

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NEVŞEHİR İL MERKEZİNDEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ
BİREYLERDE KRONİK HASTALIKLAR PREVELANSI**

**Tezi Hazırlayan
Ş. Dilek GÜVEN**

724731

124131

**Tezi Yöneten
Prof. Dr. Nimet KARATAŞ**

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

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2003
KAYSERİ**

Bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

08.10.2003

JÜRİ:

Üye : Prof.Dr. Nimet Karataş

Üye : Yrd.Doç.Dr. Mürüvet Başer

Üye : Yrd.Doç.Dr. Ahmet Öztürk

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 09.10.2003 tarih ve ...298..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

15.10.2003



TEŞEKKÜR

Tezimde bana danışmanlık yapan danışman öğretim üyesi Sayın Prof.Dr. Nimet KARATAŞ'a, verilerin toplanmasında anketörlük yapan öğrencilerim Feride EKİNCİ, Defne KOŞAR, Songül YELMER ve Caniye ALICI'ya, İngilizce'den Türkçeye çevirilerimde bana yardımcı olan Dr. Gazi BAŞDOĞAN ve Deniz CEBE'ye, tez çalışmalarım sırasında bana her türlü desteği veren Eşime ve kızıma teşekkür ediyorum.

NEVŞEHİR İL MERKEZİNDEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE TANISI KUNULMUŞ KRONİK HASTALIK PREVELANSI

ÖZET

Nevşehir İl Merkezindeki 65 yaş ve üzeri bireylerde tanısı konulmuş kronik hastalık prevalansı konulu araştırma tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini Nevşehir İli sınırları içerisindeki 3103 yaşlı oluşturmaktadır. Nevşehir ilinde bulunan mahallelerden küme örnekleme yöntemi ile iki mahalle seçilmiş, bu iki mahallede yaşayan 377 yaşlıdan basit rastgele yöntemle 200 yaşlı örneğe alınmıştır.

Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin analizinde Ki-kare, Fisher (Kesin Ki-Kare) ve Yates Ki-kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

Araştırmamız sonucunda; yaşlılardaki tanısı konmuş kronik hastalıklar prevalansı % 83.5, en çok görülen beş kronik hastalık sırasıyla romatizmal hastalıklar, hipertansiyon, göz hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve osteoporoz olarak saptanmıştır. Yaşlıların çoğunun birinci basamak sağlık hizmeti verilen sağlık ocaklarından hizmet almadığı, sağlık kuruluşlarına daha çok ilaç yazdırmak için gittikleri, yaşlıların yarısından fazlasının birden çok tanısı konmuş kronik hastalığı olduğu, kronik hastalıkların daha çok kadınlarda görüldüğü tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, kronik hastalık, prevalans.

DIAGNOSED CRONICAL DISEASE PREVELANCE IN PEOPLE OF 65 YEARS AND OLDER IN CENTRAL NEVŞEHİR

ABSTRACT

Diagnosed cronical disease prevelance in people of 65 years and older in central Nevşehir was planned and carried out descriptively.

Research scope is based on 3103 elderly people living in the boundaries of province of Nevşehir. Two neighbourhoods were chosen within the boundaries of Nevşehir and 200 out of 377 elderly people were chosen at random. A questionnaire was used for the data collection. The data were evaluated on the computare. In the analysis process, Chi-square, Fischer and Yates Chi-square tests were used.

Our research revealed the diagnosed chronical illness prevelance as 88.5 % and the most common illnessed respectively was rheumatismic illnesses, hyper-tension, eye illnesses, cardio-vascular system disfunctions and osteaposis. According to the results, most of these elderly people do not receive services from health organisations, or go to these places with the sole purpose of prescribing drugs. Women are more likely to suffer from chronical illnesses, our research also revelead.

Key Words: Elderly, cronic illnesses, prevelance.

İÇİNDEKİLER**Sayfa No**

İÇ KAPAK	I
KABUL ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE YAŞLI NÜFUS	4
2.2. YAŞLILIĞIN TANIMI	5
2.3. YAŞLILIKTA ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR.....	7
2.3.1. Fiziksel Sorunlar	7
2.3.1.1. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler	7
2.3.1.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	7
2.3.1.3. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	8
2.3.1.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri.....	8
2.3.1.5. Sinir Sistemi Değişiklikleri.....	8
2.3.1.6. Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler	9
2.3.1.7. Genito-üriner Sistemdeki Değişiklikler.....	9
2.3.1.8. Hometopoetik Sistemdeki Değişiklikler.....	9
2.3.1.9. Endokrin Sistem Değişiklikleri.....	10
2.3.1.10. Derideki Değişiklikler	10

VII

2.3.2. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler	11
2.3.3. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Ekonomik Değişimler	11
2.3.4. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Sosyal Değişiklikler	12
2.4. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE YAŞLIYA VERİLEN HİZMETLER	12
2.4.1 Dünyada Yaşlıya Verilen Hizmetler	12
2.4.2. Türkiye'de Yaşlıya Verilen Hizmetler	15
2.5. KRONİK HASTALIK	16
2.6. YAŞLILARDA GÖRÜLEN BAZI KRONİK HASTALIKLAR	17
2.6.1. Konjestif Kalp Yetmezliği	17
2.6.2. Koroner Arter Hastalığı	18
2.6.3. Hipertansiyon	18
2.6.4. Kronik Bronşit	18
2.6.5. Böbrek Yetmezliği	18
2.6.6. İdrar İnkontinansı	19
2.6.7. Dejeneratif Artrit	19
2.6.8. Romatoid Artrit	19
2.6.9. Osteoporoz	19
2.6.10. Demans	20
2.6.11. Alzheimer Hastalığı	20
2.6.12. Diabetes Mellitus	20
2.6.13. Depresyon	20
2.6.14. Kanser	20
2.6.15. Serobrovasküler Hastalık	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	21

VIII

3.4. Verilerin Toplanması.....	22
3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	22
3.4.2 Ön Uygulama	22
3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	22
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	36
6. KAYNAKLAR.....	42
EKLER	
EK-1	
ÖZGEÇMİŞ	



TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.2. Sürekli Bir Sağlık Kuruluşuna Giden Yaşlıların Sağlık Kuruluşuna Gitme Nedenlerine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.3. Yaşlıların Hizmet Aldıkları Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.4. Yaşlıların Tanısı Konmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.5. Yaşlıların Tanısı Konmuş Kronik Hastalık Türüne Göre Dağılımı	27
Tablo 4.6. Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların Tanılanmış Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.7. Yaşlıların Yaş Grupları Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.8. Yaşlıların Cinsiyet Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.9. Yaşlıların Medeni Durum Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.10. Yaşlıların Eğitim Durumu Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.11. Yaşlıların Sosyal Güvence Durumu Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.12. Yaşlıların Halen Çalışma Durumu Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.13. Yaşlıların Daha Önce Yaptığı İş Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	30

Tablo 4.14. Yaşlıların Birlikte Yaşadığı Kişiler ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.15. Yaşlıların Sürekli Bir sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu Ve Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.16. Yaşlıların Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Türü Ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	32
Tablo 4.17. Yaşlıların Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Türü Ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.18. Yaşlıların Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Türü Ve Eğitim Durumuna Göre dağılımı.....	33
Tablo 4.19. Yaşlıların Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Türü Ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.20. Yaşlıların Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Türü Ve Halen Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.21. Yaşlıların Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Türü Ve Daha Önce Yaptıkları İşe Göre Dağılım	35
Tablo 4.22. Yaşlıların Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Türü Ve Birlikte yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımı	35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık; çocukluk, gençlik ve orta yaşlılık gibi hayatın bir evresidir (1, 2). Yaşlanma kronolojik, biyolojik, sosyal, psikolojik boyutlarıyla dikkati çeken ve önlenemeyen bir süreçtir. Günümüzde en sık kullanılan ve kabul gören yaşlılık başlangıcı 65 yaş olarak kabul edilmektedir (2-8). Son yıllarda beslenme ve yaşam kalitesinin iyileşmesi, topluma verilen sağlık hizmetlerinin önem kazanarak yaygınlaşması, hijyenik koşulların düzelmesi, doğum hızlarının azalması, bebek ve çocuk ölüm hızının düşmesiyle doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlı nüfusun toplumdaki oranı artmıştır (2-5, 9, 10).

Dünyada 1997 yılında 390 milyon olan 65 yaş üstü birey sayısının, 2025 yılında 800 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Bu artış yaşlı nüfusun, toplam nüfus içindeki payının % 6.6'dan % 10.0'a çıkması anlamına gelmektedir. Toplam yaşlı nüfusunun artışının üçte ikisinden fazlasının ise gelişmekte olan ülkelerde olacağı varsayılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 1980-2020 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun % 95.0 oranında, yaşlı nüfusun ise % 240.0 oranında artması beklenmektedir (2, 3, 6, 8, 10).

Türkiye'de 1990 yılı nüfus sayımına göre 56.473.035 olan toplam nüfusun % 4.3'ünü (2.417.363) 65 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. 1998 yılında toplam nüfusun % 5.9' unu 65 yaş ve üzeri oluşturmaktayken, 2025 yılında toplam nüfusun % 9.0' unu, bir başka ifadeyle her 10 kişiden 1'ini 65 yaşın üzerinde olan bireylerin oluşturacağı tahmin

edilmektedir (3, 5, 10, 11). Bu veriler yaşlı nüfusun sağlık sorunları Türkiye içinde uzak olmayan bir tarihte gündemdeki yerini alacağını göstermektedir.

Ortalama yaşam süresinin ve yaşlı popülasyonun artmasıyla, yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumu olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklarla birlikte yaşamak zorunda kalan kişi sayısı da artmıştır. Kronik hastalıklarda çağdaş sağlık hizmeti anlayışı, sadece insanların ölümünü geciktirmeyi değil, yaşadıkları süre içerisinde mevcut sağlıklarını korumayı ve geliştirmeyi, yaşam kalitesi düzeyini yükseltmeyi hedefler (12, 13).

Yaşlanma ile bireylerin gereksinimleri değişmektedir. Yaşlılarda diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, osteoporoz, hipertansiyon, kanser gibi kronik hastalıklara çok rastlanmakta, yaşlılar gençlere göre sağlık hizmetlerini daha çok kullanmakta, daha uzun süre hastanede kalmakta, kronik hastalıklar ve özürlülük nedeniyle uzun dönem bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Yapılan taramalar sonucunda, 65 yaş ve üzerindeki grubun % 90'ında genellikle bir kronik hastalık olduğu görülmüştür (12). Sünter ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada yaşlı kadınların % 41,9'nun bir, % 28,6'sının iki, % 17,8'nin üç, % 8,4'nün dört ve % 3,3'nün beş ve daha fazla kronik hastalığı olduğu, erkeklerin ise % 44,2'sinin bir, % 32,8'inin iki, % 17'sinin üç, % 4,5'inin dört ve % 1,5'inin beş ve daha fazla kronik hastalığı olduğu saptanmıştır (3). Keskinoglu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada yaşlıların kronik hastalık prevalansının % 66,5 olduğu, bunların çoğunluğunun kardiyovasküler hastalık, KOAH, diyabet, solunum yolu hastalıkları, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi hastalıkları olduğu görülmüştür (9). Aksakal ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada da yaşlıların % 47,8'inin herhangi bir kronik hastalığa sahip oldukları belirtilmişti (14).

Yaşlanma bir hastalık değil, normal, dinamik bir süreçtir (1, 2, 14). Yaşlanmanın kendisi önlenemez olmamakla birlikte yaşlanma sürecine eşlik eden kronik hastalıklar önlenemez yada kronik hastalığı olan birey verilen sağlık bakım hizmetleriyle komplikasyon gelişmeden, yaşam kalitesi yükseltilerek yaşamına devam eder. Yaşlanma sürecine etki eden hastalıkların bu özelliği, hastalıkların erken tanısının ve sorunun boyutlarının tanımlanmasının önemini vurgulamaktadır.

Bir toplumda sağlık hizmetlerinin iyileştirilebilmesinde planlı çalışmasının önemi inkar edilemez. Planın yapılabilmesi için de sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili verilere

gereksinim vardır. Halen yürürlükte olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesiyle ilgili yasada halk sağlığı hemşiresinin en önemli görevlerinden birisi ev ziyaretleriyle gebe, çocuk ve yaşlının izlemi ve evde hasta bakımındır. Hemşirenin bu görevini etkin bir biçimde uygulayabilmesi için hizmet götürdüğü grubun durumunu değerlendirmesi ve bakımı planlaması gerekmektedir. Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların artması sağlık sorunlarını da birlikte getirmektedir. Dolayısıyla hemşirenin yaşlılıkta kronik hastalıklar prevalansını bilmesiyle, yaşlı bireylerin kronik hastalıklara ilişkin bakımları konusunda hizmeti planlaması daha akılcı ve etkin olacaktır.

Araştırma Nevşehir İl merkezinde 65 yaş ve üzeri bireylerde tanımlanmış kronik hastalık prevalansını belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLI NÜFUS

Son yıllarda dünya nüfusu hızla artmaktadır. Bu hızlı nüfus artışı beraberinde sağlık, eğitim, çevre ve kalkınma sorununu da getirmektedir. Tüm bu sorunlardan çocuklar ve yaşlılar en fazla etkilenen grup olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünyadaki demografik değişimlerin en dikkat çekici noktası yaşlı nüfusun artmasıdır. 1980-1985 yılları arasında tüm nüfusun artışı % 2 iken gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusta yaklaşık % 3 artış olmuştur. Dünya çapında yaşlı nüfus 1980'de 370.8 milyon iken toplam nüfusun % 8,5'ini teşkil ediyordu. 2025 yılında yaşlı nüfusun 11 milyar olacağı ve toplam nüfusun % 12,5'ini teşkil edeceği ve bu yaşlı nüfusun % 72,0'sinin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (6, 10, 11).

Az gelişmiş bölgelerden olan Doğu Afrika'da yaşlı nüfusun 1980 yılında % 4,3 olduğu, 2000 yılında % 4,2 ve 2025 yılında da % 5,1 olacağı tahmin edilmektedir.

Gelişmekte olan ülkelere Tayland'da 1970 yılında yaşlı nüfus % 4,6 iken, 1990 yılında % 5,9 olduğu ve 2000 yılında % 7,0'dir.

Gelişmiş ülkelere İngiltere'de yaşlı nüfusun 1980 yılında % 19,8 olduğu, 2000 yılında %17,9 ve 2025 yılında % 25,4 olacağı tahmin edilmektedir. Norveç'te ise 1960-2000 yılları arasında yaşlı nüfus içinde sadece 80 ve üzeri yaş grubundaki artışın 80.000 olacağı hesaplanmaktadır (6, 11).

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizde de yaşlı nüfus artışında benzer durumlar söz konusudur. Dünyadaki hızlı değişimlerden ülkemizde etkilenmiş, sosyal ve ekonomik alanlarda değişimler yaşanmış ve bunlarda sağlık hizmetlerine yansımıştır. Türkiye’de doğumda beklenen yaşam beklentisinin 1998 yılı itibariyle kadınlarda 71, erkeklerde 66, ortalama 68,5 yaştır. Ülkemizde hızlı nüfus artışı ile birlikte toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzerindeki grup da sayıca artmaktadır. 1990 yılı nüfus sayım sonuçlarına göre nüfusumuzun % 4,8’ini 65 yaş ve üzeri kişilerin oluşturduğu görülmektedir. Bu oran 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre % 5,9 olarak tespit edilmiştir (10, 15).

Ülkemizde nüfus artışının ve yaşlı nüfusun 1955 ve 1990 yılları arasındaki dağılımı aşağıda gösterilmiştir (10).

Sayım Yılı	Genel Nüfus	65 Yaş ve Üzeri	Yaşlı nüfus
		Nüfus	%
1955	24.064.700	818.201	3.39
1965	31.391.421	1.242.525	3.95
1970	35.605.176	1.656.696	4.65
1975	40.347.719	1.813.900	4.50
1980	44.736.957	2.072.316	4.63
1985	50.664.458	2.125.908	4.28
1990	56.664.458	2.387.005	4.80
1998	5.90

2.2.YAŞLILIĞIN TANIMI

Yaşlılığın başlangıcı üzerinde görüş birliği olmamakla birlikte 60,65 ve 75 olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) Kiev’de yaptığı toplantıda,yaşlılığın başlangıç yaşını 60 olarak kabul etmiştir (5, 6, 10, 16, 17).

Yaşlanmayı hazırlayan ve etkileyen pek çok faktör vardır. Bu nedenle yaşlılığın tek bir tanımını yapmak çok kolay değildir. Bir tanıma göre “ilerleyen kronolojik yaşla birlikte ortaya çıkan biyolojik, ekonomik ve psikolojik değişimlerin toplamı”, D.S.Ö.’ne göre

ise yaşlılık; bedenin iç ve dış uyarılara uygun tepki gösterme kapasitesinin giderek azalması olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanım ise “yaşlanma, dölleme ile başlayan ve hayat boyu devam eden bir süreçtir” (6).

Yaşlanmayı etkileyen ve hazırlayan etmenler düşünülerek yaşlılığın farklı boyutları ele alınabilir. Bu boyutlardan biri; doğumla başlayıp, yaşamın sonuna kadar devam eden **biyolojik** yaşlanmadır. Diğer bir boyutu **sosyal** yaşlanma olup, kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişebilir. Zaman akışı içinde edinilen alışkanlıkların, sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişmesini ifade eder. Yaşlanmanın diğer bir boyutu da **psikolojik** yaşlanmadır. Psikolojik yaşlanma yaşa bağlı olarak bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki değişimleri kapsamaktadır. Yaşlanmanın önemli bir boyutu da **ekonomik** yaşlanma olup, parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı bireyin yaşam tarzının değişmesidir. Yaşlılık bazen işten ayrılan yani emekli olan kişi olarak da tanımlanabilir. Yaşlanmanın **patolojik** boyutu ise,normal yaşlanma süreci ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsamaktadır. Görüldüğü gibi bireylerin yaşlanması; biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutları içinde etkileşen dinamik ve karmaşık bir olaydır. Bahsedilen bütün bu olaylardan dolayı bireylerde yaşlılık belirtilerinin görülmesi farklı yaşlardadır. Ancak pratik olarak karar verme zorunluluğu, özelliklede çalışma hayatı ve sosyal güvenlik sistemlerine ilişkin olan bazı yaşlar yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilir. Pek çok ülkede bu yaş 60-65 olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütünün sınıflamasına göre;

Orta yaşlılar	45-59 yaş
Yaşlılar	60-74 yaş
İhtiyarlık	75-89 yaş

İleri ihtiyarlık 90 ve üzeri yaşlar olarak sınıflandırılmaktadır (6, 10, 16, 18-20).

Yaşlılarda risk grupları ;

1. Çok yaşlı grup (80 yaş ve üzeri),
2. Yalnız başına yaşayanlar,
3. Yaşlı kadınlar,
4. Huzurevlerinde yaşayanlar,
5. İzole edilmiş yaşlılar (tek başına yada çift),

6. Çocuksuz yaşlılar,
7. Kronik bir hastalığı yada kendi kendilerine günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizliği olanlar,
8. Yaşlı çiftten birisinin kronik bir hastalığı yada günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir yetersizliği olanlar,
9. Devlet yada sosyal kuruluşlardan çok az bir destek görerek yaşayanlar (18, 21, 22).

2.3.YAşLILIKTA ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR

2.3.1. Fiziksel Sorunlar

İnsanlarda yaşlanmayla birlikte birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Fiziksel yönden fiziksel sistemlerde gerileme söz konusudur. Kronik hastalıklar, vücut direncinin düşmesi, beslenme bozuklukları, duyuarda kayıplar gibi fiziksel sağlık problemleri yaşlı bireyin yaşamını zorlaştırmaktadır.

2.3.1.1. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılıkla birlikte, pek çok yetersizlikle karşı karşıya kalan bireyin, sistemleriyle ortaya çıkan değişimler şöyle sıralana bilir;

2.3.1.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkla birlikte kalp atım sayısı azalır, damarlar esnekliğini kaybeder, damar duvarı kalınlığı artar, kardiyak out-put azalır. Beyin, karaciğer, kas ve böbreklere olan kan akımı azalır. Kalbin etrafındaki kas tabakası artar, kalp kapakları esnekliğini kaybedip kalınlaşır. Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan bu değişiklikler kalbin işlevlerini önemli derecede etkiler. Kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar.

Yaşlılarda koroner arter hastalığı, konjestif kalp hastalığı, hipertansiyon, ritim bozuklukları, iskemik kalp hastalığı sık görülen kalp ve damar sistemi hastalıklarıdır (5, 6, 8, 10, 13, 16-19, 23, 24).

A.B.D.'de yapılan bir araştırmada 65-74 yaşları arasında evde yaşayan yaşlıların % 40'ında önemli derecede kalp hastalığı olduğu belirlenmiştir (8).

Kalp yetmezliği, endstrileşişmiş ülkelerde yaşlanan nüfusla birlikte gittikçe büyüyen bir halk sağlığı sorunu olmaktadır ve 70 yaşın üstündeki kişilerde ölüm nedenlerinin

başında gelmektedir. Koroner arter hastalıkları A.B.D’de primer ölüm sebebidir. Gelişmiş toplumlarda 60 yaşın üstünde % 50 sıklıkla hipertansiyon görülmektedir (6).

2.3.1.3. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte vücuttaki kas dokusu azalır, kaslar inceler, atrofiler oluşur, kas kuvveti azalır. Kemiklerde kalsiyum eksikliği nedeniyle kemiklerde yumuşamalar olur, kırıklara yatkınlık artar. Eklem kıkırdağında kalsifikasyonlar görülür, snoviyal zar kalınlaşır. Bütün bu değişimler postürün bozulmasına, denge ve yürümede güçlükler neden olur. Aktivitelerde azalma, kifoz ve sırt kemiği ağrılarına yol açar. Kadınlarda menopoz döneminde demir, kalsiyum, C ve D vitaminlerinin vücutta azalması osteoartrit ve osteoporoz gibi hastalıkların oluşumuna zemin hazırlar (5, 6, 8, 10, 13, 16-19, 23-25).

2.3.1.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanma solunum kaslarında atrofi, kotsal kıkırdaklarda kalsifikasyon, diyafragmada düzleşme, göğüs kafesi boyutlarında değişme, toraksın esnekliğini kaybetmesi gibi değişimlerin ortaya çıkmasına sebep olur. Bunların sonucunda akciğer kapasitesindeki azalmaya bağlı olarak derin nefes alma ve öksürük yeteneğinde azalma olur. Alveoler membrandaki kalınlaşma sonucu oksijen geçirgenliği azalır. Siliaların sayısı ve aktivitesi azalmıştır.

Solunum sistemindeki bu değişimler sonucu sıklıkla kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), pnömoni ve tüberküloz gibi hastalıklar görülür (5, 6, 8, 10, 13, 16-19, 23-25).

2.3.1.5. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılıkta beyne olan kan akımı ve oksijen sağlanması azalır. Nöronların sayısı yavaş yavaş azalır. Otonom sinir sistemi cevabı yavaşlar. Refleks iletim hızı azalır ve refleksler yavaşlar. Bunların sonucunda da algılamada azalma meydana gelir ve uyaranlara cevap verme süresi uzar.

Görme: Yaşla birlikte lensin esnekliği ve saydamlığı değişir. Yakın görme bulanıklaşır. Kornea duyarlılığı ve göz yaşı azalır. Lenste ortaya çıkan sararma görebilme için daha fazla aydınlık ortam gerektirir (5, 6, 8, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 23, 24). Malezya’da yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üzeri insanların % 47.5’inde görmede azalma, % 19.1’inde körlük olduğu saptanmıştır (26).

İşitme: Yaşlılarda akustik sinir hücrelerinin ölümüne bağlı işitme kaybı sık görülür. Yaşlılarda simetrik duyma ve sesleri odaklaştırmayla ilgili olarak da sorunlar ortaya çıkar (5, 6, 8, 10, 13, 16-19, 23, 24).

Dokunma: Reseptörlerde duyarlılık azalmıştır. Sıcak, soğuk ve basıncı hissetme duyuları özellikle el ve ayaklarda azalmıştır. Dokunmayla ilgili gerilemenin oluşturduğu asıl sorun oluşturan durum ağrıyı algılamadaki bozulmadır. Bu nedenle kazalar ve yanık görülme riski artabilir (5, 6, 8, 10, 13, 16-19, 23, 24).

Koku ve Tat Alma: Koku ve tat alma reseptörlerindeki duyarlılık azalmıştır. Diş protezi kullanımı da bu olumsuzluğu arttırıcı bir etkindir (5, 6, 8, 10, 13, 16-19, 23, 24).

Yaşlıların yaklaşık % 30'unda yılda bir defa düşme problemi görülmektedir. 70 yaşın üzerindeki kişiler daha fazla trafik kazasına maruz kalmakta olup buna neden olan etkenler görme ve duyma duyularında ve psikomotor reflekslerde azalma olarak belirtilmektedir (21).

2.3.1.6. Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler

Yaşlılıkla sindirim sistemi enzimleri azalmıştır. Gastrointestinal sistemde peristaltizm ve metabolik aktiviteler azalmıştır. Diş yapısında bozulmalar olmuştur. Bu değişimler sindirim ve boşaltımla ilgili sorunlara neden olur. Karaciğerdeki metabolik olayların yavaşlaması sonucu zararlı maddelerin arındırılma süresi uzar, ilaçların metabolize edilmesinde sorunlar çıkabilir (5, 6, 8, 10, 13, 16, 17, 19, 23-25).

2.3.1.7. Genito-üriner Sistemdeki Değişiklikler

Böbrek nefronlarının sayısı ve işlevlerinde azalma olur. Nefronlar % 60 oranında fonksiyonlarını kaybeder, böbrek gromerüllerinde, arterlerde bozulmalar ve böbreğin kapasitesinde % 45 civarında azalma görülür. Mesane kapasitesinde yaşlılıkta 150-200 cc.'ye kadar daraldığı saptanmıştır. Erkeklerde prostat hipertrofisi, kadınlarda perine kaslarında gevşeme görülür. Bunların sonucunda sık idrara çıkma ve idrar inkontinansı görülme oranı artar. Ayrıca genito-üriner sistem fonksiyonlarına, sıvı-elektrolit dengesizliğine yatkınlık ve ilaçların bedenden uzaklaştırılmasında yavaşlama görülür (5, 6, 8, 10, 13, 16, 17, 19, 23-25).

2.3.1.8. Hemotopoetik Sistemdeki Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte kan hücrelerinin yapımında azalmalar olur. Kemik iliğinin hücre yapım yeteneği geriler. Bu nedenle vücut direnci düşer, enfeksiyonlara yatkınlık artar, anemiler görülür (5, 6, 8, 10, 13, 16, 17, 19, 23-25).

2.3.1.9. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkla hormon salınımında ve glikoz toleransında azalma olur. Tiroid, paratiroid ve pankreas bezlerindeki işlevsel gerilemeye bağlı olarak tiroid hastalıkları ve diabetes mellitus görülme sıklığı artmaktadır (5, 6, 8, 10, 13, 16-19, 23-25).

1991 yılında A.B.D.'de diabet 75 yaş üzerindeki ölümlerin altıncı sebebi olarak saptanmıştır. 65 yaş üzerindeki bireylerin % 10'unda, 85 yaş üzeri bireylerin % 25'inde insüline bağımlı olmayan diabet görülmektedir. Yaşlılarda hipotiroidi daha çok görülmektedir. 65 yaş üzeri bireylerde hipotiroidi görülme oranı erkeklerde % 2-3, kadınlarda % 6-10'dur (21).

2.3.1.10. Derideki Değişiklikler

Yaşlılarda en büyük deri değişimi epitel dokusu ile cilt altı yağ dokusundaki farklılaşmalardır.

Yağ dokusu kollarda ve ayaklarda azalırken, karın ve kalçalarda birikme olur. Yağ dokusundaki azalma sonucu kemik çıkıntısı olan bölgelerde dekübütüs oluşma olasılığı artar.

Ter bezlerinin çalışmasındaki azalma sonucu kuru, elastikiyeti olmayan bir cilt oluşur. Bu durum vücut ısısının regülasyonunda bozulmalara neden olur.

Deri hücrelerindeki melanosit kaybı ciltte lekelere neden olur. Pigment hücrelerinin kaybı ise saçların beyazlamasına neden olur. Deri altı atrofik değişiklikler ise ciltteki kırışıklıklara neden olur.

Yaşlılık işareti denen ve cilt üzerinde sarıdan kahverengine kadar değişen benekler oluşur. Bunların nedeni lipofuskin pigmentidir.

Yaşlılarda ter atımı azalır, böylece dış ortamın ısısına uyum zorlaşır (13, 17, 19, 23, 24).

Sistemlerde görülen bu fizyolojik değişimler kronik hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır.

2.3.2. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler

Yaşlanma sürecinde psikolojik değişimler, fizyolojik ve sosyal değişimlere bağlı olarak gelişmektedir. Psikolojik değişimler, yaşlının kişilik yapısı, toplumun yaşlıyı ve yaşlının kendini algılayışı ile bağlantılı olarak değişmektedir.

Yaşlı, sevilen birinin yada akrabalarının ölümü, işe yaramadığını hissetme, emeklilikle birlikte iş yaşamındaki çevrenin ve arkadaşlarının kaybı, kötü sağlık algısı, ulaşımın sınırlanması, başkalarına bağımlı olma gibi nedenlerle yalnızlık duygusunu yaşar.

Yaşlanma ile birlikte sosyal yaşam değişir ve yaşlı bireyin sosyal ilişkileri zayıflar. Bunun yanı sıra, toplum üretici ve daha genç bireylere verdiğiinden, tüketici konuma geçen ve daha önceki rollerini yerine getiremeyen yaşlı, tek başına yada kurumda yaşamaya başlar.

Yapılan araştırmalarda en fazla yaşanan duyguların, depresif duygular ve yalnızlık duyguları olduğu belirlenmiştir.

Yaşlılarda genelde gelecekte, yenilikten korkma ve eskiye aşırı bağlılık görülmektedir.

Yaşlılığın belirli özelliklerinden biride egoizmdir. Yaşlılar kendilerini fazlasıyla düşünürler ve düşünceleri devamlı kendilerine döndürür. Para ve mala düşkünlükleri gittikçe artar.

Yaşlı birey gençlerin kendi gençlik dönemlerine göre değiştiğini, gençlerin saygısızlığını, dünyanın kötüye gittiğini ileri sürer. Kendilerine olan güvenleri azalır, çaresizlik, başkalarına muhtaç olma, ölüm korkuları belirir (5, 10, 17, 18, 27).

Emiroğlu'nun yapmış olduğu araştırmada yaşlıların ruhsal sorunları; yalnızlık hissi, ölüm kaygı ve korkusu, ilgi ve sevgi yoksunluğu, emeklilikte saygınlığın yitirilmesi, unutkanlık, statü kaybı olarak saptanmıştır (5).

2.3.3. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Ekonomik Değişimler

Yaşlılık döneminde insanlar fiziksel güçlerini yitirirler, iş yapabilme güçleri azalır. Bu nedenlerle üretici olmaktan çıkıp tüketici durumuna geçerler. İş kaybını yaşarlar. Emeklilik nedeniyle daha az gelirle yaşamlarını devam ettirmek durumunda kalırlar. Yaşlı bireylerin emekli olmasıyla gelirinin azalması, çalışamaz duruma gelmesi, yaşlılıkta artan sağlık sorunlarına bağlı giderlerin artması yaşlının ekonomik sorunlarındandır.

İşçiye, memura emekli olduklarında ödenen maaşın az olması nedeniyle yaşlı emeklilik sonrası tekrar çalışmak durumunda kalmaktadır.

Muhtaç, kimsesiz ve güçsüz yaşlılar devletin ekonomik desteğini almaktadır. Fakat devlet tarafından bağlanan aylık yeterli olmamaktadır (5, 10, 17, 28).

Emiroğlu'nun yapmış olduğu araştırmada yaşlının ekonomik sorunları, sosyal güvenliğe sahip olmama, aldıkları maaşlarla giderlerini karşılayamama, yakınlarından maddi yardım alamama, gelirlerin azlığı, ek gelirin olmaması olarak saptanmıştır (5).

2.3.4. Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Sosyal Değişiklikler

Yaşlılıkta psikolojik ve fizyolojik sorunlar, yaşlının sosyal alanda güçlüklerle karşılaşmasına neden olmaktadır. Sosyal koşullardaki kötüleşme yaşlının ruhsal ve bedensel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Çağdaş toplumlarda ailenin geniş aile tipinden çekirdek aileye dönüşmesi yaşlının ailedeki yarinde farklılık yaratmıştır. Günümüzde yaşlılar eski saygınlıklarını yitirmekte, kuşaklar arası farklılıklar artmaktadır. Kadının çalışma yaşamına girmesi, geniş aileden çekirdek aile yapısına dönüşün yaşlıların sorunlarının giderek artmasına neden olmaktadır. Özellikle kimsesi olmayan yaşlılar için barınma sorun olmaktadır (5, 10, 13, 17, 27, 28).

Emiroğlu'nun yaptığı araştırmada yaşlının sosyal sorunlar; kuşak çatışması, rol ve statü kaybı, ilgi ve sevgi yoksunluğu, topluma uyum sağlayamama, toplum yaşamından soyutlanma olarak saptanmıştır (5).

2.4. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLIYA VERİLEN HİZMETLER

2.4.1. Dünya'da Yaşlıya Verilen Hizmetler

Dünyada yaşlıların kurumlarda veya evde bakımı için değişik uygulamalar yapılmaktadır. Yaygın olarak görülen hizmetler şunlardır (6, 16, 29):

1-Mobil yemek servisleri: Gönüllüler tarafından organize edilmektedir.

2-Ücretsiz ulaşım hizmetleri: Trafik yükünün azaldığı saatlerde yaşlılara verilen "Altın çağ kartı" ile bu olanaktan yararlanmaları sağlanmaktadır.

3-Bilgi verme danışma servisleri: Herhangi bir sorunla karşılaşan yaşlının başvuracağı servislerdir.

4-Yaşlı ziyaretleri ve onları dinleme: Yaşlı ziyaretleri düzenlenerek sorunları yetkililerce saptanır.

5-Her gün belirli saatlerde yaşlının evine telefon ederek durumunu sorma ve sohbetler ederek yalnızlığını hissettirmemek.

6-Evde yaşlının bakımını sağlamak için eve hizmet götürme.

7-Yaşlılık merkezleri ve kulüpleri: Gündüzleri yaşlılara sanat ve kültür etkinlikleri gösterir , hoşça vakit geçirmeleri sağlanır.

8-Yaşlı apartmanları:Yalnızca yaşlıların oturduğu meskenler projesidir.

9-Yaşlılara yönelik eğitim ve öğretim: Daha çok beceri kazandırma ve kendi kendine rehabilitasyon yöntemleri kazandırma programları uygulanır.

10-Koruyucu yaşlı hizmetleri:Toplumun yaşlanma ve bakım hizmetleri konusunda eğitilmesini kapsamaktadır.

11-Gündüz hastaneleri ve son yardım hastaneleri: Sabah yaşlının hastaneye ve akşamda evine bırakıldığı hastanelerdir. Tedavi, bakım ve koruma kurumlarıdır. Ayrıca yeme içme ve eğlence imkanlarına sahiptir. Genellikle uğraşı tedavisi uygulurlar. Son yardım hastaneleri ise tedavi yapılmayan, ölümü beklenen yaşlıların son yardımının yapıldığı ve huzurunun sağlandığı yerlerdir.

12-Koruyucu büyükannelik ve büyükbabalık programı: Yaşlının yalnızlık çekmemesi ve küçük ihtiyaçlarının bu şekilde karşılanması sağlanmaktadır.

13-Yaşlıya arkadaşlık programı: Yaşlının yaşlıya arkadaşlığı, dostluğu sağlanarak birbirine yardım etmeleri.

Gelişmiş ülkelerden olan İngiltere’de geriatrik tıp 1960’dan bu yana gelişme göstermiştir. Hastane bazında geriatri üniteleri tüm ülke çapında birçok bölgede mevcuttur. Akut bakım servisleri, geriatrik değerlendirme ve rehabilitasyon merkezleri, geçici bakım servisleri de mevcuttur. İngiltere’de yaşlılar sağlık hizmetleri için para ödememektedirler. Milli sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen 65 yaşına gelmiş erkek ve 60 yaşına gelmiş kadınlara maaş bağlanmaktadır. Milli sigortaya prim ödemeyen ve ihtiyaç halinde olan yaşlılara ise haftalık maaş bağlanmaktadır. Ayrıca mesleki ve özel sigortalar yoluyla da yaşlılara maaş verilmektedir. Japonya’da yaşlıların büyük çoğunluğu çocuklarının yanında kalarak bakım görmektedirler. Bunun yanı sıra yaşlılar

için bakım evleri, sağlık merkezleri, evde bakım servisleri gibi hizmetlerde vardır. A.B.D.'de geriatri hastaneleri mevcuttur. Ayrıca hastane dışı bakımın yapıldığı "Skilled Nursing Home" adı altında tam uzmanlaşmamış kurumlar, "Sheltered Home" denilen bungalovlardan oluşan bakım evleri, "Residential Home" isminde huzurevleri de hizmet vermektedir. Evinde yaşamak isteyen yaşlılar için de ayrı bakım servisleri hizmet vermektedir (6, 30). Amerika'da 2000 yılında yapılan bir araştırmada hastanelerde yaşlılık programı uygulandığında yaşlıların yaşam kalitelerinde artma ve tedavi masraflarında azalma olduğu belirtilmiştir. Yaşlılık programını uygulayan ekipte geriatri hemşiresi, yaşlılık uzmanı ve servis hemşirelerinin olması gerektiği belirtilmiştir (30). Hollanda'da belediye tarafından her 65 yaşına ulaşan kişiye maaş bağlanmakta, bu kişiler bağımsız yaşayabildikleri sürece de kendi evlerinde yaşamaktadırlar. Hollanda ve Almanya'da yaşlı bireyler için küçük dairelerden oluşan evler bulunmakta, isteyen yaşlı ücret karşılığında bu evlerde kalabilmektedir. Yaşlı bireyler bu evlerde yemeklerini kendileri yapmakta ya da kuruluşun yemekhanesinden yararlanabilmektedirler. Ayrıca bu kuruluşlarda spor salonu, kütüphane, dinlenme salonu gibi alanlar bulunmakta, yaşlılar için geziler, yemekli toplantılar gibi değişik etkinlikler düzenlenerek yaşlı bireyin toplumdan soyutlanmamasına özen gösterilmektedir. Bu ülkelerde gerektiği durumlarda yaşlı birey mobil yardım hizmetlerinin desteği ile günlük alışveriş, temizlik hizmetleri gibi yardımcı hizmetlerden de yararlanmakta, haftanın belirli günleri de doktor ve hemşirelerden sağlık hizmeti alabilmektedirler (10).

Gelişmekte olan ülkelerden Tayland'da yaşlılar aileleri tarafından bakıldığı gibi, devlet bu konuda da hizmetler vermektedir. Primer sağlık hizmetleri içine yaşlıların bakımı da entegre edilmiştir. Budist din merkezlerinin desteklediği yaşlı bakım merkezleri vardır. Köylerde yaşlılara el sanatları eğitim kursları açılmakta, şehirlerde çocuk bakımı gibi iş imkanları yaratılmaktadır. Filipinler'de yaşlıların bakımları halen aileleri tarafından sürdürülmektedir. Bununla birlikte günlük bakım merkezleri, tatil merkezleri, uzun vadeli bakım merkezleri gibi değişik bakım hizmetleri sunulmaktadır (6).

Pek çok geri kalmış ülkelerde geleneksel aile yapısı yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını ve bakımlarını karşılayabilmektedir. Kentleşme ve çekirdek aileye doğru gidiş, yaşlıların bakım problemlerini gündeme getirmektedir. Bu ülkelerde sağlık alanında yaşlıların ihtiyaçlarını yerine getirecek primer koruyucu hizmetler yetersizdir ve uzak kırsal alanlara kadar uzanamamıştır (6).

2.4.2. Türkiye’de Yaşlıya Verilen Sosyal Hizmetler

1982 Anayasasının 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak şu hüküm yer almaktadır: “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” (13).

Ülkemizde yaşlılara yönelik çıkan kanunlara bakıldığında (6, 10, 13, 28);

- 1) 1926 yılında çıkarılan 743 sayılı medeni kanunun 315, 316, 317, 356, 359. maddelerinde ailede yaşlı, sakat ve çocukların korunmasına ilişkin hükümler yer almaktadır. Yaşlılara yönelik uygulamalarda en eski kanun budur.
- 2) Yaşlılara bakım ve yardım görevi 1930’da çıkarılan 1580 sayılı “Belediyeler Kanunudur.” Bu yasa maddeleri muhtaç yaşlıların korunması konularını kapsar.
- 3) 1949 yılında çıkarılan 5434 sayılı “Emekli Sandığı Kanunu” çeşitli sosyal haklar içeren bir sosyal güvenlik kanunudur.
- 4) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) 7355 sayılı kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlanmıştır.
- 5) 1982 Anayasasının 61. maddesindeki hüküm doğrultusunda 27. 05. 1983 tarihinde yürürlüğe giren 2828 sayılı ile SHÇEK Genel Müdürlüğü olmuştur. Bu kurum içinde ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan özel ihtiyaç gruplarının ihtiyaçlarının karşılanması, yardım standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetleri yerel ve ulusal düzeyde programlama, yönetim ve denetim görevini üstlenmiştir.
- 6) 18. 03. 1989 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinden ayrılarak SHÇEK Genel Müdürlüğü adı altında Başbakanlığa bağlı bir kuruluş olarak faaliyet göstermektedir.
- 7) 21. 02. 2001 gün ve 24325 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Huzurevleri İle Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliğine göre hizmet veren Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Huzurevlerinde sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlılara hizmet vermektedir.
- 8) 1479 sayılı Bağ-kur Kanunu ve 1977’de yürürlüğe giren 2022 sayılı, 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz, kimsesiz yaşlılar ile başkasının yardımı olmaksızın hayatını

devam ettiremeyecek derecede sakat olanlara aylık bağlanmasına ilişkin kanun gibi sosyal haklar içeren Sosyal Güvenlik kanunları olduğu görülmektedir.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun 2000 Yılı verilerine göre, SHÇEK ile Özel ve diğer kamu kurum ve kuruluşlara bağlı huzurevleri sayı ve kapasitesi aşağıdaki gibidir (13):

	<u>SAYI</u>	<u>KAPASİTE</u>
SHÇEK'na ait huzurevleri	56	5822
Belediyelere ait huzurevleri	23	2585
Diğer bakanlıklara ait	5	1875
Dernek ve Vakıflara ait huzurevleri	24	1614
Azınlıklara ait kuruluşların huzurevleri	6	900
Özel kişilere ait kuruluşların huzurevleri	33	1718

Ülkemizde huzurevleri dışında yeni hizmet modelleri geliştirilmeye çalışılmaktadır. Örneğin yaşlı gündüz bakımevi olarak yaşlı kulüpleri açılması düşünülmektedir. Özellikle yalnız yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak için danışmanlık hizmeti verecek merkezlerin kurulması düşünülmektedir. Bu merkezler, alış veriş faturalarının ödenmesi, beden temizliği, ev temizliği konularında yardımcı olmayı da amaçlamaktadır (6).

2.5. KRONİK HASTALIK

Kronik hastalıklar genellikle tam iyileştirilmeleri sözkonusu olmayan, sürekli ve yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklar yada yetersizlikler bırakan, oluşmasında sosyo-ekonomik, bireysel, genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz türde hastalıklardır (8, 31).

Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu'nun (NCCI) tanımına göre, aşağıda sözü edilen olgulardan bir yada daha fazlasının görülmesi durumunda kişinin kronik hastalığı olduğundan söz edilir (8, 32).

- Hastalık ilerleyicidir.
- Bazı kalıcı yetersizlikler vardır.
- Hastalığa geri dönüşümsüz patolojik bir süreç neden olur.

- Özel bir rehabilitasyon eğitimi ile,
- Uzun süreli bakım ve gözlem süreci gerektirir.

Yaşlılıkla birlikte kronik hastalığın olması, bireyin kişisel bağımsızlığının kısmen yada tamamen yitimine neden olmaktadır. Aynı zamanda, yaşlı bireye umutsuzluk ve ölüm endişesi yaşatmaktadır. Yapılan bir çalışmada kendilerini “sağlıklı” olarak algılayan yaşlıların ölüm konusunda daha az endişeli oldukları belirlenmiştir.

Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmedeki yeteneklerini kısıtlamakta ve onu tıbbi tedavi ve bakım almanın zorlukları ile karşı karşıya bırakmaktadır. 1940 yılından bu yana, kronik hastalıkların bütün hastalıklara oranı % 30'lardan % 80'lere yükselmiştir. Yapılan bir araştırmaya göre, Amerika'da 24 milyondan fazla kronik hastalıklı birey bulunmaktadır. 65 yaşın üzerindeki bireylerin % 86'sının bir yada iki kronik hastalığı bulunmakta ve her yaşlıdan biri günlük yaşam aktivelerinde sınırlılık yaşamaktadır.

Bir bireyde birden fazla kronik hastalık olması sonucunda hastalıkların patogenezi, klinik görünümü ve tedavileri birbirini etkilemektedir. Bu etkilenim şu şekilde olmalıdır:

- Bir hastalık ikinci bir hastalığın tanısının konulmasının önleyebilmekte,
- Bir hastalık alta yatan ikinci bir hastalığa ait özel bir belirti ile kendini gösterebilmekte,
- Bir hastalık için uygulanan ilaç tedavisi bir diğeri için uygun olabilmekte,
- Bir hastalık diğeri bir hastalığında belirtisini verebilmekte ve
- Yaşlılarda varolan bir sorunun neden olduğu ikinci bir komplikasyon, üçüncü bir sorunun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Tüm bu nedenlerle özellikle yaşlılarda kronik hastalıkların yönetimi güçleşmektedir (8).

2.6.YAŞLILARDA GÖRÜLEN BAZI KRONİK HASTALIKLAR

2.6.1. Konjestif Kalp Yetersizliği

Yaşlılıkta miyokard atrofisi ile beraber yer yer bağ dokusu bantlarının yerleşmesi kalbin kolaylıkla dilate olmasına neden olmaktadır. Hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, enfeksiyöz miyokardit, koroner arter hastalıkları, kapak hastalıkları, akciğer

diffüz lezyonları gibi hastalıklar kalp yetersizliğine neden olabilmektedir. Ayrıca kardiyak out-put'u artıran nedenlerle yüksek debili kalp yetersizliği de meydana gelebilir ki bunlar anemi, paget hastalığı, hipertirodi, büyük stresler, psikolojik travmalar , kısa zamanda kilo alma ve ağır egzersizlerdir (6, 22, 31).

2.6.2. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter lezyonları ve bunların meydana getirdiği komplikasyonlar ileri yaşlarda en sık rastlanan hastalıklardır. Koroner arter hastalıklarının en önemli sebebi aterosklerozdur. Kolesterolün ateroskleroz gelişmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ayrıca günde içilen sigara sayısı, alkol kullanımı, hipertansiyon, diyabet de etkili faktörlerdir. Koroner sklerozundaki angina pektoris yorgunluk ortaya çıkarak istirahatle kaybolan göğüs ağrısı şeklindedir. Akut koroner yetersizliğindeki göğüs ağrısı istirahatle de gelebilir ve nitrogliserine dirençlidir. Miyokard enfarktüsü yaşlılarda hafif ağrı ile belirgin olmayan belirtilerle karşımıza çıkabilmektedir (6, 22, 31).

2.6.3. Hipertansiyon

Arter çeperinin ileri yaşlardaki sklerozu ile meydana gelmekte ve diyabet gibi hastalıklar da bu olayı artırmaktadır. Hipertansiyonun serebrovasküler ve kalp damar hastalıklarında önemli derecede rolü vardır. Yaşlılarda 160/95 mmHg'nın üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmektedir. Hipertansiyon yaşlılar arasında oldukça yaygındır ve % 50-60'ında mevcuttur. 60 yaş ve öncesi dönemde risk faktörleri ile ne kadar az karşılaşılırsa, 60 yaş ve üzeri dönemde de hipertansiyona bağlı hastalıklar o kadar az görülmektedir. Kısmen yaşın ilerlemesiyle vasküler sertliğin daha fazla olması ve sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasından dolayı yaşla birlikte sistolik hipertansiyonun prevalansı artmaktadır. 75 yaşın üzerindeki kişilerin % 30'undan fazlasında, dinlenme sırasında sistolik kan basıncı 160 mmHg'nın üzerindedir. Uzun süreli kan basıncı artışı baroreseptör refleksi duyarlılığını, vasküler ve ventriküler uyumu bozmaktadır (6, 21, 31). Kolombiya'da yapılan bir çalışmada yaşlıların % 69.0'unda sistolik hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (33).

2.6.4. Kronik Bronşit

Çoğunlukla solunum yolları drenajını güçleştiren bronş duvarlarını bozan ve enfeksiyonları kolaylaştıran şartların oluşturduğu sekonder bir hastalıktır. Bronş

mukozası bozularak, siliyalı epitel bozulmakta ve bronş duvarlarında fibrozis oluşmaktadır. Bronş salgısının uzaklaştırılması zorlaştığı için akciğer enfeksiyonları bu zeminde kolaylıkla yerleşmektedir (6, 22, 31).

2.6.5. Böbrek Yetersizliği

Şok, hipovolemi, dehidratasyon, akut kalp yetersizliği böbrekler üzerine etki yapmaktadır. Bunun yanında prostat büyümesi, taşlar üriner enfeksiyona neden olarak hidrostatik basıncı arttırmaktadır. Alkol ve bazı ilaçlarda üriner obstrüksiyona neden olarak hidrostatik basıncı etkilemekte, malnütrisyon ve azotemiye yol açabilmektedir. Yaşlılarda sık görülen anemi de böbrekler üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Böbrek arterlerinin sklerozu da böbreğin kanlanması bozacağından fonksiyon kaybına neden olabilmektedir (6, 22, 31).

2.6.6. İdrar İnkontinansı

Yaşlı bireylerde yaygın olarak görülen özellikle yaşlıya rahatsızlık veren bir durum olup önemli psikososyal, ekonomik ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Toplumdaki yaşlıların % 5-20'si, bakım evlerinde yaşayanların % 40-75'inde görülmektedir. Operasyon sonrası, akut konfüzyon durumları, immobilizasyon, akut mesane enfeksiyonları, hiperkalemi, hiperglisemi ve bazı ilaçlarla meydana gelen idrar inkontinansı düzelebilmektedir. Düzelemeyen durumlar ise beyinde vasküler atrofik veya neoplastik lezyonlar, demans, medulla spinalis tümörleri ve multiple skleroz gibi olaylarla ortaya çıkmaktadır. Pelvis kaslarının ilerleyen yaşla birlikte zayıflaması ve geçirilmiş bir ameliyat ile zarar görmüş olması idrar inkontinansına neden olmaktadır. Menapoz sonrası kadınlarda atrofik üretrit ve östrojenin azalması, stres inkontinansının diğer nedenleridir. Östrojen üretra çıkışı mesane mukozasının tonüsüne katkıda bulunmaktadır (6, 22, 31).

2.6.7. Dejeneratif Artrit

Bu hastalıkta hareket sonrası eklemlerde sertlik meydana gelmektedir. Eklemlerde krepitasyon, uçlarda deformasyon olmaktadır. Eklemlerde şişlik yumuşak doku kalınlaşmasına bağlı olarak görülmektedir. En çok parmaklarda, vertebralarda ve dizde görülmektedir (6, 22, 31).

2.6.8. Romatoid Artrit

Eklem sinovyası kalınlaşarak zamanla fibröz, vasküler bir yapı almaktadır. Bu kalınlaşma giderek eklem mesafesini kapatarak ankiloz ortaya çıkmaktadır. Eklemlerde kalsifikasyon görülmektedir. Oldukça ağırlıdır ve eklemlerin hareket yeteneği azalmıştır (6, 22, 31).

2.6.9. Osteoporoz

Yaşlandıkça kemiklerde demineralizasyon görülmektedir. Osteoporozda kemikte osteoblastik aktivite azalmış ve kemik matriksi oluşumu gerilemiştir. Vertebra ve pelviste ilk önce ortaya çıkmaktadır. Boyda kısalma ve kifozlar ortaya çıkmaktadır. Osteoporotik kemikler kolayca kırılmaktadır (6, 22, 31). Amerika'da yapılan bir araştırmada yaşlı erkeklerin % 6.6'sında, kadınların % 14.5'inde osteoporoz görüldüğü belirtilmiştir (34).

2.6.10. Demans

Zeka fonksiyonlarının kronik ve çoğu zaman da ilerleyici bir biçimde kaybıdır. 65 yaşından sonra % 10-15 oranında orta veya ağır şiddette demans görülebilmektedir (6, 22, 31). İtalya'da yapılan bir çalışmada yaşlılarda demans prevalansı % 5.9 olarak bildirilmiştir (35).

2.6.11. Alzheimer Hastalığı

Tahminen 50'li yaşlarda hafıza bozukluklarıyla başlar. 65 yaş üzerinde prevalansı % 2.0 oranındadır. İlk bulguları afazi ve yürüme bozukluğu gibi semptomlardır. Daha sonra demans tablosu gelişir. Tedavi edilemeyen erken başlayan demans Alzheimer hastalığını düşündürür (6, 22, 31).

2.6.12. Diabetes Mellitus

Yaşlılarda sık görülen endokrin hastalıklarından biridir. Toplumda % 2.0-3.0 olan diabetes prevalansı, 70 yaş üzerinde % 7.0'ye ulaşır. Ateroskleroz, koroner ve serebral damar bozuklukları, interkapiller glomeruloskleroz, hipertansiyon, retinopati gibi komplikasyonlara neden olur (6, 22, 31).

2.6.13. Depresyon:

Emeklilik olayı ve çalışmama, üretkenliğin azalması, yaşlıları olumsuz olarak etkiler. Mesleğinden ayrılan yaşlı, artık işe yaramadığını, sosyal, fiziksel yeteneklerini yitirdiğini ve işe yaramaz bir insan olduğu duygularını ve düşüncelerini yaşayabilir. Bu

gibi durumlarda yaşlılarda depresyon sık görülür. Depresyonun en kötü komplikasyonu intihardır. İntihar yaşlıların % 11.0'inde görülmektedir. Kayıtlardaki intiharların ¼'ünü yaşlılar oluşturmaktadır (6, 22, 31). Amerika'da yapılan bir araştırmada yaşlıların % 27.0'sinde depresyon olduğu belirlenmiştir (36).

2.6.14. Kanser:

Kanser yaşlılarda en sık görülen 3 ölüm nedeni arasındadır. Deri, meme, serviks, rektum, ağız boşluğu, akciğer ve mide kanserleri en sık görülenlerdir (6, 22, 31).

2.6.15. Serobrovasküler Hastalıklar:

Serobrovasküler hastalıkların hemen hepsi ateroskleroza, hipertansiyona veya bunları her ikisine bağlı olarak meydana gelmektedir. Yaşlılarda felçler % 30.0 kadar fiziksel ve mental bozukluklara neden olmaktadır (6, 22, 31).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, Nevşehir İli İl merkezindeki 65 yaş ve üzeri bireylerde tanısı konulmuş kronik hastalık prevalansını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Nevşehir İl merkezinde yapılmıştır.

Nevşehir Orta Anadolu'da Kapadokya bölgesindedir. Kapadokya turizm bölgesidir. İklimi yazları sıcak ve kurak, kışları soğuk ve yağışlıdır. Ekonomisi temelde tarıma dayalı, bağcılık ve patatesçilikten gelir sağlanmaktadır. İlçelerdeki gelirin çoğu turizm kanalıyla elde edilmektedir.

İl merkezinde 31 mahalle, 7 sağlık ocağı, 2 özel hastane, 2 özel poliklinik ve çok sayıda özel doktor muayenehanesi bulunmaktadır.

2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre İl merkezi nüfusu 67864, yaşlı nüfusu 3103'dür.

Yaşlıların çoğu evde yalnız yada ailesinin yanında yaşamaktadır. İl merkezinde yaşlı bakım evi yoktur. Nevşehir'e 30 km. uzaklıkta Avanos ilçesi Özkonak Kasabasında 40 yataklı özel huzurevi bulunmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni 67864 nüfustan oluşan Nevşehir İl Merkezindeki 65 yaş ve üzerindeki 3103 yaşlıdan oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü evrendeki birey sayısı

bilindiği için $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$ formülü kullanılarak, görülme sıklığı %85,%5 hata payı ve %95 güven aralığında 184 kişi olarak belirlenmiştir. Fakat araştırma sonuçlarının daha doğru elde edilebilmesi için araştırma örnekleme 200 kişi olarak alınmıştır.

Nevşehir il merkezindeki mahalleler küme örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiş olup, 31 kümeye ayrılmıştır. Her bir mahalle bir kümeyi oluşturmuştur. Kümelere 1'den 31'e kadar sayı verilmiş ve basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak örnekleme oluşturmak üzere Yeni mahalle ve 350 Evler mahalleleri seçilmiştir. Yeni mahallenin 65 yaş üzeri nüfusu 151, 350 Evler Mahallesi'nin 65 yaş üzeri nüfusu 226'dır. Her iki mahallede 2 Nolu Sağlık Ocağına bağlıdır. 2 Nolu Sağlık Ocağından 350 Evler ve Yeni mahallede yaşayan 65 yaş üzeri bireylerin isimleri ve adresleri alınmış, isimlere numaralar verilip basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak 200 yaşlıya adreslerinde ulaşılmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler anket formu ile toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Veriler araştırma kapsamına alınan yaşlıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik özelliklerini, sosyal güvencesi ve kronik hastalığı olup olmadığını ortaya çıkaracak soruları içeren anket formuyla toplanmıştır. Anket formu konuyla ilgili araştırmalar incelenerek hazırlanmıştır.

3.4.2. Ön Uygulama

Anket formunun ön uygulaması 20-23 Eylül 2002 tarihleri arasında örnekleme alınmayan Herikli mahallesinde yapılmıştır. Anket formu 20 yaşlıya uygulanarak, anlaşılabilirlik ve etkinlik yönünden test edilmiştir. Uygulama sonucunda bütün bireyler tarafından aynı anlamda algılanmayan, açık olmayan, anlaşılması güç olduğuna karar verilen soru ifadeleri değiştirilmiştir. Ön uygulama, 10 kişi ile tekrarlanmış ve soruların bireylerin tümü tarafından aynı anlamda anlaşıldığı görülmüştür.

3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veriler araştırmacının kendisi ve eğiterek yetiştirdiği 4 anketörle birlikte yaşlı bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Yaşlı bireylere araştırmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuş, araştırmayı katılmayı kabul etmeyen yaşlı olmamıştır.

3.4.4 Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formuyla toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup yüzdelerle ifade edilmiştir. Demografik özellikler bağımsız değişken olarak kabul edilip, kronik hastalık prevalansı ile çapraz tablolar yapılmış ve ki-kare, fisher kesin ki-kare ve yates ki-kare önemlilik testleri ile gruplar arası fark incelenmiştir. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı kardiyovasküler sistem hastalıkları, glokom, katarakt göz hastalıkları, böbrek yetmezliği, idrar inkontinansı, prostat hipertrofisi üriner sistem hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım solunum sistemi hastalıkları, gastrit, ülser ve siroz sindirim sistemi hastalıkları, işitme kaybı, kulak-burun-boğaz hastalıkları, depresyon, psikotik bozukluklar psikiyatrik hastalık, demans, alzheimer, felç nörolojik hastalık olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Nevşehir İl Merkezindeki 65 yaş ve üzeri bireylerde tanısı konulmuş kronik hastalık prevalansı araştırma kapsamına alınan yaşlıların demografik özellikleri ve kronik hastalıkları ile ilgili özellikleri bu bölümde sunulacaktır.

Tablo 4.1. Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n: 200)

TANINIMLAYICI ÖZELLİKLER		
Yaş	Sayı	%
65-69	71	35.5
70-74	77	38.5
75-79	31	15.5
80-84	15	7.5
85+	6	3.0
Cinsiyet		
Kadın	121	60.5
Erkek	79	39.5
Medeni Durum*		
Evli	102	51.0
Bekar	3	1.5
Dul	95	47.5
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	73	36.5
Okur-Yazar	28	14.0
İlkokul	58	29.0
Ortaokul	20	10.0
Lise	15	7.5
Üniversite	6	3.0
Sosyal Güvence		

Yok	20	10.0
Emekli Sandığı	63	31.5
SSK	47	23.5
Bağ-Kur	50	25.0
Yeşil Kart	9	4.5
Özel Sigorta	11	5.5
Halen çalışma durumu		
Çalışıyor	22	11.0
Çalışmıyor	178	89.0
Daha Önce Yapılan İş		
Var	95	47.5
Yok	105	52.5
Birlikte Yaşanılan Kişiler		
Yalnız Yaşayan	46	23.0
Eşiyle	80	40.0
Çocuklarıyla	48	24.0
Eşi Ve Çocuklarıyla	18	9.0
Diğer	8	4.0
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	5	2.5
Hayır	95	97.5
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	30	15.0
Hayır	170	85.0
Sürekli Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu		
Giden	171	85.5
Gitmeyen	29	14.5

*Dul: Eşi vefat etmiş yada boşanmışları kapsamaktadır.

Tablo 4.1'de yaşlıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Tablo incelendiğinde yaşlıların % 35.5'nin 65-69, % 38.5'nin 70-74 yaş grubunda olduğu, % 60.5'inin kadın, % 51.0'mının evli, % 36.5'inin okur-yazar olmadığı, % 10.0'unun sosyal güvencesi olmadığı, % 11.0'inin halen yaptığı bir işin olduğu, % 52.5'inin daha önce yaptığı bir işin olmadığı, % 23.0'ünün yalnız yaşadığı, % 2.5'inin alkol kullandığı, % 15.0'inin sigara kullandığı, % 85.5'inin sürekli bir sağlık kuruluşuna gittiği görülmektedir.

Tablo 4.2. Sürekli bir sağlık kuruluşuna giden yaşlıların sağlık kuruluşuna gitme nedenlerine göre dağılımı

Sağlık Kuruluşuna Gitme Nedeni (n=171)	Sayı	%
İlaç Yazdırma	81	47.4
Tedavi	79	46.2
Kontrol-Muayene	62	36.3
Tansiyon Ölçtürme	8	4.7

Sürekli bir sağlık kuruluşuna giden yaşlıların sağlık kuruluşuna gitme nedenlerine göre dağılımı tablo 4.2’de verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi yaşlıların % 47.4’ünün sağlık kuruluşuna sadece ilaç yazdırmak için gittiği saptanmıştır.

Tablo 4.3. Yaşlıların hizmet aldıkları sağlık kuruluşuna göre dağılımı

Hizmet Alınan Sağlık Kuruluşu	HİZMET ALMAYAN		HİZMET ALAN						Toplam	
			1. Sırada Hizmet Alan		2. Sırada Hizmet Alan		3. ve 4. Sırada Hizmet Alan			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Sağlık Ocağı	134	67.0	38	19.0	26	13.0	2	1.0	200	100.0
Devlet-SSK Hastanesi	46	23.0	116	58.0	36	18.0	2	1.0	200	100.0
Üniversite Hastanesi	173	86.5	2	1.0	17	8.5	8	4.0	200	100.0
Özel Hastane	166	83.0	9	4.5	15	7.5	10	5.0	200	100.0
Özel Poliklinik	177	88.5	6	3.0	8	4.0	9	4.5	200	100.0

Tablo 4.3’de yaşlıların hizmet aldıkları sağlık kuruluşuna göre dağılımı görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi yaşlıların % 67.0’sinin sağlık ocağından hizmet almadığını, % 58.0’i ise ilk olarak Devlet-SSK hastanesinden hizmet aldığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. Yaşlıların tanısı konmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Tanısı Konmuş Kronik Hastalık	Sayı	%
Var	167	83.5
Yok	33	16.5
Toplam	200	100.0

Tablo 4.4’te yaşlıların tanısı konmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Burada belli bir kurumda tanısı hekim tarafından konmuş kronik hastalığı olan yaşlılar kastedilmektedir. Tablo 4 incelendiğinde yaşlıların % 83.5’inin tanısı konmuş kronik hastalığı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5. Yaşlıların tanısı konmuş kronik hastalık türüne göre dağılımı(n=167)

Kronik Hastalıklar	S	%
Romatizmal Hastalık	92	55.0
Hipertansiyon	86	51.5
Göz Hastalıkları	60	35.9
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı	49	29.3
Sindirim Sistemi Hastalığı	47	28.1
Osteoporoz	36	22.0
Diabetes Mellitus	33	19.8
Solunum Sistemi Hastalıkları	28	16.8
Kulak-Burun-Boğaz Hastalığı	20	12.0
Nörolojik Hastalık	19	11.4
Üriner Sistem Hastalığı	18	10.8
Psikiyatrik Hastalık	10	6.0
Serebrovasküler Hastalık	8	4.8
Kanser	6	3.6

Tablo 4.5'te yaşlıların tanılanmış kronik hastalık türleri verilmektedir. Tablo incelendiğinde yaşlıların % 55.0'inde romatizmal hastalık, % 51.5'inde hipertansiyon, % 35.9'unda göz hastalığı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Kronik hastalığı olan yaşlıların tanılanmış kronik hastalık sayısına göre dağılımı (n=167)

KRONİK HASTALIK SAYISI	S	%
Bir Tür Kronik Hastalığı Olan	39	23,4
İki Tür Kronik Hastalığı Olan	32	19,2
Üç Tür Kronik Hastalığı Olan	31	18,5
Dört Tür Kronik Hastalığı Olan	31	18,5
Beş Tür Kronik Hastalığı Olan	13	7,8
Altı ve Daha Çok Tür Kronik Hastalığı Olan	21	12.6
Toplam	167	100

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi tanısı konmuş kronik hastalığı olan yaşlıların % 23.4'ünde bir, % 19.2'sinde iki, % 18.5'inde üç, % 18.5'inde dört kronik hastalık mevcuttur.

Tablo 4.7. Yaşlıların yaş grupları ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Yaş grupları	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
65-74	121	81.8	27	18.2	148	100.0
75+	46	88.5	6	11.5	52	100.0

Yates=0.816

p>0.05

Tablo 4.7’de yaşlıların yaş grupları ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı verilmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi 75 yaş ve üzeri bireylerin %88.5’inde tanısı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır ve arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 4.8. Yaşlıların cinsiyet ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Cinsiyet	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Kadın	106	87.6	15	12.4	121	100.0
Erkek	61	77.2	18	22.8	79	100.0

X²= 3.744

p>0.05

Tablo 4.8’de kadınlarda erkeklere oranla daha fazla tanısı konulmuş kronik hastalık olduğu ve arlarındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) görülmektedir.

Tablo 4.9. Yaşlıların medeni durum ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Medeni durum*	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Evli	86	84.3	16	15.7	102	100.0
Dul	79	83.2	16	16.8	95	100.0

*3 kişi bekar

X²=13.510

p>0.05

Tablo 4.9’da da görüldüğü gibi evli olanların %84.3’ünde, dul olanların % 83.2’sinde tanısı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır.

Tablo 4.10. Yaşlıların eğitim durumu ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Okur-yazar değil	69	94.5	4	5.5	73	100.0
Okur-yazar ve ilkokul	74	86.0	12	14.0	86	100.0
Ortaokul ve üzeri	24	58.5	17	41.5	41	100.0

$\chi^2=25.385$

$p<0.05$

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi eğitim durumu ortaokul ve üzeri olan yaşlılarda (%58.5) diğerlerine göre daha az tanısı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Yaşlıların sosyal güvence durumu ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Sosyal güvence	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Var	149	82.8	31	17.2	180	100.0
Yok	18	90.0	1	10.0	20	100.0

Fisher=1.914

$p>0.05$

Tablo 4.11'de Yaşlıların sosyal güvence durumu ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı verilmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi sosyal güvencesi olmayanların %90.0'ında, sosyal güvencesi olanların %82.8'inde tanısı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Yaşlıların halen çalışma durumu ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Halen çalışma durumu	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Çalışan	16	72.7	6	27.3	22	100.0
Çalışmayan	151	84.8	27	15.2	178	100.0

Yates=1.296

p>0.05

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi halen çalışan yaşlıların %84.8’inde tanısı konulmuş kronik hastalık mevcuttur.

Tablo 4.13. Yaşlıların daha önce yaptığı iş ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Daha önce yapılan iş	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Var	71	74.7	24	25.3	95	100.0
Yok	96	91.4	9	8.6	105	100.0

Yates=8.911

p<0.05

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi daha önce çalışmayan yaşlıların %91.4’ünde tanısı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır. Daha önce çalışmayanlar ile tanısı konulmuş kronik hastalık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 4.14. Yaşlıların birlikte yaşadığı kişiler ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Birlikte yaşanan kişiler	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Yalnız yaşayan	41	89.1	5	10.9	46	100.0
Eşyle	67	83.8	13	16.2	80	100.0
Çocuklarıyla	39	81.3	9	18.7	48	100.0
Eşi, çocuklarıyla ve diğer*	20	76.9	6	23.1	26	100.0

*Diğer: Kardeş veya akrabalarıyla

$\chi^2=2.055$

$p>0.05$

Tablo 4.14.'de yaşlıların birlikte yaşadığı kişiler ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu verilmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi yalnız yaşayan yaşlılarda (%89.1) diğerlerine göre oransal olarak daha fazla tanısı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır.

Tablo 4.15. Yaşlıların sürekli bir sağlık kuruluşuna gitme durumu ve tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumuna göre dağılımı

Sürekli bir sağlık kuruluşuna gitme durumu	Tanısı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Giden	155	90.6	16	9.4	171	100.0
Gitmeyen	12	41.4	17	58.6	29	100.0

Yates=40.174

$p<0.05$

Tablo 4.15'de görüldüğü gibi sürekli bir sağlık kuruluşuna giden yaşlıların %90.6'sında, gitmeyen yaşlıların %41.4'ünde tanısı konulmuş kronik hastalık bulunmaktadır ve aralarındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$)

Tablo 4.16. Yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve yaş gruplarına göre dağılımı

Kronik hastalıklar	Yaş grupları				x ²	p
	65-74		75 ve üzeri			
	S	%	S	%		
Romatizmal hastalık (n=92)	69	75.0	23	25.0	0.089	p>0.05
Hipertansiyon (n=86)	67	77.9	19	22.1	1.197	p>0.05
Göz hastalıkları (n=60)	39	65.0	21	35.0	3.609	p>0.05
Kardiyovasküler sistem hastalıkları (n=49)	38	77.6	11	22.4	0.425	p>0.05
Sindirim sistemi hastalıkları (n=47)	41	87.2	6	12.8	Yates 4.750	p>0.05

Tablo 4.16’da da görüldüğü gibi tanısı konulmuş kronik hastalıklar 65-74 yaş grubunda 75 ve üzeri yaş grubundakiler göre oransal olarak daha fazladır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.17. Yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve cinsiyete göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Cinsiyet				x ²	p
	Kadın (n=171)		Erkek (n=79)			
	S	%	S	%		
Hipertansiyon	58	54.7	28	35,4	3.042	p>0.05
Osteoporoz	35	33.0	1	1,3	Fisher 0.000	p<0.05
Romatizmal Hastalık	63	59.4	21	36,7	4.538	p<0.05
Diabetes Mellitus	16	15.1	17	21,5	2.384	p>0.05
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı	28	26.4	21	26,6	0.306	p>0.05
Sindirim Sistemi Hastalığı	38	35.8	9	11,4	Yates 9.564	p<0.05
Göz Hastalıkları	43	40.6	17	21,5	4.472	p<0.05
Üriner Sistem Hastalığı	11	10.4	7	8,9	Yates 1.000	p>0.05
Solunum Sistemi Hastalıkları	16	15.1	12	15,2	Yates 0.034	p>0.05
Kulak-Burun-Boğaz Hastalığı	14	13.2	6	7,6	Yates 0.456	p>0.05
Psikiyatrik Hastalık	8	7.5	2	2,5	Fisher 0.321	p>0.05
Nörolojik Hastalık	16	15.1	3	3,8	Fisher 0.028	p<0.05
Serobrovasküler Hastalık	6	5.7	2	2,5	Fisher 0.483	p>0.05
Kanser	5	4.7	1	1,3	Fisher 0.406	p>0.05

Tablo 4.17’de osteoporoz kadınlarda %33.0, erkeklerde %1.3 oranında görülmektedir. Cinsiyet ile osteoporoz, romatizmal hastalık, sindirim sistemi hastalığı, göz hastalığı, nörolojik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.18. Yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve eğitim durumuna göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Eğitim Durumu						Toplam		x ²	p
	Okur-yazar değil		Okur-yazar ilkokul		Ortaokul ve üzeri					
	S	%	S	%	S	%	S	%		
Romatizmal Hastalık (n=92)	40	43.5	40	43.5	12	13.0	92	100.0	6.903	p<0.05
Hipertansiyon (n=86)	34	39.5	40	46.5	12	14.0	86	100.0	3.968	p>0.05
Göz Hastalıkları (n=60)	26	43.3	32	53.3	2	3.4	60	100.0	15.547	p<0.05
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı (n=49)	16	32.7	28	57.1	5	10.2	49	100.0	6.638	p<0.05
Sindirim Sistemi Hastalığı (n=47)	25	53.7	17	36.2	5	10.1	47	100.0	8.271	p<0.05

Tablo 4.18’de yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve eğitim durumuna göre dağılımı verilmektedir. Tabloda da belirtildiği gibi romatizmal hastalıklar okur-yazar olmayanlarda %43.5, okur-yazar ve ilkokul mezunlarında %43.5, ortaokul ve üzeri mezunlarda %13.0 oranında görülmektedir ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p>0.05).

Tablo 4.19. Yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve sosyal güvence durumuna göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Sosyal Güvence Durumu				Toplam		x ²	p
	YOK		VAR		S	%		
	S	%	S	%				
Romatizmal Hastalık (n=92)	10	10.7	82	89.3	92	100.0	Yates 0.135	p>0.05
Hipertansiyon (n=86)	8	9.3	78	90.7	86	100.0	Yates 0.000	p>0.05
Göz Hastalıkları (n=60)	6	10.0	54	90.0	60	100.0	Yates 0.000	p>0.05
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı (n=49)	7	14.3	42	85.7	49	100.0	Yates 1.070	p>0.05
Sindirim Sistemi Hastalığı (n=47)	4	8.5	43	91.5	47	100.0	Fisher 1.000	p>0.05

Tablo 4.19’da yaşlıların kronik hastalık türü ve sosyal güvence durumuna göre dağılımı verilmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi tanısı konulmuş kronik hastalıkların hepsi sosyal güvencesi olanlarda oransal olarak daha fazladır, arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 4.20. Yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve halen çalışma durumuna göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Çalışma Durumu				Toplam		x ²	p
	Çalışıyor		Çalışmıyor		S	%		
	S	%	S	%				
Romatizmal Hastalık (n=92)	10	10.9	82	89.1	92	100.0	Yates 1.000	p>0.05
Hipertansiyon (n=86)	10	11.6	76	88.4	86	100.0	Yates 0.985	p>0.05
Göz Hastalıkları (n=60)	4	6.7	56	93.3	60	100.0	Fisher 0.229	p>0.05
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı (n=49)	6	12.4	43	87.6	49	100.0	Yates 0.003	p>0.05
Sindirim Sistemi Hastalığı (n=47)	4	8.5	43	91.5	47	100.0	Fisher 0.790	p>0.05

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi tanısı konulmuş kronik hastalıkların hepsi halen çalışmayan yaşlılarda çalışanlara göre oransal olarak daha fazladır, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.21. Yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve daha önce yaptıkları işe göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Daha önce yapılan iş				Toplam		x ²	p
	YOK		VAR					
	S	%	S	%	S	%		
Romatizmal Hastalık (n=92)	58	63.0	34	37.0	92	100.0	7.595	p<0.05
Hipertansiyon (n=86)	55	64.0	31	36.0	86	100.0	7.937	p<0.05
Göz Hastalıkları (n=60)	37	61.7	23	38.0	60	100.0	2.888	p>0.05
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı (n=49)	26	53.1	23	46.9	49	100.0	0.008	p>0.05
Sindirim Sistemi Hastalığı (n=47)	35	74.5	12	25.5	47	100.0	Yates 10.766	p<0.05

Tablo 4.21’de görüldüğü gibi Tanısı konulmuş kronik hastalıkların hepsi daha önce çalışmamış olan yaşlılarda çalışanlara oranla daha fazla bulunmaktadır, romatizmal hastalık, hipertansiyon, sindirim sistemi hastalıkları ile daha önce çalışmış olma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05)

Tablo 4.22. Yaşlıların tanısı konulmuş kronik hastalık türü ve birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Birlikte Yaşanılan Kişiler								Toplam		x ²	p
	Yalnız Yaşayan		Eşiyle		Çocukları		Eşi Ve Çocukları					
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
Romatizmal Hastalık (n=92)	26	28.3	39	42.3	16	17.4	11	12.0	92	100.0	Yates 5.608	p>0.05
Hipertansiyon (n=86)	21	24.1	32	37.2	23	26.7	10	12.0	86	100.0	Yates 1.118	p>0.05
Göz Hastalıkları (n=60)	12	20.0	23	38.3	15	25.0	10	16.7	60	100.0	Yates 1.317	p>0.05
Kardiyovasküler Sistem Hastalığı (n=49)	12	24.5	18	36.7	12	24.5	7	14.3	49	100.0	Yates 0.325	p>0.05
Sindirim Sistemi Hastalığı (n=47)	12	25.5	16	34.0	13	27.7	6	12.8	47	100.0	Yates 1.067	p>0.05

Tablo 4.22 incelendiğinde yalnız yaşayan yaşlıların %28.3’ünde romatizmal hastalık olduğu görülmektedir ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Nevşehir İl Merkezindeki 65 yaş ve üzeri bireylerde tanısı konulmuş kronik hastalık prevalansını belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların demografik özellikleri; yaşlıların % 35.5'i 65-69, % 38.5'i 70-74, % 26.0'sı 75 ve üzeri yaşta, % 60.5'i kadın, % 36.5'i okur-yazar değil, % 10.0'unun sosyal güvencesi yok, % 11.0'inin halen bir işi var, % 52.5'i daha önce çalışmamış, % 23.0'ü yalnız yaşamakta, % 2.5'i alkol, % 15.0'i sigara kullanıyor, % 85.5'i sürekli bir sağlık kuruluşuna gitmektedir (Tablo 4.1).

Yaşın ilerlemesiyle biyolojik ve sosyal sorunlar artmaktadır. Yaşlılıkta görülen sağlık problemlerinin çözümünde koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin bir arada düşünülmesi gerekmektedir (39-41). Araştırmamızda yaşlıların % 47.4'ü ilaç yazdırmak ve sadece % 36.3'ü muayene-kontrol için sağlık kuruluşuna gittiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2). Kılıç araştırmasında yaşlıların % 46.0'sı tedavi, % 33.0'ü kontrol, % 21.0'i ilaç yazdırmak için sağlık kuruluşuna gittiklerini ifade etmişlerdir (5). Bizim araştırmamız ve Kılıç'ın araştırma sonucuna göre yaşlılar sağlık kuruluşlarından sadece tedavi edici hizmetler almaktadırlar. Buda sağlık kuruluşlarında koruyucu hizmetlerinin etkin olarak verilmemesinden kaynaklandığını düşündürebilir. Sağlık hizmetlerinde çalışan personele hizmet içi eğitimlerle koruyucu hizmetlerin öneminin vurgulanması önerilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün başını çektiği yeni küresel sağlık politikası herkese sağlık vizyonunu esas almaktadır. Bu vizyonun uygulamaya dönük amaçları ise; yaşam

kalitesi ve süresini artırma, ülkeler içindeki ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliğini geliştirme ve sürdürülebilir sağlık sistemlerini herkes için ulaşılabilir kılmadır (37). Bu da Temel Sağlık Hizmetleri ile sağlanabilir. Temel Sağlık Hizmetleri içinde en önemli basamak birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar olan sağlık ocaklarıdır (38). Araştırmamız kapsamına alınan yaşlıların yarısından fazlası (% 67.0) birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocağından hizmet almamakta, yarısından fazlası da (% 58.0) ilk olarak ikinci basamak sağlık hizmeti veren Devlet-SSK hastanelerinden hizmet almaktadırlar (Tablo 4.3). Yapılan diğer çalışmalarda da yaşlılar birinci basamak sağlık hizmetlerini diğerlerine göre daha az kullanmaktadır (5, 16, 39). Bu sonuçlar bizim araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yurt düzeyinde tüm bireylerin özellikle yaşlıların sağlık sorunlarına çözüm getireceği düşünülmektedir. Yaşlıların birinci basamak sağlık hizmetlerini neden tercih etmediklerini ortaya çıkartacak bir çalışma yapılması önerilebilir.

Yaşlılık birden fazla patolojinin ve onlara ait belirti ve bulguların sıklıkla beraber bulunduğu bir yaşam döngüsüdür. Yaşlanma kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçken, yaşlanmaya eşlik eden kronik hastalıklar ve özürülükler önlenemez ya da geciktirilebilir durumdadır. Yaşlı insanlar ne kadar kronik hastalıklardan uzak, sağlıklı ve üretken kişi olarak yaşarlarsa yaşam kaliteleri o kadar iyi olacak, topluma katkıları artarken, kendilerine sağlanan sosyal ve sağlık hizmetlerinin maliyeti de o kadar düşecektir (5, 16). Yaşlılarda sağlıklı yaşam beklentisi daha çok kronik hastalık durumlarının etkisi altındadır. Günümüz koşullarında ileri yaşlara varan kişilerin çoğunda bir yada birden fazla kronik hastalık mevcuttur (5, 7, 16, 21). Bunların arasında kardiyovasküler sistem hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kanser, romatizmal hastalıklar, nörolojik hastalıklar, ruhsal hastalıklar, görme problemleri, solunum sistemi hastalıkları ve sindirim sistemi hastalıkları yer almaktadır (5, 8, 18, 21, 41, 43). Sağlık alanında sağlık çalışanlarına düşen en önemli görev, kronik hastalıkların önlenmesi, geciktirilmesi, tedavi ve izlemde sürekliliğin sağlanmasıdır. Gerekli tedavi ve izlem yapılmadığı durumlarda kronik hastalıklara bağlı komplikasyonlar yaşlıların yaşamının zorlaşmasına neden olmaktadır (5). Uçkun çalışmasında kronik hastalık nedeniyle ölenlerden, kronik hastalıkla yaşayan yaşlıların daha fazla olduğunu açıklamıştır (44). Bizim araştırma kapsamına aldığımız yaşlıların % 83.5'inde tanısı konmuş kronik hastalık

bulunmaktadır (Tablo 4.4) Yaşlıların % 23.4'ünde en az bir, % 0.6'sında sekiz kronik hastalık bulunmaktadır (Tablo 4.6), Romatizmal hastalıklar (% 55.0), hipertansiyon (% 51.5), göz hastalıkları (% 35.9), kardiyovasküler sistem hastalıkları (% 29.3), sindirim sistemi hastalıkları (% 28.1) yaşlılarda bulunan ilk beş hastalığı oluşturmaktadır (Tablo 4.5). Yapılan araştırmalarda sırasıyla yaşlılarda kronik hastalık prevalansı % 66.5 (9), % 82.0 (45), % 77.6 (17) olarak saptanmıştır. Tanrıkulu çalışmasında yaşlıların % 18.5'inde en az bir, % 1.7'sinde altı kronik hastalık olduğunu (21), Öztürk çalışmasında yaşlıların % 74.1'inde en az bir, % 8.2'sinde üç kronik hastalık olduğunu (16) belirtmiştir. Genel olarak yapılan çalışmalarda yaşlılarda görülen ilk beş kronik hastalık sırasıyla hipertansiyon, romatizmal hastalıklar, kalp hastalığı, diyabet ve osteoporoz (9, 42, 45) olarak belirtilmiştir. Görülüyor ki yaşın ilerlemesiyle artan kronik hastalıklar yaşlıların kaçınılmaz sorunudur. Yaşlıların hastalıklardan korunmaları ve yaşlılıkta ortaya çıkabilecek sorunların erken tespiti amacıyla yaşlıların birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan sağlık personeli tarafından periyodik olarak takip edilmeleri gerekmektedir.

Yaşın ilerlemesiyle bireylerde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik yönlerden gerilemeler görülmekte ve bu gerilemelere bağlı olarak kronik hastalık görülme oranında artmaktadır (23). Bu araştırmada da 65-74 yaş grubunda olan bireylerin %81.8'inde, 75 yaş ve üzeri bireylerin %88.5'inde tanısı konmuş kronik hastalık mevcuttur (Tablo 4.7). Yapılan diğer çalışmalarda bakıldığında yaş ilerledikçe kronik hastalık görülme oranı artmaktadır (9, 17, 21, 45). Bu çalışmanın sonuçları literatür bilgilerini desteklemektedir.

Son yüzyılda herkes için yaşam süresinin artmasına karşın kadınların ortalama yaşam beklentisi erkeklerden daha yükselmiştir (46, 47). Hollanda, Fransa, Almanya gibi Avrupa ülkelerinde ortalama kadın ömrü 82, erkek ömrü 75, A.B.D.'de kadın 79, erkek 73, ülkemizde kadın 72, erkek 67 yıl'dır. Pek çok bilim adamı kadınların erkeklerden daha çok hastalanmalarını cinsiyet farkıyla açıklamaktadır. Erkekler ve kadınlar arasında biyolojik farklılıklar olduğu gibi sosyoekonomik durum ve kültürel norm ve değerler açısından da farklılıklar mevcuttur. Cinsiyet temelli bu farklılıklar, sağlık riskleri ve hastalıklarla başa çıkma yolları üzerinde ve kadınların sağlık veya hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarında farklılıklar göstermektedir (46). Bu çalışmada kronik hastalıkların oransal olarak kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (kadınlarda

%87.6, erkeklerde %77.2) (Tablo 4.8). Keskinoglu ve ark., Öztürk ve Tanrikulu'nun araştırmalarında da oransal olarak kronik hastalıklar daha çok kadınlarda bulunmaktadır (9, 16, 28).

Eğitim düzeyi arttıkça bireyler bilinçlenmekte, kronik hastalık oluşumunda rol alan birçok etkeni daha iyi bilip, kendilerini bu hastalıklardan koruyabilmektedirler. Araştırma sonucunda da eğitim düzeyi arttıkça tanısı konmuş kronik hastalık bulunma oranı da azalmaktadır (Tablo 4.10).

Bir işe sahip olma bireyleri ekonomik olarak desteklemekte, sosyokültürel aktivitelerini, alışkanlıklarını iyi yönde etkilemekte, sağlık güvencesi sağlamakta ve sağlık hizmeti kullanımını da arttırmaktadır. Daha önce çalışmış olma da bireylerin sağlık güvence kaynaklarının olmasını sağladığı gibi işin türüne bağlı olarak da bazı kronik hastalıklara neden olmaktadır (18). Bu çalışmada da halen çalışan yaşlılarda çalışmayanlara oranla ve daha önce çalışmış olan yaşlılarda daha önce çalışmamış olanlara oranla tanısı konmuş kronik hastalık daha az görölmektedir (Tablo 4.12). İsviçre'de yapılan bir çalışmada meslekler ve kronik hastalıklarla ilişkisi araştırılmış tekrarlı, monoton, uygun pozisyonda yapılmayan ve stresli işlerde çalışanlarda daha çok lokomotor sistem hastalıkları bulunduğu , yine aynı araştırmada fiziksel güç gerektiren işler ve ekonomik güçlükler ile kardiyovasküler sistem hastalıkları arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (18). Ekonomik koşullar, toplumun her bireyini etkilerken özel bakım gereksinimleri ve gelir edinememeler nedeniyle yaşlıları daha büyük ölçüde etkilemektedir (43).

Yaşlılıkla birlikte fiziksel yetersizlik ve fonksiyonel bağımlılık artmaktadır. Buna bağlı olarak yaşlılar bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmakta, bakımı için bir başka kişiye gereksinim duymaktadır (43). Yaşlı bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını sosyal yaşamında yaşadığı değişimler etkilemektedir. Günümüz yaşam koşulları içinde hızlı sanayileşme ve kentleşmeye bağlı geleneksel aile yapısının yerini çekirdek aileye bırakması sonucunda ailede söz sahibi olan, aileyi yöneten yaşlı birey bu rolünü kaybetmektedir. Ayrıca çekirdek aile sayısının artması nedeniyle yaşlı yalnız yaşamaya terkedilmektedir. Bu durumda yalnız kalan yaşlı kendini toplumdaki soyutlanmış hissetmekte, ruhsal dengesi bozulmakta ve bununla beraber fiziksel olarak rahatsızlıkların sayısı artmaktadır (43, 48). Günay ve arkadaşlarının çalışmasında yalnız yaşayan yaşlılarda çeşitli yakınmaların diğer yaşlılardan daha çok olduğu bildirilmiştir (48). Bilginer'in çalışmasında da kronik hastalığı olan yaşlıların % 76.7'sinin yalnız

yaşadığı bildirilmiştir (22, 36). Amerika'da yapılan bir çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların % 47.0'sinde depresyon olduğu belirtilmiştir (36). Bu çalışmada da yalnız yaşayan yaşlılarda diğerlerine göre oransal olarak tanısı konmuş kronik hastalık daha fazladır (%89.1) (Tablo 4.14) ve bu sonucumuz literatür bilgilerini desteklemektedir. Bu sonuca göre yalnızlığın hastalıkla başetmede güçlük oluşturan bir faktör olduğu söylenebilir. Bu yaşlıların birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan sağlık personeli tarafından uygun aralıklarla izlenmesi önerilebilir.

Kronik hastalıkların tanılanması sağlık kuruluşuna başvurma durumlarında mümkün olmaktadır. Araştırmada sürekli bir sağlık kuruluşuna giden yaşlılarda %90.6 oranında, gitmeyenlerde ise %41.4 oranında tanısı konmuş kronik hastalık mevcuttur ve arasındaki ilişkininde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Tanısı konulmuş kronik hastalıklar 65-74 yaş grubunda 75 ve üzeri yaş grubundakilere göre oransal olarak daha fazladır (Tablo 4.16). Büyükcoşkun'un araştırma sonucunda da 60-74 yaş grubunda tüm hastalıkların görülme oranı diğer yaş gruplarındakilerine göre daha yüksektir (17).

Yaşın ilerlemesiyle östrojen hormonu azalmaktadır. Östrojen hormonunun azalmasıyla birlikte kemiklerde güç ve hacim kaybı olmasına bağlı osteoporoz gelişmektedir. osteoporozun, Amerika'da 28 milyondan fazla kişiyi etkilediği ve bunun %80'ini kadınların oluşturduğu belirtilmiştir (47). Bu çalışmada da kadınlarda osteoporoz görülme oranı %33.3 iken erkeklerde %1.3'dür (Tablo 4.17). Keskinoglu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da kas-iskelet sistemi hastalıklarının kadınlarda daha fazla olduğu (9), Sunter ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da osteoporozun kadınlarda %37.7 oranında, erkeklerde %13.2 oranında görüldüğü belirtilmiştir(3). Literatür bilgileride bu çalışmada olduğu gibi osteoporozun görülme sıklığının kadınlarda daha fazla olduğunu belirtmektedir. Kadınlar için osteoporoz belirtileri, osteoporozda risk faktörleri, osteoporozdan korunma ve tedavisinde yapılması gereken uygulamaları içeren etkili sağlık eğitimi programlarının oluşturulması ve uygulanması önerilebilir.

Sosyal güvence varlığında sağlık kuruluşuna başvurma oranı artmakta ve kronik hastalıkların tanılanması sağlık kuruluşu ortamında mümkün olmaktadır. Araştırmada tanısı konmuş kronik hastalıkların tümü sosyal güvencesi olan yaşlılarda oransal olarak

daha fazladır (Tablo 4.19). Diker'in araştırmasında da kronik hastalıkların tümü sosyal güvencesi olanlarda daha çok bulunmuştur (42).

Bir çok kronik hastalık ölümcül olmayıp, kişilerin aktivitelerini kısıtlayarak özürölülüğe, yaşam kalitesinde düşmeye ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya neden olmaktadır (49, 50). Yaşlılarda artan kronik hastalıklarda yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta ve bağımlılık düzeylerini de arttırmaktadır. Bireylerin bağımlılıklarının mümkün olduğu kadar geciktirilmesi yaşam kalitesi açısından önemlidir. Yaşlıların %50'sinin günlük yaşam aktivitesinin sınırlı olduğu ve bunlarında $\frac{3}{4}$ 'ünün de kronik hastalıklardan dolayı yetersizliği olduğu saptanmıştır (6). Yaş ilerledikçe iskelet-kas sistemi hastalıklarının görölme sıklığı artmakta, bu da bireyin fiziksel işlevlerinde azalmaya neden olmaktadır (49, 50). Bu çalışmada da yalnız yaşayan yaşlıların %28.3'ünde romatizmal hastalık mevcuttur (Tablo 4.22). Bu sonuçta romatizmal hastalığı olan bu yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlı olabileceklerini ve yalnız yaşadıkları için aktivitelerini yerine getiremeyeceklerini düşündürür. Yalnız yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yeterli olup olmadıklarını ortaya çıkaracak bir çalışma yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

- 1- İlhan N. Meral I. Pehlivanoglu A. Alibumin M. Ankara'da huzurevinde ve kırsal alanda yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri. 2001 Orhan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri. 2001, Eskişehir, CD-ROOM.
- 2- Taner F. Kahraman Y. Kara E. Akbaba M. Doğankent sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların kronik hastalıkları ve ilaç kullanım özelliklerinin araştırılması. Orhan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri 200, Eskişehir, CD-ROOM.
- 3- Sünter T. Canbaz S. Peksen Y. Samsun il merkezindeki yaşlıların kronik hastalıkları ve sürekli kullandıkları ilaçlar. Orhan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri, 2001, Eskişehir, CD-ROOM.
- 4- Bilir N. Bulaşıcı olamayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara 1997:357-368
- 5- Kılıç Z. Yalnız yada Aile Bireyleriyle Yaşamlarını Sürdüren 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Günlük Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2000
- 6- Tufan Y. Erzurum İli Pasinler Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 60 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Medikososyal Sorunları. Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi. Erzurum 2000

- 7- Gürhan N. Hisar F. Elbaş N.Ö. Huzurevinde yaşayan yaşlıların huzurevleri ve yaşlılığa ilişkin görüşleri. Hemşirelik Formu 2003. 6(2): 7-10
- 8- Biçer S. 60+ Yaş Ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas 1996
- 9- Keskinoglu P. Bilgiç N. Bıçakçiefe M. Uçku R. Çamdibi 1 nolu sağlık ocağı yaşlılarda yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Orhan Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri, 2001, Eskişehir, CD-ROOM.
- 10- Bilgili N. Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara 2000
- 11- Karataş S. Sosyal değişim ve yaşlılık. Antropoloji ve Yaşlılık. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No:006 Ankara. 2000:152-162
- 12- Ersoy F. Edirne T. Yıldırım C. Kronik hastalığı olan 65 yaş ve üzerindeki hastaların fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Orhan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı 7. Halk Sağlığı Günleri 2001, Eskişehir, CD-ROOM.
- 13- Altinyollar H. Biçer S. Afşar O. Yaşlılık ve yaşlılık sorunları. Orhan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri, 2001, Eskişehir, CD-ROOM.
- 14- Aksakal N. Gölbaşı bölgesinde 60 yaş ve üzeri nüfusta ameliyat geçirme ve kronik hastalık görülme sıklığı. Orhan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri, 2001, Eskişehir, CD-ROOM.
- 15- Ünsaldı Ü.G. Piyal B. Bir yaşlı grubunda cinsiyete göre etkinlik kısıtlılığı. Sağlık Ve Toplum 2002: 1:57-65
- 16- Öztürk M. Kayseri İli Hacılar İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Nüfusun Medikososyal Sorunları Ve Bu Sorunların Çözümüne Yönelik Bir Metodoloji Denemesi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi. Kayseri 1995
- 17- Büyükcoşkun A. Yaşlı Bireyin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara 1990
- 18- Diker J. Kocaeli Yüzbaşılar ve Yorunca Bölgesinde Oturan Yaşlıların Medikal-Sosyal Ve Fiziksel Durumlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi. Kocaeli 2000
- 19- Dirican R. Bilgel N. Yaşlılar ve sağlık sorunları. Halk Sağlığı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uludağ Üniversitesi Basımevi. Bursa. 1993: :453-463

- 20- Akyol A.D. Yaşlılığın tanımı ve toplumsal konumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1996: 12(2):75-93
- 21- Tanrikulu Z Konya İli Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların Sağlık Sorunları Ve Sosyal Durumlarının İncelenmesi. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi. Konya 2000
- 22- Bilginer B. Adana Huzurevi ve Yeni Baraj Sağlık Ocağı Bölgesindeki 65 Yaş Ve Üzeri Yaşlıların Medikososyal Sorunları. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi. Adana 1996
- 23- Birol L. Akdemir N. Bedük T. Yaşlılık ve yaşlı hasta bakımı. İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara 1997: 18-23
- 24- Esen A. Yaşlılıkta görülen sağlık sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 1992: 8(3):97-105
- 25- Akdemir N. Görgülü S. Seviğ Ü. Uçar H. Karagöz S. ve ark. Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma. "Sağlıklı Yaşlanma" Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. ss 379-384. 26-27 Kasım 1992. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara
- 26- Normalina M. Zainal M. The dimensions of ocular morbidity amongst the nursing home geriatrics population. Med J Malaysia 1998:53(3):239-244
- 27- Kalinkara V. Yaşlılıkta sosyal katılım ve kent hizmetleri. Hacettepe üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No:006 Ankara. 2000:77-86
- 28- Işıkhana V. Yaşlıların yaşam kalitesi. Hacettepe üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No:006 Ankara. 2000:125-135
- 29- Erdal R. Yaşlının sağlık sorunları. Halk Sağlığı Bülteni 1989: 3(7): 27.31
- 30- Inuyesk SK. Bogardus ST Jr. Baker DI. Leo-Summers L. Cooney LM Jr. The hospital elder life program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. hospital elder life program. J Am Geriatr Soc 2000:48:12:1697-1706
- 31- Bilir N. Kronik hastalıklar, kalp hastalıkları. Yeni Türkiye Dergisi Özel Sayı 2001: 39:953-961
- 32- Kayhan F. Kronik hastalıklar ve aile dinamikleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1995: 11(2):99-107

- 33- Hajjar I. Miller K. Hirth V. Age-related bias in the management of hypertension; a national survey of physicians opinions on hypertension in elderly adults. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci* 2002;57:8:487-491
- 34- Schneider DL. Barrett-Connor E. Morton DJ. Weisman M. One mineral density and clinical hand osteoarthritis in elderly men and women : the rancho bernardo study. *J Rheumatol* 2002;29:7:1467-1472
- 35- Ravaglia G. Forti P. Maioli F. Sacchetti L. Mariani E. et al. Education, occupation and prevalence of dementia. findings from the conselice study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;14:2:90-100
- 36- Meldon SW. Emerman CL. Schubert Ds. Moffa DA. Etheart RG. Depression in geriatric patients. prevalence and recognition. *Ann Emergmed* 1997;30:2:141-145
- 37- Şahin B. Top M. Küçülen dünyada büyüyen beklentiler: geleceğin sağlık sistemleri. *Sağlık Ve Toplum* 2002: 3:3-14
- 38- Öztekin Z. Eren N. Sağlık yönetimi. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara*. 1997: 369-389
- 39- Özcebe H. Sönmez R. Atasoy A. Dede Ö. Demir A. ve ark. Gülveren sağlık ocağı bölgesi anadolu mahallesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. *Orhan Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri 2001, Eskişehir, CD-ROOM*.
- 40- Bakar C. Özkan S. Maral I. Karataş G. Sepici V. Bir üniversite hastanesi fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran 60 yaş ve üzeri hastaların tanıları. *Geratri* 2002;2: 59-63
- 41- Clemen S Sandra L.M. Diane G.E. The well elderly: Needs and services. in: *Comprehensivecommunity Health Nursing Fifty Edition*. Mosby 1998: 603-625
- 42- Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Geratri* 2000: 3(3): 91-97
- 43- Köşgeroğlu N. Aksoy F. Özkaya G. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştıkları sorunlar ve baş etme yollarının değerlendirilmesi. "Sağlıklı Yaşlanma" *Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı*. Ss 338-350. 26-27 Kasım 1992. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara
- 44- Uçku R. Yaşlılarda ölümlerin sosyal durum, günlük yaşam aktiviteleri ve kronik hastalıkları ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1993: 7(2): 42-46

- 45- Çivi S. Tanrıkulu Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Geratri 2000: 3(3): 85-90
- 46- Adak N. Kadın ve sağlık. Sağlık ve Toplum 2002: 3: 15-21
- 47- Kazancı G. Premenopozal Dönemdeki Kadınların Osteoporozu Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulama Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas 2002
- 48- Günay O. Öztürk Y. Yalnız yaşayan yaşlıların medikososyal sorunları. Halk Sağlığı Bülteni 1989. 3(10):3-11
- 49- Canbaz S. Sünter T. Dabak Ş. Pekşen Y. Samsun il merkezindeki yaşlıların yaşam kalitesi. Orhan Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 7. Halk Sağlığı Günleri 2001, Eskişehir, CD-ROOM.
- 50- Akyüz G. Osteoartroz tanımı, sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. Osteoartroz. Modern Tıp Seminerleri 7. Ankara 2000:13-18

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1972'de Burhaniye'de doğmuş, ilk orta ve lise öğrenimini Burhaniye'de tamamlamış, 1995 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olmuştur. 1995-1996 yıllarında Başkent Üniversitesi Hastanesi VIP servisinde, 1996-2001 yılları arasında Bayındır Tıp Merkezi Kardiyoloji Servisinde hemşire olarak çalışmıştır. Halen Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulunda Okutman olarak görev yapmaktadır.

e-posta: sefika@erciyes.edu.tr

EKLER

Ek-1

Ben Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanı/öğrencisiyim. Adım Nevşehir İlinde 65 yaş ve üzeri kişilerin sağlık sorunlarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapıyorum.

Bu sorulara cevap vermek zorunda değilsiniz. Fakat cevap verdiğiniz takdirde bu araştırmanın sonucunda siz ve sizin gibi sağlık sorunları olan kişilere sağlık bakım hizmeti planlanıp, sağlık hizmetinin götürülmesi sağlanabilir.

İşbirliğiniz için teşekkür ederim.

Anket Formu

Anketin yapıldığı yer: **Tarih:** **Kolon No** **Kod**

1-Admız-soyadmız:

2-Yaşmız

1-2

3-Cinsiyeti: () Kadın () Erkek

3

4-Eğitim durumunuz:

4

() Okur yazar değil

() Okuryazar

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite

5-Medeni durumunuz:

5

- Evli Eşi vefat etmiş
 Bekar Boşanmış

6-Sosyal güvenceniz.

6

- Yok Bağ-kur
 Emekli sandığı Yeşil kart
 SSK Özel sigorta

7- Şu anda yaptığınız bir iş var mı?

7

- Var Yok

8- Daha önce ne iş yapıyordunuz?

8

9- Alkollü içki

9-10

- Kullanıyor Kullanmıyor Miktarı:

10- Sigara

11-12

- Kullanıyor Kullanmıyor Miktarı:

11- Evinizde kimler yaşıyor?

13

- Hiç kimse
 Eşim
 Çocuklarım

Eşim ve çocuklarım

Diğer

12- Sürekli bir sağlık kuruluşuna gidiyor musunuz?

14

Evet

Hayır

13- En sık gittiğinizden başlayarak hizmet aldığınız

sağlık kuruluşlarını sıralar mısınız?

15

Sağlık ocağı

Devlet-SSK hastanesi

Üniversite hastanesi

Özel hastane

Özel poliklinik

14- Sağlık kuruluşuna niçin gidiyorsunuz?

16

15- Doktor tarafından tanısı konmuş kronik hastalığınız var mı?

17

var

Yok

16- Varsa aşağıdaki hastalıklardan hangisi ya da hangileri

sizin hastalığınız?

18-19

Var

Yok

Hipertansiyon

Osteoporoz

Romatizmal hastalıklar	()	()
Diabetes mellitus	()	()
Kardiyovasküler sistem hastalığı	()	()
Sindirim sistemi hastalığı	()	()
Göz hastalıkları	()	()
Üriner sistem hastalığı	()	()
Solunum sistemi hastalığı	()	()
Kulak-burun-boğaz hastalığı	()	()
Psikiyatrik hastalık	()	()
Nörolojik hastalık	()	()
Serebrovasküler hastalık	()	()
Kanser	()	()