



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANTALYA İLİNDE
KIŞ DÖNEMİNDE YAŞLILARDA
SAĞLIK BAKIMININ EKOLOJİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Selma ERASLAN

Antalya, 2011



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANTALYA İLİNDE
KIŞ DÖNEMİNDE YAŞLILARDA
SAĞLIK BAKIMININ EKOLOJİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Selma ERASLAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hakan YAMAN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2011

TEŐEKKÖR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, eğitimim için büyük emek sarf eden, tez konumun seçimi ve yürütölmesinde değerli öneri ve katkılarını esirgemeyen danışman hocam, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hakan Yaman'a teşekkürü borç bilirim.

Asistanlık dönemim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, eğitimimde ve tez çalışmamda yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Melahat Akdeniz'e teşekkür ederim.

Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen değerli aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan tüm sağlık elemanlarına, yeni geçilen aile hekimliği sisteminin geçiş ve uyum aşamasının tüm zorluklarına rağmen gösterdikleri güler yüz ve destekleri için içtenlikle teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca benden desteğini hiç esirmeyen sevgili anneme ve babama teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Kısaltmalar Dizini	iv
Tablolar Dizini	v
Grafikler Dizini	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Hekimliği Disiplininde Birincil Bakım Sağlık Hizmetleri ve Yönetimi	3
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Bakımının Ekolojisi	4
2.3. Sağlık Arama Davranışının Mevsimlerle İlişkisi	9
2.4. Yaşlılık ve Ülkemizde Yaşlanma	12
2.4.1. Yaşlılık kavramı ve yaşlanma süreci	12
2.4.2. Türkiye'de yaşlılık ve demografik değişimler	14
2.4.3. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve neden olduğu sık görülen hastalıklar	15
2.4.4. Yaşlılıkta görülen sağlık dışı sorunlar	19
2.4.5. Yaşlılıkta karşılaşılan sorunlardan korunma	21
2.4.6. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerine genel bakış	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırma Bölgesi	24
3.2. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması	24
3.2.1. Araştırma evreni	24
3.2.2. Araştırmaya kabul kriterleri	24
3.2.3. Araştırmadan dışlama kriterleri	25
3.2.4. Araştırmanın tipi	25
3.2.5. İstatistiksel incelemeler	25
3.2.6. Araştırma sırasında karşılaşılan güçlükler	25
3.2.7. Araştırmayı uygulayanlar ve uygulama şekli	25

4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇLAR	41
7. ÖZET	42
8. ABSTRACT	43
9. KAYNAKLAR	44
10. EK	50

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	Amerikan Kanser Derneği
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
AFP	Amerika Aile Hekimleri Birliği
AH	Alzheimer Hastalığı
AH/GP	Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler
APQ	Aging Perception Questionnaire
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BB	Birincil Bakım
BBSH	Birincil Bakım Sağlık Hizmetleri
DE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GYEA	Günlük Yaşamın Enstümental Aktivitesi
IOM	Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USPDF	The U.S. Preventive Services Task Force
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians.

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Bir ayda 1000 kişiden her bir kurumda bakım alan kişi sayısı	7
2.2. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın yaptığı sınıflandırmaya göre yaşlılık kategorileri	13
2.3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları'na göre 65 yaş üstü yaşlı kişi sayı ve yüzdeleri	14
4.1. Araştırma grubunun tanıtıcı özellikleri, Antalya 2011	26
4.2. ASM'ler ve araştırma grubundaki kişilerin ulaşım durumları, Antalya 2011	27
4.3. Son bir ay içinde cinsiyet farklılığına göre sağlık sorunu yaşama durumları, Antalya 2011	27
4.4. Çalışmaya katılan kişilerin son bir ayda sağlık kurumlarına en çok rastlanan başvuru yakınmaları ve yüzdeleri	28
4.5. Çalışmaya katılan kişilerin son bir ayda yaşadıkları sağlık problemleri ile ilgili olarak en çok rastlanan hastalıklar ve yüzdeleri	29
4.6. Çalışmaya katılan bireylerin en çok rastlanan bazı semptom ve hastalıkları yönünden cinsiyetler arasında yüzdeleri ile karşılaştırmaları	30
4.7. Son bir ay içinde sağlık problemi yaşayan kişilerin bu sağlık sorununu çözmek için bulundukları eylemler	31
4.8. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık davranışlarının cinsiyetler arasında karşılaştırması	32
4.9. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık davranışlarının 65-75 yaş ve >75 yaş arası yaş gruplarına ait n ve % değerleri	32
4.10. Araştırmaya katılanlardan son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka sağlık kurumuna başvurma durumları	33
4.11. Araştırmaya katılanlardan 65-75 yaş ve >75 yaş gruplarının son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka sağlık kurumuna başvurma durumları	33
4.12. Sağlık hizmetlerinin ücretini ödeme durumları	34
4.13. Çalışmada son bir ayda doktora/sağlık kurumuna başvurmalarını gerektiren sağlık sorununun nedenlerinin yaş gruplarına göre dağılımı	34

4.14.	Çalışmada son bir ayda doktora / sağlık kurumuna başvurmalarını gerektiren sağlık sorununun nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı	34
4.15.	Hastaneye sevk ve hastaneye yatış durumları	35
4.16.	Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda başka bir nedenle sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışlarının yaş gruplarına göre dağılımı	36
4.17.	Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda başka bir nedenle sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışlarının cinsiyete göre dağılımı.	36
5.1.	Antalya'da Kış Döneminde Yaşlılarda Kış Mevsiminde Sağlık Bakımının Ekolojisi konulu araştırmamızın Fryer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sayısal karşılaştırmaları.	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>		<u>Sayfa</u>
4.1.	Son bir ay içinde sağlık problemi yaşayan kişilerin bu sağlık sorununu çözmek için bulundukları eylemler	31
4.2.	Araştırmaya katılanlardan son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka sağlık kurumuna başvurma durumları	33
4.3.	Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışları	35

1. GİRİŞ

Sağlık bakımının ekolojisi belirli bir popülasyonda sağlık bakımının kullanılması ve ilişkileri tanımlayan kavramsal bir çerçevedir ve belirli bir toplumda sağlık sorunu olduğunu düşünen kişilerin sağlık bakımı arama davranışlarını gösteren bir terimdir (1). Sağlık bakımı arama kendisini rahatsız hisseden ya da bir sağlık sorunu olduğunu düşünen kişinin sağlığını yeniden kazanmak için yaptığı eylem olarak tanımlanır. Sağlık bakımı arama davranışını etkileyen pek çok etmen vardır. Kişi sağlık sorunu için aileden birine, bir sağlık profesyoneline, meslekten olmayan bir kişiye başvurabilir ya da daha önceki deneyimlerine göre kendi kendini tedavi etmeyi seçebilir.

Bu seçim genellikle kişinin kendisini yardıma gereksinimi olan biri olarak değerlendirip değerlendirmemesine bağlıdır. Yardım arama biçimi ise sosyokültürel altyapı, geçmiş deneyimler ya da o andaki durum gibi etmenlerce belirlenir. Daha önce olumlu deneyimin olması sağlık bakım kurumlarının seçimini artırırken olumsuz deneyimler alternatif seçenekler aranmasına yol açabilir (2).

Kişilerin yardım arama davranışına dair sağlık bakımının ekolojisi konusunda yapılan ilk çalışma 1961'de White ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (3). White'ın bu çalışmasında belirli bir popülasyonda kendini rahatsız ya da hasta hissedenlerin sağlık arama davranışları incelenmiştir. Bu çalışma daha sonra hem White hem de Green ve arkadaşları (4) gibi araştırmacılar tarafından tıptaki teknolojik gelişmeler, sağlık sunum politikalarındaki değişiklikler, sağlık sigortalarının kurulması gibi nedenlerle farklı parametreler eklenerek yeniden yapılmıştır. Green ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ekolojiyi yaş gruplarına göre ayırmışlardır. 65 yaş üstü kişilerde sağlık bakımının ekolojisinin genel popülasyondan daha farklı olduğu görülmüştür. Yıl içinde de farklı zamanlarda hastalıkların görülme oranlarının değişmesi ve erişim farklılıkları da sağlık bakımı arama davranışını etkilemektedir (5). Bazı rahatsızlıkların bazı mevsimlerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. White ve Green çalışmalarında rahatsızlıkların mevsimsel değişkenliklerinin çalışmalarını etkilememesi için çalışmalarını tüm yıla yaymışlardır (4). Emet ve arkadaşlarının acil servise bir yıl içinde başvuran hastaların mevsime göre dağılımı çalışmasında hasta sayısı ve başvuru nedeninde mevsimsel farklılıklar gösterilmiştir (5).

Sağlık davranışları toplumdan topluma değişirken kişinin yaşam döngüsünün hangi noktasında olduğuna göre de değişmektedir. Genç insanların sağlık bakımı arama davranışları ve sağlık bakımından beklentileri ile yaşlı insanların sağlık bakımı arama davranışları ve sağlık bakımından beklentileri farklıdır (1, 2).

Günümüzde yaşlıların nüfus içindeki oranları hızla artmaktadır (6). Bu nedenle gelecekte birincil bakım hekimlerinin bakmakla yükümlü oldukları nüfus içinde çok daha fazla yaşlı kişi olacaktır. Hekimlerin yaşlı kişilerin sağlık davranışlarını bilmesi onlara sunulacak sağlık bakımını optimize etmede çok yardımcı olabilir. Bu nedenle bu çalışmada kış döneminde yaşlı kişilerin sağlık bakımı arama davranışları araştırılmış ve daha önce yapılan ve önemli veriler elde edilen yaz dönemi sağlık bakımı arama davranışı çalışmasını (7) tamamlaması planlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasında Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran 65 yaş ve üstü hastalar ve sağlıklı, gönüllü bireylerin Antalya merkezde bulunan Aile Sağlık Merkezleri'nden aldıkları sağlık hizmetlerinin ekolojisi konusunda bilgi edinilmeye çalışılmıştır.

Son beş yılda ülkemizde birincil bakım sağlık hizmeti (BBSH) yeniden yapılanmıştır. Birincil bakım (BB) sağlık sisteminde bölge tabanlı sağlık bakım sisteminden nüfus tabanlı aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu sistemin başarı ile uygulandığı diğer ülkeler gibi (8) bizim ülkemizde de hasta bireyler için daha kolay erişim sağlayacağı, daha güçlü hasta-hekim ilişkisi kurulmasına bağlı olarak yaşlı kişilerin daha iyi sağlık bakımı alabileceği öngörülmektedir.

Ülkemizde yaşlı bireylerin sağlık bakımı arama ve sağlık bakım sistemlerini kullanma, sağlık kurumu seçimleri ve tercih ettikleri tedavi biçimleri gibi sağlık davranışlarıyla ilgili bir çalışma henüz yoktur.

Daha önce yaz dönemini kapsayan sağlık hizmetlerinin ekolojisi konulu tez çalışmasına ek olarak (7); hastalıkların mevsimlere göre farklı sıklıkta görülmesi, kronik hastalıkların akut alevlenmelerinin mevsimsel özelliklerinin olması; mevsim koşullarının yaşlı kişilerin sağlık bakımı arama davranışlarını etkileme olasılığının olması nedeniyle bu çalışma yapılmıştır. Bu çalışma ile yaşlı hastaların BB sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Disiplininde Birincil Bakım Sağlık Hizmetleri ve Yönetimi

Bilindiği gibi dünyada birçok ülkede ve Türkiye’de birincil bakım sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulmaktadır.

Tarihsel süreç değerlendirildiğinde 1920’lerde Dawson Raporu’na kadar uzanan “Birincil Bakım” terimi İngiltere başta olmak üzere pek çok ülkenin sağlık hizmetinin merkezinde yer almaktadır. Aynı gelişim sürecinde Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) birincil bakım hizmetleri başlangıçta genel pediatri ve iç hastalıkları uzmanlarınca yürütülmüştür. Birincil bakım *"toplum içindeki bireyler ve aileler için, evrensel olarak kabul edilebilir, uygulanabilir, bilimsel ve sosyal yöntemler ve teknolojiye dayalı gerekli bir sağlık bakımıdır"* şeklinde tanımlanmaktadır (8).

Birincil bakımda hizmet veren aile ve toplum yönelimli klinik uygulama yapan klinisyenler bireysel sağlık bakım gereksinimlerinin büyük kısmını belirlerken, sağlık bakım hizmetlerinin koordinasyonunu entegre ederler. Bu hizmetlerde hastalık değil aynı zamanda kişi odaklı bakıma odaklanan kapsamlı bakımın pek çok sağlık gereksinimi için sağlanması, bakımın koordinasyonunun sunulması temel özellikleri teşkil etmektedir. Bireylerin yaşamlarını sürdürdükleri ve çalıştıkları yere en yakın ulaşılabilir ve bireylerin herhangi bir sorunu nedeniyle bakım gereksinimi halinde sağlık sistemine ilk erişim noktası oluşu, birincil bakımın esas değerini oluşturmaktadır (8).

Dünya Aile Hekimleri Birliği Avrupa kolu olan WONCA-Europe’nın 2002 yılında tanımladığı (2005 yılında revize edilmiştir) şekliyle birincil bakımın yönetimi; kendine özgü eğitim içeriği, kanıt temeli, araştırması ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birincil bakım yönelimli klinik bir uzmanlık olan Aile Hekimliği disiplininin çekirdek yeterliliği kabul edilen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine=IOM) tarafından birincil bakıma ait; *“ilk erişim noktası olması, uzun süreli, kişi odaklı (hastalık değil), pek çok sağlık gereksinimi için kapsamlı bakımın ve koordinasyonunun sunulması”* şeklinde dört temel özellik tanımlanmıştır (8).

Günümüzde birincil bakım için kabul gören tanım “*bireysel sağlık bakım gereksinimlerinin büyük çoğunluğunu belirleyen, hastalarla sürekli bir ortaklık geliştiren ve aile ve toplum bağlamında bunu uygulayan sorumlu klinisyenler tarafından entegre, ulaşılabilir sağlık bakım hizmetlerinin sağlanması*” tanımıdır. Bir görev ve hizmet sistemi olan birincil bakım hizmeti ekip halinde çalışma ile yerine getirilir ve bu ekip asıl olarak aile hekimleri, hemşireler, asistanlar, sosyal hizmet uzmanları, hekimler, psikiyatristler ve diyetisyen, fizyoterapist gibi diğer bireylerden oluşur (8).

Birincil bakım bireylerin sağlık sorunlarını geniş çaplı ele alabilecekleri ve uzmanlık gerektiren acil ve komplike hastalık durumları dışında, herhangi bir sevk gerek kalmadan çözüleceği yer olma niteliği taşır. Verilen bu hizmetler hasta ve hekim arasındaki devam eden ilişkiyi kolaylaştırırken, hastaların kendi bakımları ile ilgili karar sürecine katılmaları bilinçli bir yaklaşımla teşvik edilir.

2.2. BBSH’de Sağlık Bakımının Ekolojisi

Birincil Bakım Sağlık Hizmetleri (BBSH) yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmadan tüm sağlıklı ve rahatsız kişilerin sağlık bakımı ile ilk temas noktasıdır. Birincil bakımda görev yapan hekimlerin temel görevi toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, bireylerin sağlık sorunları ile başa çıkabilme yetilerini artırmaktır (9). Bu görevin başarılabilmesi için hizmet sundukları toplumun sağlık durumunu, sağlık davranışlarını, sağlık inançlarını, verilen sağlık hizmetini nasıl kullandıklarını bilmesi gerekir. Bireysel bağlamda hastanın semptomlarını değerlendirmesi ve yorumu, hastanın ve ailesinin sağlık inançları, hasta olduğunda hastanın eylemini destekleyen aile üyeleri ve arkadaşlarının rolü, diğer meslek dışı kişilerden yardım arama süreci, hastanın yaşam biçimi ve kültürel ortamının kişinin sağlık bakımı aramasını etkilediğinin de farkında olmalıdırlar (2,10,11).

Kendilerini rahatsız hisseden ya da bir sağlık sorunu olduğunu düşünen kişilerin sağlık bakımı arama davranışları pek çok etmen tarafından etkilenir.

Toplumun, ailenin ve kendilerinin sağlık inançları ve hastalık ve sağlık kavramlarına yükledikleri anlam en önemli etmenlerdir (2). Kişinin kendisini yardıma gereksinimi olan biri olarak görmesi de bu süreçte etkilidir. Yardıma gereksinimi olduğunu düşünen kişi öncelikle kendini iyileştirme için eskiden kullandığı yöntemleri

dener. Kendini iyileştirme çabaları başarısız olursa, arkadaşlarından ya da ailenin sağlık uzmanından yardım ister. Genellikle her aile içinde rahatsızlanan üyelerine bakım veren bir sağlık uzmanı vardır ve bu kişi genellikle ailenin en yaşlı kadın üyesidir (10). Aile önceki deneyimleri ve başa çıkma mekanizmaları ile sorunu çözemezse bir sağlık kurumuna başvurulması ya da meslek dışı kişilerden yardım arama için karar alır (10, 12). Sağlık kurumu seçimi semptomun niteliği ve daha önceki deneyimlere göre yapılır (12). Hastanın daha önce bakım aldığı sağlık merkezlerindeki davranıştan ve önerilen tedavilerden memnun kalması, sağlık kurumlarını kullanmayı artırırken olumsuz deneyimler geleneksel ya da ev tedavilerine yönelimi artırır (12).

Sağlık hizmetinin kullanım oranında toplumun alt grupları arasında da farklılıklar vardır. BBSH kullanma oranı yaş gruplarına göre grafiğe geçirildiğinde derin bir U çizildiği görülür (12). Bu patern İngiltere ve Yeni Zelanda'da yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır. İngiltere çalışmasında son bir yıl içinde en az bir kez hekime gitme oranı erkeklerde 0-4 yaş arasında %88; 25-44 yaş arasında % 68 ve 75 yaş üzerinde %95 olarak bulunmuştur. Oranlar kadınlarda biraz daha yüksektir (Sırasıyla %92, 90 ve 95) (12).

Sağlık kurumlarının erişilebilirliği sağlık hizmeti kullanmayı etkileyen en önemli etmenlerden biridir (12, 13). Erişimi belirleyen etmenler, organizasyonel (donanım, personelin yetkinliği ve tutumu, kişiler arası ilişkiler), finansal ya da coğrafi (uzaklık ve fiziksel erişim) olabilir. Kurumda çalışanların davranışları, kısa bekleme zamanı, kurumun temizliği, aydınlık ve rahat görünümü tercih nedeni olmaktadır (12, 13, 14). Yaşlı kişiler için bu daha da önemlidir. Yaşlı kişiler yaşlanmanın getirdiği bedensel işlevlerde kayıplar ve kronik hastalıkları nedeni ile daha kırılgan bir yapıya sahiptir. Sağlık kurumlarının yaşlı dostu bir şekilde düzenlenmiş olması, personelin yaşlılarla iletişim konusunda yetkin olması sağlık kurumunun kullanılabilirliğini artırmaktadır (15).

ABD'de yapılan araştırmalara göre 65 yaş üstü yaşlı hastalara verilen bakımın yarısını Aile Hekimleri sağlamaktadır. Aile Hekimleri'nin ofislerine gelen hastaların yaklaşık %22'si yaşlı hastalardır (16). Yaşlı nüfusun artmaya devam etmesi nedeni ile gelecekte bu oranın %30'lara çıkacağı tahmin edilmektedir. Geriatrik tıbbi bakımın ekolojinin analizi bakım hizmetlerinin sürekliliğinin yoğun olarak kullanıldığını ve

yaşlı hastaların büyük çoğunluğunun hastane ve kliniklerden çok, sürekli ve koordine bakım verilen birincil bakımda bakım aldığını göstermektedir (16).

Ülkemizde de yaşlı kişilerin sayısı ve nüfus içindeki oranları artmaktadır (6). Aile hekimlerinin çoğunluğunun görev yaptığı birinci basamak sağlık kurumları yaşlı kişiler için ilk başvuru noktasıdır (17). Bu nedenle aile hekimlerinin yaşlı kişilere hizmet sunumunda yetkin olmaları gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanmasının sosyoekonomik yapıya olan etkileri, yaşlıların sağlık ve bakım sorunlarının çözülmesi ve yaşlı nüfusun sosyal yaşamdan koparılmadan hayatlarını devam ettirmelerine yönelik çalışmalar yapılmaktadır (6). Bu çalışmalar arasında birincil bakımda çalışan aile hekimlerinin sayıları giderek artan yaşlıların sağlığını koruma ve bağımsız yaşamalarını iyileştirmede, yaşam kalitesini ve işlevselliklerini en üst düzeye çıkarmada yetkin olmaları için gerekli eğitimler de vardır (16, 17).

Projemizin ana temasını oluşturan; sağlık bakımında birincil bakımın önemini vurgulayan “sağlık bakımının ekolojisi” sağlık bakım koşulları ile kişi arasındaki ilişki olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakımının ekolojisinin sağlık bakımında birincil bakımın önemini vurgulamadaki rolü yadsınamaz bir gerçektir. Bu alanda ilk çalışma tezin giriş bölümünde belirtilen sağlık bakım sistemi içinde birincil bakımın konumu ve rolünü anlamak için bir çerçeve sağlayan 1961’de White tarafından yapılmış olan sağlık bakımının ekolojisine dair çalışmadır. Bu çalışmada 16 yaş ve üzerindeki kişilerden oluşan belirli bir popülasyonda kendini rahatsız ya da hasta hissedendenlerin sağlık bakım hizmeti arama davranışları araştırılmıştır (3).

2001 yılında Green ve arkadaşları tıbbi teknolojinin gelişmesi, yeni ilaçların bulunması, sağlık personelinde çeşitlilik artışı ve yan dal uzmanlıklarının ortaya çıkışı, sağlık sigortalarının kurulması, veri toplama ve yorumlanmasında iyileşmeler nedeni ile ekoloji çalışmasının revize edilmesi gerektiğini düşünmüşler ve yaptıkları yeni ekoloji çalışmasında ev halkı demografik verileri, sağlık koşulları, sağlık durumu, tıp hizmetlerinin kullanımı, hizmet için maliyet ve ödemeler, bakıma erişim, bakımdan memnuniyet, sağlık sigortası kapsamı, gelir ve iş durumunu da ekleyerek yeni bir ekoloji çalışması yapmışlardır (4). Bu çalışmada çocuklar, erişkinler ve yaşlılar için sağlık bakımının ekolojisi yeniden saptanmıştır. Mevsimsel karışıklığı önlemek için çalışma yıl boyunca sürdürülmüş ve sonuçlar 12 aya bölünerek bir aylık ekoloji rakamları belirlenmiştir (4).

Toplumdan topluma değişen sağlık davranışları kişinin yaşam döngüsünün hangi noktasında olduğuna göre de değişmektedir. İnsanların sağlık bakımı arama davranışları ve sağlık bakımından beklentileri yaş grupları içinde değerlendirildiğinde, yaşlı insanların sağlık bakımı arama davranışları ve sağlık bakımından beklentilerinin genç yaş grubundan farklı olduğu görülür (18).

Green ve arkadaşlarının çalışmasında da sağlık bakımının ekolojisinin yaşlı kişilerde normal popülasyondan daha farklı olduğu saptanmıştır (19). Yaşlı bakım kurumları ve kurumsal bakım, acil servislerin kullanımı ve ev bakımı kullanımı artmıştır. Çoklu kronik durumların prevelansında artış ve bakım kurumları arasında sevkler olması yaşlıların sağlık bakımını diğer erişkinlerden farklı kılmakta ve bakımlarını komplike etmektedir. Green ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Bir ayda 1000 kişiden her bir kurumda bakım alan kişi sayısı *.

Bir ayda 1000 kişiden her bir kurumda bakım alan kişi sayısı*				
Yaş aralığı	65 - 74 yaş	75 - 84 yaş	85 yaş ↑	65 yaş ↑**
Başvurulan sağlık kurumu				
Hekim Ofisi	364	417	384	384
Hastane ayaktan bakım kliniği	53	54	25	51
Hastane	15	26	29	20
Acil servis	12	15	26	14
Herhangi bir ev bakımı servisi	33	99	245	74
Formal ev bakımı	37	87	133	65
SNF (eğitimli hemşirelik kurumları)	7	27	104	25
ICF (Acil bakım kurumları)	5	23	102	22
Hospis	1	2	5	2
* Aynı kişi birden fazla bakım kurumundan bakım alabiliyor.				
** Bu sütun 65 yaş ve üstü 1000 hasta örneğine dayalıdır. Medicare popülasyonunun deneyimini yansıtır.				

Kaynak. Graham Center One-Pager. Imperative Integration: Medical Care for Older Patients. Am Fam Physician. 2006;1:74(7):1105

Green ve arkadaşlarının yaptığı ekoloji çalışmasının çocuklar bölümü de çocukların ve ailelerinin çocukları için sağlık bakımı arama davranışını yansıtmaktadır (21). Çalışmaya 0-17 yaş arası çocuklar dahil edilmiş ve veriler 1996 Medical Expenditure Panel Survey'den alınmıştır. Çalışma sonuçlarına göre 0-17 yaş arası 1000 çocuktan 167'si bir hekim ofisini, 82'si diş hekimini ziyaret etmiştir. 13 çocuk acil servise, 8 çocuk hastane polikliniğine başvurmuştur. 3 çocuk hastaneye yatırılırken 2 çocuk evde bakım hizmeti almıştır. Çocukların yaşları büyüdükçe sağlık hizmeti kullanma oranları azalmaktadır. Yoksulluk, sağlık sigortasının olmayışı, hekim ya da diş hekimi bakımı arama oranını azaltmaktadır.

Leung ve arkadaşlarının Hong Kong'da yaptıkları ekoloji çalışmasında toplumun kültürünün etkileri dikkati çekmektedir. Bu çalışmada bir ay içinde 1000 kişiden 567'si bir yakınma bildirmiş ve bunların 512'si sağlık bakımı için başvurmuştur. 372 kişi birinci basamağa başvurmuş; bu kişilerin 68'i batı tipi sağlık kurumunu, 54 kişi geleneksel Çin hekimlerini tercih etmiştir. 16 kişi acil servise başvurmuş ve bunların 7'si devlet hastanesine, 1 kişi de üniversite hastanesine yatırılmıştır (22). Leung ve arkadaşlarının çalışmasında Çin kültürünün izleri vardır. Birincil bakım sağlık hizmeti için öncelikli olmakla birlikte geleneksel sağlık kurumları da aynı oranda tercih edilmektedir.

Fukui ve arkadaşlarınca Japonya'da yapılan ekoloji çalışması (23) White ve arkadaşlarının ilk çalışmasından 40 yıl sonra yapılmıştır. White ve arkadaşlarının ilk çalışmasının yapıldığı yıllarda sağlık hizmetleri ücretlidir. Japon sağlık sistemi ise herkesin ücretsiz olarak yararlandığı bir sistemdir. Bu nedenle ekolojide farklılıklar olması beklenmiştir. Fukui ve arkadaşları çalışmalarında 210000 konuttan oluşan, Japonya İstatistik ve Araştırma Kurumu'na ait ulusu temsil edebilen paneli kullanmışlardır. Şehir, kasaba ve köylerin büyüklükleri göz önünde bulundurularak kalabalık ağırlıklı olarak randomize 5387 konut seçilmiş ve her haneye bir teklif mektubu ile beraber geri dönüş zarfı gönderilmiş. Toplam 1857 katılımcı çalışmaya katılmayı kabul etmiş. Ulusu temsil etmesi açısından örneklem 1464 katılımcıya düşürülmüştür. Veri toplamak için anketler ve günlükler kullanıldığı çalışmada anketler katılımcıların temel karakterlerini ve geçmiş tıbbi öykülerini alacak şekilde tasarlanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerden bir ay boyunca yaşadıkları sağlık sorunlarını yazacakları bir günlük tutmaları istenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre Japonya'daki 1000 kişiden 1 ayda ortalama 862 kişinin bir semptomu olduğu, 307 kişinin bir hekimin ofisini ziyaret ettiği, 232 kişinin birinci basamak hekimine başvurduğu, 88 kişinin ayaktan tedavi veren hastane polikliniğine başvurduğu, 49 kişinin profesyonel olarak bu işi yapan tamamlayıcı ya da alternatif tıp uygulayıcısına başvurduğu, 6 kişinin ayaktan tedavi aldıkları üniversite hastanesi polikliniğine, 10 kişinin de acil servise başvurduğu görülmüştür. 7 kişi hastanede yatarak tedavi almış, 3 kişi evinde tıbbi bakım almış ve 1 kişiden azı da üniversite hastanesinde yatarak tedavi almıştır.

Yaşa göre yapılan değerlendirmede çocukların ortalamaya kıyasla daha fazla doktor ve acil servis başvuruları olduğu görülmüştür. Kadınlar ayaktan tedavi kurumlarını daha fazla kullanırken erkeklerin daha çok acil servisi kullandıkları saptanmıştır. Kır ve kentte yaşama durumuna göre bakıldığında kırsal kesimdeki insanların daha çok hastane yatışları olduğu; büyük şehirlerde yaşayanların ise daha sıklıkla evde sağlık bakımı ve acil servis başvurusu yaptığı saptanmıştır.

Green ve arkadaşlarının çalışması ile karşılaştırıldığında Japonya'daki insanların Amerika'dakilere göre doktorlarını (307'ye karşı 217) ve hastane polikliniklerini (88'e karşı 21) daha sık ziyaret ettiği görülmektedir. Japon çocukların da doktor ve acil servis başvuruları daha fazladır. Ancak diğer kategorilerdeki sağlık hizmeti kullanımı çok benzer bulunmuştur.

Fukui ve arkadaşları sadece ekim ayı içinde veri topladıkları için mevsimsel başvuru farklılıkları konusunda bilgi vermemektedir.

Tayvan'da yapılan ruhsal hastalıkların ekolojisinde (24) 1000 kişiden 862'si bir yakınması olduğunu bildirmiş. 307 kişi birincil bakıma, 88 kişi hastane ayaktan tedavi kurumuna başvurmuştur. 49 kişi tamamlayıcı ve alternatif bakım veren kişiye, 10 kişi acil servise, 7 kişi hastaneye, 6 kişi üniversite hastanesi ayaktan bakım bölümüne başvurmuştur. 3 kişi de ev bakımı almıştır.

2.3. Sağlık Arama Davranışının Mevsimlerle İlişkisi

Yıl içinde de farklı zamanlarda hastalıkların görülme oranlarının değişmesi ve mevsim koşullarının sağlık bakımına erişimi etkilemesi sağlık bakımı arama davranışını değiştirebilir. Pek çok akut ve kronik hastalık mevsim koşullarından etkilenmektedir. Mevsim koşullarının en çok etkilediği hastalıklar enfeksiyöz

gastroenteritler, romatizmal hastalıklar, alerjik hastalıklar, üst solunum yolu enfeksiyonları ve mevsimsel duyu durum değişiklikleridir (25, 26, 27).

Mevsim koşullarındaki değişiklikler bazı hastalıkların ortaya çıkmasına yol açarken bazı kronik hastalıkların seyrini etkilemektedir. Özellikle kış dönemi ve soğuk, kronik hastalığı olan yaşlı kişilerde ölüme yol açabilecek influenza salgınlarına yol açmaktadır (27,28,29,30,31). Hastalıkların mevsimsel değişiklikleri bakım arama davranışını da etkilemektedir.

Emet M ve arkadaşlarının acil servise başvuran hastaların mevsimlere göre dağılımı çalışmasında en az ilkbahar döneminde; en fazla yaz döneminde acil servis başvuru olduğu bulunmuştur. Hastalar geliş nedenlerine göre değerlendirildiklerinde travma hastalarının yazın daha çok olduğu, en az ise kış döneminde olduğu bulunmuştur (5).

İnsanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yıl içinde dağışmekte ve yeni sağlık sorunları ortaya çıkmasını tetiklemektedir (32, 33). Kardiyovasküler hastalıklar için en önemli risk etmeni olan bedensel etkinlik yapmama ya da oturgan yaşam kış aylarında daha fazla görölmektedir. Yüksek yağlı ve kalorili beslenmenin de kış aylarında arttığı bilinmektedir. Norveç'te Qyane ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada genel popölasyonda duyu durum ve davranışlarda mevsimsel varyasyonlar araştırılmıştır. Qyane ve arkadaşları 40-44 yaş arası toplam 11545 kişiye mevsimselliği ölçmek için Global Mevsimsellik Skoru'nu uygulamışlardır (33). Ayrıca metabolik sendromun tanı kriterlerinden olan bel/kalça çevresi oranı, Beden Kitle İndeksi (BKI), kan basıncı ölçölmüş, serum kolesterol ve trigliserid düzeyleri, kan şekeri bakılmıştır. Çalışmaya katılanlar bedensel etkinlik, sigara içme, alkol tüketimi gibi sağlık davranışlarına dair bir anketi yanıtlamışlardır. Mevsimselliğin objektif sağlık risk faktörleri ile yüksek oranda ilişkili olduğu görölmüştür. Erkeklerde serum kolesterol düzeylerinin mevsimlerle önemli oranda etkilendiği görölmüştür. Kadınlardaki riskli sağlık davranışlarının kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı saptanmıştır.

Koroner kalp hastalıklarının insidans ve mortalitesi kış ve yaz döneminde artmaktadır. Bu artışın nedeni soğuk ya da sıcak havalar olduğu kadar kışın depresyonun görölme oranındaki artışa bağlıdır. Pek çok çalışmada depresyonun kardiyovasküler hastalıkların insidansını, mortalitesini ve morbiditesini artırdığı gösterilmiştir (34, 35). Abrignani ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada koroner arter

hastalıkları nedeni ile hastaneye yatışların kış döneminde daha fazla olduğunu bulmuşlardır (36). Bunun nedeninin çevresel ısı ve nem oranlarındaki değişiklikler olduğu düşünülmektedir.

Isı değişikliklerinin kan basıncı üzerindeki etkileri çeşitli ülkelerde yapılan pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Yirmi dört saatlik kan basıncının ölçüldüğü çalışmalar genellikle kışın kan basıncının daha yüksek olduğunu göstermiştir (37). Bunun nedeninin soğüğün sempatik tonusu artırmasıdır. Sıcak havalarda kan basıncının daha düşük olmasının nedeni ise kutanöz vazodilatasyon ve terleme ile su ve tuz kaybının artışıdır. Yaşlılar mevsimsel ısı farklılıklarına gençlerden daha duyarlıdır (38). Sistolik kan basıncındaki yaz ve kış dönemindeki değişiklikler yaşlı kişilerde tedavinin daha özenli izlenmesini ve gerekli düzenlemelerin yapılmasını gerektirir. Yaşlılarda ortostatik hipotansiyon genç ve erişkinlerden daha fazla görülür ve sıcak havalar bu sıklığı artırır. Yapılan çalışmalar yaşlılarda miyokard infarktüsü ve serebrovasküler hastalıklardan ölümlerin ısı değişiklikleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (37, 39). Miyokard infarktüsü ve inme diğer mevsimlere göre kış döneminde iki kat daha fazla görülmektedir (38, 39). Gikase ve arkadaşlarının birincil bakım kliniklerine başvuran 638 diyabet hastasında yaptığı çalışmada açlık kan şekerinin ve HbA1C düzeylerinin soğuk mevsimlerde önemli oranda yüksek olduğu bulunmuş. Özellikle yılbaşı ve bayramlar gibi özel günler sonrasında bu artış daha belirgindir (40). İmmün sistem üzerinde de mevsimsel değişikliklerin etkisi olduğu gösterilmiştir. Kanikowska ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada interleukin-6 (IL-6), adrenokortikotropik hormon (ACTH), katekolamin metabolitleri (VMA, HVA ve 5-HIAA) ve kortizol düzeylerine bakılmış ve IL-6 kış döneminde yaz dönemine göre önemli oranda yüksek bulunmuştur. Kortizolde mevsimsel fark yokken, ACTH, VMA, HVA yaz döneminde daha yüksek bulunmuştur (41). Bu sonuçlar kış döneminde immün sistemde azalmanın nedenini açıklamaktadır. Yaşlanma da immün fonksiyonlarda azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle yaşlılar enfeksiyon hastalıkları, kanser ve dejeneratif hastalıklara daha duyarlıdır. İmmün sistemi güçlendirici ve düzenleyici etkisi olan melatoninin kan düzeylerinin yaşla birlikte azalması yaşlılardaki bu immün sistem zayıflamasının nedenlerinden biridir. Vücutta melatonin yapımı ultraviyole ışınlarının varlığına bağlı olduğu içinde kış dönemi yaşlılarda immün sistemin daha zayıf olduğu bir dönem olmaktadır (42,43).

Ultraviyole aynı zamanda vücutta D vitaminin sentezini artırdığı için kemik yapısında da rolü vardır. 65 yaş ve üzeri hastalarda düşme ile oluşan kırıkların insidansının araştırıldığı Bulajic-Kopjar'ın çalışmasında (44) osteoporozun kışın hızlanması ve buzda kayma nedenleri ile kırıkların daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Rosen ve arkadaşları postmenopazal kadınlarda kemik kaybının kış mevsiminde arttığını göstermişlerdir (44,45).

Ruhsal hastalıkların mevsimsel değişimlerden etkilendiği bilinmektedir. Bireyler kendilerini güneşli ve sıcak havalarda daha enerjik ve mutlu hissetmektedir. Kış döneminde duygu durum ve enerjide azalma olmaktadır. Bu değişikliğin nedeninin beyinde serotonin taşıyan proteinin güneşsiz ve soğuk havalarda azalması olduğu bulunmuştur (46). Mevsimsel afektif bozukluklar ve depresyon kış mevsiminde daha fazla görülmektedir (47).

Psikosomatik karın ağrılarında mevsimlerle değişiklik dikkati çekmektedir. Fonksiyonel gastrointestinal hastalıkları olan erişkinlerde mevsimsel alevlenmeler ve remisyonlar olduğu tanımlanmıştır. Talley ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada irritabl barsak sendromu (İBS) olan hastalar kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. İBS'lu hastalarda ağrı ve defekasyonda mevsimsel değişikliklerin prevalansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (48). Saps ve arkadaşlarının çok merkezli ve farklı coğrafik bölgelerde yaptıkları bir çalışmanın sonucunda karın ağrısı görüşmelerinin oranının kış aylarında daha fazla olduğu toplam 3.929.522 ayaktan görüşme ve 73.591 karın ağrısı görüşmesi analiz edilerek bulunmuştur. Burada gün ışığının, iklimin, enlemin ve stresin olası rolü vurgulanmıştır (49). Yine yaz dönemlerinde infeksiyöz gastroenteritlerin sık görüldüğü bilinmektedir.

2.4. Yaşlılık ve Ülkemizde Yaşlanma

2.4.1. Yaşlılık kavramı ve yaşlanma süreci

Yaşlanma tüm canlılarda görülen fizyolojik bir süreçtir. Bedenin tüm sistemlerinde yaşı ilerlemesi ile ortaya çıkan geri dönüşsüz yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür. Yaşlılık ise *“insanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği birden fazla fizyolojik değişikliğin ve onlara ait belirti ve bulguların sıklıkla birlikte bulunduğu bir yaşam dönemi”*dir (50). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı

yaşamsal fonksiyonların sürekli azalmasına bağlı olarak çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamıştır (51).

Tüm insanlar için geçerli, kaçınılmaz ve doğal bir durum olan yaşlılık bireyin yaşadığı çevre koşullarına, beslenmesine, kalıtımla getirdiği özelliklere, kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur gözüktse de hatta bu değerlendirme kesin ve değişmez olmasa da biyolojik yaşlanma böyle bir gelişimi zorunlu kılıyor gibi görünmektedir. Üstelik yaşlanma ile birlikte zihinsel ve bedensel kapasitede azalmalar, hareket yeteneğinde yavaşlama görülse de, birey kendini yaşlı hissetmeyebilir. Durağan ve değişmez bir yaşam dönemi olmayan yaşlılık tam karşıt bir durum olarak çeşitli güçlerin etkileşimini kendi içinde barındırır. Yaşlılıkta temel olan yaşamın tüm evrelerinin zorlamalarına karşın varoluşunu sürdürebilmiş olmanın bilgeliği ve iç görüşü, bulunan bu güçlerdir (52).

Yasaların ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kabul ettiği yaşlılık sınırı 65 olmakla birlikte, kişinin bağımlılığa geçişi çoğunlukla 75 yaş civarında olmaktadır (53,54). DSÖ'nün yaptığı ayırım Tablo 2.2'de gösterilmiştir (55).

Tablo 2.2. DSÖ'nün yaptığı sınıflandırmaya göre yaşlılık kategorileri.

YAŞ	YAŞLILIK KATEGORİSİ
45-59 yaş	Orta Yaş
60-74 yaş	Yaşlılık
75-89 yaş	İleri Yaşlılık
90 ve üstü	İhtiyarlık

Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007.

Dünya genelindeki ama özellikle gelişmiş endüstri ülkelerindeki yaşlı nüfustaki bu artışın nedenleri incelendiğinde, genel anlamda dünyanın birçok bölgesindeki doğum hızlarındaki kayda değer düşüşler, temel sağlık hizmetlerinde gerçekleşen olumlu gelişmeler ve beslenmenin genel anlamda iyileştirilmesinin neticesi olarak ortalama yaşam süresinin uzaması yanında, doğum oranlarının düşmesi, bebek ve çocuk ölüm oranlarının kontrol edilebilir düzeylere gerilemesinin ön planda etkili olduğu anlaşılmaktadır (56).

2.4.2. Türkiye'de yaşlılık ve demografik değişimler

Yaşlı nüfus özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren dikkat çekici oranlarda artmaya başlamış ve nüfusun yaşlanması ise 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biri haline gelmiştir. Dünya nüfustaki demografik değerlerin yıllara göre değişimi incelendiğinde 2006'da tüm dünyada 650 milyon olan 60 yaşın üzerindeki kişi sayısının 2025 yılında 1.2 milyar, 2050'de ise 2 milyar olacağı öngörülmektedir (6).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine baktığımızda ülkemizde de 65 yaş üstü nüfusun oran ve sayısı olarak arttığını görürüz. Tablo 2.3.'de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre oluşturduğumuz 1935-2010 yılları arasında 65 yaş ve üzeri kişi sayısı ve toplam nüfusa oranı görülmektedir (57).

Tablo 2.3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları'na göre 65 yaş üstü yaşlı kişi sayısı ve yüzdeleri.

Sayım yılı	Toplam nüfus	65 yaş üstü	Artış yüzdesi	Tüm nüfusa oran
1935	16 158 018	628 041		%3.8
1960	27 754 820	978 732	%55	%3.5
1970	35 605 176	1 565 696	%59	%4.3
1980	44 736 957	2 113 247	%34	%4.7
1990	56 473 035	2 417 363	%14	%4.2
2000	67 803 927	3 858 949	%59	%5.8
2010	73 722 988	5 327 736	%38	%7.2

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (58).

Yukarıda verilen resmi oranlardan anlaşıldığı üzere tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sayısı gittikçe artan bir yaşlı nüfusu vardır. Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye'de de önem kazanması beklenmektedir.

Bu bağlamda yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve buna bağlı yeti yitimleri, işlevsellikte azalmalar ve kronik hastalıkların bilinmesinin yaşlıların bakımı için yapılması gereken planlamalara ve oluşturulacak politikalara rehberlik etmesi beklenmektedir.

2.4.3. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve neden olduğu sık görülen hastalıklar

Yaşla birlikte tüm sistemleri etkileyen fizyolojik ve anatomik değişiklikler (59) genel olarak tüm doku ve organlarda gelişen işlev kaybı ve psikomotor gerilemeye bağlı olarak kronik hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırır; günlük yaşam etkinliklerinde yetersizliğe yol açar (60). Yaşlanma solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, kas-iskelet sistemi dâhil tüm sistemlerde değişikliklerle seyreder. İlerleyen yaşla birlikte epidermis giderek incelir. Bu incelme ultraviyole ışınlarına açık bölgelerde daha hızlıdır. Epidermisdeki hücrelerin mitotik bölünmesindeki azalmanın hücre yenilenmesini yavaşlatarak incelmeye neden olduğu sanılmaktadır. Derinin pigment hücrelerinin (melanositlerin) sayısında da genellikle azalma gözlenir. Kıl folliküllerinin köklerindeki pigment hücrelerinin yok olması ya da etkinliğinin azalması kıl gövdesinde düşük miktarlarda pigment içeren hücrelerin katılmasına ve kılların grileşmesine yol açar (52).

Geriatric popülasyonda sıklıkla karşılaşılan duysal algı problemlerinden biri de yaşlılık döneminde ortaya çıkan işitme kayıplarıdır. Yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan işitme bozukluklarına presbiakuzi denilmektedir. Presbiakuzi bu yaş grubundaki işitme kayıplarının en önemli sebebini oluşturmaktadır. Bu tür işitme bozuklukları sensorinöral tipte olup, yani hem sensör hem de nöral bölgenin dejenerasyonundan kaynaklanmaktadır. Presbiakuzinin tanısı iyi bir anamnez, fizik muayene ve odyolojik değerlendirmeyi gerektirir.

Presbiakuzili kimselerin yakınmaları, sorunun şiddetine göre gelen sesi duydukları, ancak anlayamadıkları şeklinde olup, odyogramlarına bakıldığında çoğunlukla alçak frekanslardaki işitme eşikleri normal veya normale yakın, konuşma frekansları olarak kabul edilen 500, 1000 ve 2000 Hz'lerde ve daha yüksek frekanslarda ise giderek artan bir kayıp görülmektedir. Bu durumun nedeninin, işitmenin santral işlenmesi sırasında oluşan aksaklıklar olabileceği düşünülmektedir (61,62).

Histopatolojik olarak ele almak gerekirse işitme kaybının nedeni, koklea tüy hücrelerindeki sensör epitelyumda, spiral ganglionda, 8. sinirin akustik dalında veya beyin sapındaki nükleuslardan temporal kortekse kadar uzanan santral işitme yolundaki nöronal problemler nedeni ile olabilir (63). Yaşlanmanın en belirgin olarak hissedildiği organ gözdür. Kırklı yaşlardan itibaren örneğin fizyolojik standart bir süreç olarak 5 cm'den daha yakın nesneleri fark etmesi zorlaşır. Bu retinal vasküler değişiklikler ise bireysel farklılıklar göstermektedir. Lensin sertliği yaşla artar ve gözün nesnelere odaklanması için gereken şekil değişikliğini gerçekleştiremez hale gelir. Görme alanlarında hareket eden ince siyah benekler, kuru göz gelişimi yaşlıyı rahatsız edebilen gelişmelerdir. Göz sıvısının katılaşması ile ilgili olan ince siyah beneklerin sayısında ani artışlar olmadıkça görme kalitesi bozulmaz. Gözyaşı üreten hücre sayısında azalmaya bağlı olarak kuru göz gelişiminde artış olur. Gözle ilgili daha büyük sorunlar yaratan glokom, retinopati, maküler dejenerasyon ve katarakt gelişiminde artış olur. Ancak, bu hastalıkların sıklığında artış doğrudan yaşla ilgili değildir (64).

İlerleyen yaşla gelişen ve sık rastlanan bedensel problemlerden biri olan senil katarakt, cinsiyet ve ekonomik düzey farkı gözetmeksizin, diğer fiziksel sorunlarla ya da onlardan bağımsız olarak ortaya çıkar. Kataraktın ortaya çıkışını engellemek, geciktirmek ya da geri döndürmek konusunda yeterli bilgi yokken, tedavisinde çok hızlı gelişmeler kaydedilmektedir. Günümüzde hemen hemen her yaşlı insanda katarakt oluşmaktadır.

Yaşlılarda muayenelerde hastalık habercisi olan aşırı ışık yansımaları ve giderek artan görme bozuklukları sorgulanmalıdır. Hastalar kataraktın ileri safhalarında çevresini buzlu camdan bakar gibi algılar. Ameliyat eğer görme bozulmamışsa gerekmezken; okumayı, araba kullanmayı veya kişinin günlük yaşantısını sürdürmesini engelliyorsa düşünülmelidir. Katarakt hastalığının ilaçla tedavisi mümkün değildir. Ancak lokal anestezi ile gerçekleştirilen ameliyatla tedavi edilir. Görme bozukluklarının nedenleri arasında presbiyopi, katarakt, diyabetik retinopati, maküler dejenerasyon ve glokom üst sıralarda yer alır (65).

Yaşlanmayla birlikte solunum sistemiyle ilgili olarak akciğer kapasitelerinde önemli azalmalar ortaya çıkar. Öksürme refleksi azalırken, mukosilyer aktivitenin etkinliğinin azalması nedeniyle akciğer infeksiyonları riski artar (66,67). Pulmoner rezervleri azalan yaşlı bireylerde sigara, hava kirliliği,

enfeksiyon ve mesleki risk faktörleri en sık rastlanan solunum sistemi hastalığı olan kronik obstruktif akciğer hastalığı gelişimine neden olur. Kronik bronşit, hastane veya hastane dışında gelişmiş olsun olmasın, pnömoni yaşlılarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ve bahar-kış mevsiminde artış göstermektedir. Türkiye’de KOAH’ın morbidite ve mortalite oranı kesin olarak bilinmemekle birlikte, yaklaşık 3.5-4 milyon kişinin KOAH’lı olduğu tahmin edilmektedir (67).

Yaşla birlikte gastrointestinal sistemde sekresyonda ve absorpsiyonda azalma olur. Ayrıca motilitede yavaşlama, kas tonusunun azalması ile yiyeceklerin üst gastrointestinal sistemden mideye geçişi, midenin boşalması ve barsak hareketleri yavaşlar. Aynı zamanda yaşam koşullarının sonucu olarak yaşlılarda artan gastrointestinal sistem enfeksiyonları ve özellikle enfeksiyöz diyareler morbidite ve mortalite açısından önemlidir ve yaz mevsiminde artış göstermektedir (54).

Yaşlanmaya bağlı kalp ve damar sistemindeki yapısal ve işlevsel değişiklikleri bilmek yaşlılarda kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve yönetilmesinde, hastanın eğitiminde yaşamsal değerdedir. Kardiyovasküler sistemde yaşlanmaya bağlı majör değişiklik aort ve büyük damarlarda elastisitenin azalmasıdır. Aorttaki elastisitenin azalması ve sistolik basınçta artışla birlikte sol kalbin ön yükünün artmasına neden olur. Yaşlanma ile birlikte, kalp ve damarlarda elastikiyet azalır, atrium ve ventriküllerin dolum zamanı uzar. Periferik direnç artışına bağlı olarak kan basıncı yükselir. Bu değişiklikler günlük yaşamda kompanse edilebilir ancak mevcut hipertansiyonu şiddetlendirir ve tedavisini güçleştirir (60).

Yaşlanma ile birlikte insidansı artan koroner arter hastalığının (KAH) neden olduğu ölümlerin çok büyük bir kesimini 65 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Yaşlılarda koroner arter hastalığında daha nitelikli yaşam elde edilmesi hedefine yönelik klinik çalışma ve rehberlerin ışığında, kanıta dayalı tedavi ile aynı zamanda mortalite ve morbiditede azalma sağlanmaktadır. Kardiyovasküler sistem hastalıkları yaşlılarda en sık ölüm nedenidir. Sağlıklı beslenme, oturgan(sedanter) yaşamdan kaçınma ve düzenli bedensel etkinlik yapılması, sigaranın bırakılması kardiyovasküler hastalıklara yol açan değişiklikleri önlemede ya da geciktirmede etkili olduğu gösterilmiş birincil bakımda kolaylıkla uygulanabilir koruma önlemleridir (67).

Serebrovasküler olay ve Parkinson hastalığı yaşlılarda sık görülen nörolojik hastalıklar grubundadır. Depresyon, intihar, nevroz, stres, uyku bozuklukları, oryantasyon bozuklukları yaşlılarda psikolojik değişiklikler olarak görülmektedir (52).

Ayrıca yaşlılarda kronik sistemik hastalıklar ve beslenme ile ilgili sorunlar nedeniyle periferik nöropatiye de sık rastlanmaktadır (54).

Araştırmalar öz kıyım girişiminde bulunan yaşlı kişilerin yaklaşık %75'inin son bir ay içinde BB hekimini ziyaret ettiğini, ancak semptomlarının fark edilmediğini ya da depresyonun tedavi edilmediğini göstermektedir (68). Bu nedenle, BB hekimleri riskli hastaların taranmasında, depresyonun fark edilmesinde ve erken tanı almasında çok önemli rol oynayabilirler. DSÖ ve WONCA (World Organization of Family Doctors) üyelerinin ortak bir çalışması olarak 2008 Eylül ayında yayımlanan bildiride (Integrating Ruhsal Health into Primary Care: A Global Perspective) ruhsal hastalıkların birincil bakımda başarı ile yönetilebileceğini ve ruhsal hastalık bakımının birincil bakımda bütünleştirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (69). Demans, yaşlıların topluma uyumlarını, bazen de bakımlarını güçleştiren, özellikle zihinsel yeteneklerin görülmesiyle karakterize olan bir sorundur. Demans prevelansı yaşla artan ve her 5 yılda bir ikiye katlanan bir sendromdur. Yapılan prevelans çalışmaları coğrafî, kültürel, ırksal faktörlere göre değişmekle birlikte 65 yaş ve üzerindekilerin %3-11'inde, 85 yaş ve üzerindekilerin %25-47'sinde bilişsel bozulmaya bağlı hastalıkların ortak ifade edildiği demansın bir formunun bulunduğunu göstermektedir. 2009 Dünya Alzheimer Raporu'na göre tüm dünyada 2050 yılında demanslı kişi sayısı 115.4 milyon olacaktır. Ancak bu hastaların büyük çoğunluğu hastalığın erken evrelerinde tanı alamamakta ve tedavi edilememektedir. Demans birdenbire gelişen bir hastalık değildir. Yıllar içinde artış gösteren bilişsel bozulma ile seyreden kronik bir hastalıktır. Halen günümüzde demans için kesin bir tedavi yoktur. Birincil bakım bu hastaların ilk temas noktasıdır. Aile hekimleri bu hastaları tanıma ve uygun tedavi almalarını sağlamada önemli bir yere sahiptir (70).

Bunun yanında depresyon yaşlılarda sık karşılaşılan, çevreye uyumu ve sağlıklı yaşamı olumsuz yönde etkileyen diğer bir psikolojik durumdur. Yaşlılarda depresyon zor tanınan ve genellikle yetersiz tedavi edilen bozuklukların başında gelir. Depresyon, yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlılık döneminde de sık görülür. Tanı ve tedavisi mümkün olan hastalığın tedavi edilmezse intihar riskinin olması ve yaşlının yaşam kalitesini bozması nedeniyle yaşlılık dönemi sağlık sorunları içinde önemli yere sahiptir. Ancak yaşlılık döneminde, hem hastalar hem de doktorlar, ortaya çıkan depresif belirtileri yaşlanmanın doğal sürecinin bir parçası olarak görebilirler.

Yaşlılarda depresyon tablosu erişkinlerden farklıdır. Depresyonu olan yaşlı kişiler karamsar düşünceler ya da yaşamdan haz alamamaktan çok, bedensel yakınmalarla hekime gelirler. Uygun iletişimle öykü derinleştirildiğinde hastalar inatçı üzüntü, hayal kırıklığı ve özgüven kaybı bildirirler. Enerjileri ve yoğunlaşabilme yetileri azalmıştır. Uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri, kilo kaybı olabilir (68). Depresyonlu hastaların yaşam kaliteleri düşer ve sağlık bakımını daha fazla kullanırlar.

Majör depresyon tanısı için Dünya Sağlık Örgütünün Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (ICD-10) ve Amerikan Psikiyatri Birliğinin Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) sınıflaması kullanılmaktadır (71). Bu tanımlamalarda yaşlılar için ayrı tanı kriterleri yoktur.

Yaşlı kişilerde depresyon ve bilişsel bozukluklar birbirleri ile karıştırılabilir. Bu nedenle depresyon ya da demans şüphesi olan tüm yaşlılar hem depresyon hem de bilişsel bozukluk açısından değerlendirilmelidir. Depresyon tedavi edilebilir bir durumdur. Bilişsel bozuklukların çoğunun kür sağlayan bir tedavisi yoktur (70).

Bazen bilişsel bozukluk ve demans birlikte de olabilir ve depresyon bilişsel bozukluğun derecesini artırır. Bu hastalarda depresyonun saptanıp tedavi edilmesi bilişsel bozulmanın derecesini azaltır (70).

2.4.4. Yaşlılıkta görülen sağlık dışı sorunlar

Kimi yaşlılar için önemli sorunlardan biri de sosyal ve psikolojik sorunlara neden olan kötü ekonomik koşullarıdır. Hayatın giderek pahalılaştığı günümüzde, emeklilik ya da ailede para sağlayan kişinin ölümü gibi durumlarda gelirin azalması nedeniyle yaşanan ülkenin ekonomik durumuyla ilişkili olarak yaşlıların kendi geçimlerini sağlamaları zorlaşmıştır (52). Yaşlı bakımının yüksek maliyeti onları özel bir konumda tutmakta sağlık giderleri yaşlılıktaki sağlık sorunlarının bir diğer boyutunu oluşturmaktadır (55). Gelişmiş zengin ülkelerde bile yaşlı ve güçsüz durumda olanların çoğunluğu, gereksinim duydukları bakım için gereken masrafların ancak çok küçük bölümünü karşılayabilmektedirler. Yaşlıların hastane ortamında uzun dönem bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük azımsanmayacak düzeydedir. Yaşlı bireylerde özellikle eğitim, meslek, gelir durumu ve çevre gibi faktörlere bağlı olarak yaşlının sosyal uyumu değişmektedir. Kimi yaşlılar yaşlılık döneminde toplumla sosyal uyum sorunu yaşamaktadırlar.

Uzun süren bir çalışma hayatının sona ermesinin ardından emekli olan ve iş yaşamından ayrılan kişiler bir boşluğa düşmektedirler. Emeklilik dönemi birçok yaşlı için gelirlerinin azaldığı, sağlık sorunlarının ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu nedenle sosyal yaşamdan uzaklaşırlar. Emeklilik durumuna uyum sağlamak yaşlı insanlar için zamanla kendini gösteren sorun haline gelebilmekte, yaşlılığın neden olduğu olası sıkıntılara, bir de emekliliğe özgü toplumsal, kültürel ve ekonomik sorunlar eklenmektedir (52).

Yirminci yüzyılda hızla gelişen teknoloji yaşamı kolaylaştırmış ve insanların birbirlerine bağımlılığını azaltmıştır. Dünya yaklaşırken insanlar birbirlerinden uzaklaşmıştır. Her alanda yaşanan hızlı değişme, toplumsal yapıyı da etkileyip değişmesine neden olmuştur. Geniş aileler çekirdek ailelere dönüşmüş; geniş aile içinde sosyal konumunu büyük oranda koruyan yaşlı kişiler çocuklarının evden ayrılıp kendi çekirdek ailelerini kurmaları, bazen de farklı bir kentte yaşamayı tercih etmeleri nedeni ile yalnız yaşamaya başlamışlardır. Çok hızlı gelişen teknoloji kuşaklar arası yaşamı algılama ve insan ilişkileri konusunda düşünce farklılığını da artırmıştır. Bu farklılıklar yaşanan kişilerin aile içindeki konumlarını değiştirmiştir. Giderek artan sayıda yaşlı kişi yalnız yaşamaya başlamıştır. Bu sosyal yalnızlaşma süreci, doğrudan yaşlının yaşam doyumunu etkilerken, yaşlı bireyin ve içinde bulunduğu ailenin fertlerinin yaşantısını çekilmez hale getirebilmektedir (52).

Yaşlılık sorunları içinde, önemli sorunlardan biri de kuşkusuz yaşlının bakım sorunudur. Tıp, sosyal hizmet, gerontoloji, sosyoloji, psikoloji, antropoloji, kent planlaması gibi disiplinler arası ortak çalışmalar yaşlının bakım sorununu çözüm arayışlarına yöneliktir.

Ülkemizde bakıma muhtaç kendine yetemeyen yaşlıların bakımını genelde aile içinde çocukları üstlenmekte, çocuklarının yetersiz kaldığı durumlarda ise kurum bakımı yapılmaktadır. Yaşlının bakımı ister aile içinde, ister kurum bakımı şeklinde yapılsın yaşlıyla birlikte yaşlıya bakan kişileri de etkileyen sorunlar ortaya çıkmaktadır (55). Yaşlı sorunlarında önemli bir yer tutmakta olan, ailede ve kurumsal bakım yapan yerlerde yaşlılara karşı yapılan bedensel, ekonomik ve psikolojik istismar giderek sessizce büyüyen bir sorun haline gelmektedir. Korkutma, sömürme, ihmal, yaşlıya bedensel, duygusal ve ruhsal açıdan zarar verme yaşlı istismarının genel belirleyicilerindendir. Bu bağlamda yalnız yaşayan yaşlının çoğunlukla bedensel kayıp ve yetersizliklerinden dolayı, kendine gereken özeni gösterememesi ve öz

bakımını yapamaması gibi durumlar da yaşlı istismarı çatısı altında değerlendirilmelidir (71).

2.4.5. Yaşlılıkta karşılaşılan sorunlardan korunma

Her şeyden önce tıbbi ve toplumsal bir nitelik taşıyan yaşlılıkta var olan güçlükleri yenmek için yaşlanmaya ilişkin koruyucu tıp konusuna önem verilmelidir (55).

Geriatrik popülasyonda hedef, tedavi yanında asıl olarak yaşlı insanların "yaşam kalitesini korumak"tır. Bu anlayışla yaşlı hastanın değerlendirilmesi ve tedavisi yanında, yaşlıların sağlıklarının korunması da konu ile ilgili tüm uzmanlık dallarının katılımını gerektiren bir yaklaşımla gerçekleştirilebilir. Koruyucu sağlık bakımında yaklaşım, sağlığı artırma ve geliştirme üzerine odaklanmalıdır (52,55).

Yaşlı bireylerde koruyucu bakımın amaçları, yaşa bağlı olarak değişiklik göstermekle beraber araştırma grubumuz 65-74 yas grubunda yer alan yaşlılar için bu amaçlardan en önde geleni bedensel, ruhsal ve sosyal işlevi en üst düzeyde sürdürme gayretidir. Kronik sağlık sorunlarından kaynaklanan sorunları en aza indirmek hedefi yanında yaşlı bireyi emekliliğe hazırlama bu yaş döneminde sorunları azaltma anlamında büyük katkılar sağlayacaktır (52,55).

75 yaş ve üzerindeki grupta yer alan yaşlı bireyler için etkili aktivite periyodunu, bağımsız olarak yasama yeteneğini sürdürme desteği önem taşır. Kronik durumlardan kaynaklanan rahatsızlık ve oturgan, bedensel ve ruhsal sıkıntıyı olabildiğince azaltma, hastalıkların terminal evresinde hasta ve aileye duygusal destek sağlama yaşam kalitesini üst düzeyde etkileyecektir (52,55).

Kişilerin kendi sağlıklarını korumaları için sorumluluk almaları sağlık gelişimi sağlarken, bu gelişimde sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi ve özendirilmesi, kişilerin kendi bakımlarına aktif katılımlarını önemli kılmaktadır.

Gelişmekte olan ülkeler arasında olan ülkemizde çığ gibi büyüyen kırsal alandan kente göçüş ile hızla değişen yaşam koşulları, kadınların aktif iş yaşamına katılmaları aile içindeki yaşlının konumunun değişmesine neden olmuştur (55). Daha önce ailenin reisi olan, evinin geçimini sağlayan, çocuklarını yetiştiren yaşlı kişi, aile için bakılması gereken bağımlı bir kişi ya da çocuklar için “bakıcı” konumuna düşmüştür. Bu durum yaşlının kendine güveninin kaybolmasına ve kendini izole etmesine yol açabilmektedir (52,55).

Günümüz şartlarında kırsal alanda "geniş aile" kavramı içinde sorun olmayan yaşlılık, kentleşmeyle daha çok hissedilir hale gelmiştir. Bu hızlı değişim içinde daha önceleri evinin geçimini sağlayan, çocuklarını yetiştiren kişinin yaşlanmasıyla, aile içindeki rolü değişmiş, ekonomik ve sağlık sorunlarının da eklenmesiyle birlikte çeşitli sosyal sorunlar ortaya çıkmıştır (52,55). Nüfus artışı, nüfusun kırsal kesimden kent merkezlerine göçü ile gerçekleşen ve değişen aile yapısı, tıpta gerçekleştirilen gelişmelerin ortalama insan ömrünün uzatması sonucu yaşlı nüfusun genel nüfus içinde artması toplumsal değişim öğelerini oluşturmaktadır.

Geleneksel geniş aile düzeninde, aile içinde bakılan ve saygı gören yaşlı, çekirdek aileye dönüşüm sonucunda yalnız ve güçsüz kalmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre yaşlıların bakımı %56.5 oranında kendileri tarafından, %41.4'üne ise çocukları tarafından sağlanmaktadır. Aile ortamında yaşlı bakımı genellikle yaşlı bireyin eşi ve çocukları üzerinde odaklanmakta, bununla birlikte gelinler yaşlılara bakan grubun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Aile reisi olan yaşlıların aile reisi olmayanlara oranı yaş ilerledikçe erkeklerde artmaktadır. Kadınlarda ise bu oran 70-80 yaş aralığında maksimumu bulmaktadır. Kadınların yaşlandıkça aile reisi olma oranındaki artışın sebebi, büyük bölümünün yaşlılıklarında eşlerini kaybetmesi ve kendi evlerinde yalnız kalmalarıdır.

Demografik tahminler gelecekte yaşlı nüfusun yaşadığı çevrede ve yaşam biçiminde önemli değişiklikler olacağını öngörmektedir. Öngörüler yetişkin çocukların sayısal olarak azalacağı, aile yapılarının daha da değişeceği ve yalnız yaşayan kişilerin sayısının artacağı yönündedir. Bu nedenle yaşlı kişiler için aile içinde bakım giderek azalacaktır. Bunun sonucu olarak da özel bakım hizmetlerine gereksinim artacaktır. Ülkemiz yaşlılarının yoksulluk, aile üyeleri ve arkadaşların kaybı, sosyal izolasyon, artan enflasyon karşısında sabit geliri yönetme zorluğu, fiziksel ve entelektüel fonksiyonun azalması, özsaygı ve kendi kendini yönetmenin tedrici olarak azalması gibi pek çok kompleks sorunla karşı karşıya kalacağı öngörülmektedir (52).

Yaşlı hastaların en ideal bakımı, hasta ailesinin de katıldığı bir ekip yaklaşımıyla biyopsikososyal bir model çatısı altında yürütülecek sürekli bakımla sağlanabilir. Bu çerçevede yapılacak uygun bakım amaca yönelik olarak hastalıkları önleyebilir veya yaşlının yaşam kalitesini yükseltebilir. Diğer taraftan hızla gelişen teknolojinin katkısıyla pek çok sağlık hizmeti ev ortamında da verilebilmektedir. Asıl

olarak yaşlıların çok büyük bir bölümü kendi ev ortamında kalmayı tercih etmektedirler. Türkiye’de aile bireyleri arasındaki bağın gücü açısından gelişmiş ülkelerle karşılaştırma yapıldığında farklılıklar olduğunu görürüz. Araştırma sonuçları yaşlıların yaşam alanlarını belirlemedeki tercihlerinde her 10 yaşlıdan 7’sinin çocukları ile ya aynı evde ya da çocukları ile aynı binada, sokakta veya mahallede oturmayı tercih ettiklerini göstermektedir (55).

2.4.6. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerine genel bakış

Artan yaşlı nüfusla beraber önümüzdeki yıllarda yaşlı hastaların sayısında artış beklenmektedir ve yaşlıların bakımı ve bu bakımı kimin üstleneceği sorusu tahmin edileceği üzere önem taşıyacaktır. Üstelik yapılan araştırmalar, yaşlanan toplumlarda bakıma muhtaç yaşlıların da çoğaldığını göstermektedir. Günümüzde çoğu yaşlı aile üyelerinden bakım almaktadır (72).

Geçmiş dönemlere bakıldığında yaşlı sağlığı daha yaygın olarak üçüncül bakım basamağı sağlık hizmeti düzeyinde dikkate alınmıştır.

Yaşlıların verilen sağlık hizmeti, pek çok komorbid hastalığın birlikte olabilme olasılığı nedeni ile karmaşıktır. Bu hizmetlerin sürekli olması, multidisipliner bir yaklaşımla yapılması gerekir. Bu hizmetlerin dikkatli bir planlama, örgütlenme ve yönetimle verilmesi çok önemlidir. Sağlık hizmetleri içinde yaşlılar için planlanacak hizmet bakım sistemi sağlık sisteminde üç basamakta ayrı ayrı örgütlenmelidir (8).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından koordine edilerek Antalya İlinde bulunan Aile Sağlığı Merkez'lerinde (ASM) yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

3.2.1. Araştırma evreni

Çalışma Kepez, Muratpaşa, Konyaaltı ilçelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus üzerinde yürütülmüştür. Her üç ilçede yaşayan 65 yaş nüfus 139863 kişidir. Örneklem büyüklüğü “evren oranının belli bir rölatif kesinlikle tahmin etmek” yöntemiyle belirlenmiştir (73). Öngörülen evren oranı (p): %50, güven düzeyi %95, rölatif kesinlilik %3 olarak alınmıştır. Yukarıdaki varsayımları yerine getiren örneklem büyüklüğü 1065 kişi olarak hesaplanılmıştır.

Kepez, Muratpaşa, Konyaaltı Belediyeleri'ne bağlı bölgelerde nüfusa orantılı şekilde alınacak yaşlı kişi sayısı belirlenmiştir. Rasgele sayılar tablosundan bir sayı belirleyerek 1/3 oranında her ilçeden bir ASM örneklem içerisine alınmıştır. Örneklemde çıkan ASM kabul etmemesi durumunda bu ASM'ler çalışmadan çıkarılmış yerlerine listede çalışmadan çıkan ASM'lerin 2 alt ve 2 üstünde yer alan ASM'ler alınmıştır. Kura sonucunda Kepez ilçesinden 31, 18 nolu ASM'ler; Konyaaltı İlçesinden Çakırlar ASM'si; Muratpaşa İlçesinden 1,2,5,9,25,28,30 nolu ASM'ler çalışmaya dahil edilmiştir

Ocak 2011 – Mart 2011 tarihleri arasında örneklemde seçilen ASM'lere başvuran 65 yaş ve üstü hastalar ve sağlıklı gönüllülere gerekli açıklamalar yapıp onam alındıktan sonra anketler yapılmıştır.

3.2.2. Araştırmaya kabul kriterleri

Çalışmaya ASM'lere başvuran 65 yaş ve üstü hastalar ve sağlıklı, gönüllü bireyler dahil edilmiştir. Anketi anlayabilecek durumda olan (verbal ve kognitif) ve katılmaya rıza gösteren hastalar ve sağlıklı bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.3. Araştırmadan dışlama kriterleri

Çalışmaya, 65 yaş altında olan, sorulara yanıt verebilecek uyumu güçleştirecek herhangi bir sorunu olan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak istemeyen kabul kriterlerinde belirtilen yer, zaman ve yaş sınırları içinde olmayan bireyler dâhil edilmemiştir.

3.2.4. Araştırmanın tipi

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Üç ilçede örnekleme çıkan ASM'lere başvuran 65 yaş ve üzerindeki sağlıklı bireylerde yürütülmüştür. Anket bir anketör yardımıyla, hastanın sözel onamı alındıktan sonra, uygulanmıştır.

3.2.5. İstatistiksel incelemeler

Araştırmanın verileri Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda bulunan SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL) paket programına yüklenmiş ve istatistiksel analizler yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde yüzdelerin karşılaştırılmasında ki kare, belli durumun oluşmasında katkısı bilinen bağımsız değişkenlerin etkisi ile bu durumun ortaya çıkma riskini belirlemede lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı tarafından veriler analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.2.6. Araştırma sırasında karşılaşılan güçlükler

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin gerek sosyokültürel düzeyleri gerekse yaş itibarıyla kognitif fonksiyonlarındaki kayıpları nedeniyle çalışmaya katılım ikna sürecinde zorluklar yaşanmıştır.

3.2.7. Araştırmayı uygulayanlar ve uygulama şekli

Anket yöntemiyle ASM'lere başvuran 65 yaş ve üstü hastalarla yapılan çalışmada, anket bir anketör yardımıyla, hastanın sözel onamı alındıktan sonra uygulanmıştır. Anketin doldurulma süresi 10 dakika kadar sürmüştür. Bu bölümlerde hasta bilgileri, demografik ve sosyo-ekonomik bilgiler, anket soruları, sağlık bakımının devamlılığı ve sorularına yer verilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, yanıtlayan kişinin durumu ve eğitim durumu özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Ankete yanıt oranı %94 olmuştur. Anketin maddeleri anlamlı düzeyde geçerli bulunmuştur.

Ankete katılmayı kabul eden yaşlıların %48.5’i (n=485) kadın, %51.5’i (n=515) erkek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanıtıcı özellikleri, Antalya 2011 (n=1000).

ÖZELLİKLER	n (Sayı)	% (Yüzde)
CİNSİYET		
ERKEK	485	48.5
KADIN	515	51.5
TOPLAM	1000	100
EĞİTİM DURUMU		
İLKOKUL	587	58,7
ORTAOKUL	48	4,8
LİSE	65	6.5
ÜNİVERSİTE	80	8
DİĞER	220	22
TOPLAM	1000	100
MEDENİ DURUM		
EVLİ	741	74.1
BOŞANMIŞ	7	0.7
AYRILMIŞ	6	0.6
DUL	233	23.3
BEKAR	13	1.3
TOPLAM	1000	100
SOSYAL GÜVENCE		
BAĞKUR	234	23.4
EMEKLİ SANDIĞI	230	23
SSK	496	49.6
YEŞİL KART	28	28
YOK	10	10
GAZİ	2	0.2
TOPLAM	1000	100.0

Ankete katılan yaşlıların sağlık hizmeti alırken bürokratik engellerle karşılaşma durumuyla ilgili ankete katılanların tümü bu soruyu yanıtlamış %5.3'ü evet, %89.9'u hayır, %4.8'i bilmiyorum şeklinde yanıtlamıştır .

65 yaş ve üstü grubun katkı payı uygulamasının sağlık hizmetleri almalarını engelleyip engellemediği konusundaki durumları (n=1000) % 10.2'sini engellediği, %83.6'sını engellemediği yönünde yanıtlamıştır. %6.2'sinin bu konuda herhangi bir fikir sahibi olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların hanelerine en yakın yukarıdaki ASM'lere ulaşım durumları Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. ASM'ler ve araştırma grubundaki kişilerin ulaşım durumları, Antalya 2011.

ULAŞIM	n (sayı)	%(Yüzde)
YÜRÜME	582	58.2
TAŞIT	418	41.8
TOPLAM	1000	100.0

Antalya'da kış döneminde Yaşlılarda Kış Mevsiminde Sağlık Bakımının Ekolojisi konulu araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü katılımcıların (n=1000) %76.9'unun (n=769) son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşadığı, %23.1'inin (n=231) ise yaşamadığı tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda sağlık sorunu yaşama durumlarında cinsiyete göre farklılık tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan erkek katılımcıların %72.8'inin, kadın katılımcıların ise %80.8'inin son bir ayda sağlık sorunu yaşadıkları saptanmıştır ($\chi^2= 8,98$; $p= 0,003$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama durumlarının cinsiyet farklılığına göre dağılımı (n=1000).

	EVET n (%)	HAYIR n (%)
ERKEK	72.8	27.2
KADIN	80.8	19.2
TOPLAM	100	100

Çalışmaya katılan kişilerin son bir ayda ne tür bir yakınma ile başvurduklarını gösterir Tablo 4.4'te en çok rastlanan yakınmalar ve yüzdeleri gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Çalışmaya katılan kişilerin son bir ayda sağlık kurumlarına en çok rastlanan başvuru yakınmaları ve yüzdeleri.

ICPC 2	BAŞVURU YAKINMASI	%(YÜZDE)
H01	Kulak ağrısı	0.5
H84	Presbiakuzi	0.5
K01	Kalp ağrısı (anjina)	1.7
D19	Diş/dişeti bulgu/yakınması	1.4
L20	Eklem belirtisi/yakınması	1
X19	Memede yumru/kitle, kadın	0.2
D11	İshal	0.3
N01	Baş ağrısı	1.2
A01	Ağrı, genel/birden çok yerde	1.6
L03	Bel ağrısı/ yakınması	1.5
R05	Öksürük	4.2
H01	Kulak ağrısı	0.5
H84	Presbiakuzi	0.5
K01	Kalp ağrısı (anjina)	1.7
A04	Güçsüzlük, yorgunluk	1.9
D07	Dispepsi /sindirim bozukluğu	0.1
L18	Kas ağrısı	0.4
P06	Uyku rahatsızlığı	0.1
D12	Kabızlık	0.5
R21	Boğaz belirtisi/yakınması	0.7
S02	Kasıntı	0.6
U04	İdrar kaçırma (inkontinans)	0.1
P20	Hafıza bozukluğu	0.2
H03	Tinnitus (kulak çınlaması)	0.1
U06	Hematüri	0.1
A80	Travma yaralanma	0.1
I01	Boyun belirtisi/yakınması	0.2
	Düşme	0.9
A03	Ateş	0.5
L08	Omuz belirtisi/yakınması	1

Çalışmaya katılan kişilerin son bir ayda ne tür bir yakınma ile başvurduklarını gösterir Tablo 4.5'te en çok rastlanan hastalıklar ve yüzdeleri gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Çalışmaya katılan kişilerin son bir ayda yaşadıkları sağlık problemleri ile ilgili olarak en çok rastlanan hastalıklar ve yüzdeleri.

ICPC 2	HASTALIK	% (Yüzde)
T90	İnsüline bağımlı olmayan diyabetes mellitus	2.2
R72	Tonsillit	0.1
L95	Osteoporoz	0.6
L80	Grip	10.9
K85	Hipertansiyon	9.8
L88	Romatoid artrit	1.6
L95	Osteoporoz	0.6
R95	Kronik tıkalıcı akciğer hastalığı (KOA)	0.3
D86	Peptik ülser	0.1
P70	Demans	0.1
F93	Glokom	0.5
T81	Guatr	0.1
T93	Lipit bozukluğu	0.7
L88	Romatoid artrit	1.6
R96	Astım	0.5
B80	Demir eksikliği anemisi	0.4
Y06	Prostat belirtisi/yakınması	0.8
P06	Uyku rahatsızlığı	0.1
P73	Afektif psikoz	0.1
P74	Anksiyete bozukluğu/ anksiyete durumu	0.5
P76	Depresif bozukluk	0.3
F92	Katarakt	0.4
K75	Akut miyokard infarktüsü	0.4
P20	Hafıza bozukluğu	0.2
R75	Sinüzit akut/kronik	0.1
U71	Sistit/üriner infeksiyon	0.6
D03	GÖRH	0.5
D13	Alzheimer hastalığı	0.4
R74	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (farejit vs.)	0.7
N18	Paralizi/güçsüzlük	1

Aşağıda Tablo 4.6’da çalışmaya katılan bireylerin en çok rastlanan bazı semptom ve hastalıklarda cinsiyetler arasında yüzdeleri ile karşılaştırmaları yapılmıştır.

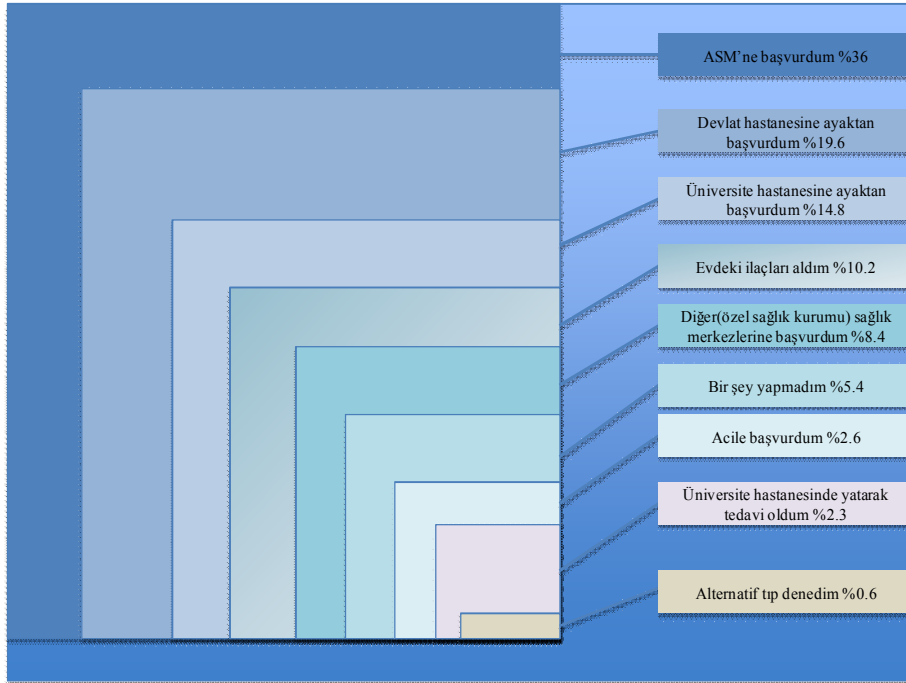
Tablo 4.6. Çalışmaya katılan bireylerin en çok rastlanan bazı semptom ve hastalıkları yönünden cinsiyetler arasında yüzdeleri ile karşılaştırmaları.

ICPC-2	RAHATSIZLIK / HASTALIK	ERKEK	KADIN
R78	Akut bronşit/bronşiyolit	1.4	2.1
A80	Travma/yaralanma	0	0.2
R72	Tonsillit	0	0.2
P20	Hafıza bozukluğu	0	0.4
A06	Bayılma/ senkop	0.4	0
U95	İdrar taşı	0.2	0.2
D08	Gastrit	1	0
R02	Nefes darlığı (dispne)	2.3	1.4
L01	Boyun belirtisi/yakınması	0.6	0.2
R95	Kronik tıkalı akciğer hastalığı (KOA)		0.2
F91	Kırma kusuru (görmede azalma)	0.4	0.6
T81	Guatr	0.2	0
L95	Osteoporoz	0.2	1
U01	Disüri	0.2	0.2
R75	Sinüzit akut/kronik	0	0.2
P70	Demans	0	0.2
K74	Göğüs ağrısı ile birlikte iskemik kalp hastalığı	1.4	0.2 (P=0.07)
D86	Peptik ülser	0	0.2
F93	Glokom	0.2	0.8
D08	Şişkinlik/gaz/geğirme	0	0.4
D98	Kolesistit/ kolesistazis	0.4	0.2
K75	Akut miyokard infarktüsü	0.6	0.2
D07	Dispepsi, sindirim bozukluğu	0.2	0
R74	Akut üst solunum yolu infeksiyonu (farenjit vs)	1	0.4
P73	Afektif psikoz	0	0.2
L15	Diz belirtisi/yakınması	1.2	4.9 (p=0.001)
P06	Uyku rahatsızlığı	0	0.2
L03	Bel belirtisi/ yakınması	0	0.2
B80	Demir eksikliği anemisi	0	0.8 (p=0.052)
L89	Kalça osteoartrozu	0	0.2
U04	İdrar kaçırma (inkontinans)	0	0.2
R96	Astım	0.8	0.2
L90	Diz osteoartrozu	0	0.6
L08	Omuz belirtisi/yakınması	0.2	1.7 (p=0.014)
D12	Kabızlık	0.4	0.6
H71	Akut orta kulak iltihabı	0.2	0

Antalya ilinde kış döneminde 65 yaş ve üstü yaşlıların sağlık davranışlarını araştırdığımız çalışmamızda, ankete katılmayı kabul eden ve son bir ay içinde sağlık problemi yaşayan kişilerin bu sağlık sorununu çözmek için bulundukları eylemler Tablo 4.7 ve Şekil 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Son bir ay içinde sağlık problemi yaşayan kişilerin bu sağlık sorununu çözmek için bulundukları eylemler.

SAĞLIK DAVRANIŞI	n (sayı)	Yüzde (%)
Bir şey yapmadım.	42	%5.4
Evdeki ilaçları aldım.	79	%10.2
ASM’ye başvurdum.	278	%36
Alternatif tıp denedim.	5	%0.6
Devlet hastanesinde ayaktan tedavi oldum.	151	%19.6
Acile gittim.	20	%2.6
Üniversite hastanesinde ayaktan tedavi oldum.	114	%14.8
Üniversite hastanesinde yatarak tedavi oldum.	18	%2.3
Diğer (Özel sağlık kurumları vs.)	65	%8.4
Toplam	772	%100



Şekil 4.1. Son bir ay içinde sağlık problemi yaşayan kişilerin bu sağlık sorununu çözmek için yaptıkları eylemler.

Tablo 4.8’de Çalışmaya katılan bireylerin sağlık davranışlarının cinsiyetler arasında karşılaştırması verilmektedir. Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P= 0.150$, $\chi^2=12,028^a$).

Tablo 4.8. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık davranışlarının cinsiyetler arasında karşılaştırması.

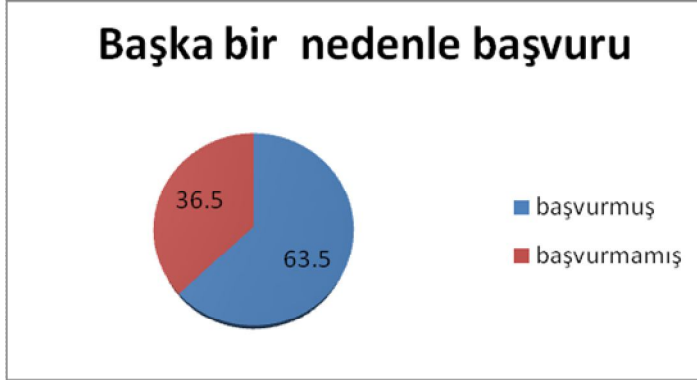
SAĞLIK DAVRANIŞI										
CİNSİYET	Bir şey yapmadım	Evdeki ilaçları aldım	ASM’ ye başvurdum	Alternatif tıp denedim	Devlet hastanesine ayakta başvurdum	Acile başvurdum	Üniversite hastanesine ayakta başvurdum	Üniversite hastanesinde yatarak tedavi oldum	Diğer (özel sağlık kurumu) kurumlara başvurdum	TOPLAM
Erkek	%5,6	%11,0	%34,4	%0,3	%17,7	%2,8	%17,7	%3,4	%7,0	%100,0
N (sayı)	20	39	122	1	63	10	63	12	25	355
Kadın	%5,3	%9,6	%37,4	%1,0	%21,1	%2,4	%12,2	%1,4	%9,6	%100,0
N (sayı)	22	40	156	4	88	10	51	6	40	417

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık davranışlarının yaş grupları arası fark değerlendirilmiş olup 65-75 yaş ve >75 yaş arası farkı Tablo 4.9’da verilmiştir ($p= 0.650$, $\chi^2= 5,971^a$).

Tablo 4.9. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık davranışlarının 65-75 yaş ve >75 yaş arası yaş gruplarına ait n ve % değerleri.

SAĞLIK DAVRANIŞI										
YAŞ GRUBU	Bir şey yapmadım	Evdeki ilaçları aldım	ASM’ ye Başvurdum	Alternatif tıp denedim	Devlet hastanesine ayakta başvurdum	Acile başvurdum	Üniversite hastanesine ayakta başvurdum	Üniversite Hastanesinde Yatarak tedavi oldum	Diğer (özel sağlık kurumu) kurumlara başvurdum	TOPLAM
65-75 (%)	%5,4	%10,6	%35,1	%0,3	%20,4	2,4%	%14,8	%2,6	%8,2	%100,0
N (sayı)	31	61	201	2	117	14	85	15	47	573
75< %	%5,6	%9,1	%38,9	%1,5	%17,2	%3,0	%14,1	%1,5	%9,1	%100,0
N (sayı)	11	18	77	3	34	6	28	3	18	198

Araştırmaya katılanlardan %63.5'i (n=635) son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka bir nedenle sağlık kurumuna başvurmuş, %36.5'i (n=365) ise başvurmamıştır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Araştırmaya katılanlardan son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka sağlık kurumuna başvurma durumları.

Tablo 4.10'da araştırmaya katılanlardan son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka sağlık kurumuna başvurma durumları cinsiyet, 65-75 ve >75 yaş gruplarındaki n ve % değerleri verilmiştir.

Tablo 4.10. Araştırmaya katılanlardan son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka sağlık kurumuna başvurma durumları.

CİNSİYET	EVET	HAYIR	TOPLAM
Erkek n (sayı)	287	198	485
%	59,2%	40,8%	100,0%
Kadın n (sayı)	348	167	515
%	67,6%	32,4%	100,0%

Tablo 4.11. Araştırmaya katılanlardan 65-75 yaş ve >75 yaş gruplarının son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunu dışında başka sağlık kurumuna başvurma durumları.

YAŞ	EVET	HAYIR	TOPLAM
65-75 n (sayı)	473	274	747
%	63,3%	36,7%	100,0%
>75 n (sayı)	161	91	252
%	63,9%	36,1%	100,0%

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık hizmetlerinin ücretini ödeme durumları Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Sağlık hizmetlerinin ücretini ödeme durumları (n=1000).

	n	%
Ödemiyo, devletten sigortalı	982	98,2
Özel sigorta	1	0,1
Yeşil kart	7	0,7
Kendisi ödüyo	7	0,7
Diğer	3	0,3

65 yaş ve üstü bireylerin yapılan çalışmada son bir ayda doktora/sağlık kurumuna başvurmalarını gerektiren sağlık sorununun nedeni olarak %56’sı kronik sorun, %24.4’ü kronik sorun kontrol veya nüks muayenesi, %18.8’i akut sorun (başlangıcından beri üç aydan az süre geçmiş), %0.3’ü pre/post operatif muayene, %0.5’i koruyucu önlemler için olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.13 ve Tablo 4.14’de çalışmada son bir ayda doktora/ sağlık kurumuna başvurmalarını gerektiren sağlık sorununun nedenleri yaş ve cinsiyet dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.13. Çalışmada son bir ayda doktora/sağlık kurumuna başvurmalarını gerektiren sağlık sorununun nedenlerinin yaş gruplarına göre dağılımı.

YAŞ	AKUT	KRONİK	KRONİK ALEVLENME	AMELİYAT	KORUYUCU	TOPLAM
65-75 n (Sayı)	87	266	112	2	3	470
%	18,5%	56,6%	23,8%	0,4%	0,6%	100,0%
>75	31	88	42	0	0	161
%	19,3%	54,7%	26,1%	0,0%	0,0%	100,0%

Tablo 4.14. Çalışmada son bir ayda doktora/sağlık kurumuna başvurmalarını gerektiren sağlık sorununun nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı.

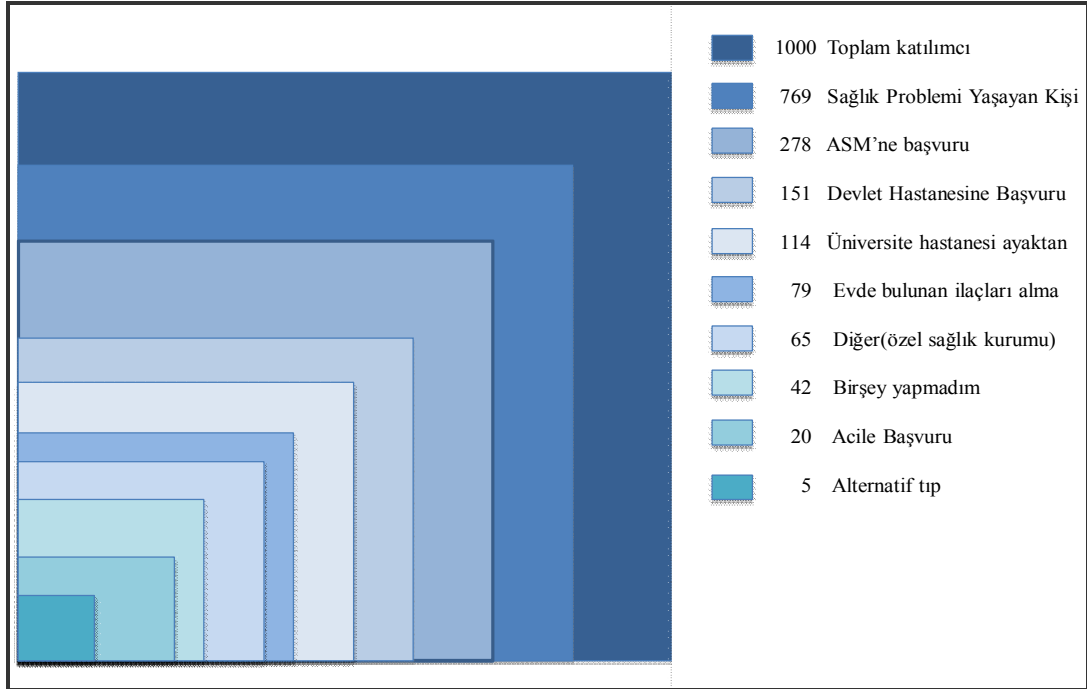
YAŞ	AKUT	KRONİK	KRONİK ALEVLENME	AMELİYAT	KORUYUCU	TOPLAM
ERKEK n (Sayı)	61	155	66	2	1	285
%	21,4%	54,4%	23,2%	0,7%	0,4%	100,0%
KADIN n (Sayı)	58	199	88	0	2	347
%	16,7%	57,3%	25,4%	0,0%	0,6%	100,0%

Katılımcıların mevcut sağlık problemleri nedeniyle başvurdıkları sağlık kurumlarından başka bir sağlık kurumuna sevk edilme durumları Tablo 4.15’de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Hastaneye sevk ve hastaneye yatış durumları.

Sevk Edilme	n	(%)
Evet	81	8.1
Hayır	919	91.9
Toplam	1000	100.0
Hastaneye Yatış Durumu		
Evet	45	4.5
Hayır	955	95.5
Toplam	1000	1000

Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışları Şekil 4.3’te gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışları.

Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin başka bir nedenle son bir ayda sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışları yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 4.16 ve Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.16. Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda başka bir nedenle sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışları yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş grubu	Bir şey yapmadım	ASM’ ye başvurdum	Devlet hastanesine ayaktan başvurdum	Üniversite hastanesine ayaktan başvurdum	Diğer (özel sağlık kurumu) kurumlara başvurdum	TOPLAM
65-75 n (sayı)	266	239	107	78	57	747
(%)	35,6%	32,0%	14,3%	10,4%	7,6%	100,0%
75< n (sayı)	93	82	47	20	10	252
%	36,9%	32,5%	18,7%	7,9%	4,0%	100,0%

Tablo 4.17. Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üstü bireylerin son bir ayda başka bir nedenle sağlık problemi yaşama durumlarına göre sağlık davranışları cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Bir şey yapmadım	ASM’ ne başvurdum	Devlet hastanesine ayaktan başvurdum	Üniversite hastanesine ayaktan başvurdum	Diğer (özel sağlık kurumu) kurumlara başvurdum	TOPLAM
ERKEK n (%)	197	133	70	51	34	485
%	40,6%	27,4%	14,4%	10,5%	7,0%	100,0%
KADIN n (sayı)	162	188	85	47	33	515
%	31,5%	36,5%	16,5%	9,1%	6,4%	100,0%

Çalışmamız sonucunda Antalya ilinde 65 yaş ve üzeri bireylerin araştırma sürecinde sağlık problemi yaşama durumlarına göre araştırmamıza katılan bireylerin son bir ayda %76.9’u (n=769) sağlık problemi yaşamış, %36’sı (n=278) mevcut sağlık sorununu çözmek için ASM hekimine başvurmuş, %19.6’sı (n=151) devlet hastanesinde, %14.8’i (n=114) üniversite hastanesinde ayaktan tedavi almış, %10.2’si (n=79) evde bulunan ve daha önce doktor tarafından reçete edilen ilaçları kullanmış, %2.6’sı (n=20) acil poliklinik başvurusunda bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Antalya İlinde Kış Döneminde Yaşlılarda Sağlık Bakımının Ekolojisi konulu araştırmamıza katılan 65 yaş ve üstü katılımcıların (n=1000) 769'u (%76.9) sağlık sorunları nedeniyle tıbbi bakım almak üzere sağlık kurumuna başvururken; sağlık bakımı arayan bu kişilerin 278'i (%36) birincil bakım sunan ASM'lere başvurmuştur. Bu kişilerin 5'i (%0.6) bir tamamlayıcı tıp ya da alternatif tıbbi bakım almayı tercih etmiştir. Bu kişilerin 151'i (%19.6) devlet hastanesi, 114'ü (%14.8) üniversite hastanesinde ayaktan tedavi almıştır. 20 kişi (%2.6) acil servise başvurmuştur. 18'i (%2.3) üniversite hastanesinden yatarak tedavi almıştır. Kış mevsiminde tüm sağlık kurumlarında olduğu gibi hastanelerdeki poliklinik yoğunluklarının özellikle kronik hastalıkların alevlenmesi ve mevsimsel grip gibi hastalıkların fazla oluşunun da etkisiyle ilk ve kolay erişim noktası olan ASM'lere başvuru %36 gibi yüksek bir oranda olmuştur. Kırk yıl önce White ve arkadaşlarının çalışması ile benzer sonuçlar ortaya koyan çocukları da ekledikleri çalışmada bir ay içinde 1000 erişkin kişiden 850'si bir sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir. Bu 850 kişiden 327'si tıbbi bakım almak için bir sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık bakımı arayan 327 kişiden 217'si bir hekimin ofisine (113 kişi birincil bakım sunan bir hekim ofisine) başvurmuştur. Bu kişilerin 65'i bir tamamlayıcı ya da alternatif tıbbi bakım sunan kişileri ziyaret etmiştir. Yirmi bir kişi hastanede ayaktan bakım almış, 13 kişi acil servise başvurmuş; bu kişilerin 8'i hastaneye yatırılmıştır (3). Tablo 5.1.'de çalışmamızın Fryer ve arkadaşları (19) ile sayısal karşılaştırmaları görülmektedir.

Tablo 5.1. Antalya'da Kış Döneminde Yaşlılarda Kış Mevsiminde Sağlık Bakımının Ekolojisi konulu araştırmamızın Fryer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sayısal karşılaştırmaları.

Sağlık Davranışı	Bizim Çalışmamız n (sayı)	Fryer ve Arkadaşları n (Sayı)
Sağlık problemi yaşadım	769	850
Sağlık bakımı arayan kişi	628	327
ASM' ye başvurdum	278	113
Alternatif tıp denedim	5	65
Hastanede ayaktan tedavi oldum	265	21
Acile gittim	20	13
Üniversite hastanesinde yatarak tedavi oldum	18	1

Çalışmamızda sağlık problemi yaşayan katılımcıların yüksek oranda (%36) BB sağlık hizmetlerinden faydalandığı, kalan kısmının ise özel sağlık merkezlerini, ağırlıklı olarak devlet ve üniversite hastanesini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Sevk durumlarında ise başvurdıkları sağlık kurumlarından %8.1'nin sevk edildiği, bunların da sevk edildikleri kurumda %4.5'inin yatarak tedavi aldığı görülmüştür. Green ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ekolojiyi yaş gruplarına göre ayırmışlardır. Altmış beş yaş üstü kişilerde sağlık bakımının ekolojisinin genel popülasyondan daha farklı olduğu görülmüştür. Yıl içinde de farklı zamanlarda hastalıkların görülme oranlarının değişmesi ve erişim farklılıkları da sağlık bakımı arama davranışını etkilemektedir (49). Bazı rahatsızlıkların bazı mevsimlerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. White ve Green çalışmalarında rahatsızlıkların mevsimsel değişkenliklerinin çalışmalarını etkilememesi için çalışmalarını tüm yıla yaymışlardır (48). White'ın ilk çalışması 1 aylık bir süreyi kapsarken, 2. Revizyon çalışması çalışmasında 1 yıllık bir süreyi kapsamıştır. Çalışmamızın Antalya İlinde Yaz Döneminde Sağlık Ekolojisi konulu Uzm. Dr. Yücel Çeviren'e ait yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezinde; o dönem sağlık ocağı olan birincil bakım merkezlerine başvuru %40, devlet hastanesine %30.3, tıp fakültesinde yatarak tedavi alma %7, evdeki ilaçları alma durumu %5.7 iken %1.4'ü sağlık sorunları için bir şey yapmadıkları yanıtını vermişlerdir (7).

En güncel tanımıyla birincil bakım "*toplum içindeki bireyler ve aileler için, evrensel olarak kabul edilebilir, uygulanabilir, bilimsel ve sosyal yöntemler ve teknolojiye dayalı gerekli bir sağlık bakımıdır*" şeklinde tanımlanmaktadır. İnsanların yaşadıkları ve çalıştıkları yere en yakın yerde ilk erişim noktası ve ulaşılabilir olması esastır (20). Bizim çalışmamızda katılımcıların hanelerine en yakın bağlı bulundukları ASM'lere ulaşım durumları ile ilgili, %58.2'sinin yürüyerek, %41.8'inin taşıtla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların bir kısmının bağlı bulundukları ASM'lerin oturdukları semte çok uzak mesafelerde olmasını sağlık hizmeti veren sorumlu personelden ve katılımcılardan aldığımız sözel bilgilerle Aile Hekimliği Uygulamasına yeni geçişin getirdiği aksaklıklar, kayıtlardaki yetersizliklerden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Büyük oranda etkili bu durum etkisiyle yanlış paylaşımlar neticesinde, %41.8 oranla taşıtla ulaşım gerektiren uzaklıkta olduğu tespit edilmiştir. Çalışma yaptığımız dönemde bilgi güncellemeleri ve kayıt yenilemeler yoluyla bu ulaşım zorluğunun önüne geçilmeye çalışılıyordu.

Ankete katılmayı kabul eden yaşlıların %48.5'i (n=485) kadın, %51.5'i (n=515) erkek olduğu saptanmıştır. Sağlık bakımı arama davranışları oranlarına bakıldığında cinsiyetler arası anlamlı bir fark yoktur ($p=0.150$, $\chi^2=12.028$). Aynı ay içinde 2. bir nedenle sağlık kurumuna başvurular arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Erkeklerin %59.2'si, kadınların %67.6'sının aynı ay içinde ikinci bir nedenle doktora başvurdıkları tespit edilmiştir ($p=0.006$, $\chi^2=7.600$).

Başvuru nedeni sağlık sorunlarının akut/kronik/nüks/kontrol/koruyucu önlem yönünden en çok kronik sorunları nedeniyle kontrol muayenesine için gittikleri tespit edilmiştir.

Başvurdukları kurumdan bir başka kuruma sevk anlamında cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır ($p=0.868$, $\chi^2=0.027$). 65-75 yaş ve >75 yaş grupları arasında da bir fark bulunmamaktadır ($p=0.826$, $\chi^2=0.048$).

Hastane yatışları ile ilgili cinsiyetler arasında ($p=0.203$, $\chi^2=1.624$) ve yaş grupları arasında da ($p=0.749$, $\chi^2=0.102^a$) anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Başka bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık kurumlarını tercihlerde yaş grupları arasında fark bulunmamıştır ($p=0.118$, $\chi^2=7.368$). Cinsiyetler karşılaştırıldığında ise kadınların daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir ($p=0.009$, $\chi^2=13.578$).

Sağlık bakımı; sosyal alanın yanı sıra kişisel alanda da sağlığın korunması ve iyileştirilmesini içermelidir ve birincil bakımda çalışan hekimler kendilerine bağlı nüfusun sağlığını korumak ve geliştirmek için çaba harcarlar. Bu hizmetin etkin olarak sunulabilmesi için hekimlerin hizmet sundukları toplumun sağlık durumunu, sağlık davranışlarını, sağlık hizmetini nasıl kullandığını, sağlık inançlarını bilmesi gerekliliği kaçınılmazdır.

Yaşlıların sosyoekonomik ve demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak bu grubun ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanmasının yanı sıra nüfusun tüm gruplarına sunulan hizmetlerin planlanması noktasında da önemlidir.

Projemizin ana temasını oluşturan; sağlık bakımında birincil bakımın önemini vurgulayan “sağlık bakımının ekolojisi” sağlık bakım koşulları ile kişi arasındaki ilişki olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakımının ekolojisi sağlık bakımında birincil bakımın önemini vurgular.

Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanmasının sosyoekonomik yapıya olan etkileri üzerine birçok değerlendirme ve çalışma yapılmakta ve yaşlı nüfusun sosyal

yaşamdan koparılmadan hayatlarını devam ettirmelerine yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır.

Kış döneminde yaşlı hastaların sağlık davranışlarının nasıl olacağını görmek ve yaşlı gruba sağlık hizmeti sunumunda bu etmenlerin dikkate alınarak sağlık bakımını iyileştirmek amacıyla planladığımız bu çalışmanın sonuçlarının yaşlılarda koruyucu hizmetleri planlamada, yaşlıların sağlık bakımına erişiminin önündeki engelleri kaldırmada ve hakettikleri sağlık bakımını almalarını sağlamada yardımcı olacağını umduğumuz çalışmamızla istatistiksel olarak sağlık bakımında birincil bakımın önemli rolü bir kez daha ortaya çıkmıştır.

6. SONUÇLAR

Yaptığımız bu çalışma ile Antalya ilinde yaşayan 65 yaş ve üstü hastaların kış mevsimi döneminde hastalık hallerinde tercih ettikleri sağlık davranışları belirlenmiş ve sonuçta sağlık sistemimizde birincil bakım sağlık hizmetlerinin azımsanamayacak yeri ve geçerliliği bir kez daha vurgulanmıştır.

İlk başvuru özelliği taşıyan birincil bakım sağlık kuruluşlarına sık görülen sağlık sorunları yanında ayrışmamış ve tanı konulmamış sağlık sorunları ile de başvuru dikkat çeker yoğunlukta olurken; bu sağlık sorunlarının yeni ve geçici tanı ve tedavi sürecini içeren birincil bakımdaki yönetimi doğru ve zamanında endikasyonlarıyla ikincil ve üçüncül bakıma sevkini de içermektedir.

Birincil bakım yönetimi; Dünya Aile Hekimleri Birliği kolu olan WONCA-Europe'nın 2002 yılında tanımladığı kendine özgü eğitim içeriği, kanıt temeli, araştırması ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birincil bakım yönelimli klinik bir uzmanlık olan Aile Hekimliği disiplininin çekirdek yeterliliği kabul edilen bir unsurdur.

Bireylerin sağlık sorunlarını geniş çaplı ele alabilecekleri ve herhangi bir sevke gerek kalmadan çözüleceği yer olma niteliği taşıyan birincil bakım; diğer uzmanlık dalları ve sektörleri içeren karmaşık sağlık sistemi içinde insanlara rehberlik hizmeti vermektedir.

Sağlık bakımı; sosyal alanın yanı sıra kişisel alanda da sağlığın korunması ve iyileştirilmesini içermelidir ve birincil bakımda çalışan hekimler hizmet sundukları toplumun sağlık durumunu, sağlık davranışlarını, sağlık hizmetini nasıl kullandığını, sağlık inançlarını öğrenmek suretiyle bu hizmeti etkin bir şekilde sunarak kendilerine bağlı olan nüfusun sağlığını korumak ve geliştirmekle yükümlüdürler.

Yaşlı nüfusa verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi ve etkinliğini bilimsel verilerle değerlendirerek ortaya koyma amacını güttüğümüz, sağlık bakım koşulları ile kişi arasındaki ilişki olarak tanımlanan sağlık bakım ekolojisine ait bu çalışmamızla esas olarak yaşlı nüfusun mevsimsel olarak sağlık davranışlarını belirlemeye çalıştık. Böylece verilen sağlık hizmetlerinin planlanması, hizmetin kalitesini ve etkinliğini etkileyecek ihtiyaçların giderilmesine çerçeve oluşturması anlamında katkısı olacağını düşündüğümüz bu istatistiki sonuçlar birincil bakımın önemini bir kez daha ortaya koymuştur.

7. ÖZET

Ülkemizde yeni uygulamaya konulan Aile Sağlığı Uygulaması içerisinde 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık hizmeti gereksinimi duydukları zaman sağlık bakımı arama ve sağlık bakım sistemlerini kullanma, sağlık kurumu seçimleri ve tercih ettikleri tedavi biçimleri gibi sağlık davranışlarıyla ilgili bir çalışma tespit edilememiştir. Bu çalışma ile yaşlı hastaların sağlık hizmetlerine yönelik beklentileri, yaşlı popülasyonunun sağlık davranışı, tercih edilen sağlık kurumları, sağlık kurumlarına erişimleri ve sağlık güvenceleri ile ilgili bilgi edinilmek amaçlanmıştır.

Çalışma Kepez, Muratpaşa, Konyaaltı ilçelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus üzerinde yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü “evren oranının belli bir rölatif kesinlikle tahmin etmek” için hazırlanmış olan hazır tablolardan yararlanarak 864 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya sağlıklı veri elde edebilmek için 1000 kişi alınmasına karar verilmiştir. Ocak 2011 – Mart 2011 tarihleri arasında örnekleme seçilen ASM'lere başvuran 65 yaş ve üstü hastalar ve sağlıklı gönüllülere gerekli açıklamalar yapıp onam alındıktan sonra anketler yapılmıştır.

Buna göre ankete katılmayı kabul eden yaşlıların %51.5'i (n=485) kadın, %48.5'i (n=515) erkek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü katılımcıların (n=1000) %76.9'unun (n=769) son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşadığı, 278'inin mevcut sağlık sorununu çözmek için ASM hekimine başvurduğu (151'inin devlet hastanesi, 114'ü üniversite hastanesi ayaktan tedavi, 5'inin tamamlayıcı tıp, 79'unun evde bulunan ilaçlar, 20'sinin acil poliklinik) tespit edilmiştir. Sevk edilme durumlarına bakıldığında %8,1'inin sevk edildiği, %91,9'unun ise sevk edilmediği görülmektedir. Bu hastalıkların sevk edildikleri kurumda %4,5'i yatarak tedavi alırken, %95.5'i ayaktan tedavi almıştır.

Sonuç olarak yaptığımız bu araştırma ile Antalya ilinde 65 yaş ve üstü bireylerin kış dönemi sağlık davranışlarını tespit ederek, sağlık hizmetlerinin mevsime olan bağlılığı ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ekolojisi bakımından mevsimler arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Ekoloji, Yaşlılık, Birincil Bakım.

8. ABSTRACT

Ecology of Health Care in the Elderly During the Winter in Antalya

It wasn't found any study about health behaviour like health care search and using health care system, health facility elections and their preferred forms of treatment of 65 years old people and over when they need health service in Family Health Practice which is newly introduced in our country. It was aimed that to get information about expectations for health care of elderly patients, health behaviour of elder population, their preferred health care institutions, their access to health care institutions and their health insurances with this study.

The study was conducted on the population aged 65 and over in Kepez, Muratpaşa, Konyaaltı districts. The sample size was calculated as 864 people using table for "estimate the rate of the universe with a certain relative precision". It was decided to conduct 1000 people to study in order to obtain accurate data. The survey was conducted to the people aged 65 and over and healthy volunteers who applied Family Health Center which were selected as sample between January 2011 and March 2011.

According to the study, 51.5% (n=485) of elder people who accepted to participate in survey was female, 48.5% (n=515) of them were male. It was determined that 76.9% (n=769) of the participants (n=1000) aged 65 and over experienced health problem in the last month, 278 of them applied to FHC to solve existing health problem (151 of them applied to the state hospital, 114 of them received outpatient treatment in the university hospital, 5 of them tried the complementary medicine, 79 of them took some drugs which were found at home, 20 of them applied emergency service). 8.1% of patients who applied to a medical institution were referred to another medical institution, 91.9% of them weren't referred. Of patients who were referred to another medical institution, 4.5% were hospitalized and treated by this institution, 95.5% were received an outpatient treatment.

In conclusion, it was tried to introduce that health services depend on season by determining the health behaviour of people who were 65 years old and over in winter in Antalya. There are differences between seasons in terms of the ecology of health care services.

Keywords: Ecology, elderliness, primary health care

9. KAYNAKLAR

1. Burt CW, McCaig LF. Trends in hospital emergency department utilization: United States 1992–1999. *Vital Health Stat* 2002; 150: 1-34.
2. Van de Lisdank EH. Illness behavior. In: Jones R et al, eds. *Oxford textbook of primary Medical care*. New York: Oxford University Press 2005; 98-102.
3. White KL. The Ecology of Medical Care:Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research *HSR: Health Services Research* 1997; 32(1): 11-21.
4. Green L, Fryer G, Yawn B, Larier D, Dorey S. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-5.
5. Emet M, Uzkeser M, Eroğlu M, Aslan Ş, Çakır Z. Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Bir Yılda Başvuran Hastaların Zamanla İlişkisi. *The Eurasian Journal of Medicine EAJM* 2007; 39; 119-23.
6. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam kavramı: Önümüzdeki demografik değişime yönelik bir çözüm önerisi. *GeroFam* 2010; 1(1): 1-14.
7. Çeviren Y. Antalya İlinde Yaz Döneminde Sağlık Ekolojisi, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Antalya. 2010.
8. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile Hekimliği: Çağdaş bir sağlık hizmeti biçimi. *GeroFam* 2010; 1(1): 15-28.
9. Kinmonth AL, Stewart M. The patient-doctor relationship. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford: Oxford University Press 2005.
10. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. Çeviri editörü: Yaman H. İstanbul: Yüce Yayınevi 2007.
11. O'Dea N, Saltman DC. Health beliefs. In: Jones R et al, Ed. *Oxford textbook of primary medical care*. Oxford: Oxford University Press Oxford 2005; 103-6.
12. Wyke S. Use of health services. In: Jones R et al, Ed. *Oxford textbook of primary medical care*. Oxford: Oxford University Press Oxford 2005; 95-7.
13. Hausmann-Muela S, Ribera JM, Nyamongo I. Health-seeking behaviour and the health system response. *DCPP Working Paper No.14* 2003.
14. Becker F, Douglass S. The Ecology of the Patient Visit Physical Attractiveness, Waiting Times, and Perceived Quality of Care. *J Ambulatory Care Manage* 2008; 31(2): 128-41.

15. Yaman H, Akdeniz M. Yaşlı dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları: DSÖ Yaşlı Dostu Birincil bakım Enstrmanı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2008; 17(7-8): XI-XIII.
16. Steinweg KK. Embracing the Ecology of Geriatrics to Improve Family Medicine Education. Fam Med 2008; 40(10): 715-20.
17. Peterson L, Bazemore AW, Phillips RL Jr, Teevan B, Dodoo MS, Xierali I, Petterson SM. Family physicians' present and future role in caring for older patients. Am Fam Physician 2009; 80(10): 1072.
18. Bausell RB. Health-Seeking Behavior Among the Elderly. *The Gerontologist* 1986; 26(5): 556-9.
19. Fryer GE, Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variation in the Ecology of Medical Care. Annals of Family Medicine 2003; 1(2): 81-9.
20. Graham Center One-Pager. Imperative Integration: Medical Care for Older Patients. Am Fam Physician 2006; 1; 74(7): 1105.
21. Dovey S, Weitzman M, Fryer G, Green L. The Ecology of Medical Care for Children in the United States. Pediatrics 2003; 111: 1024-9.
22. Leung GM, Wong IOL, Chan W-S, Choi S, Lo S-V. on behalf of the Health Care Financing Study Group The ecology of health care in Hong Kong. Social Science and Medicine 2005; 61: 577-90.
23. Fukui. The ecology of medical care in Japan. JMAJ 2005; 48(4): 163-7.
24. Chou L-F. The Ecology of Ruhsal Health Care in Taiwan. Administration and Policy in Ruhsal Health and Ruhsal Health Services Research 2006; 33: 492-8.
25. Woodhouse PR. Why Do More Old People Die in Winter? Journal of the Hong Kong Geriatric Society. 23-29. Erişim: <http://www.hkgerisoc.org/Journal/v3199203/JHKGS9203p023.pdf>. Erişim tarihi: 01.05.2011.
26. Schlager D, Schwartz JE, Bromet EJ. Seasonal variations of current symptoms in a healthy population The British Journal of Psychiatry 1993; 163: 322-6.
27. Lung and Asthma Informantion Agency. Pneumonia mortality in the elderly. Fact sheet 92/2. Erişim: <http://www.laia.ac.uk/factsheets/922.PDF>. Erişim tarihi. 05.04. 2011.
28. Eurowinter Group. Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe. The Lancet 1997; 349: 1341-6.

29. Ferriman A. Excess winter deaths linked to temperatures in cold homes. *BMJ* 2001; 323: 1207-10.
30. Stout RW, Crawford V. Seasonal variations in fibrinogen concentrations among elderly people. *Lancet* 1991; 338(6758): 9-13.
31. Reilly T, Peiser B. Seasonal variations in health-related human physical activity. *Sports Medicine* 2006; 36(6): 473-85.
32. Goodwin J, Pearce VR, Taylor RS, Read KLQ, Powers SJ. Seasonal cold and circadian changes in blood pressure and physical activity in young and elderly people *Age and Ageing* 2001; 30: 311-7.
33. Øyane NM, Ursin R, Pallesen S, Holsten F, Bjorvatn B . Increased Health Risk in Subjects with High Self-Reported Seasonality 2010. *PLoS ONE* 5(3): e9498.
34. Pell JP, Cobbe SM. Seasonal variations in coronary heart disease. *Quarterly Journal of Medicine* 1999; 92(12): 689-96.
35. Sher L. Effects of seasonal mood changes on seasonal variations in coronary heart disease: role of immune system, infection, and inflammation. *Medical Hypotheses* 2001; 56(1): 104-6.
36. Abrignani MG, Corrao S, Biando GB, Renda N. Influence of climatic variables on acute myocardial infarction hospital admissions. *International Journal of Cardiology* 2009; 137(2): 123-9.
37. Rosenthal T Seasonal Variations in Blood Pressure. *American Journal of Geriatric Cardiology* 2004; 13(5): 267–72.
38. Charach G, Rabinovich PD, Weintraub M. Seasonal Changes in Blood Pressure and Frequency of Related Complications in Elderly Israeli Patients with Essential Hypertension *Gerontology* 2004; 50: 315–21.
39. Ferriman A. Excess winter deaths linked to temperatures in cold homes. *BMJ* 2001; 323: 1207-10.
40. Gikase A, Sotiropoulos A, Pastromas V, Papazafiropopoulou A, Apostolos O, Pappas S. Seasonal variation in fasting glucose and HbA1c in patients with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes* 2009; 3(2): 111-4.
41. Kanikowska D, Sugenoja J, Sato M, Shimizu Y. Seasonal variation in blood concentrations of interleukin-6, adrenocorticotrophic hormone, metabolites of catecholamine and cortisol in healthy volunteers. *International Journal of Biometeorology* 2009; 53(6): 479-85.

42. Srinivasan V, Maestroni GJM, Cardinali DP, Esquifino AI, Pandi Perumal SR, Miller SCI. Melatonin, immune function and aging. *Immunity and Ageing* 2005; 2: 17-9.
43. Nelson RJ, Demas GE, Klein SL, Kriegsfeld LJ, Minireview The influence of season, photoperiod, and pineal melatonin on immune function. *Journal of Pineal Research* 1995; 19(4): 149-65.
44. Bulajic-Kopjar M. Seasonal variations in incidence of fractures among elderly people. *Inj Prev* 2000; 6: 16-9.
45. Rosen CJ, Morrison A, Zhou H, Storm D. Elderly women in northern New England exhibit seasonal changes in bone mineral density and calciotropic hormones. *Bone and Mineral* 1994; 25(2): 83-92.
46. Nicole PR, Willeit M, Wilson AA, Houle S. Seasonal Variation in Human Brain Serotonin Transporter Binding. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(9): 1072-8.
47. de Graaf R, van Dorsselaer S, ten Have M, Schoemaker K, Vollebergh VAM. Seasonal Variations in Ruhsal Disorders in the General Population of a Country with a Maritime Climate: Findings from the Netherlands Ruhsal Health Survey and Incidence Study. *Am J Epidemiol* 2005; 162(7): 654-61.
48. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ III. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927.
49. Saps M, Blanc C, Khan S. Seasonal Variation in the Presentation of Abdominal Pain. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008; 46(3): 279-84.
50. Uncu Y. Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. *Türk Geriatri Dergisi* 2003; 6(1): 31-7.
51. WHO International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001. Erişim: www.who.int/classifications/icf/. Erişim tarihi: 01.05.2011.
52. Arpacı F. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Erişim: http://www.tied.org.tr/tied_kitaplar/yaslilik.pdf Erişim tarihi: 01.05.2011.
53. Population Ageing 1950-2050. United Nations, New York 2002. <http://www.geriatri.org/pdf/onsoz.pdf>. Erişim Tarihi: 01.04.2011.
54. Hughes RAC. Regular review: Peripheral neuropathy. *BMJ* 2002;324:466-9
55. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007. Erişim: <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>. Erişim tarihi: 21.04.2011.

56. Şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve Koruyucu Tıp. GeroFam 2010; 1(1): 49-68.
57. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Erişim: <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> Erişim tarihi: 11.05.2011.
58. TÜİK, İstatistiklerle Türkiye 2010. TÜİK yayınları Ankara 2010
59. Changes in the Body, The Merck Manual Online Library. Erişim: www.merck.com/mmpe/index.html. Erişim tarihi:01.05.2011
60. Colloca G, Santoro M, Gambassi G. Age-related physiologic changes and perioperative management of elderly patients. Surg Oncol 2010; 19(3): 124-30.
61. Golding M, Taylor A, Cupples L, Mitchell P. Odds of demonstrating auditory processing abnormality in the average older adult: the Blue Mountains Hearing Study 2006; 27(2): 129-38.
62. Golding M, Taylor A, Cupples L. Risk markers for the graded severity of auditory processing abnormality in an older Australian population: the Blue Mountains Hearing Study. J Am Acad Audiol 2005; 16(6): 348-56.
63. Willott JF. Central physiological correlates of ageing and presbycusis in mice. Acta Otolaryngol 1990; 476: 153-5.
64. Nalbant S. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi. Erişim: <http://www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm> Erişim tarihi: 25.04.2011.
65. Keskinbora HK. Yaşlı Hastalarda Oftalmolojik Sorunlar. GeroFam 2010; 1(3): 47-56.
66. Changes in the Body, The Merck Manual Online Library. Erişim: www.merck.com/mmpe/index.html. Erişim tarihi: 21.04.2011.
67. Uçan SE, Kocabaş A. KOAH Tanı Ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi 2000; Cilt: 1, Ek:2: 1-8.
68. Birrer BB, Vemuri SP. Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. Am Fam Physician 2004; 69: 2375-82.
69. Akdeniz M, Yaman A, Yaman H. Ruhsal Sağlığın Birincil Bakıma Entegrasyonuna İlişkin Çalışmalar: WONCA ve DSO Belgeleri Çerçevesinde Bir İrdeleme. RNA Aile Hekimliği Dergisi 2009; 1(5): 56-61.
70. Akdeniz M, Yaman M, Howe J, Kavukçu E, Yaman H. Birincil Bakımda Bilişsel Sorunların Yönetimi Gerofam 2010; 1(2): 18-54.
71. Orhan FÖ. Yaşlılarda Psikiyatrik Bozukluklar Gerofam 2010; 1(2): 55-76.

72. Frank C, Seguin R. Care of the elderly training, Implications for family medicine.
Can Fam Physician 2009; 55: 510-4.
73. Hayran O. Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi,
Marmara Üniversitesi Yayın No: 522 1993; 6, 34.

EK. Anket Formu.

TC.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ABD.
SAĞLIK BAKIMININ EKOLOJİSİNİN MEVSİME BAĞLI DURUMUNUN ARAŞTIRILMASI
KONULU ANKET

Tarih/....../ 20..

GİRİŞ

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD tarafından koordine edilen bir çalışmadır. Antalya'da bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarıyla yürütülecek bu çalışmayla, kış döneminde Antalya'da sağlık bakımının ekolojisi belirlenecektir. Bu çalışma ile birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin sağlık hizmetlerinin ekolojisi alanına yönelik temel veri sağlanmış olacaktır. Elde edilen veriler ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygun planlanması mümkün olacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

A) HASTA BİLGİLERİ

Vatandaşlık No:

Yanıtlayan kişinin yaşı:

Yanıtlayan kişinin aile içindeki konumu: Aile Reisi () Eş () Çocuk () Diğer ()

Yanıtlayan kişinin medeni durumu: Evli () Bekar () Boşanmış () Ayrılmış () Dul ()

Yanıtlayan kişinin eğitim durumu: İlk () Orta () Lise () Üniversite ()

Diğer (yazınız)

Yanıtlayan kişinin adresi:..... / ANTALYA

Telefon No: 0 242 Gsm: 0.....

Sosyal Güvencesi: Var.....Yok..... Varsa Türü:

Cinsiyet: Erkek () Kadın ()

Hanenizde kaç kişi yaşıyor? kişi

(Açıklama: Hane ortak ekonomik kaynakları kullanan insanları tanımlıyor. Birlikte yaşayan, birlikte yemek yiyen gibi)

B) DEMOGRAFİK VE SOSYO-EKONOMİK BİLGİLER

1. Yaşadığınız yere en yakın sağlık kurumu neresi?Mesafesi ne kadar? ... km

2. Söz konusu sağlık kurumuna nasıl ulaşıyorsunuz?

Yürüyerek () Taşıtla () Diğer ()

3. Sağlık hizmetleri alırken bürokratik engellerle karşılaşıyor musunuz?

Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

4. Katkı payı uygulaması sağlık kurumlarına başvurmanızı engelliyor mu?

Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

C) ANKET SORULARI

1. Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu/sorunları ya da rahatsızlık/rahatsızlıkları yaşadınız mı?

Evet () Hayır ()

Cevap EVET ise nasıl bir sağlık sorunu/sorunları ya da rahatsızlık/rahatsızlıkları yaşadınız?

Lütfen yazınız:.....

2. Bu sağlık sorununu çözmek ya da rahatsızlığınızı gidermek için ne yaptınız?

Birden fazla yanıt verebilirsiniz:

- a. Bir şey yapmadım. ()
- b. Evde bulunan ve daha önce doktor tarafından reçete edilen ilaçları aldım. ()
- c. Sağlık ocağı hekimine gittim. ()
- d. Alternatif tıp denedim. (Akupunktur, bitkisel tedavi, hipnoz gibi...) Lütfen açıklayınız :
- e. Devlet hastanesine gittim ve ayaktan tedavi oldum. ()
- f. Devlet hastanesine gittim ve yatarak tedavi oldum. ()
- g. Acile gittim. ()
- h. Üniversite hastanesine gittim. (Poliklinikte muayene oldum). ()
- i. Üniversite hastanesinde yatarak tedavi oldum. ()
- j. Diğer.

Lütfen açıklayınız.

3. Bu yakınmanızın dışında başka bir nedenle sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?

Evet () Hayır ()

Cevap EVET ise

- a. Hangi sağlık kurumuna başvurduğunuz?
- b. Başvuru nedeniniz neydi?

4. Sağlık hizmetlerinizin ücretini nasıl ödüyorsunuz?

- a. Ödemiyorum, devletten sigortam var. ()
- b. Özel sigortam var. ()
- c. Kendim cepten ödüyorum. ()
- d. Bir dernek ödüyor. ()
- e. Yeşil kartım var. ()
- f. Diğer yazınız

D. SAĞLIK BAKIMININ DEVAMLILIĞI

1. Son bir ayda doktora/sağlık kurumuna başvurmanızı gerektiren sağlık sorununuzun nedeni nedir?

- a. Akut sorun (3 aydan daha kısa süredir var olan) ()
- b. Kronik sorun, rutin ()
- c. Kronik sorun, alevlenme ()
- d. Pre/Post operatif (Ameliyat Sonrası) ()

(Bu ilk 4 seçenek için) Bakımın süresi:

- i-İlk muayene ()
- ii-Takip-kontrol muayenesi ()
- iii-Bilinmiyor ()
- a. Koruyucu bakım (Örn: Rutin gebelik muayenesi, genel muayene, sağlam çocuk muayenesi, görüntüleme tetkikleri, sigorta muayenesi gibi) ()

2. Bu hastalığınız nedeniyle başka sağlık kurumuna sevk edildiniz mi?

Evet () Hayır ()

a- Cevap EVET ise hangi sağlık kurumuna sevk edildiniz?

b- Sevk edildiğiniz kurumda hastaneye yatış oldu mu?

Evet () Hayır ()

Yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Dr. Selma Eraslan

Kaynak:

Çeviren Y. "Antalya ilinde, sağlık bakımının ekolojisinin yaz dönemindeki durumunun araştırılması". Tez Yöneticisi Yaman H.Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.