

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK BİR BÖLGEDE
EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN BAKIM
GEREKSİNİMLERİ**

**Hazırlayan
Gizem Deniz BULUCU**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Ayla ÜNSAL**

Yüksek Lisans Tezi

**Şubat 2012
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK BİR BÖLGEDE
EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN BAKIM
GEREKSİNİMLERİ**

**Hazırlayan
Gizem Deniz BULUCU**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Ayla ÜNSAL**

Yüksek Lisans Tezi

**Şubat 2012
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Gizem Deniz BULUCU

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Sosyo-ekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Evde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri” adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

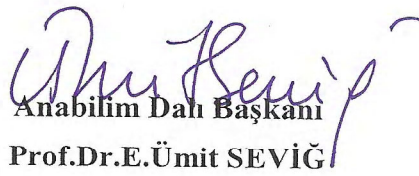
Tezi Hazırlayan

Gizem Deniz BULUCU



Danışman

Yrd.Doç.Dr.Ayla ÜNSAL



Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr.E.Ümit SEViĞ

Yrd.Doç.Dr.Ayla ÜNSAL danışmanlığında **Gizem Deniz BULUCU** tarafından hazırlanan **“Sosyo-ekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Evde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri”** konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

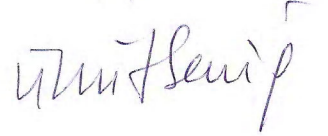
15/02/2012

JÜRİ**İmza**

Danışman : Yrd.Doç.Dr.Ayla ÜNSAL (Hemşirelik Esasları)



Üye : Prof.Dr.E.Ümit SEVİĞ (Halk Sağlığı Hemşireliği)



Üye : Yrd.Doç.Dr.Handan ZİNCİR (Halk Sağlığı Hemşireliği)

**ONAY**

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

...../...../.....

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Hayatın son dönemecine girmiş olmakla birlikte mücadele azmini ve gücünü yitirmeyen ve bu konuda hepimize örnek olan Bağbaşı Mahallesi yaşlılarına; sevgilerini ve desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme ve arkadaşlarıma; bilgi birikimi ve bilimsel desteği ile yanımda olan sayın danışmanım Yrd.Doç.Dr. Ayla ÜNSAL'a, istatistiki değerlendirmelerde yardımcı olan Öğr.Gör. Özkan SARIKAYA'ya ve Arş.Gör. Hacer ALAN'a, yararlandığım tüm kitap ve yayınların yazarlarına hemşirelik bilimine katkıları ve emeklerinden ötürü en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Gizem Deniz BULUCU

Kayseri, Şubat 2012

SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK BİR BÖLGEDE EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Gizem Deniz BULUCU

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Şubat 2012

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Ayla ÜNSAL

KISA ÖZET

Yaşlılıkta sağlığın önemli göstergelerden biri olan bakım gereksinimleri bireyin Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivitelerindeki (EGYA) bağımlılığın ve yeti yitimlerinin belirlenmesi ile saptanabilmektedir.

Bu çalışma, sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede, evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerini ve bu gereksinimleri etkileyen etmenleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri 15.11.2010-28.02.2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları; bireylerin tanıtıcı özelliklerini, hastalık, ilaç, diyet kullanımını ve sağlık hizmeti alma durumuna ilişkin bilgilerini içeren anket formu, GYA, EGYA ölçekleri ve Kısa Yeti Yitimi Anketidir (KYA). Araştırmaya başlamadan önce Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin belgesi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay belgesi ve araştırmaya katılan bireylerden aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırmanın verileri olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kartopu yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında yüzdeler, ortanca, ortalama, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U Testi, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi, Cronbach alfa katsayısı ve Spearman Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %90.4'ü GYA'da, %58.1'i EGYA'da bağımsızdır ve %40.5'inin ağır derecede yeti yitimi yaşadıkları saptanmıştır. Yaşlıların en bağımlı olduğu GYA banyo yapma (%15.5), en bağımsız olduğu GYA hareket etme ve beslenme aktiviteleridir (%88.2). Yaşlıların en bağımlı olduğu EGYA çamaşır yıkama (%52.3), en bağımsız olduğu EGYA ise ilaç kullanmadır (%75.9). İleri yaşın, kadın cinsiyetin, dul/bekar ve ev kadını olmanın, en az bir kronik hastalığa, bununla birlikte ilaç ve diyetle sahip olmanın GYA'da bağımlılığı artırdığı saptanmıştır. EGYA'da bağımlılığı artıran etmenler; ileri yaş, kadın cinsiyet, dul/bekar olmak, işsiz olmak ve ilaç kullanmak olarak belirlenmiştir. Bireyin yeti yitimine sahip olmasına neden olan etmenler ise ileri yaş, kadın cinsiyet, dul/bekar olmak, ev kadını olmak, en az bir kronik hastalığa sahip olmak ve ilaç kullanmaktır ($p<0.001$).

Araştırma sonucunda bireylerin çoğunun GYA'da bağımsız olduğu, yaklaşık yarısının EGYA'da bağımsız olduğu ve yarıya yakınının ağır yeti yitimi yaşadığı saptanmıştır. Bu doğrultuda; sağlık ekibi üyeleri, yaşlı bireylerin GYA ile EGYA'da bağımlılıklarını artıran etkenleri azaltacak girişimlerde bulunmalı ve daha az yeti yitimi yaşamaları konusunda bakım planlamalıdır. Edinilen bu bilgiler, sağlık ekibi üyelerinin yaşlı bireylere daha kaliteli sağlık hizmeti sunmasında yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık; günlük yaşam aktiviteleri; enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri; yeti yitimi; hemşirelik.

CARE NEEDS OF ELDERLY PEOPLE LIVING AT HOMES IN A REGION WITH LOW SOCIO ECONOMICAL STATUS

Gizem Deniz BULUCU

Health Sciences Institute, Erciyes University

Nursing Department

Master Degree Thesis, February 2012

Thesis Advisor: Ass.Prof.Dr. Ayla ÜNSAL

ABSTRACT

Care needs, which are among the important indications of health in old age, can be detected by exploring dependency and disability of the individuals in Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL).

The present research, which was descriptively conducted, aimed to explore care needs and the effecting factors of the elderly people living at homes in a region with low socio economical status. The data of the research were gathered between the 15th of November 2010 and 28th of February 2011. The data collection tools were a Questionnaire Form that covers information about individuals' descriptive characteristics, diseases, medicines, diets and accessibility to health services, Activities of Daily Living Scale, Instrumental Activities of Daily Living Scale and Brief Disability Questionnaire. Before the research was initiated, official permissions from the Kırşehir Health Directorate, Approval of the Erciyes University Ethical Committee and informed consents of the participants were obtained. The data were gathered using snowball sampling method, one of the nonprobability sampling methods. The data were assessed using percentages, medians, means, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney U Test, Bonferroni-Corrected Mann Whitney U Test, Cronbach Alpha Coefficients and Spearman Correlation Analysis on computer.

It was found out that 90.4 % of the participants were independent in ADL and 58.1 % in IADL and 40.5 % experienced severe disability. The most dependent ADL of the elderly people was bathing (15.5%) while their most independent ADL was transferring and eating (88.2%). The most dependent IADL of the elderly people was laundry (52.3%) while their most independent IADL was use of medications (75.9%). It was noted that old age, being female, being unmarried/widowed and housewife, having at least one chronic disease, having diets and using drugs increased dependency in ADL. The factors that increased dependency in IADL were old age, being female, being unmarried/widowed, unemployed and use of medicine. Factors that caused disability among the individuals were old age, being female, being unmarried/widowed and housewife, having at least one chronic disease, and using drugs ($p<0.001$).

As the result of the research, it was explored that most of the participants were independent in ADL, nearly half of them were independent in IADL and nearly half of them experienced severe disability. Accordingly, health team member should make initiations that decrease the factors increasing dependency of the elderly people in ADL and IADL and should plan the care so that they will experience fewer disabilities. These findings obtained from the research will help health team members provide health services of more quality.

Key Words: Old Age, Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living, Disability, Nursing

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI	iii
KABUL VE ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	xi
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.YAŞLILIK	3
2.1.1.Epidemiyoloji	4
2.1.2.Yaşlılık Döneminde Ortaya Çıkan Değişiklikler	5
2.1.2.1.Fizyolojik Değişiklikler	5
2.1.2.2.Psikolojik Değişiklikler	13
2.1.2.3.Sosyal Değişiklikler	14
2.2.SOSYOEKONOMİK DÜZEY VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ	16
2.3.YAŞLILARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİ	19
2.3.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri	20
2.3.1.1. Banyo Alışkanlığı	21
2.3.1.2.Giyinme	21
2.3.1.3.Tuvalet Alışkanlığı	22
2.3.1.4.Hareket Aktivitesi	22
2.3.1.5.Kontinans Durumu	22
2.3.1.6.Beslenme Alışkanlığı	22
2.3.2. Yeti Yitimi Kavramı	23
2.3.2.1.Fiziksel Yeti Yitimi	23

	<u>Sayfa No</u>
2.3.2.2.Sosyal Yeti Yitimi	23
2.4. YAŞLI BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ	23
2.4.1.Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Yaşayan Yaşlıların Bakımında	
Hemşirenin Rolü.....	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	27
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	27
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27
3.3.1.Araştırmanın Evreni.....	27
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	28
3.4.1.Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	28
3.4.1.1. Anket Formu (EK 1).....	28
3.4.1.2. GYA Ölçeği (EK 2).....	29
3.4.1.3. EGYA Ölçeği (EK 3).....	30
3.4.1.4. KYA (EK 4)	30
3.4.2.Ön Uygulama.....	30
3.4.3.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	31
3.5.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	31
3.6.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ.....	31
3.7.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	32
4.BULGULAR.....	33
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	50
6.KAYNAKLAR	57
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGYA: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

ICN: Uluslar arası Hemşireler Konseyi

KYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	34
Tablo 4.2. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumları.....	35
Tablo 4.3. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyetle İlişkin Özellikleri.....	36
Tablo 4.4. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Kullandıkları İlaç/larına İlişkin Özellikleri.....	37
Tablo 4.5. Bireylerin Sağlık Hizmetlerine İhtiyaç Duyma ve Bu Konuda Başvurulan Yere İlişkin Özellikleri.....	38
Tablo 4.6. Bireylerin GYA ve EGYA Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumları	38
Tablo 4.7. Bireylerin GYA’larındaki Bağımlılık Durumları.....	39
Tablo 4.8. Bireylerin EGYA’larındaki Bağımlılık Durumları.....	39
Tablo 4.9. Bireylerin Yeti Yitimi Durumları ve Son Bir Ay İçinde Aksatılan ve Yatakta Geçirilen Gün Sayıları.....	40
Tablo 4.10. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre GYA Ölçeği Puan Ortancaları.....	41
Tablo 4.11. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre GYA Ölçeği Puan Ortancaları.....	42
Tablo 4.12. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyet, İlaç/lar ve Sağlık Hizmetlerine İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre GYA Ölçeği Puan Ortancaları.....	43
Tablo 4.13. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre EGYA Ölçeği Puan Ortancaları.	44
Tablo 4.14. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre EGYA Ölçeği Puan Ortancaları.....	45
Tablo 4.15. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyet, İlaç/lar ve Sağlık Hizmetlerine İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre EGYA Ölçeği Puan Ortancaları.....	46
Tablo 4.16. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KYA Puan Ortancaları... ..	47
Tablo 4.17. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre KYA Puan Ortancaları.....	48
Tablo 4.18. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyet, İlaç/lar ve Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre KYA Puan Ortancaları.....	49

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve Türkiye’de ortalama yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus hızla artmaktadır (1,2). Dünya nüfusunun %11’inin 65 yaş üzerinde olduğu ve bu durumun 2050 yılına kadar %16.4’ü bulacağı beklenmektedir (1,3). Ülkemizde yaşlı nüfus oranı 1990’dan 2000’e kadar %4.3’ten %6’ya çıkmıştır ve bu durumun 2025 yılında %9.1’e çıkması beklenmektedir (4). Ülkemizde 2010 yılı verilerine göre toplam nüfusun %7.2’si 65 yaş ve üstündedir (5).

Yaşlanma süreci ile ortaya çıkan fiziksel, psikososyal ve duygusal değişiklikler ve sorunlar nedeniyle artan yaşlı nüfusun sağlığı risk altındadır (6). Yaşlı birey bu değişiklikler ve sorunlar nedeniyle ekonomik, kültürel, çevresel v.b. birçok toplumsal sorundan daha kolay etkilenir (7). Yaşlılarda kronik hastalıklar, sakatlıklar, aktivite kısıtlılıkları ve yeti yitimleri daha çok görülmektedir ve toplumsal sorunlar bu durumları daha da ağırlaştırabilmektedir (8).

Toplumsal sorunlardan biri olan düşük sosyoekonomik düzey, yaşlı sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir etmendir (9). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak, yaşlı sağlığını toplumdaki diğer bireylerden daha fazla etkilemektedir (10). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan yaşlılar orta ya da yüksek gelirli yaşlılar kadar sağlıklı değildir (11). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyin yaşlı sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve yaşlıların fonksiyon kayıpları yaşamasına neden olduğu saptanmıştır (4,12-15).

Yaşlı bireyin sağlık durumuna ve bakım gereksinimlerine yönelik önemli bir gösterge olan fonksiyon kayıpları; Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri'ndeki (EGYA) bağımlılık durumunun belirlenmesi ile saptanabilmektedir (16,17). İlerleyen yaşla birlikte birey, GYA ve EGYA'yı yaparken yardıma ihtiyaç duymakta ve yaşlı bireyin bu aktivitelerini yapabilme yeteneğindeki kısıtlılıklar, uzun dönem bakımını gerektirmektedir (8).

Yaşlı bireyin uzun süreli bakıma ihtiyaç duymasına neden olabilecek diğer bir durum olan yeti yitimleri; bireyin aktivitelerini yapabilme durumunu ve sosyal ilişkilerini kısıtlar ve birey ile çevre arasındaki uyum ve ilişkinin bozulmasına neden olur (18,19).

Hemşireliğin evrensel ilkesi gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmektir (20). Bu ilke doğrultusunda yaşlı bireyin hemşirelik bakımında hedef, bireyin fonksiyonel kayıp yaşamasına neden olabilen GYA ve EGYA'da bağımlılık durumunu, yeti yitimlerini belirlemek ve bakım gereksinimlerini azaltmak olmalıdır (11). Yaşlıların birtakım sosyodemografik özellikleri, kronik hastalıkları, diyet ve ilaçlarına yönelik özellikleri, ameliyat olma durumları ve sağlık hizmeti almaya ilişkin özellikleri; onların GYA ve EGYA'daki bağımlılığını ve yeti yitimi yaşama durumlarını etkileyebilir.

Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede, evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerini ve bu gereksinimleri etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK

Yaşlanma, organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesiyle ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür ve intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eder (2,6,7). Yaşlılık ise sağlık açısından bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma yaşamı açısından çalışma performansının, verimliliğinin azaldığı ve emekli olunan dönem, kronolojik olarak bakıldığında ise 65 ve üzeri yaş grubundaki bireyleri kapsayan bir dönem olarak ele alınmaktadır (8). O halde yaşlılık bir sonuç, yaşlanma bir süreçtir.

Yaşlanma daha önceleri kavramsallaştırıldığı gibi bir yıkım dönemi değil, bir değişim sürecidir (8). Yaşlanma süreciyle genetik, moleküler ve hücresel değişikliklerle birlikte doku, organ, sistem ve organizma değişiklikleri de meydana gelir (21). Bu değişikliklerin odak noktası ilerleyici hücre bozulmasıdır (22). Organ sistemlerinin rezervlerinde ve homeostatik kontroldeki azalma nedeniyle vücudun çeşitli stres durumlarına ve değişen koşullara adaptasyonu azalmıştır (2). Yaşlanmanın en yaygın ve önemli etkisi, bedenin çevresine tepki verme ve uyum sağlama kapasitesindeki azalmadır (8).

Normal yaşlanma süreci içerisinde ortaya çıkan fiziksel değişiklikler, normal koşullar altında fonksiyon kaybına neden olmaz (8). Yaşlanma süreciyle ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere ekonomik, kültürel ve çevresel değişiklikler de eklenir ve değişen koşullar fonksiyon kayıplarına neden olur. İş yaşamının ve üretkenliğin ortadan kalkması ile birlikte ekonomik sorunların görülme olasılığı artar (7). Geniş aile

yapısının yerini çekirdek ailenin alması, yaşlının sosyal uyumunu etkileyen kültürel değişikliklerdendir. Kırdan kente göç, kentleşme ve sanayileşme gibi faktörler yaşlı bireyin çevresel tehlikelere maruz kalmasına neden olabilir. Bu nedenle yaşlılık bir yanda tıbbi diğer yanda ise toplumsal bir nitelik taşımaktadır (8). Yaşlanma sürecinde meydana gelen biyolojik, fizyolojik ve zihinsel yaşlanma ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan ekonomik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşlılığın toplumsal yönünü oluşturur (22).

Yaşlanma sürecinde etkili olan faktörler, yaşlılıkla ortaya çıkan değişiklikler kadar çeşitlidir. Bu nedenle hiçbir teori ve tanım yaşlılığı tam olarak açıklayamamaktadır. Yaşlanma ancak biyolojik, psikososyal ve gelişimsel teorilerin tümüyle açıklanabilir. Biyolojik teori; yaşlılığı moleküler, hücresel ve sistemik olarak açıklar. Bu teoriye göre bireysel ve çevresel değişkenler yaşlı sağlığını biyolojik olarak etkiler. Sigara ve diğer hava kirleticileri, cıva, deri, arsenik ve böcek ilaçları gibi birçok sağlığa zararlı durumla karşı karşıya kalmak, çok fazla veya çok az yemek ya da besin değeri düşük gıdalarla beslenmek biyolojik sağlığı olumsuz etkileyebilir. Psikososyal teoriye göre; sosyal ilişkiler devlet, toplum ve birey arasındaki karşılıklı iletişime ve ortak eylemlere dayanır. Birey ya da toplum, sağlıklı olabilmek için sosyal iletişimini dengeli bir şekilde sürdürmelidir. Gelişimsel teori ise; yaşlı bireyin toplumdaki ve ailedeki rol ve aktivitelerini kaybettiğini, sağlıklı olabilmek için bunları sürdürmesi gerektiğini veya kaybedilen rollerin yerine yenilerinin konması gerektiğini ifade eder (11).

Yaşlanmaya etki eden en önemli faktör genetik programlama olmakla birlikte yaşam tarzı, çevresel faktörler ve hastalıklar gibi genetik dışı faktörler de yaşlanma süreci üzerine etkilidir. Bu nedenle genetik dışı faktörlerin belirlenmesi ve sağlığı olumsuz etkileyecek durumların en aza indirilmesi ile yaşlanma sürecindeki fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar azaltılabilir (2).

2.1.1. Epidemiyoloji

Dünyada sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, temel sağlık bakımı anlayışının yaygınlaşması, enfeksiyonların kontrol altına alınması, etkin tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde tedavi edilmesi; ölüm hızını azaltmış, doğumda beklenen ortalama yaşam süresini uzatmıştır. Tüm bunlarla birlikte perinatal ve natal ölümlerin kontrol

altına alınması ve doğum oranındaki azalma, yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır (17).

Tüm dünyada ortalama yaşam süresi giderek uzamaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2008 yılı dünya nüfusu 6.737 milyardır. Nüfusun %11'i 65 yaş üzerindedir (1). Dünya nüfusu içinde 65 yaş ve üzeri nüfusun 2000 ve 2050 yılları arasında %6.9'dan %16.4'e çıkması beklenmektedir (3).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65 yaş ve üzerindeki nüfus, yirminci yüzyılın başından itibaren hızla artmaktadır. Günümüzde ABD'nin nüfusunun %12.4'ü yaşlıdır. Yaşlı nüfusun 2030 yılına kadar iki katından daha fazla artacağı beklenmektedir (11).

Ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır (23). Türkiye nüfusu 31 Aralık 2010 tarihi itibarıyla 73.722.988 kişidir ve bunların %7.2'si 65 yaş ve üstüdür (5). Ülkemizde toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusu 1990'dan 2000'e kadar %4.3'ten %6'ya çıkmıştır. Artış hızı, bu durumun 2025 yılında %9.1'e çıkacağını göstermektedir (4).

2.1.2. Yaşlılık Döneminde Ortaya Çıkan Değişiklikler

Yaşlanma süreci ile birlikte bireyde fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler meydana gelir. Bu değişiklikler ilerleyen zamanın etkisiyle gelişir ve çoğunlukla bireyden bireye farklılık gösterir (6). Yaşlı bireyde dışardan gözlemlenebilen fizyolojik değişikliklerin yanında sosyal ve psikolojik sorunlar da ortaya çıkar. Yaşlıların belli başlı sosyal sorunları; bakımevi ihtiyacı, düşük gelire sahip olmaları ile ulaşım ve beslenme sorunlarıdır. Bunlar; yaşlı bireyde benlik saygısını kaybetme, depresyona eğilimli olma gibi psikolojik sorunlar da yaratabilir (24).

Yaşlanma sürecini inşa eden ve birçok alanda ele alınabilen bu değişiklikler; fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler başlıkları altında ele alınmıştır.

2.1.2.1. Fizyolojik Değişiklikler

2.1.2.1.1. Kardiyovasküler Sistem

Yaşlanma süreci, kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Yaşlılığa bağlı kardiyovasküler hastalıklardaki risk artışının temel nedenlerinden biri yaşlanma sürecinin bizzat kendisidir (8).

Yaşın ilerlemesi kardiyovasküler sistemde hem anatomik hem de fizyolojik değişikliklere neden olur. Kollajen doku ve düz kas tonüsündeki artışa bağlı olarak

büyük damarların genişleme yeteneğinde azalma meydana gelir. Aortun genişleme yeteneğinde azalma sonucu sol ventrikülde sistolik yüklenme artar ve kalp kası hücrelerinde sayısal bir değişiklik olmaksızın hipertrofi meydana gelir. Sonuçta sol ventrikülün duvar kalınlığı ve kitlesi artar. Duvar kalınlığının artması ile birlikte esnekliğin azalması sonucunda sol ventrikül kompliyansı azalır. Kalp kapakçıklarının çapları artar. Yaşlanma ile damar duvarının içeriğinde meydana gelen kollajen artışı, elastin azalması ve kalsifikasyon gibi değişiklikler ve endotel fonksiyonlarındaki bozulma damar duvarının sertleşmesine neden olur. Arteriyel elastisitede azalma ve arterioskleroz sonucu sistolik ve diyastolik kan basıncı progresif olarak artar. (2,8,17). Yaşın ilerlemesiyle birlikte hem kardiyak hacim hem de maksimum kalp hızı azalır, ventriküler performans bozulur, kalp yetmezliği olmadığı halde aorta kan akışı azalır. Yaşlılarda sık görülen kardiyovasküler sorunlar hipertansiyon, ileti bozuklukları ve bradiaritmileridir (22).

2.1.2.1.2. Solunum Sistemi

İlerleyen yaşla birlikte solunum sisteminde meydana gelen fonksiyonel değişiklikler üç fizyolojik olaydan kaynaklanır. Bunlar; göğüs duvarı kompliyansında, akciğerin statik elastik geri çekiminde ve solunum kaslarının kuvvetinde görülen ilerleyici azalmadır (8). Yetmiş yaşında solunum kaslarının gücünde yaklaşık %20'lik bir azalma vardır (22). Solunum kaslarının etkinliği azaldığı için rezidüel akciğer kapasitesi artar, vital kapasite azalır. Gaz alışverişi ve difüzyon kapasitesi azalır. Etkin solunum yapabilme yeteneği bozulur (17). Etkin solunum yapabilme yeteneğinin bozulmasıyla asit-baz dengesinin kontrolü bozulur (7).

Solunum sistemindeki siliaların, makrofajların ve öksürük etkinliğinin azalmasıyla mukus ve siliaların temizleme fonksiyonu azalır. Bu durum solunum sistemi enfeksiyonlarının görülme sıklığını arttırabilir (22). Bununla beraber yaşlanma süreci ile ortaya çıkan solunum işindeki artış, enerji teminindeki azalma ve kas etkinliğindeki azalma solunum yetmezliği gelişmesine neden olabilir (8).

2.1.2.1.3. Deri

Deride intrinsik ve fotoyaşlanma olarak iki tip yaşlanma görülür. İntrinsik yaşlanma engellenemeyen ve organizmada yaşın ilerlemesiyle meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu oluşurken; fotoyaşlanma güneş ışığına kronik olarak maruz kalma sonucu ortaya çıkan, önlenabilir bir süreçtir. Ultraviyole ışınları epiderminin

incelmesine neden olur. Bu incelmeye epidermisteki hücrelerin mitotik bölünmesindeki azalma sonucu hücre yenilenmesinin yavaşlaması neden olur. (2,7,8).

Yaşlanma sürecinde derinin pigment hücreleri olan melanositlerin sayısında da genellikle azalma gözlenir. Kıl foliküllerinin köklerindeki pigment hücrelerinin azalması kılların kendi rengini kaybederek beyazlaşmasına yol açar (2,7,8).

Yaşlanma ile beliren deri kırışıklıkları, bağ dokusu dermisindeki değişikliklerin bir sonucudur. Dermis çok miktarda kollajen protein lif içerir. İlerleyen yaşla birlikte kollajen lifleri kalınlaşır, kalın kaba demetler oluşturma eğilimi gösterirler. Aralarında çeşitli moleküler çapraz bağlar oluşur. Bütün bu değişiklikler dermisin elastikiyetini kaybetmesine, kırışıklıklara ve sarkmalara yol açar. Dermiste damarsal yapılar zamanla değişikliğe uğrar, duvarları incelir ve sonucunda vasküler fragilite artar (2,7,8). Kapiller kan akımı azalır. Ter ve yağ bezlerinin büyüklüğü, sayısı ve salgıları azalır. Tırnakların uzaması yavaşlar. Isı ve basınç duyusu azalır. Epidermisin önemli bir endokrin fonksiyonu olan D vitamini sentezi de yaşla birlikte azalmaktadır. Bu nedenle yara iyileşme hızı azalır. Termoregülasyon bozulur ve inflamatuvar yanıt azalır (2,8,17).

2.1.2.1.4. Üreme Sistemi ve Cinsellik

Yaşlanma ile birlikte kadınlarda östrojen azalır, overler, uterus ve serviks küçülür. Meme dokusu küçülür ve meme başı duyarlılığı azalır. Vajinal sekresyonlar azalır, vajen epitel atrofye uğrar, perinal kas tonüsü azalır. Erkeklerde testosteron azalır, sperm sayısı ve seminal sıvı azalır, testis atrofisi gelişir. Penis ve testisler küçülür. Prostat bezi büyür. Her iki cinsiyette de seksüel yanıt azalır (7,17). Seksüel yanıtın azalmasına, sayılan değişiklikler neden olabileceği gibi birçok endokrin, vasküler ve nörolojik rahatsızlık veya çeşitli cerrahi girişimler ile ilaçlar da yol açabilir (22).

2.1.2.1.5. Genitoüriner Sistem

Böbrek büyüklüğü ve ağırlığı yaşla birlikte azalmaktadır. Mikroskobik olarak glomerül ve proksimal tübül sayısı, total böbrek kitlesindeki azalma ile doğru orantılı olarak azalır. En fazla azalma kortekstedir. Glomerüllerde başlangıçta glomerül bazal membranı kalınlaşır, hyalin birikir, en sonunda glomerülüste dejenerasyon meydana gelir (8). Yaşlanma ile birlikte renal kan akımında azalma olmaktadır. Renal kan akımında otuz ve altmış yaş arasında, her on yılda %10 azalma vardır. Glomerüler filtrasyon, renal fonksiyonun temelini oluşturur ve glomerüler filtrasyon hızında olan

hızlı değişiklikler kanda serum üre ve kreatininde artışa neden olur. Yaşlanma ile birlikte glomerüler filtrasyon hızı zamanla dereceli olarak azalır (2,8,17). Glomerüler filtrasyon hızındaki azalmanın en önemli sonucu bu yolla atılan ilaçların yarılanma ömürlerinde azalmaya neden olmasıdır. Proksimal tübül sayısında olan azalmaya ek olarak yaşla birlikte her tübülün uzunluğunda kısalma olur (2,8). Tüm bu değişiklikler ile böbreklerin idrarı dilue ve yoğunlaştırma yetenekleri azalır. Bununla birlikte pH tamponlama yeteneği de yavaşlar (2). Eritropoetin ve D vitamini yapımı azalır. Yaşlılarda serum renin aktivitesinin, kan aldosteron düzeyinin ve antidiüretik hormona tepkinin azalması sonucunda böbreklerin su-sodyum dengesini sürdürme kapasitesi azalır (22).

Genitoüriner sistem enfeksiyonları yaşlı nüfusta diğer bireylere göre daha sık görülür. Bunun nedenleri; immunitenin, mobilizasyonun ve idrar yapma sıklığının azalması, kadınlarda sistosel, erkeklerde prostatizm nedeniyle oluşan idrar yolu obstrüksiyonları, üriner ve prostatik taş sıklığının artması, kadınlarda östrojen azalması nedeniyle vajen pH'nın yükselmesi ve glikojen düzeyinin düşmesi sonucu vajende gram negatif bakteri kolonizasyonunun artmasıdır (2).

Inkontinans yaşlılardaki en büyük sorunlardan biridir ve perineal kaşıntı, ülser, idrar yolu enfeksiyonu ve ürosepsise neden olabilir. Sosyal açıdan da kişileri olumsuz yönde etkileyerek depresyona sebep olabilir. Inkontinansla baş edebilmek için yaşlının alt üriner sistem fonksiyonunun, mental durumunun ve mobilitesinin normal olması gerekir. Her iki cinsiyette yaşla birlikte mesane kapasitesi ve idrar yapmayı erteleme yeteneği azalır. Bütün bu değişiklikler inkontinans oluşumunu kolaylaştırır. Ayrıca mesanenin kasılmalarının zayıflaması nedeniyle 100 ml'ye varabilen miktarlarda idrar retansiyonu gözlenir (7,8,17).

2.1.2.1.6. Gastrointestinal Sistem

Yaşlanma süreciyle dişlerde meydana gelen kayıplar, çürüme veya kırılma, periodental sorunlar, atrizyon, hatalı dental restorasyon gibi değişiklikler çiğneme bozukluklarına neden olur. Yaşlıda çiğneme bozukluklarına neden olan diğer faktörler; nöromusküler sorunlar, ağzın yumuşak ve sert doku lezyonları, temporomandibuler eklem sorunları ve ağız dokusunu etkileyen sistemik hastalıklardır (8,22).

Gastrointestinal sistemde yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler motilite, sekresyon ve absorpsiyonda azalma şeklinde özetlenebilir. Yaşlı kişilerde üst özefagus

sfinkterinin basıncı giderek azalır, açıklığı küçülür, sfinkter yutkunmadan sonra gecikmeli olarak gevşer. İlerleyen yaşla birlikte retrosternal ağrı, yanma, regürjitasyon, disfaji gibi yakınmalar sıkça görülür. Yaşın ilerlemesiyle birlikte gastroözefageal reflü sıklığı artar (2,7,8,17). Yaşın ilerlemesiyle birlikte midede pariyetal hücre kaybı, gastrin ve pepsinojen sekresyonunda ve mide motilitesinde azalma olur, midenin boşalması gecikir. (2,22). Yaşlanma sonucunda mukus salgılayan hücreler azalır, dolayısıyla da mide ve duodenumun koruyucu mukus tabakası incelir. Mide asidini nötralize eden bikarbonat salgısı azalır. Mide mukozasının yenilenme ve iyileşme kapasitesi azalır (8).

İnce barsak villuslarında atrofi sonucu demir, kalsiyum, yağ ve karbonhidrat Emilimi azalır (2,7,17). Bununla birlikte B12 vitamini, folik asit, D vitamini, kalsiyum, bakır, çinko gibi vitaminlerin ve minerallerin Emilimi de kısmen azalır. Bu nedenle yaşlılar bu vitamin ve mineralleri daha yüksek dozlarda almalıdır (8,22).

Kalın barsak kas tabakasında elastin ve bağ dokusu artışı meydana gelir. Barsak duvarındaki kas hipertrofisi, ileri yaşlarda sık görülen konstipasyon şikayetinin nedenlerindendir. Rektum kompliyansının azalması tuvalete gitme gereksiniminin daha geç hissedilmesine yol açar. Rektumda uzun süre bekleyen gaita ise sertleşir ve defekasyon zorlaşır (2,7,8,17). Diyare ise yaşlılarda konstipasyona göre daha az görülmekle birlikte önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Immunolojik olan ya da olmayan savunma mekanizmalarında zayıflık, geçirilmiş sindirim kanalı ameliyatları, bazı ilaçlar, hastanede ya da bakım evinde yatırılma gibi nedenler yaşlıları diyareli hastalıklara daha yatkın hale getirir (7,8).

Yaşlanma sonucu karaciğer kitlesinde küçülme meydana gelir. Karaciğere kan akımı azalır. Karaciğerde kollajen sentezinde artış, safra asiti sentezinde azalma meydana gelir. Kan akımı azalan bir karaciğer alkol, iskemi, immün hasar gibi zedelenmelere daha duyarlı hale gelir. Karaciğerde kolesistokinin salgısı artarken safra kesesinin kolesistokinine cevabı azalır. Sonuçta safra taşı insidansı yaşla birlikte artar (2,7,8,17).

Yaşlı hastalarda gastrointestinal enfeksiyonlar sık gözlenmektedir. Mukozal immün sistemin ilk aşaması olan antijenin alımı ve prezentasyonu ile ilgili yaşla birlikte önemli bir değişiklik meydana gelmez. M hücrelerinin sayısı, peyer plaklarının sayısı normaldir. Ancak bundan sonraki aşama olan antijen uyarısıyla lenfositik immunoblastların migrasyon ve diferensiyasyonu azalmıştır. Bu nedenle 75 yaş üstü hastalarda besin zehirlenmesi ve enfeksiyöz diyareler sık görülür ve bu durum önemli

bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bunu kolaylaştıran bir diğer faktör ise özellikle yaşlı evlerinde besin hijyeninin bozuk olması, tat ve koku duyusu kaybı nedeniyle bozulmuş besinlerin ayırt edilemeyip tüketilmesidir (2,8).

2.1.2.1.7. Merkezi Sinir Sistemi

Yaşın ilerlemesi ile beynin hacmi, kütlesi ve beyne olan kan akımı azalır. Nöron sayısında, sinir ileti hızında azalma ve nöron kaybı görülür (2,7,8). Metabolik aktivitesi yüksek ve aşırı derecede özelleşmiş olan sinir hücrelerinden kayıp daha fazladır. Yaşlılarda serebral korteksteki talamus ve bazal gangliondaki nöronların %50'sinde apopitozis görülür ve geriye kalan sinaptik bağlantılar aşırı derecede basitleşmiştir. Buna bağlı olarak nörotransmitter miktarı azalır. Tüm bu değişiklikler bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkiler (22).

Yaşlılarda bilgiyi değerlendirme fonksiyonu yavaşlar. Bunun sonucu olarak akıcı zekada yavaşlama, reaksiyon zamanında uzama, yakın hafızada zayıflama, öğrenmede yavaşlama ve psikomotor performansta azalma meydana gelir (2,7). Konuşulan dil, kişilik, genel bilgi düzeyi, geçmişe yönelik bellek gibi kristalleşmiş entelektüel yapı korunabilirken, yeni bilgileri öğrenme ve akılda tutma zorlaşır, yakın bellek bozulur (22). Dikkat, algı, bellek, yönetici işlevler gibi temel bilişsel işlevlerde gözlenen gerileme doğal yaşlanma sürecinin bir sonucudur ve bellek yakınmaları yaşlılıkta sıklıkla karşılaşılan sorunlardandır. (8,17).

2.1.2.1.8. Duyu Organları

Yaşın ilerlemesiyle birlikte duyu reseptörlerinde, aferent ileti yollarında, beyin hücrelerinde ve bağlantılarında azalma ve iletinin yavaşlaması nedeniyle görme, işitme, dokunma, tat, koku, ağrı ve ısı için uyarı eşiği artar. (17,22). Gözde lensin esnekliği azalır, ışığa uyum gecikir. Görme keskinliği azalır. Gözyaşı salgısı azalır. Pupillerin ışığa uyumu bozulur. Göz kapağında düşme ve gevşeme görülür. Katarakt, yaşa bağlı makula dejenerasyonu, diyabetik retinopati ve glokom insidansı yaşla birlikte artar (8,17). Yaşa bağlı yakını görememe sorunu (presbiyopi) ve gece görme güçlüğü gelişir, görme niteliği azalır (22).

Yaşlılığa bağlı olarak gelişen işitme kayıpları presbiakuzi olarak adlandırılır. Sık rastlanan bu durumun üç temel nedeni vardır; kulağa giden damarların özelliklerini yitirip artık eskisi gibi kan taşıyamaması, işitme sinirinin yaşla birlikte özelliğini

kaybetmesi ve beyindeki işitme merkezinin işlevini yitirmesidir. İşitme yetersizliği; hastaların bilişsel, duygusal, sosyal ve fonksiyonel durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca 65 yaş ve üstü kişilerin 1/3'ünde işitme yetersizliği bulunmaktadır (7,8,17).

2.1.2.1.9. İmmun Sistem

Yaşlanma süreci ile immün sistemde meydana gelen değişime immunosenezans denir. İmmün sistemdeki bu değişim; immün sistem hücrelerinin bazılarının etkinliğinin azalması, hücrelerin immün cevap kalitesinde değişimler olması ve bazı özgün immün yanıtların aşırı olması şeklinde özetlenebilir. Yaşla ilişkili olarak gelişen immün sistemdeki ana değişiklik T hücre bağımlı immunitenin azalmasıdır. Bu azalmaya proinflatuar sitokin yapımında ve ancak çok güçlü uyaranlara yanıt veren bellek T hücrelerinde artış eşlik eder. İlk savunma basamağında olan nötrofiller yaşla birlikte azalır. Hiç sigara içmeyen yaşlılarda bile yaşla ilişkili olarak alveolar makrofaj etkinliğinin azaldığı, bronkoalveolar sıvı kültürlerinde gösterilmiştir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kanser insidansı ve kansere bağlı mortalite artmaktadır (2,7,8).

2.1.2.1.10. Kas-İskelet Sistemi

Normal bir organizmada kemik yapımı ve yıkımı dengededir ve net kemik kaybı gözlenmez. Ancak ilerleyen yaşla birlikte kemik yapımı ve yıkımı arasındaki denge bozulur, kemik kaybı başlar. Çünkü yaşlanma ile birlikte kalsiyum dengesini düzenleyen hormonların daha az miktarda salgılanması, hedef hücrelerin hormonlara duyarlılığının azalması veya kemik dokusunda kan akımının azalması nedeniyle bu hormonlar kemiğe ulaşamaz. Sonuçta yaşlanmayla birlikte kemik yapımında belirgin bir azalma olur. Etkin mineralizasyon göstermeyen kemik yüzey alanı artar, böyle bölgelerde hiç osteoblast bulunmayabilir. D vitamininin metaboliti olan 1,25 dihidroksi kolekalsiferolün yapımı yavaşlar. Tüm bu nedenlerden dolayı kemiğin yeniden şekillenme döngüsü için gereken süre uzar. Doruk kemik kütleline ulaşıldıktan sonra kemik kaybı başlar ve 85-90 yaşlarına kadar devam eder. Yaşam boyunca kaybedilen kemik erkeklerde %20-30, kadınlarda ise %45-50 olarak bildirilmektedir. Her iki cinsiyet arasındaki kemik kaybı farkına neden olan faktör, menopoza bağlı östrojen yetersizliğidir (2,7,8,17).

Osteoporoz, kemik kütlelerinde azalma, kemik dokusunun yapısal bütünlük ve mikro mimarisinde bozulma ve iskelet kırılabilirliğinde artma ile karakterize, etiyolojisi

multifaktöriyel olan metabolik bir hastalıktır ve yaşlı iskeletin en önemli sorunudur. Yüksek mortaliteye, morbiditeye ve ekonomik kayba neden olur (8,17). Osteomalasi de yaşlılarda sık görülen bir kemik mineralizasyon bozukluğudur. İnce barsaklarda D vitamini emiliminde bozulma ve deride D vitamini sentez yeteneğinde azalmadan kaynaklanan osteomalasi genellikle hastanede veya kapalı ortamlarda kalan, yeterli güneş ışığı alamayan yaşlı bireylerde ortaya çıkar (2).

Eklemlerin en sık rastlanan hastalığı olan osteoartrit, yaşlı bireylerde ağrı ve sakatlığın en sık nedenidir. Osteoartrit yaşlanan popülasyonda ciddi bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte birden fazla ilaç kullanımı, fizik tedavi uygulamaları ve cerrahi tedaviler nedeni ile ciddi mali yüke yol açmaktadır (7,8).

Yaşlanma ile birlikte kas kitlesi, kuvveti ve işlevinde meydana gelen azalmaya sarkopeni adı verilir. Kaslar kemik miktarının korunmasına katkıda bulunan mekanik gerilimi sağlarlar, bu nedenle sarkopeni kemik kaybını da arttırır. Kasların ürettiği ısı vücut sıcaklığının korunabilmesi için gereklidir. Sarkopeni, yaşlı bireylerin vücut sıcaklığını korumalarını zorlaştırır. Kaslar önemli bir metabolik kaynak oluştururlar. Travma sonrasında doku tamiri için gerekli aminoasitler kaslardan elde edilir. Sarkopeni yaşlı kişilerin ameliyatlara ve kazalar sonrasında iyileşme süreçlerini de olumsuz yönde etkiler. Ayrıca kas iskelet sisteminde meydana gelen bu değişimler, yaşlı bireyin kaza geçirmesine neden olabilir. İskelet kasına olan kan akımının azalması nedeniyle kasları uzun süre kasılı kalamaz ve yaşlılar daha çabuk yorulur (2,8,17).

2.1.2.1.11. Endokrin Sistem

Yaşlanma ile birlikte hipotalamoendokrin sistemde hücre kaybı ve fibroz doku meydana gelir. Bu nedenle üretilen hormon miktarı azalır. Yaşlanan pek çok dokunun hormon reseptörlerinin sayısı azaldığı için dokuların dolaşımdaki hormonlara duyarlılığı da azalır (7,8). Örneğin; pankreastan salgılanan insülin miktarı azalır. Aynı zamanda insülin yıkımı ve hedef hücrelerdeki insülin reseptörlerinde ve reseptör duyarlılığında da azalma meydana gelir. Bu durum diabetes mellitus tablosunun ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Ayrıca diyabetik olan yaşlılarda diyabet komplikasyonlarının görülme olasılığı artar (2).

2.1.2.1.12. Hematopoetik Sistem

Hematopoetik sistemde yaşın ilerlemesiyle aktif kemik iliği ve eritrosit yapımı azalır. Nötrofil ve monosit aktivitesi yavaşlar. Anemi, yaşlanmaya bağlı olarak gelişen bir durum olmamakla birlikte yaşlılarda en sık görülen hematolojik sorundur. Yaşlılarda en sık demir eksikliği anemisi görülür (7,22).

2.1.2.2. Psikolojik Değişiklikler

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan değişikliklerden biri psikolojik değişikliklerdir. Psikolojik değişiklikler bireyin bilişsel yaşlanma sürecini etkiler. Bilişsel yaşlanma, biyolojik ve kültürel faktörler arasındaki dinamik etkileşimin bir sonucudur. Başka bir deyişle dikkat ve bellekte bozulma, bilgi işleme hızında yavaşlama gibi biyolojik faktörlerden kaynaklanan bilişsel kayıplar ile saygınlık, deneyim, otorite, bilgelik gibi kültürel faktörlerden kaynaklanan kazançlar arasındaki etkileşimin ürünüdür (25).

Emiroğlu'nun bildirdiğine göre Erikson, bireyin yaşamını sekiz evreye ayırmıştır. Buna göre yaşlılık döneminin gelişimsel görevi, umutsuzluğa karşı benlik bütünlüğünün korunmaya çalışılmasıdır. Benlik bütünlüğü, daha önceki yedi evrede yaşanan olumlu-olumsuz, acı-tatlı her şeyin kabul edilişidir (26). Yaşlanmaya atfedilen bu özellikler bilgelik kavramıyla da birebir örtüşmektedir (25).

Ülkemizin tarihsel ve kültürel geleneğinde yaşlılık bilgelikle eş görülmekte ve bu nedenle de yaşlı bireylerin toplumda saygın bir konumu ve söz hakkı bulunmaktadır. Buna karşın, teknolojik gelişmeler, ekonomik ve sosyal koşullarda ortaya çıkan değişim ve küreselleşme gibi nedenlerle yaşlı bireylerin geleneksel Türk aile modelindeki konumu değişmiş; çekirdek aileye geçiş ve kadının çalışma hayatında yer almasıyla, yaşlının kendi evinde veya bakım evlerinde bakım ihtiyacı artmıştır (25).

Toplumsal yapıda meydana gelen değişiklikler ile yaşlı bireyin fizyolojik sorunları, birtakım psikolojik sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Yaşlılıkla birlikte görülen ve giderek artan fiziksel güç kaybı nedeniyle önceleri kolaylıkla yapılabilen bazı iř ve hareketlerde zorlanma, bu işleri yapamama ya da aynı iři daha uzun zamanda yapma bireyi zamanla mutsuzluğa, başarısızlığa ve hareketsizliğe yönlendirir. Emeklilik nedeniyle yapılacak bir iřin olmaması ya da bireyin işsiz olması, bireyin kendisi ve çevresindeki bireyler tarafından iře yaramaz ve yük olarak algılanmasına neden olabilir (7,17). Böylece yař arttıkça iče dönüklük artar. Yaşlı birey, dış dünyaya değil, işsel

duygu ve düşüncelerine bağımlı olmaya yönelmektedir. Bu durum ise etkenlikten edilgenliğe geçişle sonuçlanır (26).

Yaşlı bireyde görülen diğer psikolojik sorunlar; kendi bedeni üzerinde hakimiyet kaybı nedeniyle çaresiz ve güçsüz hissetme, kendine bakım güclüğü nedeniyle başka bir bireye bağımlı olma, geleceğe yönelik endişe duyma, mutsuzluk, depresyon, özgüven kaybı, beden bilincinde sarsılma, korku, kızgınlık, suçluluk duyguları, hipokondriak yakınmalar, paranoid davranışlar ve egoizm şeklinde sıralanabilir. Psikolojik olan bu sorunlar; iştahsızlığa, barsak alışkanlıklarında değişmeye, uyku sorunlarına veya diğer fizyolojik yakınmalara da neden olabilir (7).

Yaşlılık döneminde sık görülen psikiyatrik hastalıklardan olan depresyon; emeklilik, fiziksel hastalıklar ve eşin ya da sevilen birinin kaybı nedeniyle ortaya çıkabilmekte ve sakatlığa, fiziksel rahatsızlıklara, ekonomik problemlere ve yalnızlığa yol açmaktadır. Yaşlılarda depresyonun önemli bir nedeni, yaşlıların hayatlarında kendi kontrollerini yitirdikleri algısına sahip olmalarıdır (6). Ayrıca maddi güçlükler ve sosyal ilişki eksikliği yaşlıları depresyona daha eğilimli yapar (27).

İyi bir ruh sağlığı, bireyin sosyal ilişkilerini sürdürmesi ile yakından ilgilidir. Çünkü sosyal ilişkilerini sürdüren yaşlı bireyler stresle baş edebilirler. Bu sosyal desteği yaşlı bireye çoğunlukla ailesi sağlamaktadır (11). Sağlıklı yaşlanma; yaşlılıkta bozulan bilişsel süreçlerin korunanlarla telafi edilmesi, mevcut bilişsel ve kişisel kaynakların en üst düzeyde kullanılabilmesidir (25). Ruh sağlığının yerinde olması, sağlıklı yaşlanmanın önemli bir göstergesidir (6).

2.1.2.3. Sosyal Değişiklikler

Geçmişten bu yana toplumların yaşlılık ve gençlik algısı değişiklik göstermiştir. Geleneksel toplumlarda yaşlılık, çeşitli şekillerde kuşkulu bir ayrıcalık ya da acınacak bir son olarak görülür, asla bir hastalık olarak yaftalanmazdı. Fakat 20. yüzyılla birlikte yaşlılık müdahale edilmesi gereken ve kontrol altına alınarak dışlanmaya çalışılan bir durum halini aldı. Bu dönüşümde insanın ölümle arasına koyduğu mesafenin tarihte hiç olmadığı kadar ileri bir seviyeye ulaşmasının etkili olduğu söylenebilir. Ölümü gizleme çabası, ölümü bireye en fazla hatırlatan yaşlılığın tüm imkânlar seferber edilerek gündelik hayattan dışlanmasını sağlayacak pratikleri ortaya çıkarmıştır (28). Ayrıca yaşlanmanın ‘sorun’ olarak algılanmasında pazar ekonomisinin katkısı yadsınamaz. Bu ekonomik anlayış uzun, sağlıklı ve kaliteli yaşam olanakları sağlama iddiasındaki pek

çok ürün ve teknolojiyi “yaşlanma sorunu”nun çözümü olarak topluma sunmaktadır (25).

Yaşlanma ile birlikte bireyin kültürel, ailevi, ekonomik ve toplumsal alanlardaki fonksiyonlarını içeren sosyal işlevlerinde azalma ve kayıplar meydana gelmektedir (8). Eski tarihlerde yaşlı bireyler toplum içinde güçlü bir karakter sahibi ve toplum lideri olarak kabul edilmişlerdir. Toplumdaki sosyokültürel değişimler ile bu algıda da değişiklikler olmuştur. Bazı kültürlerde yaşlılar toplumda üst konuma sahiptirler, büyük bir ilgi ve saygı görürler. Bazı kültürlerde ise yaşlılar değersiz görülmektedirler ve toplumdan izole olmuşlardır (6).

Türkiye’de 20. yüzyılın başlarında kırsal nüfus ve geleneksel geniş aile modeli yaygınken son 50 yıldır yaşanan köyden kente göç süreciyle bu model değişikliğe uğramış ve kentte çekirdek aile modeli daha yaygın hale gelmiştir. Yaşlılar geniş aile modelindeki otoritelerini göreceli de olsa kaybetmişlerdir (8). Yaşlı açısından aile başlıca sosyal destek sistemidir. Yaşlıların desteklenmesi ve korunması aile hayatı açısından oldukça önemlidir. Sosyal ilişkilerin zayıflaması yalnızlık ve çatışmalar yaşlılıkta önemli stres kaynağıdır ve bu konudaki sorunlar yaşlının fiziksel sağlığını etkileyerek yaşamını tehdit etmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (7). Yaşlılar aile kurumunun koruyucu, eğitici, sosyal güvenlik temin edici, psikolojik ve sosyal açıdan üyelerine güvenlik sağlayıcı özelliği nedeniyle aile ortamında kendi yerlerini daha güvenli ve anlamlı bulmaktadırlar. Aile üyelerinin de yaşlının bilgi ve deneyimlerinden yararlanmaları, yaşlılık döneminin sorunlarına uyum göstermeleri aile bütünlüğünün korunması açısından son derece önemlidir (22). Ayrıca ciddi fiziksel sakatlıkları olmasına rağmen yaşlı bireyler, ailelerinin özverili bakımları sayesinde fonksiyonlarını aktif bir şekilde yerine getirebilir ve toplumda bağımsız bir şekilde yaşayabilirler (29).

Toplum içinde dahil olunan sosyal sınıfın yaşlı sağlığı üzerinde önemli etkileri vardır. Üst sosyal sınıflardaki yaşlıların sağlığı, alt sosyal sınıflardaki yaşlılardan çoğunlukla daha iyi durumdadır, bu kişiler daha uzun yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek yoksulluk oranları bu ülkelerde yaşayan bireylerin sağlık düzeyinin daha kötü olmasına neden olduğu gibi daha erken dönemde yaşlanmalarına da yol açmaktadır. Bu ülkelerde yoksulluk içinde ve zorlu yaşam koşulları ile baş ederek yaşama durumunda olan elli yaşına ulaşmış bir kişi, gelişmiş Batı ülkelerinin sağladığı refah olanaklarına

sahip elli yaşındaki başka bir kişiye göre daha yaşlı görünebilmektedir. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde birçok hastalığın başlangıç yaşı gelişmiş ülkelere göre daha erken yaşlara denk düşmektedir. Bu farklılık göç, sosyal çevre, eğitim ve istihdam olanakları, ekonomik durum, çalışma koşulları ve stres gibi çevresel ve bireysel değişkenlere, bireyin yaşam tarzına ve sahip olunan risk faktörlerine bağlıdır (8).

Toplumdaki yoksul grupların önemli bir kısmını yaşlılar oluşturur. ABD’de 2003 yılında 3.6 milyon yaşlı yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (11). Ülkemizde yoksulluk sınırının altındaki yaşlılara ilişkin güncel istatistikler yoktur. Ancak yaşlıların genel yaşam standartları gün geçtikçe düşmekte; yaşlı bireyler sağlık, beslenme, boş zamanı değerlendirme, konut ve bakım gibi sorunlarının yanında yoksullukla da mücadele etmek zorunda kalmaktadır (30). Modernleşme, kentleşme ve sanayileşme ile birlikte yoksulluk, sağlıksız barınma ve beslenme koşulları, yaşlılar arasında, kalp hastalıklarını ve diyabet, osteoporoz, inme gibi hastalıkları yaygınlaştırmıştır (8). Ayrıca kadın yaşlılar erkeklere göre daha büyük bir yoksulluk, daha az eğitim, sağlık hizmetlerine daha az ulaşım olanağı, nitelikli işlerde çalışma olasılığının sınırlılığı, aile üyelerine bakım verme sorumluluğunun yanında yaşamın ilerleyen yıllarını yalnız geçirme olasılığının fazlalığı ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu faktörlerden dolayı kadınların yaşlılık döneminde sağlık düzeyleri daha düşüktür ve daha fazla özürlülük sorunu yaşarlar (8). Örneğin ABD’de orta gelirli yaşlı erkeklerin günlük geliri 20.363 dolar iken, kadınların günlük geliri 11.845 dolardır (11).

2.2. SOSYOEKONOMİK DÜZEY VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Tarih boyunca sosyoekonomik düzey sağlıkla yakından ilişkili olmuştur. Sosyoekonomik düzey; eğitim düzeyi ile ölçülen sosyal statü, gelir ile ölçülen ekonomik durum ve mesleki konum ile ölçülen iş statüsü ile belirlenir. Eğitim, bireye mesleki fırsatlar sunar. Daha iyi eğitim almış olan bireyler, sağlık bilgisine ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişirler. Yüksek gelire sahip olmak; sağlık hizmetine ulaşabilmeyi, iyi beslenebilmeyi, barınabilmeyi ve eğitim alabilmeyi sağlar. Gelir ve sağlık durumu arasında güçlü bir ilişki vardır ve yoksulların gelirinin ve sosyal güvenliğinin artırılması, onların sağlık durumlarını olumlu yönde etkiler. Mesleki konum ise çok karmaşık bir değişkendir ve iş hayatının farklı niteliklerine göre tanımlanır. Çalışılan yerin sağlığa uygun olup olmadığı da önemli olmakla birlikte işsizlik ve güvencesizlik sağlık için önemli bir tehdittir. Toplumda sağlık durumundaki

farklılıkların temel nedeni sosyoekonomik eşitsizliklerdir. Sosyal statüsü yüksek olan bireylerin sağlığının, sosyal statüsü düşük olan bireylere göre daha iyi olduğu düşünülmektedir. Çünkü sosyoekonomik düzeyin düşük olması birey için önemli bir risk faktörüdür. Bu durum hastalıklara, yetersiz beslenmeye, kazalara, hijyenik olmayan yaşam koşullarına ve yetersiz tıbbi bakım almaya neden olur. Sosyoekonomik düzeyi düşük bireyler fiziksel çevrede patojenlere, kanserojenlere, sosyal çevrede şiddete ve sosyal kaynaklara erişim güçlüğüne maruz kalırlar (9,31).

Yoksul olmak, sağlık ve iyilik halini doğrudan etkiler. Yoksul bölgeler varlıklı bölgelere göre daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Yoksul bölgelerde yaşayan bireylerde kronik hastalık görülme düzeyi yüksektir. Bireylerin yaşam beklentileri daha kısadır, karmaşık sağlık sorunları vardır ve kronik hastalıklardan kaynaklanan birçok komplikasyon ve fiziksel aktivite kısıtlılığı yaşarlar. Yoksul insanlar çoğunlukla tehlikeli işlerde çalışırlar ya da işsizdirler. Yoksulluk, bireyler açısından yetersiz ısınma, yetersiz barınma koşulları, yetersiz su ve su tesisatı, zararlı böcekler gibi çevresel tehlikeler yaratabilir. Yoksul bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişilebilirliği daha azdır (11).

Toplumda risk grubunda olma ifadesi, bireylerin bireysel ya da toplumsal tüm stresörlere karşı savunmasız olmasıdır ve yaşlılar risk grubundadır. Ayrıca yaşlı bireyler, sosyoekonomik eşitsizlikler açısından özellikle risk altındadır. Alt ve orta sosyoekonomik düzeydeki yaşlılar sağlık ve bedensel koşullardaki gerilemeden rahatsızlıklarını dile getirirken, üst gelir grubundakiler onlardan daha iyi bir sağlık durumuna sahiptirler (8). Bu nedenle yoksul yaşlılar, zengin akranlarından daha kötü sağlık sonuçlarına sahiptirler (11). Yoksul yaşlılarda astım, diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar, kronik komplikasyonlar, dişeti hastalıkları, diş kayıpları, takma diş kullanma, kötü beslenme, dehidratasyon, sosyal izolasyon ve sosyal/fiziksel aktivite kısıtlılığı daha çok görülür (6,11).

Düşük gelir, toplumda rol ve statü kaybına neden olan sosyal/fiziksel aktivite kısıtlılığını da beraberinde getirir. Beslenme ve barınma gibi maddi konular her bireyin hayatında öncelikli olarak ele alındığı için düşük gelire sahip olmak; yaşlının toplumsal konumunu ve topluma katılımını da kaybetmesine neden olur. Çünkü yaşlının gelirinin azalması, sosyal aktivitelerinin de azalması anlamına gelir. Emeklilik ve işsizlik, yaşlıyı toplumdaki aktivitelerinden alıkoyan diğer durumlardır. Sosyal uyarımdaki bu

azalmalar ile yaşlı birey yalnızlık, sosyal izolasyon, fiziksel, duygusal, maddi ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalır (29). Yaşlılıkta gelirden azalma, işsizlikte artma görülmektedir. Özellikle yoksul kesimde yaşayan yaşlılar uzun süreli işsiz olabilmektedirler. Bir işte çalışma güvencesini elde eden yaşlılar ise çoğunlukla düşük ücretle çalıştırılmaktadır. Özellikle sanayileşmiş toplumlarda iş verme ve ücret belirlemede yaş ayırt edici bir etmen olduğu için yaşlılar yapacak ek iş bulmakta zorlanmaktadır (28).

Yoksul bölgelerde yaşayan yaşlılar, birtakım yakınmaları olduğu halde ve bu yakınmaları için sağlık kuruluşuna gitmek istedikleri halde, ulaşamadıkları için sağlık hizmetinden yararlanamazlar. Bazı yaşlıların maddi olanağı yetersizdir, bazı yaşlıların da sağlık kuruluşuna götürecek yakını yoktur (22). Birçok yaşlının geliri yiyecek, doktor, ilaç harcamalarına yetmeyebilir. Bu nedenle onların ihtiyaç duyduğu sağlık bakım hizmetlerine erişimi zordur (6). Ayrıca yoksullukla birlikte eğitim düzeyinin düşük olması, sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağını daha da azaltır (7).

Sağlık hizmetine erişememe genel olarak; sağlık hizmeti ödemesinin yapılamaması, sosyal güvencenin olmaması, coğrafi konum ve sağlık personeli dağılımındaki eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetine erişimin zorlaşmasıyla kötü sağlık sonuçları artmıştır (11). Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde yaşayan yaşlılar, sağlık hizmetlerine diğer bireylere göre daha zor ulaşırlar. Bu bölgelerde yaşayan yaşlılarda kronik hastalık insidansı ve yaşlıların sağlık hizmeti ihtiyaçları büyük şehirlerde yaşayan bireylere göre daha fazladır. ABD’de, sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde yaşayan yaşlılar sağlık hizmetlerine erişememektedir, bu nedenle yetersiz sağlık bakımı almaktadırlar. Afrikalı-Amerikan yaşlıların %25’inden fazlasının geliri yoksulluk sınırının altındadır, %68’i ise yoksuldur. Afrikalı-Amerikan yaşlılar sıklıkla hastalıklarının son evrelerinde tıbbi tedavi görürler. Bu nüfus grubunun birincil bakım hizmetlerinden çok, acil servisleri kullanmaya eğilimi vardır. Bu durum onların daha az düzenli sağlık bakımı, sağlık eğitimi ve koruyucu sağlık bakımı aldıklarını gösterir (6). Ülkemizde ise tüm illeri ve bölgeleri içine alan ve nüfusun genelini yansıtan bir yoksulluk haritası henüz çıkarılamamış olduğu için mutlak ve göreceli yoksulluk sınırının altındaki yaşlılara ilişkin güncel istatistikler yoktur (30).

2.3.YAŞLILARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Yaşlılığa ilişkin araştırmaların yapılmasındaki temel amaç, öncelikle mevcut politikaların yetersizliğine dikkat çekmek ve sosyal devlet anlayışı çerçevesinde yaşlılar için elverişli sosyal politikaların geliştirilmesini ve sağlıklı bir yaşam biçimini gerçekleştirmeye yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır (8).

Günümüzde sağlıklı ve uzun süreli yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler zamanla gerçekleşmeye başlamıştır. Nüfusta meydana gelen değişimlere göre Türkiye’de en geç 2050’li yıllarda yaşlı bir toplum ortaya çıkacaktır. Yaşlı nüfusun artmasıyla ortaya çıkan sosyal, ekonomik ve siyasi sonuçların tespit edilmesi, olumsuz etkilerin azaltılması, 21. yüzyılın en büyük girişimlerinden biri olacaktır (8,17).

Yine günümüzde yaşlılık döneminin sorunlarına çözümler bulmak amacı ile yeni disiplinler ortaya çıkmıştır. Yaşlılık döneminin biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyolojik sorunlar gibi tıbbi olmayan sorunları ile gerontoloji, tıbbi sorunları ile geriatri bilimi uğraşmaktadır (2,8,17). Konunun sosyal, kültürel, geleneksel, yasal, ekonomik ve etik boyutları göz önüne alınacak olursa ne kadar geniş bir yelpazeye yayıldığı ve bu nedenle de multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınması gerektiği açıktır (2).

Yaşlanan bir nüfusun sağlığının ve yaşam kalitesinin korunması sosyal, toplumsal ve ekonomik açıdan büyük önem taşımaktadır. İlerleyen yaş ile birlikte kronik hastalıklar da artmaktadır. Kronik hastalıklarla birlikte sosyal, ekonomik, fiziksel kayıplar, yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kişiler yaşlandıkça yaşam kaliteleri, büyük oranda aktivitelerinde bağımlılık yaşama durumu ile başa çıkma yeteneklerine bağlıdır (2,8). Bu nedenle fiziksel fonksiyonların korunması yaşlının yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir (7,26).

Ülkemizde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu nüfusun özelliklerinin, yaşlanmayla organizmada meydana gelen değişikliklerin, yaşlılarda sık karşılaşılan sağlık sorunlarının ve bakım gereksinimlerinin hemşirelik disiplini tarafından bilinmesi zorunlu hale gelmiştir. Yaşlı bireyin sağlıklı olması fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel birçok etmene bağlı olduğu için yaşlı bireylerin hemşirelik değerlendirmesi karmaşık bir süreçtir. Yaşlı birey değerlendirilirken organizmanın fiziksel, sosyal, ruhsal durumu ve yaşlının bağımsız yapabildiği işlevlerinin tümünün ele alınması gerekir (17). Yaşlıların sağlık düzeyini belirlemek için görme, işitme ve fonksiyonel bozulmanın

derecesi ile sakat kalınan, yetersiz olunan günler ya da yatakta geçen günler gibi yetmezlik durumları da değerlendirilmelidir (2,8).

İlerleyen yaşla birlikte birey, günlük yaşam aktiviteleri sırasında yardıma ihtiyaç duyabilmekte veya herhangi bir bireye bağımlı olabilmektedir (8). Bu nedenle yaşlı bireylerin banyo yapma, giyinme, tuvalete gitme, kendine bakım, yemek yapma, alışveriş yapma, ev işlerini yapabilme, inkontinans yaşama durumu ve yatak/sandalyeden kalkma gibi GYA'ya ait detaylı bilgi alınmalı, GYA'da bağımlı ya da bağımsız olup olmadığı belirlenmelidir (2,7).

2.3.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşlanma ile birlikte insan organizmasında çok sayıda değişiklik ve sorun meydana gelir. Yaşla birlikte insidansı artan kronik hastalıkların vücut üzerine etkisi; yetersizlik, özürllülük ve engellilik olarak üç aşamadan oluşmaktadır. Yetersizlik; insan vücudunda sistemler düzeyinde anatomik, fizyolojik ve psikolojik bütünlükte anormallik ortaya çıkmasıdır. Örneğin; hipertansiyon nedeniyle birden fazla organda ve sistemde meydana gelen değişimler. Özürllülük; insan için normal olarak değerlendirilen bir işlevi kişinin bedensel düzeyde meydana gelen fonksiyonel kısıtlılıklara bağlı olarak yapamaması durumudur. Örneğin; konjestif kalp yetmezliği nedeniyle efor gerektiren işlevleri yerine getirmede güçlük yaşama. Engellilik; yetersizlik ya da özürllülüğe bağlı olarak kişinin istediği sosyal rolleri toplumsal yaşamda yerine getirememesine bağlı yetersizlik durumudur. Örneğin; diabetes mellitus hastalığında oluşan görme kaybı nedeniyle sosyal iletişim kaybı. Kronik hastalıkları etkileyen bu fizyolojik değişimler; belirgin bir sağlık sorununa neden olmasa da kalkma, giyinme, günlük bakımını yapma, banyo yapma ve beslenme gibi GYA'yı ve sokağa çıkma, sokakta yürüme gibi EGYA'yı olumsuz etkileyebilir (6,8).

Yaşlı bireyin aktivitelerini yerine getirebilmesi onun herhangi bir bireye bağımlı olmadığını gösterir ve bu durum yaşam kalitesinin önemli bir unsurudur. Yaşlı bireyin bağımlılığının değerlendirilmesi için tıbbi tanısının tek başına değeri yoktur. Çünkü yaşlının fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal iyilik durumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekir. Bağımlılığın değerlendirilmesinde GYA ve günlük yaşamdaki enstrümantal yeti esas alınır. Yaşlının öz bakım gereksinimlerinin, GYA ve EGYA'yı yerine getirebilme yeteneğinin ölçülmesiyle elde edilen veriler, yaşlının

fonksiyonel bağımsızlığının derecesini, yeteneklerini, sınırlılıklarını değerlendirmeyi ve uygun girişimleri belirlemeyi sağlar (17).

GYA; banyo yapmak, giyinmek, beslenmek, yürüyebilmek, idrar ve gaita kontrolünü sağlayabilmek gibi bireyin kendisine bakabilmesi için sıkça yerine getirdiği bir grup aktiviteyi kapsamaktadır. Günlük yaşamdaki enstrümantal aktiviteler ise yemek pişirmek, temizlik yapmak, alışverişe çıkmak, ulaşım araçlarından yararlanmak, kazanç ve harcamaları ayarlamak, ilaç ve telefon kullanmak gibi motor koordinasyonu gerektiren daha karmaşık ve zor görevleri tanımlamaktadır. EGYA'nın değerlendirilmesi yaşlının fonksiyonel işlevselliğinin yanı sıra sosyal işlevselliğini de yansıtır ve bu değerlendirme ile bireyin kendi yaşadığı ortamı idare edebilmesi için gerekli olan aktiviteleri bağımsız olarak veya başkalarına bağımlı olarak başarıp başaramadığı belirlenir (7,8,17).

Toplumda yaşlılar GYA ve EGYA'yı yerine getirmekte zorlanmaktadır. Yaşlıların yaşamının birkaç yılı aktivite kısıtlılıkları ile geçmektedir. Bu durum sakatlığı olan yaşlıları daha çok etkilemektedir (11). Yaşlı bireyin GYA'yı ve EGYA'yı yapabilme yeteneğindeki kısıtlılıklar, uzun dönem bakımını gerektiren en önemli durumdur (8).

2.3.1.1. Banyo Alışkanlığı

Bireysel temizlik aktivitesi; saç, tırnak, deri temizliği, perine hijyeni ile ağız ve diş bakımı gibi uygulamaları kapsar. Tüm bu aktiviteler banyo ile yerine getirilir. Birey yetersizlik nedeniyle banyo yapamıyor ise bir başkasının yardım ve desteğine ihtiyaç duyar. Banyo yapmak deriden ter, yağ, kir ve mikroorganizmaları uzaklaştırır. Ayrıca banyo yapmak dolaşımı uyarır ve bireye rahatlama hissi verir (32-34). Yapılan birçok çalışmada yaşlıların en çok banyo yapmada başka bir bireye bağımlı oldukları saptanmıştır (34-36).

2.3.1.2. Giyinme

Giyinme; kültürel ve ekonomik yapıdan etkilenen, bireysel alışkanlıklarla ilişkili, farklı standartlara ve kurallara sahip bir aktivitedir. Bireylerin iyi görünmeleri, özgüvenleri ve sosyal sorumlulukları açısından önemlidir. Giyinme aktivitesi, bedeni korumayı sağlamanın yanında kültürel, geleneksel ve cinsel ifadeyi de yansıtır. Giyinme, birçok toplum ve kültür için oldukça önemli bir aktivitedir ve bu aktivite sözsüz iletişim

yollarından birini oluşturur (32,37). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada yaşlıların giyinme aktivitelerinde bağımlı ya da yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir (38-40).

2.3.1.3. Tuvalet Alışkanlığı

Yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan, en temel ve en mahrem aktivitelerden biri tuvalet alışkanlığıdır. İdrar yapma ve dışkılama iki ayrı vücut sistemi tarafından oluşturulur ve ikisi için de boşaltım terimi ya da tuvalet ihtiyacı terimi kullanılır. Tuvalet ihtiyacı, bağımsız ve kontrollü bir aktivitedir. Ancak bebeklik ve çocukluk döneminde, bazı hastalık durumlarında ve yaşlılık döneminde birey, bu aktivitede bağımlı ya da yarı bağımlı olabilir (32,41). Buna karşın yapılan çalışmalarda yaşlıların tuvalete gitmede diğer aktivitelerine göre daha az bağımlı oldukları saptanmıştır (35,40,42,43).

2.3.1.4. Hareket Aktivitesi

Mobilizasyon bireyin hareket gerektiren aktivitelerini yardım almadan yerine getirebilmesidir. Yaşlanmanın doğal süreci, bazı hastalıklar ve geçirilen ameliyatlar bireyin mobilizasyonunu olumsuz etkileyebilir. Birey; koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi yardımcı araçların ya da bir başkasının yardımına ihtiyaç duyabilir. Hareket aktivitesi, yaşam modelinin öğelerinden biri olan bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkili ve yaşamsal öneme sahip bir aktivitedir. Çünkü bireyin diğer tüm aktivitelerini bağımsızca yerine getirebilmesi için öncelikle hareket edebilmesi gerekir (32,41). Ülkemizde yapılan birçok çalışmaya göre yaşlı bireyler, hareket aktivitesinde bağımlı ya da yarı bağımlıdır (40,44-46).

2.3.1.5. Kontinans Durumu

Üriner kontinans ve fekal kontinans, birey için sosyal ve hijyenik sorunlar oluşturan istemsiz idrar ve dışkı kaçırmadır. İleri yaş kontinans için her iki cinsiyette de risk faktörüdür. Kontinans için risk faktörleri gebelik, doğum, menapoz, hareketsiz yaşam, diyabetes mellitus, felç ve yaşlanma olarak sayılmaktadır (17,47-49). Birçok çalışmada yaşlıların kontinans sorunu yaşadıkları saptanmıştır (36,50).

2.3.1.6. Beslenme Alışkanlığı

Temel insan gereksinimlerinden olan beslenme; sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde oldukça önemli bir kavramdır. Yemek yeme alışkanlığı, yiyecek/içeceklerin seçimi ve yemek yapma biçimi; yaşa, hastalıklara, sosyokültürel ve

ekonomik yapıya göre değişiklikler gösterir (32,41). Yaşlıların beslenme aktivitelerinde diğer aktivitelerine göre daha az bağımlı olduğu birçok çalışma ile belirlenmiştir (35,43,51,52).

2.3.2. Yeti Yitimi Kavramı

Yeti yitimi; bireyin vücut yapısında, vücut fonksiyonlarında, aktivitelerini yapabilme durumlarında ve sosyal ilişkilerinde meydana gelen kısıtlamaların sonucunda ortaya çıkar ve birey ile çevre arasındaki uyum ve ilişkinin bozulmasına neden olur (18). Ayrıca bu durum yaşlı bireyin uzun süreli bakıma ihtiyaç duymasına neden olabilmektedir (19).

Yeti yitimleri; kaynağı ne olursa olsun bireyi bedensel, fiziksel ve sosyal olarak kısıtlar. Buna göre yeti yitimlerinin fiziksel ve sosyal sonuçları vardır.

2.3.2.1.Fiziksel Yeti Yitimi

Fiziksel yeti yitimi, doğrudan hastalık ya da kazalardan kaynaklanmakta ve bireysel bir sorun olarak görülmektedir. Bu yeti yitimleri tıbbi tedavi gerektirir (18).

“Yeti yitimi düzeltilmiş yaşam beklentisi” bireyin yaşaması beklenen ömrünün ne kadarının yeti yitimi olmaksızın bağımsız ve sağlıklı yaşandığını değerlendiren ölçüttür. Ülkemizde yeti yitimi düzeltilmiş yaşam beklentisi 62.9 yıldır. Doğumda beklenen yaşam süresi de 73.7 yıl olduğu için yaşlıların 10.7 yılının yeti yitimleri ile geçtiği düşünülebilir (23).

2.3.2.2. Sosyal Yeti Yitimi

Sosyal yeti yitimi; bireylerin toplum katılımını da içeren sosyal sorunlarını ifade eder. Sosyal yeti yitimi, sadece bireyi değil toplumu ilgilendiren bir konudur. Bu nedenle sosyal yeti yitimleri, sosyal ilişki ve sosyal iletişim ile düzeltilebilir (18).

Sağlık durumundaki değişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkan yeti yitimlerini belirli kronik durumların dışında yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan psikososyal değişiklikler ağırlaştırabilir (19). Buna göre; bireyin yaşadığı sosyal yeti yitimlerinin, fiziksel yeti yitimlerini daha da ağırlaştırabileceği söylenebilir.

2.4. YAŞLI BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Ülkemizde yaşlı nüfusun artışı; köyden kente göç, geniş aile yapısının yerini çekirdek ailenin alması gibi sosyodemografik değişiklikler nedeniyle yaşlı bakımı ciddi bir sorun

olmaya adaydır. Yaşlı nüfusun artmasıyla yaşlıların sağlık hizmeti ihtiyaçları da artacaktır (8). Toplumun demografik yapısındaki bu değişiklikler, gereksinim duyulan hizmeti verebilmek için hemşirelik uygulamalarına da yansımalıdır (11).

Hemşirenin temel amacı, gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmektir (21). Etkili bir hemşirelik bakımının hedefi; yaşlının fonksiyonel yeti yitimlerini ve sağlık sorunlarını en aza indirmektir (11). Hemşireler, yaşlıların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesinde önemli bir rol sahibidirler. Hemşireler, yaşlılara sadece yaşlanmanın etkileri ve kronik hastalıklarla baş etmelerinde yardımcı olmayıp yaşlının kendine güvenini geliştirmesine ve bağımsızlığını sürdürmesine yönelik çabalarını da destekleyen bütüncül hemşirelik bakımı verirler (8).

Yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetinin sosyal, ekonomik ve politik boyutları vardır. Hemşireler yaşlılığı sadece kronolojik olarak ele almamalı, bireyin gündelik hayatını ve sosyal ilişkilerini de değerlendirmelidirler. Örneğin; çevre ve kültürün kişisel gelişim, olgunlaşma ve yaşlanma süreci üzerine önemli etkileri vardır. Sosyal boyut bütünüyle ele alınmalı ve bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma durumu da değerlendirilmelidir (11). Eğer hemşirelik bakımı bütüncül olarak sunulmazsa hastanın sorunları çözümlenemez ve bakım sadece palyatif kalır. Sağlık durumunu etkileyen sosyal etkenlerin göz önünde bulundurulmaması nedeniyle kronik hastalıklardan kaynaklanan sakatlık, özürlülük ve yetersizlikler daha kötüye gidebilir (29). Bütüncül hemşirelik bakımı çerçevesinde hemşireler bireyin kendine bakmasına yardımcı olurlar, daha uygun, daha kaliteli, maliyet etkili bir hizmet verebilmek için diğer disiplinlerle ve uzmanlarla işbirliği yaparlar (11). Hemşireler yaşlılara, onlara bakım verenlere veya ailesine ve çevresine yönelik olarak bakım verici, eğitici, danışman rolleri ile bakım verirler (8,11).

İleri yaşta sağlık sorunları yaşanması kaçınılmazdır. Ancak bu durum sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi ile kontrol edilebilir ya da önlenabilir. Yaşam tarzı değişiklikleri bireyin fonksiyonlarını koruyabilir, sakatlıkların ve hastalıkların başlamasını önleyebilir, geciktirebilir ve yaşam kalitesini korur. Sağlıklı yaşam davranışları; yeterli ve dengeli beslenme, kilo kontrolü, sigarayı bırakma, düzenli egzersiz yapma, düzenli sağlık kontrolleri yaptırma ve fiziksel, ruhsal, sosyal olarak aktif bir hayat sürdürmektir (6). Bu sayede yaşlılar; sağlık durumlarında, fonksiyonel durumlarında ve sosyal koşullarda önemli değişiklikler olmasına rağmen sosyal ilişkilerini ve bireysel

aktivitelerini sürdürebilirler (11). Toplum sağlığı hemşirelerine sözü edilen sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesinde ve yaygınlaştırılmasında önemli görevler düşmektedir (6).

2.4.1. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Yaşayan Yaşlıların Bakımında Hemşirenin Rolü

Toplumda biyolojik, genetik ve çevresel birçok faktör nedeniyle bazı gruplar risk altında olabilmektedir. Bu faktörlerden biri de sosyoekonomik düzeyin düşük olmasıdır. Hemşirelik bakımı planlanırken toplumda risk grubunda olan bireyler göz önünde bulundurulmalı ve sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde yaşayan bireylere öncelik verilmelidir (6).

Uluslar arası Hemşireler Konseyi (ICN) 2004 yılında Dünya Hemşireler Günü için ana temayı “Hemşireler: yoksullarla birlikte yoksulluğa karşı çalışıyor” olarak belirlemiştir. ICN’e göre hemşireler; yoksulluğu ve yoksulluğun etkilerini en iyi tanımlayabilecek, yoksul halkın savunuculuğunu en iyi yapabilecek ve yoksulluğun ortadan kaldırılması için en uygulanabilir çözümleri bulabilecek konumdaki sağlık personelidir. Hemşireler; tüm sektörlerin dikkatini yoksulluğun üzerine çekilmesini sağlamada ve ülkede sosyal politikaların oluşturulmasında harekete geçirici güç olmalıdırlar (53).

ICN; yoksul ve sağlıksız toplumlara ideal sağlık hizmeti götürülünce yoksul ama sağlıklı toplum elde edilemeyeceği gerçeğini vurgulamıştır (53). Çünkü yoksulluk; yalnızca gelir durumu ile değil, bununla birlikte demografik verilerle ve din, kültür, ülke ekonomisi gibi sosyal etkenlerle açıklanmaktadır. Tüm bunların ışığında yoksulluğun yaşlı sağlığı üzerindeki etkilerini azaltacak ve erken önlem almayı gerektirecek uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

Bu hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Yoksul yaşlıların sağlık hizmetine ulaşma engellerini ortadan kaldırmak için hemşireler; tüm sektörlerin dikkatini yoksulluk ve onun etkileri üzerine çekmelidir. Toplumdaki sosyal yardımlaşma kurumları ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılmalıdır. Eğitim, iş, gelir, barınak, gıda güvenliği, su ve sanitasyon gibi konularla ilgilenen sektörlerle işbirliği yapılmalıdır.
- Yoksullukla mücadelede bireylerin güçlerini arttırma ve yetersiz kaynakların uygun kullanılmasını sağlamada hemşireler bireylere rehberlik ve danışmanlık sağlamalıdır.

- Yoksul yaşlılarda kronik hastalıkları tanılamak için düzenli olarak sağlık kontrolleri ve taramalar yapılmalıdır.
- Yaşlılarda birincil korumayı sağlayabilmek için; yalnızlıktan koruma, kazalardan koruma, ilaç kullanımı eğitimi, aşılama programları, ayak bakımı, sigara/alkolün bırakılması, duyu organlarının muayenesi, nöropsikiyatrik fonksiyonların değerlendirilmesi ve kanser araştırmaları yapılmalıdır.
- Toplumda yaşlıların sağlık durumunu belirleyen ölçütler; genel ve özel mortalite hızları, beklenen yaşam süresi, hastalık hızı, görme, işitme ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmanın derecesi, sakat kalınan, yetersiz olunan ya da yatakta geçirilen günlerdir. Bu göstergelere yönelik yaşlıları kapsayan araştırmalar yapılmalıdır (8,54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede, evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerini ve bu gereksinimleri etkileyen etmenleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırmanın yapıldığı Kırşehir İl Merkezi sınırları içinde sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu bilinen Kuşdilli, Dinekbağı ve Bağbaşı Mahalleleri bulunmaktadır. Bu çalışma, sosyoekonomik düzeyinin diğer mahallelerden daha düşük olduğu bilinen Kırşehir Belediyesi Bağbaşı Mahallesi'nde yapılmıştır. Bağbaşı Mahallesi'nde yaşayan bireylerin içme suyunu karşıladıkları bazı çeşmelerin suyunun kanalizasyon artıkları nedeniyle enfekte olduğu Halk Sağlığı Laboratuvarı tarafından belirlenmiştir (55). Bu durum mahallenin altyapı yetersizliklerinin olduğunu göstermektedir. Bu mahallede yaşayan bireylerin çoğunlukla işsiz olduğu ya da geçici işçilik yaparak geçimlerini sağladıkları, yetersiz sağlık ve hijyen koşullarında yaşadıkları gözlemlenmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Araştırma Evreni

Araştırma kapsamındaki Bağbaşı Mahallesi'nin 2008 yılı nüfusu 6696'dır. 2008 yılında Bağbaşı Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri birey sayısı 513'tür (56).

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem, aşağıda belirtilen evreni bilinen örneklem seçimi formülüne göre belirlenmiştir. Bağbaşı Mahallesi'nde yaşayan 513 yaşlıdan %50 prevalans, %5 sapma ve %95 güven aralığı ile belirlenen örneklem; 220 yaşlıdan oluşmaktadır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq} \text{ formülünden (57)}$$

$$n = \frac{513 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (513-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 220$$

Kırşehir Belediyesi ve Bağbaşı Mahallesi Muhtarlığı tarafından bu mahallede yaşlıların yaşadığı hanelerin adreslerinin kayıtlı olmadığı ifade edilmiştir. Bu nedenle örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kartopu yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme yönteminde eldeki örnekleme alınan kişilerden çalışmanın ölçütlerine uygun yeni insanlar önermesi istenir ve örneklem sayısına ulaşıncaya kadar işlem sürdürülür. Bu yöntem, araştırma grubunu oluşturan kişilere diğer yöntemlerle ulaşmanın zor olduğu durumlarda uygulanır. Bunun için verilerin toplanmasına Bağbaşı Mahallesi'nde numarası kura ile belirlenen bir sokakta, yine numarası kura ile belirlenen bir evden başlanmıştır. Bu evdeki yaşlı bireye veri toplama araçları uygulandıktan sonra başka bir yaşlı bireyin evini tarif etmesi istenmiştir (58).

Bu araştırmada bireylerin örnekleme dahil edilmesinde kullanılan ölçütler; iletişime ve işbirliğine açık olması, psikiyatrik bir hikayesinin bulunmaması ve araştırmaya gönüllü olarak katılmasıdır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

3.4.1.1. Anket Formu (EK 1)

Veri toplama aşamasında dört araçtan yararlanılmıştır. İlk veri toplama aracı, literatürden yararlanarak hazırlanan ve 24 sorudan oluşan Anket Formudur (44,59,60). Bu formda; bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal güvencesi, medeni durumu, mesleği, kimlerle yaşadığı, kişisel bakımını yaparken birine ihtiyaç duyup duymadığı, bakımını üstlenecek birinin olup olmadığı, kronik hastalığı/hastalıkları, hastalıklarına

ilişkin bilgi durumları, bu bilgiyi kimden aldığı, daha önce ameliyat geçirip geçirmediği, ilaç/lar ve diyet varlığı sorgulanmıştır. Diyetine uyup uymadığı, diyetine uymama nedenleri, diyetine ilişkin bilgiyi kimden/nereden aldığı, ilaç/ların kullanımını bilip bilmediği, ilaç/ları ile ilgili bilgiyi kimden/nereden aldığı, ilaç/larını doğru ve düzenli bir biçimde kullanıp kullanmadığı ve kullanmıyorsa nedeni de sorgulanmıştır. Ayrıca formda bireylerin sağlık hizmetine ihtiyacı olup olmadığı ve ihtiyaç hissettiğinde nereye/nerelere başvurduğu konularındaki düşüncelerine yer verilmiştir (EK 1).

3.4.1.2. GYA Ölçeği (EK 2)

İkinci veri toplama aracı, yaşlının GYA'larını yerine getirme durumunu belirlemek için kullanılan KATZ GYA İndeksidir (EK 2). KATZ GYA İndeksi 1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (61). Türkçe tercümesi Yardımcı (62) tarafından yapılmıştır. Altın (63) çalışmasında GYA indeksinin güvenirlik katsayısını 0.84 olarak saptamıştır. KATZ GYA İndeksi banyo, giyinme, tuvalet, hareket, kontinans, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı GYA'ya dair ifadelerden oluşmaktadır. Bu indeks; yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, hareket, boşaltım ve beslenme aktiviteleri üzerine temellenmiştir. KATZ GYA İndeksi; birey GYA'larını bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. GYA ölçeğinde 0–6 puan bağımlı, 7–12 puan yarı bağımlı, 13–18 puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (61,62).

3.4.1.3. EGYA Ölçeği (EK 3)

Üçüncü veri toplama aracı, Lawton ve Brody'nin EGYA İndeksidir (EK 3). EGYA indeksi 1969 yılında Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir (64). Türkçe tercümesi Yardımcı (62) tarafından yapılmıştır. Altın (63) çalışmasında EGYA ölçeğinin güvenirlik katsayısını 0.86 olarak saptanmıştır. EGYA indeksi telefon kullanma, ulaşım araçlarına binme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ilaçları tanıma ve kullanma ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz ifadeden oluşmaktadır. EGYA İndeksi; birey EGYA'larını bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. EGYA' da 0–8 puan bağımlı, 9–16 puan yarı bağımlı, 17–24 puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (62,64).

3.4.1.4. KYA (EK 4)

Dördüncü veri toplama aracı, yaşlıların fiziksel ve sosyal yeti yitimini değerlendiren Kısa Yeti Yitimi Anketi'dir (KYA) (EK 4). KYA, DSÖ tarafından geliştirilmiştir. Geçerlik güvenirliği ve Türkçeye uyarlaması Kaplan (1995) tarafından yapılmıştır. Kaplan (1995), KYA'nın güvenirlik katsayısını 0.91 olarak hesaplamıştır (65). Akın (2002), KYA'nın güvenirlik katsayısını 0.91 olarak hesaplamıştır. KYA'da bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır. Bu sorularda sağlık sorunlarının ağır iş yapmak, file taşımak, merdiven çıkmak, eğilmek doğrulmak, 1-2 km yürümek ve yemek yemek, giyinmek gibi aktivitelere engel olup olmadığı sorgulanmıştır. Diğer sorular bir rahatsızlık nedeniyle daha önce zevk alarak yaptığı hobilerini bırakmak zorunda olup olmadığı, evde üzerine düşen işleri aksatıp aksatmadığı, çalışma isteğinde azalma olup olmadığı, arkadaş ilişkilerinin sağlık sorunları nedeniyle bozulup bozulmadığı, sağlık sorunlarının bireyin sosyal aktivitelerinde kişisel verimini azaltıp azaltmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sorulduğu 2 soru bulunmaktadır (19). KYA'da Hayır/Hiç yanıtına 0 puan, Evet/Bazen/Biraz yanıtına 1 puan, Evet/Her zaman/Oldukça yanıtına 2 puan verilerek 11 ifadeden elde edilen puanların toplanması ile yeti yitimi toplam puanı elde edilmektedir. KYA'dan alınabilecek en düşük puan "0" en yüksek puan "22" dir. Yeti yitimi puanları 0-4= yok, 5-7= hafif, 8-12= orta, 13 ve üzeri = ağır yeti yitimi olarak değerlendirilmiştir. Bu ankette sorgulanan son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sorulduğu 2 soru, gün sayılarının ortalamalarının hesaplanması ile değerlendirilmektedir (65).

Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha değerleri; KATZ GYA ölçeği için 0.81, EGYA ölçeği için 0.89 ve KYA için 0.89 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha değerinin 0.60 ve üzerinde olması, ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güvenilir olduğu anlamına gelmektedir (66).

3.4.2. Ön Uygulama

Anket Formu'nun (EK 1) anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla Bağbaşı Mahallesi ile benzer özellikte olan başka bir mahallede oturan ve örneklem özelliklerine uyan 15 yaşlıya Kasım 2010 tarihlerinde ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonucunda bireyler tarafından aynı anlamda algılanmayan, açık olmayan ve güç anlaşılan iki soru ifadesi

değiştirilmiş ve veri toplama aracı uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Kendisine ön uygulama yapılan yaşlıların verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından, Kasım 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında, yaşlı bireylere ev ziyareti yapılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından yaşlı bireye araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra uygulanmıştır. Hiçbir birey araştırmaya katılmayı reddetmemiştir. İlk önce veri toplama aracının ilk bölümü, ikinci olarak GYA İndeksi, daha sonra EGYA İndeksi ve son olarak da KYA uygulanmıştır. Her bir veri toplama aracı uygulandıktan sonra beş dakika ara verilmiştir ve görüşmeler ortalama yirmi dakika sürmüştür.

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde; yaşlıların tanıtıcı özellikleri, kronik hastalık varlığı, ameliyat geçirme durumu, ilaç kullanımı, diyetle sahip olma ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin özellikleri bağımsız değişken; KATZ GYA İndeksi, EGYA İndeksi ve KYA'dan alınan puanlar da bağımlı değişkendir.

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinden önce bağımlı değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi ile Shapiro Wilk testleri yapılmıştır. Testlerin sonucunda verilerin normal dağılıma uymadığı ve istatistiksel analizde non-parametrik testlerin yapılmasının uygun olduğu saptanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, ortanca, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Sperman Korelasyon analizi, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırmanın yapıldığı Kırşehir ilinde sosyoekonomik düzeyi düşük bölge olarak Bağbaşı Mahallesi'nin yanı sıra Kuşdilli ve Dinekbağı Mahalleleri de bulunmaktadır. Kuşdilli ve Dinekbağı Mahalleleri ulaşım zorluğu nedeniyle araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma sonucu sadece Bağbaşı Mahallesi'ndeki yaşlılara genellenebilir.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (EK 5) ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 6) araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylere araştırmanın amacı açıklanıp yazılı ve sözlü onamları alınıp katılımcı onam formu imzalatılmıştır (EK 7).

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de yer almaktadır. Araştırma bulgularına göre yaşlıların %38.2’si 65-69 yaş grubunda olup %66.8’i kadındır. Araştırmaya katılanların %57.3’ü okuryazar değildir. Bireylerin %96.8’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin %54.5’i evli olup %43.2’si sadece eşi ile yaşamaktadır. Yaşlıların %68.6’sı kişiisel bakımını yaparken birine kısmen ya da tamamen ihtiyaç duymaktadır ve %90.7’si bakımını üstlenecek birinin olduğunu ifade etmiştir. Bakımını üstlenecek biri olduğunu ifade eden yaşlıların %95.6’sı bu kişilerin kızı/oğlu, eşi, gelini/damadı, torunu gibi aile üyeleri olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	%
Yaş Grupları		
65-69 yaş	84	38.2
70-74 yaş	53	24.1
75-79 yaş	33	15.0
80 ve üstü yaş	50	22.7
Cinsiyet		
Kadın	147	66.8
Erkek	73	33.2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	126	57.3
Okuryazar	34	15.5
İlkokul mezunu	49	22.3
Ortaokul mezunu ve üzeri	11	4.9
Medeni Durum		
Evli	120	54.5
Dul/Bekâr	100	45.5
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	213	96.8
Çalışıyor	7	3.2
Kiminle Yaşadığı		
Sadece eşi ile	95	43.2
Sadece çocukları ile	65	29.5
Yalnız	31	14.1
Eşi ve çocukları ile	29	13.2
Kişisel Bakımını Yaparken Birine İhtiyaç Duyma		
Evet	85	38.6
Kısmen	66	30.0
Hayır	69	31.4
Bakımını Üstlenen Biri (n=151)		
Var	137	90.7
Yok	14	9.3
Bakımını Üstlenen Kişi (n=137)		
Aile üyeleri (kızı/oğlu, eşi, gelini/damadı, torunu)	131	95.6
Bakıcı	3	2.2
Komşusu	2	1.5
Akrabası	1	0.7

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık/ları ve geçirdikleri ameliyatlara ilişkin özellikler gösterilmiştir. Bireylerin %89.1’i en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bu hastalıkların %82.6’sını kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır. Yaşlıların %16.4’ü hastalık/ları hakkında bilgi sahibi olduğunu ve %90.2’si hastalık/lar hakkındaki bilgiyi hekimden aldığını ifade etmiştir. Bireylerin %55.0’ı daha önce ameliyat olmuş ve en fazla geçirilen ameliyat türünün %40.4 ile sindirim sistemi ameliyatları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumları

Hastalık ve Ameliyat Olma ile İlgili Özellikler	Sayı	%
Kronik Hastalık/lar Varlığı		
Var	196	89.1
Yok	24	10.9
Kronik Hastalık Türleri (n=196)*		
Kardiyovasküler sistem	162	82.6
Kas iskelet sistemi	69	35.2
Endokrin sistem	62	31.6
Sinir sistemi/Duyu organları	34	17.3
Solunum sistemi	22	11.2
Üriner sistem	20	10.2
Sindirim sistemi	11	5.6
Onkolojik	2	1.0
Deri	1	0.5
Hastalıkla İlgili Bilgiye Sahip Olma (n=196)		
Evet	32	16.4
Hayır	164	83.6
Hastalıkla İlgili Bilgiyi Kimden Aldığı (n=143)		
Hekim	129	90.2
Hemşire	6	4.2
Aynı hastalığa sahip olanlardan	6	4.2
Eczacı	2	1.4
Ameliyat Olma Durumu		
Evet	121	55.0
Hayır	99	45.0

Tablo 4.2. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumları (Devamı)

Ameliyat Türleri (n=121)*		
Sindirim sistemi	49	40.4
Sinir sistemi	27	22.3
Kardiyovasküler sistem	20	16.5
Üriner sistem	19	15.7
Kas-iskelet sistemi	15	12.3
Jinekolojik	13	10.7
Duyu organları	11	9.1
Endokrin sistem	3	2.4

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Yaşlıların %70.9'unun hastalık/larına yönelik diyetinin olduğu, bunlardan %32.1'inin diyetine uyduğu belirlenmiştir. Diyetine uymayan ya da bazen uyan bireylerin %45.3'ü bunun nedeni olarak diyetle uymayı unuttuğunu söylemiştir. Diyeti olan bireylerin %89.1'i diyeti ile ilgili bilgiyi hekimden aldığını belirtmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyetle İlişkin Özellikleri

Diyete İlişkin Özellikleri	Sayı	%
Diyet Varlığı		
Var	156	70.9
Yok	64	29.1
Diyete Uyuma Durumu (n=156)		
Evet	50	32.1
Bazen	70	44.8
Hayır	36	23.1
Diyete Uymama ya da Bazen Uyuma Nedenleri (n=106)		
Unutuyor	48	45.3
Önemsemiyor	33	31.2
Uymak istemiyor	18	16.9
Nasıl bir diyet uygulayacağını bilmiyor	7	6.6
Diyetiyle İlgili Bilgiyi Kimden Aldığı (n=156)		
Hekim	139	89.1
Hemşire	8	5.2
Radyo/tv/gazete/kitap	4	2.6
Aynı hastalığa sahip olanlardan	3	1.9
Yediklerim rahatsız edince bilenler	2	1.2

Bireylerin hastalık/larına yönelik kullandıkları ilaç/larına ilişkin özellikleri Tablo 4.4'te verilmiştir. Yaşlıların %79.5'i sürekli olarak ilaç/lar kullanmaktadır. İlaç kullanan bireylerin %91.4'ü ilaç/larının nasıl kullanılacağını bildiğini söylemiştir. Bireylerin %84.3'ü ilaç/ları hakkındaki bilgiyi hekimden aldığını ifade etmiştir. Sürekli ilaç kullanan bireylerin %6.3'ü ilaçlarını düzenli ve doğru bir şekilde kullanmadığını belirtmiştir. Bu konuda yaşlıların %38.5'i ilaç/ları doğru ve düzenli bir şekilde kullanmamaya gerekçe olarak ilaç/larını kullanmak istemediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Kullandıkları İlaç/larına İlişkin Özellikleri

İlaçlara İlişkin Özellikleri	Sayı	%
İlaç/lar		
Kullanıyor	175	79.5
Kullanmıyor	45	20.5
İlaç/ların Kullanımını Bilme Durumu (n=175)		
Biliyor	160	91.4
Bilmiyor	15	8.6
İlaç/ları Doğru ve Düzenli Bir Şekilde Kullanma Durumu (n=175)		
Evet	149	85.1
Bazen	15	8.6
Hayır	11	6.3
İlaç/ları Doğru ve Düzenli Bir Şekilde Kullanmama Nedenleri (n=26)		
Kullanmak istemiyor	10	38.5
Unutuyor	7	27.0
Ekonomik nedenler yüzünden ilaç alamıyor	7	27.0
Nasıl kullanacağını bilmiyor	2	7.5
İlaç/larla İlgili Bilgiyi Kimden/lerden Aldığı (n=172)		
Hekim	145	84.3
Eczacı	21	12.3
Hemşire	3	1.7
Çocukları	3	1.7

Bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyma ve bu konuda başvurduğu yere ilişkin özellikleri Tablo 4.5'te sunulmuştur. Yaşlıların %73.6'sı sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan tüm bireylere ihtiyaç duyduğunda ya da zorunluluk hissettiğinde hangi sağlık kuruluş/larına başvurduğu sorulmuş; bireylerin %90.9'u sağlık hizmeti almak için devlet hastanesine başvurduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin Sağlık Hizmetlerine İhtiyaç Duyma ve Bu Konuda Başvurduğu Yere İlişkin Özellikleri

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Özellikleri	Sayı	%
Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu		
Evet	162	73.6
Kısmen	18	8.2
Hayır	40	18.2
Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvurulan Yer (n=220)*		
Devlet hastanesi	200	90.9
Aile sağlığı merkezi	48	21.8
Özel hastane	27	12.3
Üniversite hastanesi	8	3.6
Gelir düşüklüğü nedeniyle başvuramıyor	3	1.4

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Bireylerin GYA ve EGYA ölçeğine göre bağımlılık durumlarına bakıldığında; %90.4'ünün GYA'da, %58.1'inin ise EGYA'da bağımsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Bireylerin GYA ve EGYA Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumları

GYA'na Göre Bağımlılık Durumu	Sayı	%
Kısmen bağımlı	21	9.6
Bağımsız	199	90.4
EGYA'na Göre Bağımlılık Durumu		
Bağımlı	7	3.3
Kısmen bağımlı	85	38.6
Bağımsız	128	58.1

Bireylerin GYA'larındaki bağımlılık durumları Tablo 4.7'de belirtilmiştir. Buna göre bireylerin en çok banyo aktivitesinde (%15.5), en az da hareket ve beslenme aktivitelerinde (%0.9) bağımlı oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Bireylerin GYA’larındaki Bağımlılık Durumları

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımlılık Durumu					
	Bağımlı (0-6 Puan)		Yarı bağımlı (7-12 Puan)		Bağımsız (13-18 Puan)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Banyo	34	15.5	34	15.5	152	69.0
Giyinme	28	12.7	12	5.5	180	81.8
Tuvalet	5	2.3	18	8.2	197	89.5
Hareket	2	0.9	24	10.9	194	88.2
Kontinans	8	3.6	108	49.1	104	47.3
Beslenme	2	0.9	24	10.9	194	88.2

Yaşlı bireylerin EGYA’larındaki bağımlılık durumları Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Buna göre bireylerin en çok çamaşır yıkama (%52.3), en az da ilaç kullanma (%5.0) aktivitelerinde bağımlı oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.8. Bireylerin EGYA’larındaki Bağımlılık Durumları

Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımlılık Durumu					
	Bağımlı (0-8 Puan)		Yarı bağımlı (9-16 Puan)		Bağımsız (17-24 Puan)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Telefon kullanma	76	34.5	49	22.3	95	43.2
Ulaşım aracına binme	62	28.2	45	20.5	113	51.3
Alışveriş yapma	80	36.4	42	19.1	98	44.5
Yemek hazırlama	88	40.0	53	24.1	79	35.9
Ev işi yapma	98	44.5	47	21.4	75	34.1
Çamaşır yıkama	115	52.3	51	23.2	54	24.5
İlaç Kullanma	11	5.0	42	19.1	167	75.9
Para İdaresi	54	24.5	50	22.7	116	52.8

Bireylerin %40.5’inde ağır yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin son bir ay içinde günlük işlerini ortalama 7 gün aksattıkları, 2 günlerini de hastalık ya da yaralanma nedeniyle yatakta geçirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Bireylerin Yeti Yitimi Durumları ve Son Bir Ay İçinde Aksatılan ve Yatakta Geçirilen Gün Sayıları

KYA'ya Göre Yeti Yitimi Durumları	Sayı	%
Sorun yok (0-4 Puan)	8	3.6
Hafif yeti yitimi (5-7 Puan)	39	17.7
Orta derecede yeti yitimi (8-12 Puan)	84	38.2
Ağır yeti yitimi (13 ve üzeri Puan)	89	40.5
Son Bir Ay İçinde Aksatılan ve Yatakta Geçirilen Gün Sayısı	— X±SD	(min- max)
Günlük işlerin aksatıldığı gün	6.55±10.0	0-30
Yatakta geçirilen gün	2.39±4.8	0-30

Yaşlıların tanıtıcı özelliklerine göre GYA ölçeği puan ortancaları Tablo 4.10'da yer almaktadır. GYA ölçeğinden alınan puana göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır. Yaş gruplarında en düşük puan, 80 ve üstü yaş grubundaki bireylerin puanıdır ve anlamlılık, bu bireylerden kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Kadınların GYA puan ortancasının erkeklerden düşük olduğu ve cinsiyet ile GYA ölçeğinden alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Eğitim durumlarında en düşük puan okuryazar olmayanların ve okuryazar olanların puanları olup eğitim durumu ile GYA ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0.01$). Yapılan ileri analize göre her grup kendi içinde farklıdır. Medeni durum ile GYA ölçeğinden alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır ($p<0.001$). Dul/bekâr olanların GYA puan ortancası evli olanlara göre daha düşüktür. Yaşlıların çalışma durumları ile GYA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler ile GYA puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). En düşük GYA puan ortancası sadece çocukları ile yaşayan bireylere aittir ve anlamlılığın bu bireylerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bireylerin kişisel bakımını yaparken birine ihtiyaç duyması ve bakımını üstlenen biri olması ile GYA puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre GYA Ölçeği Puan Ortancaları

Tanıtıcı Özellikler	GYA Ölçeği Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z) <i>p</i>
Yaş Grupları		
65-69 yaş	17.5 (8-18)	KW= 30.56 < 0.001
70-74 yaş	17.0 (8-18)	
75-79 yaş	17.0 (10-18)	
80 ve üstü yaş	15.0 (8-18)	
Cinsiyet		
Kadın	17.0 (8-18)	z= -3.943 < 0.001
Erkek	18.0 (9-18)	
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	17.0 (8-18)	KW=15.00 < 0.005
Okuryazar	17.0 (8-18)	
İlkokul mezunu	18.0 (9-18)	
Ortaokul ve üzeri	18.0 (16-18)	
Medeni Durum		
Evli	18.0 (9-18)	z= -5.203 < 0.001
Dul/ Bekâr	16.0 (8-18)	
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	17.0 (8-18)	z= -0.704 = 0.482
Çalışıyor	17.0 (14-18)	
Kiminle yaşadığı		
Sadece eşi ile	18.0 (9-18)	KW= 28.24 < 0.001
Sadece çocukları ile	16.0 (8-18)	
Yalnız	17.0 (8-18)	
Eşi ve Çocukları ile	17.0 (11-18)	
Kişisel Bakımını Yaparken Birine İhtiyaç Duyma		
Evet	17.0 (10-18)	KW= 0.81 = 0.66
Kısmen	17.0 (12-18)	
Hayır	17.0 (8-18)	
Bakımını Üstlenen Biri		
Var	17.0 (10-18)	z= -1.31 = 0.18
Yok	17.0 (15-18)	

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi
z= Mann Whitney U Testi

Kronik hastalık/lara sahip olanların GYA puan ortancası kronik hastalık/ları olmayanlara göre daha düşüktür ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Bireylerin hastalık/ları hakkında bilgi sahibi olma ve daha önce ameliyat olma durumları ile GYA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre GYA Ölçeği Puan Ortancaları

Kronik Hastalık/lar Varlığı	GYA Ölçeği Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z)	<i>p</i>
Var	17.0 (8-18)	$z = -2.77$	< 0.006
Yok	18.0 (13-18)		
Hastalıkla İlgili Bilgiye Sahip Olma	17.0 (10-18)	$z = -1.021$	$= 0.307$
Evet	17.0 (8-18)		
Hayır			
Ameliyat Olma Durumu	17.0 (8-18)	$z = -0.731$	$= 0.46$
Evet	17.0 (8-18)		
Hayır	17.0 (8-18)		

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi

z = Mann Whitney U Testi

Hastalık/larına yönelik uygulaması gereken diyeti olan bireylerin GYA puan ortancası, diyeti olmayanlara göre daha düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). İlaç kullanan bireylerin GYA puan ortancasının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyma durumu ile GYA ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyet, İlaç/lar ve Sağlık Hizmetlerine İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre GYA Ölçeği Puan Ortancaları

Diyet Varlığı	GYA Ölçeği Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z) <i>p</i>
Var	17.0 (8-18)	$z = -4.121$ < 0.001
Yok	18.0 (11-18)	
İlaç/lar		
Kullanıyor	17.0 (8-18)	$z = -3.189$ < 0.001
Kullanmıyor	18.0 (11-18)	
Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu		
	17.0 (8-18)	$KW = 1.72$ $= 0.421$
Evet	17.0 (10-18)	
Kısmen	17.0 (11-18)	
Hayır		

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi

z = Mann Whitney U Testi

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre EGYA ölçeği puan ortancaları Tablo 4.13'te yer almaktadır. Yaş grupları ile EGYA ölçeğinden alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p < 0.001$). Anlamlılık, 80 ve üstü yaş grubundaki bireylerden kaynaklanmaktadır. Cinsiyete bakıldığında; kadınların EGYA puan ortancasının erkeklerden düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim durumları ile EGYA ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p < 0.001$). Anlamlılık en düşük ve en yüksek düzeydeki eğitim durumları arasındadır ve en düşük puan okuryazar olmayanların puanıdır. Medeni durum ile EGYA ölçeğinden alınan puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Dul/bekâr olan bireylerin EGYA puan ortancası evli olanlara göre daha düşüktür. Yaşlıların çalışma durumları ile EGYA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$). Bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler ile EGYA puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık vardır ($p < 0.001$). En düşük EGYA puanı, sadece çocukları ile yaşayan bireylere aittir ve anlamlılık bu bireylerden kaynaklanmaktadır. Bireylerin kişisel bakımını yaparken birine ihtiyaç duyması ile EGYA puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bakımını üstlenen biri olan bireylerin olmayanlara göre EGYA puan ortancası daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.01$).

Tablo 4.13. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre EGYA Ölçeği Puan Ortancaları

Tanıtıcı Özellikler	EGYA Ölçeği Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z)	<i>p</i>
Yaş Grupları 65-69 yaş 70-74 yaş 75-79 yaş 80 ve üstü yaş	20.0 (9-24) 18.0 (8-24) 17.0 (8-23) 11.0 (8-22)	KW= 47.231	< 0.001
Cinsiyet Kadın Erkek	16.0 (8-24) 19.0 (9-24)	z= -2.394	< 0.017
Eğitim Durumu Okuryazar değil Okuryazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu ve üzeri	16.0 (8-24) 17.5 (9-24) 20.0 (9-24) 20.0 (14-24)	KW= 20.195	< 0.001
Medeni Durum Evli Dul/ Bekâr	20.0 (8-24) 14.0 (8-24)	z= -5.700	< 0.001
Çalışma Durumu Çalışmıyor Çalışıyor	18.0 (8-24) 20.0 (10-22)	z= -0.172	= 0.863
Kiminle Yaşadığı Sadece eşi ile Sadece çocukları ile Yalnız Eşi ve Çocukları ile	20.0 (8-24) 12.0 (8-24) 20.0 (8-24) 16.0 (9-24)	KW= 53.277	< 0.001
Kişisel Bakımını Yaparken Birine İhtiyaç Duyma Evet Kısmen Hayır	18.0 (8-24) 17.5 (8-24) 18.0 (8-24)	KW= 3.408	= 0.182
Bakımını Üstlenen Biri Var Yok	17.0 (8-24) 20.5 (14-24)	z= -2.966	< 0.003

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi
z= Mann Whitney U Testi

Kronik hastalığa sahip olma durumu ile EGYA'daki bağımlılık durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Fakat kronik hastalık/ları olan bireylerin EGYA puan ortancası olmayanlara göre daha düşüktür. Yaşlıların hastalık/ları hakkında bilgi sahibi olma durumları ve daha önce ameliyat olma durumları ile EGYA ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre EGYA Ölçeği Puan Ortancaları

Kronik Hastalık/lar Varlığı	EGYA Ölçeği Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z) p
Var Yok	18.0 (8-24) 20.0 (9-24)	$z = -1.562$ = 0.118
Hastalıkla İlgili Bilgiye Sahip Olma Evet Hayır	17.5 (9-24) 18.0 (8-24)	$z = -0.060$ = 0.952
Ameliyat Olma Durumu Evet Hayır	18.0 (8-24) 18.0 (8-24)	$z = -0.267$ = 0.790

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi

z= Mann Whitney U Testi

Bireylerin hastalık/larına yönelik uygulaması gereken diyet sahibi olma durumları ile EGYA puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Fakat hastalık/larına yönelik uygulaması gereken diyeti olan bireyler, diğerlerine göre daha düşük EGYA puanına sahiptir (Tablo 4.15). İlaç kullanan bireylerin EGYA puan ortancası kullanmayanlara göre daha düşüktür ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyma durumu ile EGYA ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyet, İlaç/lar ve Sağlık Hizmetlerine İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre EGYA Ölçeği Puan Ortancaları

Diyet Varlığı	EGYA Ölçeği Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z) <i>p</i>
Var	17.0 (8-24)	
Yok	20.0 (8-24)	$z = -1.562$ = 0.118
İlaç/lar		
Kullanıyor	17.0 (8-24)	$z = -2.100$ < 0.036
Kullanmıyor	20.0 (8-24)	
Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu		
Evet	18.0 (8-24)	KW= 0.802 = 0.670
Kısmen	16.0 (9-24)	
Hayır	18.0 (8-24)	

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi

z= Mann Whitney U Testi

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre KYA puan ortalamaları Tablo 4.16’da gösterilmiştir. Diğer iki ölçeğin aksine KYA puanının artması, yeti yitimi yaşama durumunun arttığını göstermektedir. Yaş grupları ile KYA’dan alınan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır ($p < 0.001$). Anlamlılık 80 ve üstü yaş grubundaki bireylerden kaynaklanmaktadır. Kadınların KYA puan ortancası erkeklerden yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Eğitim durumu ile KYA’dan alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.001$). Eğitim durumlarında en yüksek puan ortancası okuryazar olmayan bireylerin puanıdır ve anlamlılık, en düşük ile en yüksek eğitim durumundan kaynaklanmaktadır. Medeni durum ile KYA puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Dul/bekâr olanların KYA puan ortancası evli olanlara göre daha yüksektir. Bireylerin birlikte yaşadıkları bireyler ile KYA puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Anlamlılık sadece çocukları ile yaşayan bireylerden kaynaklanmaktadır.

Bireylerin çalışma, kişisel bakımlarını yaparken birine ihtiyaç duyma ve bakımlarını üstlenen biri olma durumları ile KYA puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KYA Puan Ortancaları

Tanıtıcı Özellikler	KYA Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z)	p
Yaş Grupları			
65-69 yaş	9.0 (0-22)	KW= 22.873	< 0.001
70-74 yaş	10.0 (1-22)		
75-79 yaş	10.0 (5-22)		
80 ve üstü yaş	14.0 (2-22)		
Cinsiyet			
Kadın	12.0 (1-22)	z= -3.431	< 0.001
Erkek	9.0 (0-22)		
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	13.0 (1-22)	KW= 27.545	< 0.001
Okuryazar	12.0 (5-22)		
İlkokul mezunu	8.0 (2-21)		
Ortaokul mezunu ve üzeri	8.0 (0-15)		
Medeni Durum			
Evli	9.0 (0-22)	z= -3.702	< 0.001
Dul/ Bekâr	13.0 (1-22)		
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	11.0 (0-22)	z= -0.024	= 0.981
Çalışıyor	9.0 (5-22)		
Kiminle Yaşadığı			
Sadece eşi ile	10.0 (3-22)	KW= 13.627	< 0.003
Sadece çocukları ile	13.0 (1-22)		
Yalnız	11.0 (3-22)		
Eşi ve Çocukları ile	10.0 (0-22)		
Kişisel Bakımını Yaparken Birine İhtiyaç Duyma			
Evet	13.0 (5-22)	KW= 5.443	= 0.066
Kısmen	10.0 (4-22)		
Hayır	9.0 (0-22)		
Bakımını Üstlenen Biri			
Var	9.5 (6-16)	z= -1.487	= 0.137
Yok	12.0 (4-22)		

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi

z= Mann Whitney U Testi

Kronik hastalık sahibi olma ile KYA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Kronik hastalık/ları olan bireylerin KYA puan ortancası, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksektir. Yaşlıların hastalık/ları ile ilgili bilgi sahibi olma ve ameliyat olma durumları ile KYA'dan alınan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Bireylerin Sahip Olduğu Kronik Hastalık/larına İlişkin Özellikleri ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre KYA Puan Ortancaları

Kronik Hastalık Varlığı	KYA Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z)	p
Var Yok	11.5 (0-22) 7.0 (2-15)	$z = -3.808$	< 0.001
Hastalıkla İlgili Bilgiye Sahip Olma Evet Hayır	11.0 (0-22) 12.0 (3-22)	$z = -0.244$	$= 0.807$
Ameliyat Olma Durumu Evet Hayır	12.0 (1-22) 10.0 (0-22)	$z = -1.192$	$= 0.233$

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi
z= Mann Whitney U Testi

Bireylerin hastalık/larına yönelik uygulaması gereken diyeti olma ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyma durumları ile KYA puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaşlıların ilaç kullanma durumu ile KYA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.001$). İlaç kullanan bireylerin KYA puan ortancası kullanmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Bireylerin Hastalık/larına Yönelik Uygulaması Gereken Diyet, İlaç/lar ve Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre KYA Puan Ortancaları

Diyet Varlığı	KYA Puan Ortancaları (min-max)	Test (KW/z) <i>p</i>
Var	11.0 (0-22)	
Yok	10.0 (2-22)	$z = -1.507$ $= 0.132$
İlaç/lar		
Kullanıyor	12.0 (1-22)	$z = -3.490$ < 0.001
Kullanmıyor	8.0 (0-16)	
Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu		
Evet	10.0 (0-22)	$KW = 1.096$ $= 0.578$
Kısmen	12.0 (3-19)	
Hayır	10.5 (1-22)	

KW= Kruskal Wallis Varyans Analizi
 z = Mann Whitney U Testi

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus hızla artmaktadır (23). Yaşlılık dönemi; kronik hastalıkların, fiziksel yetersizliğin, aktivitelerde bağımlılığın ve bakım gereksinimlerinin arttığı bir dönemdir. Dolayısıyla bu dönem, bakımın önem kazandığı bir yaşam dönemidir (67). Yaşlı bireyin bakım gereksinimlerinin ortaya çıkarılmasında önemli bir gösterge olan fonksiyonel yeterlilik; GYA’nın, EGYA’nın ve yeti yitimlerinin belirlenmesi ile saptanabilmektedir. Yaşlı bireyin fonksiyonel yeterliliği ve bağımsızlığı, onun düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması ile yakından ilişkilidir (16). Bu araştırmada sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede, evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri ve bu gereksinimleri etkileyen faktörler incelenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre yaşlıların çoğunluğu GYA’da bağımsızdır (Tablo 4.6). Ülkemizde yapılan pek çok çalışmada yaşlıların %60’tan fazlasının GYA’da bağımsız oldukları saptanmıştır (14,34,36,40,42,44). Benzer şekilde İsveç’te yapılan bir çalışmada yaşlıların çoğunlukla GYA’da bağımsız olduğu belirlenmiştir (68). Bu araştırma bulgularında olduğu gibi, sözü edilen çalışmaların kapsamına alınan yaşlılar çoğunlukla erken yaşlılık dönemindedirler. Yaşlıların GYA’da bağımsız olmalarının nedeni, bu yaştaki bireylerin yaşlılığın erken döneminde olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan birçok çalışmada bu araştırma bulgusuyla benzer şekilde yaşlılarda en bağımlı olunan GYA’nın banyo yapma olduğu ve giyinme aktivitesinin de en bağımlı olunan ilk üç aktivite içinde yer aldığı saptanmıştır (14,35,39,40,45,52,67,69). Bazı çalışmalarda ise yaşlıların en çok kontinans aktivitesinde bağımlı oldukları belirlenmiştir (36,50). Pek çok çalışmada da yine araştırma bulgularıyla benzer şekilde,

yaşlıların en az hareket etme ve beslenme aktivitelerinde bağımlı oldukları saptanmıştır (35,43,50-52). Araştırma bulgularından farklı olarak birçok çalışmada yaşlıların en çok hareket aktivitesinde bağımlı oldukları belirlenmiştir (39,40,44-46). Sözü edilen çalışmalarda yaşlıların görme ve işitme sorunu yaşadıkları, mobilitayı etkileyecek kas iskelet sistemi hastalıklarının, beslenmeyi etkileyecek çiğneme ve hazımsızlık sorunlarının olması sonucu etkiliyor olabilir. Bu doğrultuda sözü edilen çalışmalarla bu araştırma arasındaki farklılığın, bahsedilen bulgulardan kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırma bulgularına göre yaşlıların yarıdan fazlası EGYA'da bağımsızdır (Tablo 4.6). Araştırma bulgusuyla benzer şekilde, Aydın ve arkadaşlarının (39) çalışmasında yaşlıların %64.1'i, Şahbaz ve Tel'in (40) çalışmasında ise %66.3'ü EGYA'da bağımsızdır. Bu araştırma bulgularıyla benzer şekilde yapılan birçok çalışmada yaşlıların EGYA'da ev işi yapma, yemek hazırlama ve alışveriş yapma gibi aktivitelerde bağımlı oldukları saptanmıştır (35,39,70). Turhanoğlu ve arkadaşlarının (43) çalışmasında yaşlıların en çok yemek hazırlama aktivitesinde bağımlı olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusuyla benzer şekilde Kesioğlu ve arkadaşları (35) çalışmasında yaşlıların en az ilaç kullanma aktivitesinde bağımlı olduklarını saptamıştır.

Araştırma bulgularına göre yaşlıların yaklaşık yarısı, ağır yeti yitimine sahiptir (Tablo 4.9). Bu araştırma bulgularıyla benzer şekilde Solmaz ve Akın (13) çalışmasında yaşlıların %65.2'sinde ağır yeti yitimi olduğunu saptamıştır. Akın ve Emiroğlu da (59) çalışmasında yaşlıların %29.4'ünün ağır düzeyde yeti yitimi yaşadığını saptamıştır. Bu araştırma bulgularıyla benzer şekilde, sözü edilen çalışmada (59) yaşlıların son bir ay içerisinde günlük işlerini ortalama 5.8 ± 9.7 gün aksattıkları, 2.3 ± 5.7 günlerini de hastalık ya da yaralanma nedeniyle yatakta geçirdikleri, Solmaz ve Akın'ın (13) çalışmasında ise yaşlıların günlük işlerini ortalama 10.6 ± 4.4 gün aksattıkları, 6.5 ± 4.1 günlerini de hastalık ya da yaralanma nedeniyle yatakta geçirdikleri belirlenmiştir. Buna göre yaşlıların yeti yitimlerinin olmasının, onların gün içinde ayakta olmalarını ve işlerini yapmalarını engellediği söylenebilir.

Akın'ın bildirdiğine göre, Rozzini ve arkadaşları GYA ve EGYA ölçümlerinin, ciddi ve yaşamsal yeti yitimlerini saptayabildiğini söylemiştir (19). GYA, EGYA ve yeti yitimleri arasındaki bu paralellik, araştırma bulgularına da yansımıştır. Yaşlıların birtakım tanıtıcı özellikleri, onların GYA ve EGYA'daki bağımlılık durumlarını etkilediği gibi yeti yitimi yaşama durumlarını da etkilemektedir.

Araştırma bulgularına göre yaşlılar çoğunlukla 65-69 yaş grubundadır (Tablo 4.1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008 verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfusun çoğunluğu 65-69 yaş grubundadır (71). Buna göre ülkemizdeki yaşlı nüfus ile birlikte araştırma kapsamındaki yaşlıların, 65 ve üzeri yaş olarak tanımlanan yaşlılık döneminin henüz başında oldukları söylenebilir. Yine bu araştırma bulgusuyla benzer olarak ülkemizde yapılan çalışmalarda; yaşlıların %57.1-80.8 düzeyinde kadın olduğu saptanmıştır (15,39,72,73,74). ABD’de yapılan bir çalışmada da yaşlıların %74.6’sının kadın olduğu belirlenmiştir (75). Kadınların doğuştan beklenen yaşam süresinin daha uzun olması nedeniyle yaşlı nüfus içindeki kadın oranının daha fazla olduğu düşünülebilir (76). Bu araştırma bulguları ile benzer şekilde; ülkemizde ve ABD’de yapılan çalışmalarda ileri yaşta olmanın GYA’da ve EGYA’da bağımlılığı ve yeti yitimi yaşama durumunu arttırdığı saptanmıştır (14,15,34-36,40,43,45,75,77,78). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, araştırma bulgularıyla benzer şekilde, kadınların GYA’da ve EGYA’da erkeklere göre daha bağımlı olduğu ve daha çok yeti yitimi yaşadığı saptanmıştır (12,14,34-36,40,77,78). Buna göre ileri yaşta ve kadın olmanın, GYA, EGYA’da bağımlılık ve yeti yitimi yaşama durumu açısından risk faktörü olduğu söylenebilir.

Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yaşamak, yaşlı bireyin sağlığı için önemli bir risk faktörüdür. Bu bireyler hastalıklara, yetersiz beslenmeye, kazalara, hijyenik olmayan yaşam koşullarında yaşamaya yatkındırlar ve yetersiz tıbbi bakım alırlar. Sosyoekonomik düzey; eğitim ile ölçülen sosyal statü ve mesleki konum ile ölçülen iş statüsü ile belirlenir (9,31). Araştırma bulgusuyla benzer olarak yapılan çalışmalarda yaşlıların çoğunlukla herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır (15,51). Araştırma bulgularına göre bireylerden herhangi bir işte çalışmayanlar; GYA ve EGYA’da en düşük, KYA’da en yüksek ortancaya sahiptir (Tablo 4.10), (Tablo 4.13), (Tablo 4.16). Araştırmanın bulgusuyla benzer olarak ülkemizde yapılan birçok çalışmada yaşlıların %50’sinden fazlasının okuryazar olmadığı saptanmıştır (35,43,50,73). Ülkemizde kadınlar erkeklere göre daha az temel eğitim almaktadır (76). Buna göre yaşlıların eğitim düzeylerinin düşük olmasına yaşlı nüfus içindeki kadın çoğunluğun neden olduğu söylenebilir. Bu araştırma bulguları ile benzer şekilde iş ve eğitim düzeyinin düşük olması, bireylerin GYA ve EGYA’da daha bağımlı olmasına ve daha çok yeti yitimi yaşamasına neden olmaktadır (13-15,79). ABD’de yapılan bir çalışmada Afrikalı Amerikan yaşlıların sosyal, ekonomik ve politik yoksunluklarının, onların yüzyıllardır

kötü sağlık durumuna sahip olmasına neden olduğu ve bu bireylerde kronik hastalıkların yaşanma durumunun, yeti yitimlerinin ve bu hastalıklardan ölme sıklığının diğer bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (80).

Bu araştırmanın bulgusuyla benzer şekilde; yapılan çalışmalarda yaşlıların %54-68 düzeyinde evli, %31-44 düzeyinde dul/bekâr olduğu saptanmıştır (68,72,73,81). Yapılan çalışmalarda bu araştırmanın bulgusuyla benzer şekilde dul/bekâr yaşlıların, evlilere göre GYA'da ve EGYA'da daha bağımlı oldukları belirlenmiştir (13,14,36). Yine bu araştırmanın bulgularıyla benzer olarak Akın ve Emiroğlu (59), Solmaz ve Akın (13), Çalıştır ve arkadaşları (12) ve Ayrancı ve arkadaşları (82) çalışmalarında yaşlıların en çok eşleri ya da çocukları ile yaşadıklarını belirlemiştir. Buna göre yaşlıların çoğunlukla aile ortamında yaşadıkları ve yalnız olmadıkları söylenebilir. Araştırmanın bulgularıyla benzer olarak Akın ve Emiroğlu'nun (59) çalışmasında yaşlıların %95.1'inin bakımını aile üyelerinden biri üstlenmektedir. İsviçre'de yapılan bir çalışmada (83) yaşlıların yalnızca %65'inin bakımını aile üyeleri üstlendiği belirlenmiştir. Sözü edilen bulgunun daha düşük olması, kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda çocukları ile yaşayan bireylerin GYA'da ve EGYA'da bağımlı olduğu belirlenmiştir (14,15). Bununla birlikte Solmaz ve Akın (13), yaşlılarda yalnız yaşamının EGYA'da bağımlılığı arttırdığını belirlemiştir. Bu farklılığın, yaşlı bireyin GYA ve EGYA'daki bağımlılığının, kimlerle yaşadığından çok bireylerle kurduğu sosyal ilişkiden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma bulgularına göre bakıma ihtiyaç duyduğunu ifade eden bireylerin, GYA'da ve EGYA'da diğer bireylere göre daha bağımlı olduğu ve daha çok yeti yitimi yaşadığı söylenebilir.

Araştırma bulgularıyla benzer olarak yapılan çalışmalarda yaşlıların %66.5-100 arasında değişen düzeylerde en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (15,35,44,52,81,82,84-86). Araştırma bulgusuyla benzer şekilde; yapılan çalışmalara göre kardiyovasküler sistem hastalıkları, yaşlılarda en çok görülen hastalık grubudur (35,39,46,50,51,72,76,83,85-87). Bu araştırma bulgusuyla benzer şekilde yapılan çalışmalarda kronik hastalık sahibi olmanın, GYA'da ve EGYA'da bağımlılığı arttırdığı belirlenmiştir (15,36,38,45). Yaşlıların hastalık/ları ile ilgili bilgi sahibi olmalarının, onların GYA'da ve EGYA'da daha bağımsız olmalarını ve daha az yeti yitimi yaşamalarını sağladığı söylenebilir. Bu durum hastalık/larının farkında olmanın ve hastalık/larını yönetmeyi öğrenmenin bireyi daha bağımsız kıldığını düşündürmektedir.

Her türlü ameliyat, bireyi pek çok konuda olumsuz etkilemektedir. Araştırma sonuçlarına göre yaşlıların ameliyat olma durumları ile GYA, EGYA ve KYA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11), (Tablo 4.14), (Tablo 4.17). Bu durumun nedeni; bu çalışmada yaşlıların ameliyat/larını ne zaman olduğunun sorgulanmaması olabilir. Yakın zamanda yaşanan herhangi bir ameliyat, bireyin GYA, EGYA'larını ve yeti yitimlerini daha yakından etkiler.

Diyete uymama kronik hastalık komplikasyonlarının yaşanmasına ve yeti yitimlerine neden olabilmektedir (77,88). Araştırma kapsamına alınan yaşlılar her ne kadar diyet hakkında bilgi aldıklarını ifade etseler de diyetle uyma durumunun yetersiz olması, yaşlıların diyetle uymanın önemi hakkında bilinçli olmadıklarını düşündürmüştür. Yaşlıların çoğunluğu ilaç kullanımı konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiş olsa da ilaç kullanmama nedenlerine bakıldığında çoğunlukla ilaç kullanmak istemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Bu durum, yaşlıların ilaç kullanmanın önemi konusunda bilinç kazanmadıklarını düşündürmüştür. Ayrıca araştırma bulgularına göre yaşlıların hastalık, diyet ve ilaçları hakkında bilgi almalarının sağlanmasında hemşirelerin; eğitici ve danışmanlık rolünü tam olarak yerine getiremediği söylenebilir. Sürekli ilaç/lar kullanan ve diyeti olan yaşlılar sürekli ilaç/lar kullanmayan ve diyeti olmayanlara göre GYA'da daha bağımlıdır (Tablo 4.12). Araştırma bulgusuyla benzer olarak Dişçigil ve arkadaşlarının (52) çalışmasında ilaç kullanma durumunun yaşlıların GYA'da bağımlılığını arttırdığını saptamıştır. Kronik hastalık sahibi olma nedeniyle ilaç kullanıldığı düşünüldüğünde, bu durumun sahip olunan kronik hastalığa bağlı olduğu söylenebilir. İlaç kullanan yaşlıların kullanmayanlara göre EGYA'da daha bağımlı olduğu ve daha çok yeti yitimi yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.15), (Tablo 4.18). Bu araştırma bulgusuyla benzer olarak, Şahbaz ve Tel (40) sürekli ilaç kullanmanın yaşlıların EGYA'da bağımlılığını arttırdığını belirlemiştir. Yaşlı bireylerde ilaçlar; en çok depresyon, demans, deliryum, anksiyete gibi ruhsal yan etkilere sebep olmaktadır (89). Bu ruhsal bozukluklar; bireylerin telefon kullanma, ulaşım araçlarına binme, alışveriş yapma, yemek hazırlama gibi EGYA'larını olumsuz etkileyebilir. Yaşlıların diyetle sahip olmaları ile EGYA'da bağımlı olma durumları ve yeti yitimi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak diyeti olduğunu ifade eden yaşlıların en düşük EGYA puanına ve en yüksek KYA puanına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.15), (Tablo 4.18). Diyet varlığı söz konusu olduğunda birey, belli şeyleri yeme ya da yememe, bu yiyecekleri seçme,

pişirme, hazırlama konularında bağımlı hale gelebilir. Buna göre diyetle sahip olmanın GYA ve EGYA'da bağımlılığı ve yeti yitimi yaşama durumunu arttırabileceği söylenebilir.

Bireylerin % 73.6'sı sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu, %90.9'u ise sağlık hizmeti almak için devlet hastanesine başvurduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.5). Araştırma bulgularıyla benzer olarak Bilir ve arkadaşları (90) 2002 yılında yaptıkları çalışmalarında yaşlıların sağlık hizmeti alma konusunda en fazla (%45) devlet hastanesini tercih ettiklerini belirlemiştir. Bununla birlikte Eğri ve arkadaşları (42), 1997 yılında yaptıkları çalışmada yaşlıların en fazla (%35.9) sağlık ocağına başvurduğunu saptamıştır. Eğri ve arkadaşlarının (42) çalışmasındaki yaşlı bireyler, sağlık ocağında verilen hizmetin ücretsiz ve sağlık ocağına ulaşımın kolay olması nedeniyle sağlık ocağına başvurdıklarını belirtmişlerdir. Araştırmanın yapıldığı zaman itibariyle sağlık ocağı yerine Aile Sağlığı Merkezlerinin hizmet veriyor olması, yaşlı nüfusu aile hekimliklerine değil de devlet hastanesine yönlendiriyor olabilir. Araştırma kapsamındaki yaşlıların sağlık hizmetine ihtiyaç duyma durumları ile GYA'da ve EGYA'da bağımlı olma ve yeti yitimi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte sağlık hizmetine kısmen ihtiyaç duyduğunu ifade eden yaşlıların GYA ve EGYA'da en düşük, KYA'da en yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.12), (Tablo 4.15), (Tablo 4.18). Buna göre aktivitelerde bağımlı olmanın ve yeti yitimine sahip olmanın sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı arttırdığı söylenebilir.

Araştırmanın sonucunda;

1. Bireylerin yaşı ilerledikçe GYA ve EGYA'daki bağımlılığın ve yeti yitimlerinin arttığı,
2. Yaşlıların çoğunlukla kadın olduğu ve kadın olmanın hem GYA ve EGYA'da bağımlılık hem de yeti yitimi yaşama durumu açısından bir risk faktörü olduğu,
3. Eğitim düzeyinin düşük olmasının, dul/bekar olmanın, sadece çocukları ile yaşamanın GYA ve EGYA'daki bağımlılığı ve yeti yitimlerini arttırdığı,
4. Yaşlıların çoğunlukla kronik hastalık/larının olduğu ve kronik hastalık sahibi olmanın hem GYA ve EGYA'da bağımlılık hem de yeti yitimi yaşama durumu açısından risk oluşturduğu,

5. Yaşlıların hastalık, diyet ve ilaç konusunda çoğunlukla bilgi sahibi oldukları ancak ilaç kullanmada ve diyet uymada sorun yaşadıkları,
6. Yaşlıların hastalık, diyet ve ilaç kullanımına ilişkin eğitim gereksinimlerinin karşılanması konusunda hemşirelerin çok az rol aldığı,
7. Yaşlıların GYA'dan en çok banyo yapma, EGYA'dan ise en çok çamaşır yıkama aktivitelerinde bağımlı oldukları ve çoğunun (%40.5) ağır yeti yitimine sahip olduğu ve tüm bu olguların birbirinin etkisini ağırlaştırabileceği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Yaşlıların sosyoekonomik özelliklerini ve bu durumun sağlıkları üzerine etkisini belirleyen çalışmaların yapılması,
2. Yaşlı bireylere kronik hastalık yönetimini içeren eğitimlerin verilmesi,
3. Yaşlı bakımında hemşirelerin daha etkin rol almalarını sağlayacak çalışmaların yapılması,
4. Yaşlılarla ilgili olarak evde bakıma yönelik çalışmaların yapılması,
5. Yaşlıların bağımlı oldukları durumların çözümü için sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapılacak çalışmaların planlanması önerilir.

6. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2010). World Health Statistics. Erişim: [www. int/ whosis/whostat/EN_ WHS10_ full.pdf], (10.01.2011).
2. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları (2. baskı), 1. cilt, Güneş Kitabevi, Ankara, 2005: 215-231
3. World Health Organization (1999). International Classification of Functioning and Disability Geneva. Erişim: [http://www.who.int/icidh], (10.01.2011).
4. Aksoydan E. Are developing countries ready for ageing populations? An examination on the socio-demographic, economic and health status of elderly in Turkey. Turkish Journal of Geriatrics 2009; 12: 102-109.
5. Türkiye İstatistik Kurumu (2010). Nüfus İstatistikleri ve Projeksiyonlar. Erişim: [www.tüik.gov.tr], (11.01.2011)
6. Clemen SS, McGuire SL, Eigsti DG. Comprehensive Community Health Nursing, Family, Aggregate, Community Practice. Mosby Elseiver, Amerika Birleşik Devletleri, 2002: 109-670
7. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (2. baskı), Sistem Ofset, Ankara, 2005: 165-187
8. Gökçe KY (Ed). Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007: 3-1259
9. Adler NE, Boyce T, Chesney MA et. al. Socioeconomic status and health the challenge of the gradient. American Psychologist 1994; 49: 15-24.
10. Dedeoğlu N. Sağlık ve yoksulluk. Toplum ve Hekim 2004; 19: 51-53.
11. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population- Centered Health Care in the Community. Mosby Elseiver, Kanada, 2008: 665-749

12. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9: 30-33.
13. Solmaz T, Akın B. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009; 12: 72-81.
14. Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi* 2008; 11: 33-39.
15. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9: 34-40.
16. Torres AH, Hilleras PK, Winblad B. Disability in activities of daily living among the elderly. *Current Opinion in Psychiatry* 2001; 14: 355-359.
17. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (1. baskı), Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 2010: 113-123
18. World Health Organization (1999). ICIDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Erişim: [<http://www.who.int/icidh>], (12.02.2011).
19. Akın B. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yeti Yitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002: 20-75.
20. Birol L. Hemşirelik Süreci (7. baskı), Etki Matbaacılık, İzmir, 2005; 15
21. World Health Organization, “International Programme on Chemical Safety Environmental Health Criteria Principles of Evaluating Chemical Effect on the Aged Population”, WHO 144, Geneva, 1993: 32-63.
22. Kutsal YG (Edt). Geriatri 2002, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002: 16-252
23. World Health Organization (2000). Health Systems: Improving Performance. Erişim: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf], (10.01.2011).
24. Amuk T, Oğuzhanoglu NK. Yaşlanma ve depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 113-121.
25. Cangöz B. Yaşlılık: Sadece kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? *Türk Geriatri Dergisi* 2008; 11: 143-150.
26. Emiroğlu V. Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu, Başkent Yayınevi, Ankara, 1989: 9-47

27. Doğan O, Kocacık F. Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 109-120.
28. Man F, Balci A. Postmodern dönemde modern bir pratik olarak sağlık. Erişim: [<http://www.uli.sakarya.edu.tr/ali/manbalci.pdf>], (13.03.2011).
29. Cowdry E.V. The Care of the Geriatric Patient (Third Edition), Mosby Elseiver, Saint Louis, 1968; 8-12
30. Danış MZ. Yaşlılık Yoksulluk Yalnızlık. Erişim: [www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut.shtml], (20.03.2011).
31. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. Health Affairs 2002; 21: 60-76.
32. Ay AF. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (2. baskı), Ay AF. (Edt), Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008: 20-25
33. Aştı TA, Karadağ A. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri (1. baskı), Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 2011: 60
34. Çivi S, Tanrikulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3: 85-90.
35. Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi 1 nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6: 27-30.
36. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7: 199-205.
37. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar (1. baskı), Alaş Ofset, İstanbul, 1999: 180-186
38. Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 2008; 11: 33-39.
39. Aydın DZ, Ersoy Hİ, Baştürk A, ve ark. Toplumda yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve ilişkili faktörler. Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 2009; 2: 9-18.

40. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9: 85-93.
41. Babadağ K, Aştı TA. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi (1. baskı), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008: 200
42. Eğri M, Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt ilçesindeki yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1997; 4: 418-423.
43. Turhanoğlu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürllülük ve kronik hastalık sıklığı. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3: 146-150.
44. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31: 367-373.
45. Açıksöz S, Uzun Ş. Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi 2007; 11: 8-16.
46. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2001; 4: 106-112.
47. Akan N. Kadın Sağlığı (1.baskı), In: Yaşlılık Senium, Şirin A (Edt), Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008: 264
48. Kaymak O, Şimşek Y. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi (1. baskı), Tusem Tıbbi Yayıncılık, Ankara, 2007: 82
49. Çakırcalı E. Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar (2. baskı), İzmir, 1998: 177-180
50. Ergün ÖG, Bozdemir N, Uğuz Ş, ve ark. Adana huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6: 89-94.
51. Akgün SH, Bakar C, Budakoğlu İ. Başkent Üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durumlarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7: 133-138.
52. Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9: 117-121.

53. International Council of Nursing (2004). Nurses: Working with the poor; against poverty, Information and Action Tool Kit Papers. Erişim: [<http://www.icn.ch/>], (23.02.2011).
54. Koştı N. Yoksulluk, sağlık ve hemşirelik. Sağlık ve Toplum Dergisi 2005; 2: 11-18.
55. Kırşehir halk sağlığı laboratuvarı, (01. 09. 2010).
56. Kırşehir il sağlık müdürlüğü, (01. 09. 2010).
57. Sümbüloğlu S, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Alp Ofset, Ankara, 2009; 265
58. Karataş N. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Yöntemleri (3. baskı), Erefe İ. (Edt), Odak Ofset, Ankara, 2004: 133
59. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6: 59-67.
60. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 227-239.
61. Katz S, Ford, AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA 1963; 185: 914-919.
62. Yardımcı AE. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul 1995: 40
63. Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2006: 59
64. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist 1969; 9: 179-186.
65. Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1995; 6: 169-179.
66. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi II Çok Değişkenli Analizler (5. baskı), Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2004; 673
67. Kaya E, Özbek S, Tekin A, Ergin S, Yaman A. KOAH'lı yaşlı hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2010; 13: 111- 116.
68. Sonn U. Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. Scand Journal of Rehabilitation Medicine Supplement 1996; 34: 1-35.

69. Mas GN, Acımış MN, Yazıcı AC, Göçmen L. Evde yaşayan yaşlıların anatomik ve yaşamsal fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi 2010; 2: 3-6.
70. Açıık Y, Polat A, Ozan T, Oęüzöncül F, Güngör Y. Yenimahalle eğitim araştırma sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlıların mediko sosyal sorunları ve yardıma gereksinimleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi 2003; 28: 21-31.
71. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ön Rapor”, TÜBİTAK, Ankara, 2008: 6-9
72. Baran GA, Kalınkara V, Aral N, ve ark. Farklı sosyoekonomik düzeydeki yaşlıların günlük yaşamdan tatmin düzeyleri: Ankara kentsel kesit örneği. Turkish Journal of Geriatrics 2007; 10: 10-18.
73. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, ve ark. Ankara Gülveren sağlık ocağı bölgesi Anadolu Mahallesi’nde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6: 22-26.
74. Balcı DB, Yener G, Angın S. The relationship between physical performance, cognition and depression in Alzheimer type of dementia. Journal of Neurological Sciences 2011; 28: 51-57.
75. Boyle PA, Bunchman SA, Bennett DA. Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability among community- dwelling older persons. American Journal Geriatric Psychiatry 2010; 18: 1093-1102.
76. Türkiye İstatistik Kurumu (2009), “İstatistiklerle Türkiye”, TÜİK 3352, 2009: 24.
77. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, ve ark. Yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir. Sted 2006; 15: 199-201.
78. Çuhadar D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Bilişsel İşlevler ve Günlük Yaşam Aktivitesi Düzeyi. Yüksek lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2005: 52-53.
79. Gerson LD, Dorsey C, Berg J, Rose LE. Enhancing self-care in community dwelling older adults. Geriatric Nursing 2004; 25: 272-276.
80. Fiscella K, Williams DR. Health disparities based on socioeconomic inequities: Implications for urban health care. Academic Medicine 2004; 79: 1139-1147.

81. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu AS, ve ark. Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11: 12-17.
82. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. Sted 2005; 14: 113-119.
83. Jakobsson U, Hallberg RI, Westergren A. Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help daily living. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing 2007; 16: 95-104.
84. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısı, sağlık durumu ve yeti yitimi ilişkisi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9: 170-176.
85. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5: 138-143.
86. Ünsal A, Demir G. The prevalence of chronic disease and drug use in the elderly in central Kırşehir. Türk Geriatri Dergisi 2010; 13: 244-251.
87. Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ. Hemşireler için geliştirilen yaşlı değerlendirme formu ve geriatrik sorunlar. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8: 94-100.
88. Mete EH. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008; 11: 3-18.
89. Kutsal YG. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 2006; Özel Sayı: 37-44.
90. Bilir N, Aslan D, Güngör N, ve ark. Ankara’da Altındağ sağlık ocağı bölgesi mahallesinde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5: 97-102.

EKLER

EK 1

ANKET FORMU

1) Yaşınız kaçtır?

- 1) 65-69 2) 70-74 3) 75-79 4) 80 ve üstü

2) Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Kadın 2) Erkek

3) Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu ve üzeri

4) Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Dul/ Bekâr

5) Mesleğiniz nedir?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

6) Kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız 2) Sadece eşi ile 3) Eşi ve Çocukları ile 4) Sadece çocukları ile

7) Kişisel bakımınızı (tuvalet, giyinme, beslenme, banyo, hareket etme) yaparken birine ihtiyaç duyuyor musunuz?

- 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır (11.soruya geçiniz)

8) Bakımınızı üstlenen biri var mı?

- 1) Var 2) Yok (12. soruya geçiniz)

9) Bakımınızla kim/ler üstlenmektedir?

- 1) Bakıcı
2) Aile üyeleri (kızı/oğlu, eşi, gelini/damadı, torunu)
3) Komsusu
4) Akrabası

10) Kronik hastalığınız/larınız var mı?

1) Var (Açıklayınız) 2) Yok (15. soruya geçiniz)

11) Hastalık/larınızla ilgili yeterli derecede bilgiye sahip misiniz?

1) Evet 2) Hayır (15. soruya geçiniz)

12) Bu bilgiyi kimden/nereden aldınız? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

1) Doktordan 2) Hemşireden 3) Eczacıdan
4) Aynı hastalığa sahip olanlardan

13) Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

1) Evet (Açıklayınız) 2) Hayır

14) Hastalık/larınıza yönelik uygulamanız gereken diyetiniz var mı?

1) Var 2) Yok (20. soruya geçiniz)

15) Diyetinize uyuyor musunuz?

1) Evet (19. soruya geçiniz) 2) Bazen 3) Hayır

16) Diyetinize uymama/bazen uyma nedeniniz/leriniz nedir?

(Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

1) Unutuyorum 2) Uymak istemiyorum 3) Önemsemiyorum
4) Nasıl bir diyet uygulayacağımı bilmiyorum (20.soruya geçiniz)

17) Diyetinizle ilgili bilgiyi kimden/nereden aldınız? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

1) Doktordan 2) Hemşireden 3) Aynı hastalığa sahip olanlardan
6) Radyodan/İnternetten/Televizyon/Gazetelerden/Kitaptan

18) Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlarınız var mı?

1) Var 2) Yok (25. soruya geçiniz)

19) İlacınızı/larınızı nasıl kullanacağınıza ilişkin yeterli bilgiye sahip misiniz?

1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır (24. soruya geçiniz)

20) İlaçlarınızın kullanımı ile ilgili bilgiyi kimden/nereden aldınız? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

- 1) Doktordan 2) Hemşireden 3) Eczacıdan
4) Radyodan/İnternette/Televizyondan/Gazetelerden/Kitaptan

21) İlacınızı/ilaçlarınızı doğru ve düzenli bir şekilde kullanıyor musunuz?

- 1) Evet (24. soruya geçiniz) 2) Bazen 3) Hayır

22) İlacınızı/ilaçlarınızı doğru ve düzenli bir şekilde kullanmama/bazen kullanma nedeniniz/leriniz nedir? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

- 1) Unutuyorum 2) Kullanmak istemiyorum
3) Nasıl kullanacağımı bilmiyorum
4) Diğer ise belirtiniz

23) Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır

24) Sağlık hizmeti almak için nereye/nerelere başvuruyorsunuz?(Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

- 1) Üniversite Hastanesi 2) Devlet hastanesi 3) Aile Sağlığı Merkezi
4) Özel hastane 5) Özel poliklinik/tıp merkezi

EK 2

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA) INDEKSİ

Aşağıdaki günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını uygun şekilde işaretleyiniz.

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	PUAN
I-BANYO	
a) Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme	3
b) Hiç yardıma ihtiyacı yok	3
c) Sadece vücudun bir kısmını temizlemede yardım gerekli	2
d) Vücudun birden fazla kısmını yıkamada yardım gerekli	2
e) Hiç banyo yapamıyor	1
II- GİYİNME	
a) Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak giyiyor	3
b) Kıyafetini alıp yardımsız giyinebiliyor	3
c) Kıyafetini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli	2
d) Kıyafetlerini alıp giyinmede yardım gerekiyor veya kısmen/tamamen giyinmemiş kalıyor	1
III- TUVALET	
a) Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve kıyafetlerini hazırlayabiliyor	3
b) Destek için baston, sandalye kullanıyor	3
c) Tuvalete gitmede, temizlenme ve kıyafetlerini hazırlamada yardım gerekiyor	2
d) Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor	1
IV- HAREKET	
a) Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor	3
b) Destek için baston yürüme aracı kullanabilir	3
c) Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor	2
d) Yataktan çıkamıyor	1

V- KONTİNANS	
a) İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor	3
b) Ara sıra kaçırma oluyor	2
c) İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edemiyor	1
VI- BESLENME	
a) Yardımsız kendisi besleniyor	3
b) Kendisi beslenebiliyor etleri kesme ve ekmekleri yağlamada yardım alıyor	2
c) Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple/IV besleniyor	1

EK 3

ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (EGYA) İNDEKSİ

Aşağıda verilen enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını uygun şekilde işaretleyiniz.

EGYA	BAĞIMSIZ	YARI BAĞIMLI	BAĞIMLI
Telefon kullanma	3	2	1
Ulaşım araçlarına binme	3	2	1
Alışveriş yapma	3	2	1
Yemek hazırlama	3	2	1
Ev işi yapma	3	2	1
Çamaşır yıkama	3	2	1
İlaçlarını kullanma	3	2	1
Para idaresi	3	2	1

EK 4

KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular sağlık sorunlarınızın günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilediğini öğrenmek için sorulmuştur. Lütfen soruları aşağıdaki şekilde yanıtlayınız. Lütfen her soru için yalnızca birini işaretleyiniz.

0 puan= Hayır, hiç

1 puan= Evet, bazen ya da biraz

2 puan= Evet, her zaman, oldukça

1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?

	0	1	2
a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler	()	()	()
b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler	()	()	()
c) Merdiven ya da yokuş çıkmak	()	()	()
d) Eğilmek, doğrulmak	()	()	()
e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km)	()	()	()
f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek	()	()	()

2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeniyle daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?

() () ()

3. Evde üzerinize düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu?

() () ()

4. Kişisel sorunlarınız nedeniyle çalışma isteğinizde azalma oldu mu?

() () ()

5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?

() () ()

6. Arkadaşlarınız, birlikte yaşadığınız kişiler ya da başkaları ile
İlişkileriniz bozuldu mu?

() () ()

7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?

..... gün

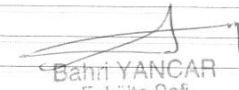
8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde toplam
kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?

..... gün

EK 5

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL ONAYI

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ ETİK BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU										
ETİK KURULUN ADI		: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Komisyonu								
AÇIK ADRES		: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ								
TELEFON		: 0 352 437 49 10 - 11								
FAKS		: 0 352 437 52 85								
E-POSTA		: byancar@erciyes.edu.tr								
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sosyoekonomik düzeyi düşük evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri							
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU									
	EUDRACT NUMARASI									
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI		Yard. Doç. Dr. Ayla Ünsal							
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Hemşirelik Esasları							
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI									
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI									
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu							
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ		Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu							
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI		Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Değerlendirme Komisyonu							
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ									
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ									
	UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI		UZMANLIK TEZİ		☒	AKADEMİK AMAÇLI				
	ARAŞTIRMA FAZİ VE TÜRÜ		FAZ 1							
			FAZ 2							
FAZ 3										
FAZ 4										
BE/BY										
DİĞER				Diğer ise belirtiniz						
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA				Belirtiniz						
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEKMERKEZ		☒	ÇOKMERKEZ		ULUSAL		ULUSLARARASI	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI		Tarihi		Versiyon Numarası		Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GONULLU OLUR FORMU						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐			
	OLGU RAPOR FORMU						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI		Açıklama							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ									
	SIGORTA									
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ									
	İLAN									
	YILLIK BİLDİRİM									
	SONUÇ RAPORU									
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ									
DİĞER										


Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2010/126	Karar Tarihi : 08.10.2010
	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.Ayla Ünsal'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibine ve dekanlık makamına arzına toplantıya katılan etik değerlendirme komisyonu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Kader Köse</i>
Prof. Dr. Halit MADENOĞLU	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Halit Madenoğlu</i>
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Olgun Kontaş</i>
Prof.Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Duran Arslan</i>
Doç. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rek. Cer.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>İrfan Özyazgan</i>
Doç. Dr. H.Basri ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>H.Basri Ulusoy</i>
Doç. Dr. Mehmet Güngör KAYA	Kardiyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Mehmet Güngör Kaya</i>
Öğr. Gör. Dr. Ferhan ELMALI	Tıp Bilgisi ve Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Ferhan Elmalı</i>
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Zübeyde Çelebi</i>
Ecz. Nuran YOZGAT	Eczacı	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H	<i>Nuran Yozgat</i>
Sevtap KOÇER	Sivil Toplum Tems.		E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	<i>Sevtap Koçer</i>

BAHRI YANCAR

Bahri YANCAR
Fakülte Şefi



TC
KIRŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: B.10.4.İSM.4.40.00.09.773/417
KONU: Yüksek Lisans Tezi Araştırması

14.09.2010

AMİRİ İTA MAKAMINA
KIRŞEHİR

İlimiz Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmakta olan Arş. Gör. Gizem Deniz Bulucu'nun Kırşehir İli Bağbaşı Mahallesinde "Sosyoekonomik düzeyi düşük evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri" konulu yüksek lisans tezi çalışmalarını Eylül 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında yürütmesi müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Uygun Görüşle Arz Ederim.
14/09/2010

Dr. Selçuk BÜYÜKLER
Sağlık Müdür Yardımcısı

Şenol SOYKAN
Eğitim Şb. Md.

O.L.U.R.
14/09/2010
Dr. Sadettin DOĞANGÜN
Sağlık Müdürü

EK 7

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Gönüllü;

Bu çalışma Bağbaşı mahallesindeki sosyoekonomik düzeyi düşük evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Veriler 25 soruluk “Anket formu”, 6 soruluk “Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği”, 8 soruluk “Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği” ve 8 soruluk “Kısa Yeti Yitimi Anketi” yardımıyla toplanacaktır. Veri toplama formlarına isim yazılması gerekmemektedir. Elde edilen veriler sadece Arş.Gör.Gizem Deniz BULUCU tarafından bilimsel amaçlı kullanılacak ve araştırma raporu dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın güvenilir olmasında etkili olacaktır.

GÖNÜLLÜ OLURU:

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya katılmayı baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla kabul ediyorum.

Gönüllü

Adı Soyadı:

İmza:

Bilgilendirmeyi Yapan

Adı Soyadı:

İmza:

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Gizem Deniz BULUCU

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 4 Kasım 1988, Kayseri

Medeni Durumu: Bekâr

Tel: +90 386 211 48 33

Fax: +90 386 211 48 11

email: gizemdenizbulucu@gmail.com

Yazışma Adresi: Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 40000
Merkez/KIRŞEHİR

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri	Devam ediyor
Lisans	Dumlupınar Üniversitesi SYO Hemşirelik Bölümü, Kütahya	2009
Lise	Şehit Yıldırım Yılmaz ÇPL, Yozgat	2005

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2009-....	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi

YABANCI DİL

İngilizce (ÜDS 63,75- 2009)

YAYINLAR

1. Ünsal A, **Bulucu GD**. Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Hasta Haklarına İlişkin Bilgileri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2011; 6(17): 27-40.

BİLDİRİLER

1. Ünsal A, **Bulucu GD**. Kırşehir Devlet Hastanesi Servislerinde Yatan Hastalar Sorumluluklarını ve Haklarını Biliyor mu? 9. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, 1-3 Nisan 2010 Fethiye.
2. Biçer S, Şahin F, Çakıl AN, Yıldırım T, **Bulucu GD** ” Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleri Esnasında Hemşirelik Mesleğine İlişkin Algıları” 9. Uluslararası Katılımlı & Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, 1-3 Nisan 2010 Fethiye. (poster)
2. Ünsal A, **Bulucu GD**, Bademci S, Ulutaş C, Kaya A. Öğrenci Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğinin Olumlu ve Olumsuz Yanlarına Yönelik Görüşleri, 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, 28-30 Nisan 2011 Gaziantep.
3. **Bulucu GD**, Ünsal A, Genç B, Taşcı E, Öksüzoğlu S, Öz E, Deliağ A. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Yaşayan Yaşlıların Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, 28-30 Nisan 2011 Gaziantep.
4. Çakıl Aymelek N, **Bulucu GD**, Alan H, Özcan M, Tayman S, Yazar Z, Yılmaz B. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadınların Çalışmasına İlişkin Görüşleri. 10. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, 28-30 Nisan 2011 Gaziantep.
5. **Bulucu GD**, Çakıl AN, Alan H, Yılmaz T, Kızıl A, Yazar Z, Öksüzoğlu A, İmrak M, Zincir S. Kadına Uygulanan Cinsel Şiddetin ve Kadınların Şiddet Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Sözel Bildiri, 22-25 Nisan 2011 Ankara.
6. Alan H, Çakıl AN, **Bulucu GD**, Yılmaz T. Gebelik Döneminde Uygulanan Eş Şiddetinin Değerlendirilmesi. 7. Ulusal Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi, Sözel Bildiri, 22-25 Nisan Ankara. (Sözel bildiride 2.’lik ödülü)

7. akıl AN, Alan H, **Bulucu GD**, Yılmaz T, Ünalrı C, Baytemir . 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Sosyal Desteğin Üreme Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaya Etkisi. 7. Ulusal Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi, Sözel Bildiri, 22-25 Nisan, Ankara.
8. Yılmaz T, akıl AN, **Bulucu GD**, Alan H, Avcu M. Kadınların Normal Doğum ve Sezaryen Doğum ile İlgili Görüşleri, Poster Bildiri, 7. Ulusal Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi 22-25 Nisan, Ankara.