Enstitüsünün Baka' da yaptığı çalışmada ise %23 olarak bulunmuştur (40). Çivi ve arkadaşlarının<sup>(39)</sup> çalışmasında 60 ve üzeri yaş grubundaki yaşlılarda yardımsız merdiven çıkamama; şehir kesiminde %1, kır kesiminde %2.6 olarak bulunmuştur.

Yetersizlik yaş ilerledikçe giderek artmaktadır. Araştırma grubunda %10 olarak bulunan sokağa çıkmada yetmezlik, 80 yaş ve üzeri yaş grubunda %35'e çıkmaktadır. İleri yaş grubunda saptanan bu değerler Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında %21, Brookdale araştırmasında ise %50' ye ulaşmaktadır (40).

Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> araştırmasında ise yaşlıların %8.6' sı yemek yeme, %15.1' i tuvalete gitme sırasında güçlük çekmektedir. Bizim araştırmamızda bu değerler; yemek yemede %6, tuvalete gitmede %3 olarak daha düşük bulunmuştur.

Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında, yetersizlik; banyo yapmada %22, giyinmede ise %9 olarak bulunmuştur ve yaşın ilerlemesi ile de bu beceriler giderek azalmakta idi. 80 yaş ve üzerindeki yaşlıların %21.1' i yardımla yıkanabilmekte idi. Bu araştırmada ise 80 yaş ve üzeri yaş grubunun %28' i yardımla yıkanabilmektedir. Brookdale Enstitüsü'nün çalışmasında; yaşlılarda yardımla yıkanabilme %9.8, yardımla giyinebilme %9 olarak bulunmuştur. Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> araştırmasında ise

yaşlıların %15.3' ü giyinip soyunma, %18.8' i banyo yapma sırasında güçlük çekmektedir.

Araştırma grubundaki 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylerde araç kullanmaya yönelik günlük yaşam aktivitelerinden; kapı kilitlemede %4, ekmek kesmede %13 yetersizlik saptanmıştır.

Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında ekmek kesememe ve kapı kilitleyememe yaklaşık aynı oranlarda olup %6 civarında bulunmuştur. Brookdale Enstitüsü'nün Baka' da yaptığı çalışmada; yaşlılarda ekmek kesememe %2.1, kapı kilitleyememe %1.4 olarak bulunmuştur.

Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> araştırmasında ise yaşlıların %25.8' i tek başına alışveriş yapamazken bizim çalışmamızda; 65 ve üzeri yaş grubunda bu değer %24 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmalar sonucu, düşük gelirli yaşlıların sağlık düzeyi ve kronik hastalıklara maruziyet durumlarının, yüksek gelirli yaşlılara göre daha kötü olduğu kanıtlanmıştır (1). Araştırma grubundaki yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki yeterlilikleri, onların herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmaması ile değişiklik göstermektedir.

Bir sosyal güvencesi olan bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki yeterlilik, diğerlerine göre daha yüksektir. Bireylerin sokağa çıkabilme, merdiven çıkabilme, banyo yapabilme, ayak tırnaklarını kesebilme, telefon edebilme, alışveriş yapabilme ve seyahat edebilme aktivitelerinde herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $P<0.05$ ). Araştırma grubundaki yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin gelir durumuna göre karşılaştırılmasında ise; fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $P>0.05$ ).

Kişilerin kendi başlarına bağımsız bir yaşam sürdürebilmeleri, günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yapabilmeleri ile olasıdır. Özellikle



yaşlılarda ortaya çıkan kronik hastalıklar veya fiziksel kapasitedeki yetersizlikler günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız yapılabilmesini güçleştirmektedir (37).

Bireylerin sokağa çıkabilme, merdiven çıkabilme, ekmek kesebilme, telefon edebilme, alışveriş yapabilme ve seyahat edebilme aktivitelerinde herhangi bir hastalığa sahip olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $P<0.05$ ). Narlidere Eğitim Araştırma bölgesinde yapılan yaşlılarla ilgili bir çalışmada; herhangi bir hastalığı olanlarda GYA yetersizliği, hastalığı olmayanlara göre yaklaşık üç kat daha fazla bulunmuştur (38).

Yaşlılar biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri nedeniyle önemli bir risk grubu oluşturmaktadırlar. Her insanın, normal yaşlılığı ilave bir hastalık olmaksızın yaşamaya hakkı vardır. Ana-çocuk sağlığı kadar yaşlı sağlığına da önem verilmelidir. Hastalıkların yaşlılık için kaçınılmaz olduğunu düşünen kesimlere sağlıklı yaşlılığı kabul ettirmek gerekmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinin yeterliliği, yaşlılığın tadını çıkarmak için en az diğer faktörler kadar önemlidir.

Araştırma grubuna giren bireylerin %37.5' inde hiç bir hastalık olmadığı saptandı. Erkeklerin %46.0' ı, kadınların ise %20.4' ünde bir hastalık yoktu ve cinsler arası fark ise anlamlıydı. Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırma grubunda hiç bir hastalığı olmayanların oranı %7 idi.

Bireylerde hipertansiyon morbidite hızı %28 olarak bulunmuştur. Morbidite hızı kadınlarda %38 olup erkeklere göre (%18) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon, kadınlarda daha çok 60-69 yaş grubunda yüksek bir prevalansa (%64) sahipken, erkeklerde ise %58' lik bir hızla en yüksek olarak 70-79 yaş grubunda görülmektedir. Bu çalışmada olduğu gibi; Oğuz' un<sup>(13)</sup> 65 ve üzeri yaş grubunda yaptığı bir

araştırmasında da %63' lük morbidite hızı ile ve ayrıca Etimesgut Bölgesinde aynı yaş grubunda yapılan bir başka çalışmada da hipertansiyon ilk sıradaydı (42). Bir huzurevinde 55 yaş ve üzeri yaş grubunda yapılan araştırmada ise hipertansiyon, %24' lük morbidite hızı ile eklem rahatsızlıklarından sonra ikinci sırada saptanmıştır (43). Günay ve arkadaşlarının<sup>(36)</sup> çalışmasında da 65 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon morbidite hızı %35.9 olup, bayanlarda erkeklere oranla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda bayanlarda hipertansiyon yüzdesi erkeklere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (33, 44-46). Hipertansiyonun ileri yaş ve cinsiyetle ilişkisi bu çalışmalarla her ne kadar desteklense de; hastalığın seyrek görüldüğü toplumlarda hem günlük tuz tüketimi azdır (<4 g/gün) hem de bu insanlar düşük kalorili diyetle beslenmekte ve çok fiziksel aktivite göstermektedirler (16, 47).

Araştırma grubunda; kardiyovasküler hastalıklar %18' lik bir morbidite hızıyla hipertansiyondan sonra ikinci sırada yer almaktadır. 60-69 yaş grubunda morbidite hızı %50 ile en yüksektir. Kadınlarla erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında; 65 ve üzeri yaş grubunda iskemik kalp hastalığı hızı %30 olarak bulunmuştur ve cinsler arası bir farklılık gösterilememiştir.

Kas-İskelet Sistemi hastalıkları %13' lük morbidite hızı ile üçüncü sırada saptanmıştır. Oğuz' un<sup>(13)</sup> çalışmasında bu hastalığın hızı %53 olarak bulunmuştur ve ikinci sıradadır. Çivi ve arkadaşlarının<sup>(39)</sup> çalışmasında yaşlıların romatizmal ağrı şikayetleri %71.6 hızında saptanmıştır. Yaşla birlikte artış görülse de istatistiki olarak bir önemi bulunamamıştır. Yardımcı ve arkadaşlarının<sup>(33)</sup> çalışmasında ise eklem hastalıklarının yaşla birlikte anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır. Cinsiyete göre karşılaştırma yaptığımızda; hastalığın araştırma grubundaki kadınlarda, erkeklere göre

daha yüksek oranda görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında da anlamlı olmasa bile kadınlardaki yüzdesi daha yüksektir.

Diabet, araştırma grubundaki yaşlıların %13' ünde mevcuttur. 60-69 yaş grubunun %14' ü, 70-79 yaş grubunun, %12' si, 80 ve daha üzeri yaş grubunun ise %10' u şeker hastasıdır. Toplumda prevalansı %2-3 olan şeker hastalığının oranı yaşla birlikte artarak ileri yaşlarda %20' lere yükselmektedir. Diabetin morbidite hızı Oğuz' un<sup>(13)</sup> çalışmasında %9 olarak bulunmuştur.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), araştırma grubundaki yaşlıların %7' sinde saptandı. Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında ise KOAH hızı %23' tür. Her iki çalışmada da yaş grupları arasında önemli bir fark bulunmazken, Oğuz' un<sup>(13)</sup> araştırmasında cinsiyete göre ki-kare testi uygulandığında; erkeklerde morbidite hızı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun içinde glokom, katarakt ve Parkinson hastalıklarının her biri %1' lik hıza sahipti. Ayrıca erkeklerin %3' ünde de prostat şikayeti saptanmıştır.

Yaşlıların hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, diabet, KOAH ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının prevalansları, bireylerin gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında ise; fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Örneklem grubu olarak, Samsun il merkezinde yaşayan 60 ve üzeri yaş grubundan seçilen 293 yaşlı üzerinde 1 Mayıs-30 Haziran 1994 tarihlerinde gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

1. Araştırma grubunu oluşturan yaşlıların demografik durumları incelendiğinde; ileri yaşlarda evli olma sıklığının, kadınlarda daha anlamlı olarak, hızla düştüğü görülmektedir.
2. Araştırma grubundaki bireylerin %14' ü tek başına yaşamaktadır. Araştırma grubunun %61' i en az haftada bir olmak üzere kız çocukları tarafından, %64' ü ise erkek çocukları tarafından ziyaret edilmektedir. Yaşlılar hastalandıklarında; sadece %2' si kendisine yardımcı olabilecek hiç kimsesinin olmadığını bildirmiştir. Erkeklerin %37' si eşi ve çocuklarından yardım aldıklarını ifade ederlerken, kadınların %53' ü çocuklarından yardım gördüklerini belirtmişlerdir.
3. Araştırma Grubunun %21' inin hiç bir gelirin olmadığı; erkeklerin %15' inin, kadınların ise %29' unun bir sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür.
4. Bireylerin %36' sı bir, %42' si iki, %7' si ise üç yardımcı cihaz kullanmaktadır. Her iki cinste de en sık kullanılan yardımcı cihaz kombinasyonu gözlük ve diş protezidir.
5. Araştırma grubundaki herhangi bir hastalığı olan bireylerde ve bir sosyal güvencesi olmayan bireylerde günlük yaşam aktivitelerinin

diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (P<0.05).

6. Araştırma grubunun %38' inde hiç bir hastalık olmadığı saptandı. %28' inde hipertansiyon, %18' inde kardiovasküler hastalık, %13' ünde kas-iskelet sistemi hastalığı, %13' ünde diabet, %7' sinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %1' inde glokom, %1' inde Parkinson hastalığı, %1' inde benign prostat hipertrofisi (erkeklerin %3' ü), %1' inde ise katarakt hastalığı olduğu saptanmıştır.

Dünya nüfusu her geçen gün biraz daha yaşlanmaktadır. İnsanlar için yaşlılık kaçınılmazdır. İleri yaşlarda yaşlılığa eklenen kronik hastalıklar ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik; emeklilik, kuşak farkı, yakınların ve akranların kaybı sonucu gelişen yalnızlık; gelirin azalması, sosyal çevrenin değişmesi ile zorlaşan yaşam koşulları; yaşlıda yaşamdan hoşnut olmayı azaltan faktörlerdendir.

Yaşlanmayı önlemek olası olmadığına göre, yaşlı insanın hayatını güçleştiren nedenleri belirlemek ve bu tip olası tehlikelere karşı alınacak önlemlerle yaşlının hayatının bu dönemini de mutlu ve üretken geçirmesini sağlamak en uygun yaklaşım biçimi olacaktır.

Bu tip bir yaklaşım sadece bir hekim ya da bir kurum, bir ekip işi değildir. Ve sadece konunun sağlık hizmetleri açısından ele alınması da yeterli değildir. Günümüz sanayi toplumunda yaşlılık; tıbbi, psikolojik, sosyal, ekonomik, hukuk, politik gibi bir çok yönden değerlendirilmeli ve yaşlı insanlara daha rahat yaşayabilecekleri bir ortam hazırlanmalıdır.

Bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde; ailesiyle, eşiyle, evladının yanında ya da tek başına; bir evde ya da bir huzurevinde yaşayan yaşlıların, ölümü beklemekten başka yapabilecek çok şeyleri olmalıdır.

Günümüz koşullarında bir değerlendirme yapılacak olursa; yaşlıların

sağlık sorunları ile ilgili çalışmalara ilk planda sağlık ocaklarından başlanması, yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin, uygun olanaklar yaratılarak geliştirilmesi gerekmektedir.

Yaşlılık sağlığı da en az ana çocuk sağlığı kadar önemli kabul edilmelidir. Gereksinimlerini karşılayamayan yaşlılar devlet güvencesi altına alınmalı ve yaşlılar için primer koruma en iyi şekilde köy, kent ayırılmaksızın sunulmalıdır.

Yaşlı kesim devlet tarafından sosyal güvenlik şemsiyesi içine alınmalıdır. Ekonomik zorluk çekmeleri engellenmelidir. Halen var olan; 65 yaşını doldurmuş, ekonomik sıkıntısını ve işgörmeye gücünü yitirdiğini belgelemiş olanların yararlandırıldığı 2022 sayılı yasa geliştirilmelidir. Bu yasa kapsamına giren yaşlılara cüzi miktarda aylık bağlanmakta ve ayrıca hastalandıklarında devlet hastanelerinde yaşlılar parasız olarak bakılmaktadır. 65 yaş sınırı bizim ülkemiz için uygun değildir. Zira ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi, erkeklerde 63, kadınlarda 68'dir. Çoğu kişi bu yaşa ulaşmadan ölmektedir. Ayrıca kronolojik olarak 65 yaşına gelmeden, insanlarımız; yaşam standartlarının batıya kıyasla düşüklüğü nedeniyle biyolojik olarak daha erken yaşlanmaktadır. Bu nedenle bu sınırın biraz esnek tutulması daha uygun olabilir.

Emeklilikten sonra çalışmak isteyenler için olanak oluşturulması, zaman geçirmek, yararlı faaliyetlerde bulunmak için çeşitli kulüplerin, derneklerin kurulması, ulaşımda, alışveriş ve eğlence yerlerinde öncelik tanınması, eve yönelik temizlik hizmeti, yemek servisi gibi hizmetler sunulması, yaşlının istediği an yazarak ya da telefonla ulaşabileceği, eğitilmiş personel ile hizmet veren kuruluşların açılması batı ülkelerinde nadir olmayan faaliyetlerdendir.

Genel olarak, primer koruma içinde; yaşlıda fiziki hastalık ve sakatlıkların önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması, insanların eğitilmesi; devletin öncülüğünde kurulacak çeşitli resmi ve özel; yaşlı kulüpleri, danışma servisleri, dayanışma örgütleri gibi kurumlarca yaşlıda yalnızlık ve izolasyonun önlenmesi; eğitilmiş personelin hizmet sunduğu sağlık ve sosyal hizmet servislerinin yurt çapında yaygınlaştırılması; ekonomik durumlarının (yaşlılıkta sağlık için harcanan para gençliğine oranla daha fazla olduğundan) ve yaşam koşullarının düzeltilmesi sayılabilir.

Sekonder koruma içinde ise; yaşlıda, erken tanı ve tedaviye önem verilmesi, hasta kişilere sorunlarının çözümü ile ilgili rehberlik yapılması; hastanın toplum içinde kendine yeter şekilde bağımsız olarak yaşayabilmesi için iyi organize bir hizmet ağı oluşturulması; sosyal izolasyona engel olunması sayılabilir.

Yaşlıda tersiyer korumanın amacı ise uzun süreli hastalıklarda daha kötü olmayı önlemektir. Tedavi ve bakımda yeterli izlemin sağlanması amaçlanmalıdır.

## ÖZET

Önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünya ülkelerinin sorunu olacak olan artan yaşlı nüfus oranı ve yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan çeşitli bireysel ve toplumsal sorunlar, ancak bugünden alınacak önlemlerle bir sorun olmaktan çıkarılabilir. Bu araştırma, 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki kişilerin demografik özelliklerini, sosyal yaşam biçimlerini ve genel sağlık durumlarını saptamak üzere planlanmış tanımlayıcı özellikte kesitsel bir çalışmadır.

1 Mayıs-30 Haziran 1994 tarihinde, sağlık ocaklarına herhangi bir nedenle başvuran 60 ve üzeri yaş grubundan 293 kişiye uygulanan anketle yaşlıların demografik özellikleri, sosyal durumları, günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık durumları ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

Araştırma grubunun %14' ünün tek başına yaşamakta olduğu, herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayanların ise grubun %23' ünü oluşturduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun %38' inde hiç bir hastalık olmadığı; %28' inde hipertansiyon, %18' inde kardiyovasküler hastalık, %13' ünde kas-iskelet sistemi hastalığı, %13' ünde diabet, %7' sinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu saptanmıştır. Yaşlıların fiziksel yetersizliklerinin kadınlarda daha belirgin olup yaşla paralel olarak artmakta olduğu, kişinin hastalık durumuna ve bir sosyal güvencesinin olup olmamasına göre karşılaştırıldığında; herhangi bir hastalığı olan bireylerde ve bir sosyal güvencesi olmayan bireylerde günlük yaşam aktivitelerinin diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.



## KAYNAKLAR

1. Butler RN.: The Challenge of Geriatric Medicine. *Harrison' s Principles of Internal Medicine*. Twelfth Edition. 1991.
2. WHO: *The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly*. Technical Report Series, No: 706. Geneva, 1984.
3. WHO: *Protecting the Health of the Elderly*. Public Health in Europe 18, Copenhagen, 1983.
4. Örnek T, Bayraktar E, Özmen E. *Geriatrik Psikiatri*. Saray Tıp Kitapevleri. İzmir, 1992.
5. WHO: *Preventing Disability in the Elderly*. Copenhagen, 1982.
6. Harris, JE. Yaşlanan Bir Populasyonda Kanser Tedavisi. *Jama*. 6(2):82-83. 1993.
7. Gül S, Çetin M, Evrenkaya R.: Yaşlılık, Yaşlanmanın Biyolojisi ve Psikolojisi. *T.Klin.Tıp Bilimleri*. 13:238-248. 1993
8. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: *Türkiye İstatistik Yıllığı*. Ankara, 1993.
9. Anderson WF.: Community Health Problems of an Ageing Population. *Theory and Practise of Public Health*. Fifth Edition. Hobson W. (ed.). New York. p. 584-612. 1979.
10. Pakdil O.:*Yaşlılık Sorunları ve Yaşlılara Sağlanan Servisler*. Yıldız Üniversitesi. Yayın no:233. Fakülte Yayın No:MF-MIM 92.032. Y.Ü. Mimarlık Fakültesi Baskı İşliğı. 1992.
11. Onur B.: *Gelişim Psikolojisi. Yetişkinlik-Yaşlılık-Ölüm*. s. 91-110. Ankara, 1991.
12. Erdal R.: *Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık*. H.Ü. Tıp Fakültesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını. No: 89/50. Dizi No:9. Ankara, 1989.

13. Oğuz P.:Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunlarının Epidemiyolojik İncelenmesi. *Halk Sağlığı Doçentlik Tezi*, Ankara, 1982.
14. Balaban DJ.: Epidemiology and Prevention of Selected Chronic Illnesses. *Preventive Medicine and Public Health*. 2nd Edition. Cassens BJ. (ed.). The National Medical Series For Independent Study. Williams & Wilkins. p. 135-152. 1992.
15. Uçku R, Ergin S, Erbay P.: Yaşlılarda Fiziksel Fonksiyonlar Hızla Değişiyor. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*. 3(1):20-23, 1993.
16. Bilir N.: *Halk Sağlığı Yönünden Hipertansiyon*. H.Ü. Tıp Fakültesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını. No:86/39. Dizi No:5. Ankara, 1986.
17. *The Merck Manual. Teşhis-Tedavi El Kitabı*. Çev. Pekus RM. Cilt 1. Türkçe İkinci Baskı. Merk Yayıncılık. İstanbul, 1985.
18. *Cecil Essentials of Medicine Türkçesi*. Bagatur AE, Baktıroğlu S, Çalangu S. ve ark. Yüce Yayınları A.Ş. İstanbul, 1989.
19. Scilleppi PS.: Bone and Joint Disease in the Elderly. *The Medical Clinics of North America*. Clinical Geriatric Medicine.:Samity AH, (ed.). 67(2). s.517-529. 1983.
20. Ünsaldı T.: *Ortopedi ve Travmatoloji Ders Kitabı*. 3. baskı. Ankara.1991.
21. Altman DF.: Gastrointestinal Diseases in the Elderly. *The Medical Clinics of North America*. Clinical Geriatric Medicine.:Samity AH, (ed.). 67(2). s.433-443. 1983.
22. Riehle RA Jr., Vaughan ED Jr.: Genitourinary Disease in the Elderly. *The Medical Clinics of North America*. Clinical Geriatric Medicine.: Samity AH, (ed.). 67(2). s.445-461. 1983.

23. Paulson GW.: Disorders of the Central Nervous System in the Aged. *The Medical Clinics of North America*. Clinical Geriatric Medicine.:Samity AH, (ed.). 67(2). s.481-495. 1983.
24. Siriphanich B. Caring For the Old People in a Changing Society. *World Health Forum*. 7(2):181-184, 1986.
25. Bekaroğlu M.: Genel Olarak Yaşlıda Tedavi ve Rehabilitasyon Sorunu. *Karadeniz Tıp Dergisi*. 2(1):4-7. 1989.
26. WHO: *Health, Lifestiles and Services for the Elderly* (eds: Waters WE, Heikkinen E, Dontas AS.). Public Health in Europe 29, Copenhagen, 1989.
27. Fries JF.: Aging, Natural Death and Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*. 303:130-135. 1980.
28. Smbloğlu K., Smbloğlu V. *Biyoistatistik*. 4. Baskı. zdemir Yayıncılık. Ankara. 1993.
29. Loether H.: *Problems of Aging*. Los Angeles, 1969.
30. Minna F.: *The Aged, The Family and The Community*. Columbia University. 1972.
31. Juane C.: The Paradoxical Effect of Aging on Health, *Journal of Gerontological Social Work*. C.10. No:3-4, Canada, 1978.
32. Lennon M.: The Aging Society. *British Journal of Hospital Medicine*. C.39. No:2. England, 1988.
33. Yardımcı E, Tmerdem Y, Yardımcı O.: Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Bir Araştırma(1). IV. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. Didim, 1994.
34. Heikkinen E, Waters WE, Brzezinski ZJ: *The Elderly in Eleven Countries*. Copenhagen, 1983.

35. Günay O., Öztürk Y.: Yalnız Yaşayan Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları. *Erciyes Tıp Dergisi*. 11:444-453, 1989.
36. Günay O, Öztürk Y.: Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları. *Sağlık Dergisi*. 62(1):13-18. 1990.
37. Uçku R.: Yaşlılarda Ölümün Sosyal Durum, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Kronik Hastalıklar ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. (7)2:1-4. 1993.
38. Uçku R, Ergin S.: Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*. Yıl 14, Nisan 1993, Sayı 2.
39. Çivi S, Tandırcıoğlu T, Yayıcı M.: Yaşlılık ve Tıbbi Sorunları. *Sağlık Dergisi*. 65(1):19-26. 1993
40. Davies MA, Fleishman R, Mor V, Factor H.: Aging in Baka a Profile, *Joint (J.D.C) Israel Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development in Israel*. Jerusalem, November, 1979.
41. Kalyoncu C, Metintaş S, Etiz S, Işıklı B.: Bölgemiz Yaşlılarının Mediko-Sosyal Sorunları. *Anadolu Tıp Dergisi*. 13(1):149-159. 1991.
42. Benli D, Erdal R, Bulut A.: *Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi*. H.Ü. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yayın No:85/29. 1985.
43. Beyhan Y, Bozkurt N, Özcan G.: Ankara Huzurevindeki Yaşlılarda Sağlık ve Beslenme Durumları İle İlgili Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Sağlık Dergisi*. 61;2, 63-70. 1989.
44. Aytan N.: *Toplumda Hipertansiyon*. Hacettepe Tıp, Cerrahi Bülteni. 2:249, 1969.

45. Keçeci M.: Etimesgut Sağlık Ocağı Selektör, Radyo ve Etiler Mahallelerinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Yapılan Hipertansiyon Takip Araştırması. H.Ü. Tıp Fakültesi, *Toplum Hekimliği Bilim Dalı Uzmanlık Tezi*, Ankara, 1978.
46. Bilir N.: Hipertansiyon Sıklığı ve Sağlık Yönünden Önemi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 17:119, 1984.
47. Attila S.: Yaşlıların Ev Koşullarında Beslenme Durumları. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Beslenme ve Gıda Bilimleri Programı Doktora Tezi*. Ankara, 1986.



## EK I - ANKET ÖRNEĞİ

1. Yaşınız:...
2. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın
3. Medeni Durumunuz:  
1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Eşi Ölmüş 5. Diğer
4. Eğitim Durumunuz:.....
5. Bir Sosyal Güvenceniz Var mı?  
1.Var 2.Yok
6. Şu Anda Uğraştığınız İş:..
- 7 Aylık Geliriniz:...
8. Kendi Eviniz Var mı?  
1.Var 2.Yok
9. Kiminle Kalıyorsunuz?  
1.Tek 2.Eşimle 3.Çocuğumla 4.Diğer
10. Kaç Çocuğunuz Var?  
Erkek:(...)  
Kız:(...)
11. Çocuklarınızın Sizi Arama Sıklığı Nedir?  
A.Kızı:  
1.Hergün 2.Haftada Bir 3.Onbeş Günde Bir 4.Ayda Bir 5.Diğer  
B.Oğlu:  
1.Hergün 2.Haftada Bir 3.Onbeş Günde Bir 4.Ayda Bir 5.Diğer
12. Sürekli Bir Hastalığınız Var mı?  
1.Var:(.....) 2.Yok
13. Sürekli Kullandığınız İlaç Var mı?  
1.Var:Sayısı:(..) Türü:(.....)  
2.Yok:
14. Sakatlığınız Var mı? 1.Var 2.Yok
15. Kullandığınız Cihaz Var mı?  
1.Yok 2.Gözlük 3.Diş Protezi 4.İşitme Cihazı 5.Baston 6.Diğer

16. Sigara Kullanıyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır 3.Diğer

17. Alkol Kullanıyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır 3.Diğer

18. Televizyon Alışkanlığınız Nasıldır?

- 1.Sürekli 2.Akşamları 3.Diğer

19. Gazete Okuma Alışkanlığınız Var mı?

- 1.Yok 2.Hergün 3.Haftada Bir 4.Diğer

20. Kısa Süren Bir Hastalık Geçirdiğinizde Yanında Kalabileceğiniz Ya da Size Yardımcı Olabilecek Kişi Var mı?

- 1.Yok 2.Eşim 3.Çocuklarım 4.Akrabam  
5.Komşu ve Arkadaş 6.Diğer

21. Yatarak Tedavi Görmeniz Gerektiğinde Yanında Kalabileceğiniz Ya da Size Yardımcı Olabilecek Kişi Var mı?

- 1.Yok 2.Eşim 3.Çocuklarım 4.Akrabam  
5.Komşu ve Arkadaş 6.Diğer

22. Aşağıdaki Faaliyetleri Kendi Başınıza Yapabiliyor musunuz?

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1.Yürüme                      | 10.Ev İşi Yapabilme     |
| 2.Sokağa Çıkabilme            | 11.Yemek Hazırlayabilme |
| 3.Merdiven Çıkabilme          | 12.Yemek Yiyebilme      |
| 4.Banyo                       | 13.Ekmek Kesme          |
| 5.Tuvalete Gidebilme          | 14.Çamaşır Yıkayabilme  |
| 6.Giyinebilme                 | 15.El İşi Yapabilme     |
| 7.Taranabilme                 | 16.Telefon Kullanabilme |
| 8.Ayak Tırnaklarını Kesebilme | 17.Alışveriş Yapabilme  |
| 9.Kapı Kilitleme              | 18.Seyahat Edebilme     |

23. Oturduğunuz Konutun Tipi?

- 1.Apartman 2.Müstakil Ev

24. Hangi Tuvaleti Kullanıyorsunuz?

- 1.Alaturka 2.Alafranga

25. Kişi Başına Düşen Oda Sayısı:

- Ailedeki Kişi Sayısı:(...) Evdeki Oda Sayısı:(...)