

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

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ YAŞLILARDA AİLE FONKSİYONELLİĞİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Sevgi AKYOL DURGUN

EDİRNE-2023

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim boyunca emeği geçen, desteklerini esirgemeyen, bilgi birikimlerinden ve tecrübelerinden yararlanma imkanı bulduğum değerli hocalarım Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, hem asistanlık eğitimimde hem de tez sürecimin her aşamasında beni yönlendiren, desteğiyle beni yüreklendiren, emeklerini unutmayacağım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, beni bu günlere getiren ve her an yanımda olduğunu hissettiren canım aileme, her zaman yanımda ve desteğini esirgemeyen kıymetli eşim Dr. Halim Durgun'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	2
YAŞLILIK	2
AİLE.....	12
AİLE FONKSİYONELLİĞİ.....	14
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
BULGULAR	21
TARTIŞMA.....	45
SONUÇLAR.....	54
ÖZET.....	56
SUMMARY.....	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada yaşlı nüfus giderek artış göstermekte ve bu durum ülke nüfuslarının dağılımının ileri yaşlara kayması olarak bilinen nüfus yaşlanması olarak adlandırılmaktadır. 60 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılında 2 katına çıkması, 80 yaş ve üzeri nüfusun 2020 ile 2050 arasında 3 katına çıkması beklenmektedir (1). Bireylerin doğumda beklenen yaşam süresi artmakta ve yaşam süresine eklenen bu yıllar kişiyi olduğu kadar toplumu da çok yakından ilgilendirmektedir (2).

Yaşlılık beraberinde zorunlu olmasa da birçok sağlık problemi getirmekte, kronik hastalıklar ve bundan dolayı da kısıtlılıklara neden olmakta ve bağımlılık oranlarını artırmaktadır. Bu yüzden her yaşlının fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan sağlığını destekleyecek, sürekli ve kolay ulaşılabilir boyutta birinci basamak sağlık hizmetine ihtiyacı olmaktadır (3).

Aile, ortak bir alanı ve duygusal hayatı paylaşan bireylerin birleşmesinden daha fazla anlama sahip olup; ailenin ortamı, ailedeki üyelerin birbirini dinleyip, desteklediği, birbirine yakınlık duyduğu, güvendiği bir ortam özelliği de taşımaktadır (4).

Aile fonksiyonelliği aile üyelerinin birbirleriyle iletişim kurma, birbirlerine destek olma, sorunları çözme ve işbirliği yapma yeteneğini ifade eder (5). Yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri, sağlık sorunlarını yönetebilmeleri ve yaşam kalitelerini koruyabilmeleri için aile fonksiyonelliğinin iyi olması gerekmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin aileleriyle birlikte olmaları sosyal izolasyon riskini azaltabilir ve yaşam kalitelerini artırabilir.

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun arttığı bu süreçte, çalışmamızda Edirne il merkezinde yaşayan yaşlıların aile fonksiyonelliği ve etkileyen faktörleri araştırmak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

YAŞLILIK

Yaşlılık Kavramı ve Özellikleri

“Yaşlılık” sözlükte yaşlı olma, yaş artışının etkilerini gösterme olarak tarif edilmektedir (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşlılığı, çevre ile ilgili etkenlere uyum kabiliyetindeki azalma olarak açıklamaktadır. Yaşlılık, bireyin fiziksel ve bilişsel yönden bağımlılığa geçtiği, geri dönüşümü olmayan farklılıkların ortaya çıktığı bir süreçtir (7,8). Kısaca hayat döngüsündeki son basamaktır. Bu nedenle kişilerin ölüm endişesinin şiddetli olduğu ve kalan sürelerinin az olduğu gerçeği ile karşı karşıya geldikleri bir dönemdir (9,10).

Yaşlılık dönemi; biyolojik, psikolojik ve sosyal tarafları olan önüne geçilemez bir dönemdir. Bu dönemde psikolojik ve fiziksel değişiklikler yaşanmakta olup, bedensel fonksiyonlar zamanla azalmaktadır (11,12). İnsan hayatının ciddi bir devri olup bu dönemdeki problemlere ve gereksinimlere ilgi göstermek toplumsal bir gerekliliktir (13). Bu süreç biyolojik (artan yaşla beraber görülen değişiklikler), psikolojik (yaşam tecrübeleri ile şekillenen değişim) ve sosyal (toplumdan beklenen roller) yönleriyle değerlendirilmelidir (6).

Kronolojik yaş, bireyin sene olarak yaşının kaç olduğu ile, biyolojik yaş ise bireyin fizyolojik olarak fonksiyonel kabiliyeti ve olası yaşamı ile ilgili mevcut konumu ile alakalıdır. Psikolojik yaş, yaşa bağlı farklılıklar ile birlikte bireyin ortama ne kadar uyum sağlayabildiği ile, sosyal yaş ise farklı yaşlarda kişilerin aile hayatında nasıl fonksiyonları olduğu ve yaşlandıkça toplumsal rollerinin nasıl değiştiği ile ilgilidir (14).

Dünya Sağlık Örgütü, 65 yaş ve üzerini yaşlı, 85 yaş ve üzerini ise çok yaşlı olarak sınıflandırmıştır. Gerontolojistler de bu dönemin 65-74 yaş aralığını genç yaşlı, 75-84 yaş aralığını orta yaşlı ve 85 yaş ve üzerini de ileri yaşlı olarak gruplamışlardır (15,16). Birleşmiş

Milletler ise yaşlı yetişkinleri 60 yaş ve üzeri olarak belirtmişlerdir (17). Fakat ortalama yaşam süresi genetiğe, hastalığa, çevresel ve davranışsal faktörlere göre farklılık göstermektedir. Buna göre de yaşlılık kavramı kronolojik olarak farklılaşmaktadır (18,19).

Yaş artışıyla, uzun vadeli bakımın ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarına neden olabilecek kronik olayların oluşma riski beklenen bir durumdur. Ancak sıhhatin bozulması yaşlılığın normal bir neticesi değildir. Bireylerin sağlık ihtiyaçlarının giderilmesiyle ve koruyucu sağlık hizmetleriyle yaşlılıkta ortaya çıkabilecek morbidite ve mortalite riskleri en aza indirilebilir (14,20). Ayrıca, yaşlılık kişinin genetiğiyle getirdiği niteliklerine, beslenme alışkanlıklarına, yaşadığı yerin şartlarına ve kültürel seviyesine göre erken ya da geç, az problemlili ya da problemlili olabilir (21).

Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılık, hücre, doku, organ ve sistemlerdeki işlevlerin ve fonksiyonel olarak kabiliyetlerinin azaldığı dönemdir. Vücutta ileri yaşa bağlı birçok fizyolojik değişiklik ortaya çıkar ve bireyin gündelik hayatını, iş hayatını, çevresiyle etkileşimini, bağımlılık halini etkiler. Görülen bu fizyolojik değişikliklerin çoğu yaşlanma ile ilişkilidir ancak hareketsiz yaşam tarzı, çevre şartları ve stresli durumlar da bu değişikliklerde etkili olabilir (22,23).

Toraks ve akciğer parankimindeki yapısal değişimler, akciğer fonksiyonunu değerlendiren testlerdeki normal olmayan belirtiler, nefes alıp verme ve gaz alışverişi anormallikleri, egzersiz kapasitesi ve solunum kas gücünün azalması yaşlanmayla beraber solunum sisteminde görülen değişikliklerdir. Ayrıca oksijen saturasyonunda, öksürük refleksinde ve vital kapasitede de azalma görülür (24,25).

Yaşın artmasıyla birlikte kardiyovasküler sistemde önemli değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşla beraber kardiyak akım ve volüm azalmakta, postural hipotansiyon gelişme riski artmakta, kalbin gölgesi akciğer grafisinde daha geniş yer kaplamaktadır. Kalpte oluşan kalsifikasyonlarla, aort ve mitral kapakçıklar etkilenerek, skleroza neden olmakta, kalp kapakçıklarının kalınlıkları artmakta ve üfürümler duyulmaktadır. Ektopik atım ve aritmilerin görülme sıklığı artmaktadır. Damarların media tabakasında kalsiyum ve kollajen birikmesi ve elastik liflerin yok olması büyük arterlerde kalınlaşmaya ve sertleşmeye neden olmaktadır. Bu değişikliklerle sistolik kan basıncı yaşla beraber yükselirken, diyastolik kan basıncı sıklıkla 60 yaşından sonra düşmektedir. Venlerde genişleme ve ciltteki yüzeysel damarlarda belirginleşme görülmektedir. Yaşla birlikte oluşan bu fizyolojik değişiklikler tek başına patolojik olmasa da, yaşlılarda sık görülen kardiyovasküler hastalıklarla bir araya geldiğinde semptomlara ve işlevselliğin azalmasına neden olmaktadır (22,26).

Sindirim sisteminin ve metabolik olayların yavaşlaması, diş sağlığının bozulması,

dişlerde çürük ve kayıpların olması, takma diş kullanımı gibi yaşlılarda görülen fizyolojik değişiklikler bu kişilerde ağızda kuruma, yutmada zorluk, reflü, sindirim güçlüğü gibi sindirim problemlerine yol açmaktadır. İştahta azalma, kaşeksi, ishal, kabızlık, obezite, fekal inkontinans gibi problemlerle de karşılaşmaktadır. Beraberinde polifarmasi, kahve, sigara, çay kullanımı, ruhsal gerilim, şuursuz ve reçete olmaksızın ilaç kullanımı, diğer kronik hastalıklar, beslenme bozuklukları bu şikayetleri arttırmaktadır (27,28).

Yaşlılıkta endokrin sistemde birçok değişiklik görülmektedir. Kadınlarda ortalama 52 yaşında karşılaşılan fakat bu yaşın genetik faktörlerle ilişkili olduğu menopoza, yaşlanmanın ilk objektif bulgusudur. Kadınlarda menopoza süresince görülen vazomotor bulgular, vücut yağ oranında artma, kas kitlesinde azalma ve depresyon, östrojen seviyesindeki azalmadan kaynaklanmaktadır. Artan yaşla da erkeklerde de testosteron seviyesinde azalma olmaktadır (22). Yaşlandıkça büyüme hormonu, melatonin, tiroit stimulan hormon, T3 ve kortizol seviyesi azalmaktadır (29). Yaşın artmasıyla tiroid bezindeki lenfosit sayısında artma, foliküllerde küçülme, kolloid miktarında azalma ve ilerleyen fibrozis görülmektedir. Tiroid hormonlarının etkisi de bu şekilde azalmaktadır. Tip 2 diabetes mellitus sıklığı da yaşın artmasıyla beraber artış göstermektedir (23).

Artan yaşla birlikte bağışıklık sisteminin etkinliği azalır ve vücut kendi dokularına karşı otoimmün reaktiviteye yatkınlık gösterir. Yaşlılıkla, fiziksel bariyerlerin koruyuculuğu düşer ve hastalık etkenlerine olan koruması azalır. Bağışıklık sisteminin etkinliğinin bu düşüşü, yaşlıları, enfeksiyon etkenlerine, kansere ve otoimmün hastalıklara karşı daha hassas duruma getirir (30).

Yaşlılarda kas-iskelet sisteminde değişiklikler olmakta ve bu durum hayat standardını bozmaktadır. Yaşlı kadınlarda menopoza sonrasında kemik yoğunluğu azalmakta ve osteoporoz çok sık görülmektedir. Yaşlılık ile birlikte eklem sıvısında ve kaslarda azalma, omurlar arasındaki disklerde incelmeler olmakta, yaşlılarda hemen yorulmaya, denge problemlerine, postür ve yürümede farklılıklara ve osteoporoz gibi hastalıklara yol açmaktadır (24,27).

Göz de yaşlanma ile görülen fizyolojik değişikliklerin olduğu bir organdır. Korneadaki endotel hücre yoğunluğunun azalması yaşlanma ile görülen önemli fizyolojik değişikliklerdendir. Renk tonlarındaki değişikliklerin ve çok küçük ayrıntıların ayırt edilebilirliğinin azalması, gözden beyine uzanan nöron sayısındaki azalma ile olmaktadır. Yaşlıları en çok gözün görünüşünde oluşan değişimler, gözde kuruluk oluşumu, görme alanındaki mobil küçük siyah noktalar rahatsız etmektedir. Gözdeki kuruluk, yaşlanma ile birlikte gözyaşı oluşturan hücrelerin sayısının azalmasına bağlı artış göstermektedir. Ayrıca yaşla birlikte kornea duyarlılığı, iris rengi ve lens elastikiyeti azalmaktadır (22,28,31).

Yaşlılarda bilhassa arkada gürültü mevcutken konuşmaları anlamada zorluk yaşanması yaşla ilişkili duyma kaybındaki en sık ve en erken görülen şikayettir. Yalnızca yaşla ilişkili olarak veya senelerce yüksek sesle karşı karşıya kalınması ile işitme kalitesinde eksilme olmaktadır. Kaliteyi düşürenler arasında yaşla beraber artan kulak kiri miktarı da yer almaktadır (22,32).

60 yaşından sonra, dildeki ve burun boşluğundaki tat ve koku reseptörü miktarı ve fonksiyonu azalmakta, özellikle de tatlı ve tuzlu tatların alınmasını sağlayan reseptörler etkilenmektedir. Koku almanın da azalması nedeniyle bozuk gıdaların tüketimi, gaz ve diğer yabancı maddelerin solunması ile zehirlenme riski artmaktadır (22). Yaşla birlikte, bilhassa alt çenede, diş etlerinde geri çekilmeler olmakta, besin artıklarıyla bakteriler aralara girmekte, kaviteler meydana gelmekte ve diş kayıplarına neden olmaktadır (32).

Deride de yaşlanma ile birlikte fizyolojik değişiklikler olmaktadır. Melanosit sayısında azalma, epidermiste incelme, soğuğa duyarlılıkta artma, kırıxıklık, solgun deri, kuruluk ve saçlar da beyazlama yaş ile birlikte oluşan hücre yenilenmesi ve kanlanmasıdaki azalmadan kaynaklanmaktadır. Yaşlılarda yaralanma oranı ve yaranın iyileşme süresi artmıştır bunun nedeni de cilt altı sinir sonlanmalarındaki azalmadır (22,28).

Yaşlanma ile böbrek boyutu ve ağırlığında fizyolojik farklılıklar oluşur. Süzmenin azalmasıyla, su atılımı artmakta ve dehidratasyon olmaktadır. Mesanenin hacmi azalmakta, spontan kasılmalarla idrar yapma hissi oluşturmaktadır. Yaşlılıkta sık görülen inkontinansın nedeni de mesane kaslarının zayıflayıp rezidü miktarın artırmasıdır (22,32). Zamanla genital sistemde atrofi, üreme sistemi işlevlerinde gerileme, erkeklerde de prostat hipertrofisi görülmektedir (24).

Yaşlanma ile birlikte bazı kognitif fonksiyonlarda da gerileme olmaktadır. Ancak kişinin yaşlılıktaki kognitif yeteneklerinde maddi durumu, kişinin anatomik yapısı, kişilik özellikleri, eğitim durumu, ruhsal durumu, geçirdiği hastalıklar etkili olmaktadır (27). Zamanla oluşan oksidatif hasar, inflamatuvar cevap ve endotelial disfonksiyon damarsal değişikliklere neden olmaktadır. Bu da inme riskini artırmakta, kan akımını %20 azaltmaktadır. Beyin perfüzyonundaki azalma bellekte, plan yapmada ve işlem hızında azalma gibi bilişsel fonksiyonlarda azalmaya neden olmaktadır (33). Kelime dağarcığı, kısa süreli bellek, yeni bilgiyi öğrenme, depolama, sözcükleri anımsama, algılama gibi kimi mental işlevlerde ve duyularda azalmalar olabilmektedir (28).

Yaşlılık, kişide kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Kronik hastalıklar da toplumda sağlık bakımına olan ihtiyacı artırmaktadır. Yaşlı nüfusun artışı aile hekimlerinin genel popülasyonunu da değiştirmiş, popülasyondaki yaşlı birey yüzdesi artmıştır. Bu yüzden

yaşlı bakımında aile hekimlerinin rolü büyüktür, sağlığı korumak ve geliştirmek, fizyolojik yaşlanma ve hastalığa bağlı semptomları ayırt edebilmek, hastalık sürecini en iyi şekilde yönetebilmek, yaşlı bireye bakım veren kişilerin sağlığını korumak temel amaçlarıdır (34).

Yaşlanma Kavramı

Yaşlılık ve yaşlanma kavramları arasında net bir ayrım bulunmamaktadır (35). Yaşlanma, döllenme ile başlayan, ölümle sonlanan periyod ve yaşın artması olarak anlatılır (7). Yaşlanma canlının bütün fizyolojisini ve fonksiyonlarını etkilemektedir. Organ fonksiyonlarında yaşla birlikte değişkenlik artar ve yaş ilerledikçe genetik ve çevresel faktörler daha önemli hale gelir (11,36).

Yaşlanmaya yönelik durumlar içsel (genetik) ve dışsal (rastlantısal-çevresel) değişiklikler olmak üzere ikiye ayrılır. İçsel değişiklikler, yaşlanmanın genetik ile tayin edildiğini, dışsal değişiklikler ise oksidatif stresin yaşlanmanın temel mekanizması olduğunu ve yaşla birlikte artacağını öngörür (37,38). Zamanla bu değişiklikler fizyolojik kapasitede ve çevresel streslere yanıt vermede azalmaya, hastalıklara karşı duyarlılığın ve savunmasızlığın ise artmasına neden olur (39).

Hamilton'ın (40) görüşüne göre yaşlanma konusunda evrensel ve olasılıksal olmak üzere iki ayrım vardır. Evrensel yaşlanma, tüm insanlarda görülen yaş değişikliklerini belirtir ve kronolojik çağrışımları içerir. Diğer taraftan olasılıksal yaşlanma, yaş ilerledikçe tüm insanlarda olmasa da bazılarında ortaya çıkabilecek yaş değişikliklerini içerir.

Gerontolojide yaşlanmanın derecesi dört boyutta incelenir. Bunlar biyolojik, kronolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma şeklindedir. Tüm bu boyutlar zaman içinde etkileşime girmekte ve her kişide farklı hızda gerçekleşmektedir. Yaşlanmayı bütüncül bakış açısıyla tüm boyutlarını ele alarak açıklamak daha doğrudur (40,41).

Kronolojik yaşlanma, tanımlamada en sık kullanılan boyuttur. Bireyin doğumundan başlayıp takvim yılı göz önünde bulundurularak yaşadığı sene sayısı ile açıklanır. Yaşlanmanın derecesini ölçmek için uygun değildir, çünkü kişiden kişiye bu süreçte değişiklikler vardır (40).

Biyolojik yaşlanma, zamanla kişinin vücut yapısıyla işlevlerinde oluşan değişiklikleri anlatır. Görme ve işitmede azalma, saçlarda beyazlama, günlük temel aktiviteleri yapmada zorluk çekme bunlardan bazıları sayılabilir (41). 2018 yılında yayınlanan Yaşlanma ve Sağlık raporunda da bireyin zamanla çeşitli moleküler ve hücresel yıkımın tesiri altında kaldığı ve bunun fiziki ve kognitif yeteneklerde aşamalı azalmaya, hastalık riskinde artmaya, son olarak da ölüme neden olduğundan bahsedilmektedir (42).

Psikolojik yaşlanma, yetişkin çağda bireyin kişiliğinde, zihinsel işleyişinde, duyu ve algı ile ilgili süreçlerinde oluşan farklılıkları anlatır. Kendini yaşlılığa hazır hissetmeme, yetersizlik,

işe yaramama hissi ve başkalarına zahmet verme düşüncesi psikolojik yaşlanmada rol oynar (40,41).

Sosyal yaşlanma, kişinin sosyal görevlerde, ilişkilerde, değişen durumlar karşısında yaşadığı deneyimleri anlatır. Emekli olma, eşini kaybetme, yakın çevresi ile ilişkiler, manevi, finansal ve fiziki kayıplar, yaşam standardında oluşan farklılıklar sosyal yaşlanmada rol oynar (40,41).

Sağlıklı Yaşlanma

Sağlıklı yaşlanma, hastalıktan kaçınmayı ve ileri yaşlara kadar kognitif ve fiziksel fonksiyonları devam ettirmeyi içerir (37). DSÖ'nün 2015 yılında yayınladığı Yaşlanma ve Sağlık Raporu'na göre sağlıklı yaşlanma ileri yaşlarda sağlığı mümkün kılan işlevsellik kabiliyetlerini geliştirme ve sürdürme süreci olarak tanımlanır (43). Avrupa sağlıklı yaşlanma projesi de bütünleştirici olarak, yaşlılar arasında fark olmaksızın toplumda etkin biçimde bulunmalarını ve bağımlı olmaksızın, iyi bir hayat standardına ulaşmaları için fiziksel, sosyal ve zihinsel yönden sağlık olanaklarını geliştirme süreci olarak tanımlamıştır (44). Rowe ve Kahn (45) ise düşük hastalık ihtimali, yüksek kognitif ve fiziksel kapasite, hayatla aktif ilişki olmak üzere üç temel bileşen olarak tanımlar.

Sağlık alanındaki profesyonellerin yaşlı sağlığını etkileyen unsurları belirlemeleri, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları yorumlamaları, sağlıklı yaşlanma stratejilerinin oluşturulabilmesi için önemlidir (46). DSÖ'nün oluşturduğu 2016-2020 Yaşlılık ve Sağlık Eylem Planı'na uygun olarak ülkemiz, yaşlı nüfustaki artışa cevaben sağlık sistemini geliştirmek için 2020'den 2030'a kadar "Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı" kampanyasını başlatmıştır. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı'nı oluşturan dört strateji ise, yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma, yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması, sağlığa yönelik risklerden toplumun korunması, izleme ve değerlendirmenin güçlendirilmesi şeklindedir (47).

Sağlıklı yaşlanma tam olarak fiziksel sıhhatle ilişkili olmadığından, topluma katılım, psikoloji, yaşam stili, etkinlikler, maddi ve diğer çevresel etkenleri dikkate alarak hem biyolojik hem de sosyal faktörleri bütünleştirir (45). Odağında kronik hastalıkları önleme olsa da bağımlılığı azaltıp, fiziksel ve kognitif fonksiyonları, entelektüel sağlığı korumayı da amaçlamaktadır. Bu da hem kişinin kendi kapasitesi hem de yaşadığı yerin etkisi ile belirlenmektedir (48,49).

Yaşla birlikte, bulaşıcı olmayan hastalıklar, kas-iskelet sistemi bozuklukları, işitme kaybı gibi işleyişi etkileyen ve sık görülen kronik durumlar ortaya çıkar. Bu durumların çoğu hayat süresince yapılan sağlıklı davranışlar ile engellenebilir veya geciktirilebilir. Düzenli

fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara içmeme ve normal kiloda olma mortaliteyi azaltan nedenler arasındadır (48,50).

Yaşlılık döneminde kişilerin boş zamanlarını eğlenceli ve anlamlı şekilde değerlendirme, gençlerle iyi ilişkiler kurma, fiziksel sağlıklarını koruma, emeklilik dönemine ayak uydurma, sevdiklerinin kaybına bağlı değişimleri düzenleme, yeni sosyal roller alma gibi konulara önem vermesi gerekmektedir. Bu sayede mutlu, anlamlı, sağlıklı, rahat, değişimlerle başa çıkabilen, yeniden yapılandırılmış bir yaşam sürdürebilirler (51).

Yaşlılık Algısı

Toplum olarak yaşlı denildiği zaman bakıma ihtiyacı olan, yürümede zorluk yaşayan, umutsuz, mutsuz, kimsesiz, değişime açık olmayan, sosyal yönden zayıf kişiler hatırlanmakta, yaşlılıkla alakalı olumsuzlukların altı çizilmektedir (21). Erikson (52) da yaşamı sekiz evreye bölmüş olup yaşlılık dönemini ‘gerileme’ olarak ele almıştır.

Yaşlılığa yüklenen anlamlar etkinlik teorisi, rol bırakma teorisi, ilişki kesme teorisi, toplumsal değişim teorisi gibi teorilerle açıklanmıştır (51).

Etkinlik Teorisine göre kişinin, maddi durumu, yaşlanmadan önceki hayat stili ve sağlık durumu kişinin etkinlik durumunu göstermektedir. Kişinin etkinlik durumunun zamanla azalmasıyla ve toplumun yaşlı kişiden bağıni koparmasıyla yaşlının toplumla ilişkisi azalmaktadır (51).

Yaşlı kişinin emekli olması veya eşini kaybetmesiyle hayatında kimi roller eksilir. Eksilen bu roller Rol Bırakma Teorisi’ne göre kişinin işine, ailesine ve topluma aitliğini olumsuz yönde etkiler. İlişki Kesme Teorisine göre ise toplumdan yavaşça uzaklaşma ve kendi içine çekilme görülür ve toplumla ilgili imkanlardan yararlanımı azalır (51).

Teknolojinin gelişme hızına ulaşamayan, ümitleri karşılayamayan yaşlı kişi Toplumsal Değişim Teorisine göre modası geçmiş olarak görülmektedir. Zamanla bu olumlu olmayan fikirleri kabullenmeleri bağımlı hale gelmelerine ve yaşamlarını olumsuz yönden etkilemelerine sebep olmaktadır (21,51).

Yaşlılık Demografisi

Yaşam süresinin artışına bağıli demografik değişim dünyadaki ülkelerin büyük kısmını etkilemektedir. Dünya yaşlı nüfusu 2021 yılında 764 milyon 321 bin 142 kişiye ulaşmıştır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %34,3 ile Monaco, %28,8 ile Japonya ve %22,8 ile İtalya olmuştur. Türkiye, 167 ülke arasında 68. sırada yer almıştır (53,54).

Yaşlı nüfus Türkiye’de 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişiye ulaşmış, toplam nüfus içindeki oranı ise %9,7’ ye yükselmiştir. Yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2040 yılında %16,3 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (53).

Yaşlı nüfusun 2016 yılında %61,6'sı 65-74 yaş grubunda, %30,2'si 75-84 yaş grubunda ve %8,2'si 85 yaş ve üstü yaş grubundayken, 2021 yılı için sırasıyla %64,7, %27,3 ve %8,0 şeklindedir (53).

Türkiye’de yaşlı nüfus diğer yaş gruplarına göre daha yüksek hızla artış göstermiştir. Doğum ve ölüm hızlarındaki azalmayla birlikte sağlık alanındaki gelişmeler, yaşam standardının, refah seviyesinin ve doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmiştir. Çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermiştir. Nüfus yaşlanması ile ilgili bize fikir veren ortanca yaş, 2016 yılında 31,4 iken 2021 yılında 33,1 olmuştur. Ortanca yaşın 2025 yılında 34,1, 2040 yılında 38,5 ve 2080 yılında 45,0 olacağı öngörülmektedir (53). Doğumdaki hayat beklentisinin 2025 senesinde erkeklerde 73,1’e, kadınlarda 78,9’a kadar artacağı öngörülmektedir. Bu da Türkiye’deki popülasyonun yaşlanmayı sürdüreceğini ve çoğunu da kadınların oluşturacağını göstermektedir (55).

Çanakkale, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Burdur, Isparta ve ayrıca Karadeniz Bölgesindeki çoğu ilde 2023 yılında nüfusun %15’inden çoğunun 65 yaş ve üzeri grupta olacağı düşünülmektedir (56). 65 yaş ve üzeri dönemde pek çok sağlık problemi oluşmakta, kronik hastalıklar ve buna bağlı oluşan sorunlar da artmaktadır; bu problemlerin aşılabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması ve koruyucu sağlık hizmetlerin kuvvetlendirilmesi gerekmektedir. Tüm dünyadaki sağlık hizmetleri sistemleri toplumda, sağlıklı yaşlanmaya teşviki, bulaşıcı olmayan hastalıkları ve kronik durumları engellemeyi ve tedavi etmeyi, hem de kaliteli uzun süreli yaşamı, palyatif bakıma ulaşımı kolaylaştırmayı amaçlamaktadır (3,57).

Yaşlı Sağlığına Yönelik Uluslararası Yaklaşımlar

Dünya genelindeki yaşlı sayısındaki hızlı artış, yaşlı bakımı ve yatılı bakım hizmetlerinin değerini artırmıştır (58). DSÖ tarafından oluşturulan “Herkes için Sağlık” projesi, sağlık konusundaki olanak eşitliğini artırmak ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için oluşturulmuş bir projedir. Projenin 5. hedefi olan yaşlı sağlığı hedefi, 65 yaşın üzerindeki kişilerin sağlığının geliştirilmesini ve bu kişilerin toplumda aktif rol alabilmelerini amaçlamaktadır (59).

Viyana’da 1982 yılında düzenlenen 1. Yaşlılık Asamblesi, yaşlanma ile ilgili politikaları belirlemek için yapılmıştır. Asamblede kabul edilen Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından da onaylanmıştır. Bu plan, yaşlı bireylerin bağımsız yaşamasını, toplumda katılımcı olmalarını, ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerine ulaşmalarını, onurlu bir şekilde yaşamalarını ve kendilerini gerçekleştirme imkanı bulmalarını amaçlamıştır (60).

Kahire’de 1994’te düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, dünya nüfusunun yaşlanması ve bu yaşlanmanın sosyal ve ekonomik etkilerine odaklanılmıştır. Ayrıca, aile üyelerinin yaşlıya bakabilmeleri için gerekli sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı kişiler için sağlık bakımı, maddi ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi amaçlar belirlenmiştir (60).

Madrid’de 2002 yılında düzenlenen 2. Yaşlılık Asamblesi’nde, yaşlı nüfusun hayat kalitesinin iyileştirilmesi, topluma bütünleşmesi, geçim ve sağlık problemleri gibi konular üzerinde durulmuş ve bu konulara yönelik politikalar ve uygulamaların oluşturulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, 2002 Uluslararası Eylem Planı hazırlanmıştır. Bu plan, gelecek yirmi yıl için yaşlanma politikaları ve eylemleri konusunda öncelikleri belirlemiş ve yapılacak uygulamaları tanımlamıştır (60).

Avrupa Aktif Yaşlanma Yılı hakkında Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Birliği Konseyi Kararı 2010 yılında kabul edilmiştir. Bu kararda, 2012 yılının Avrupa Sağlıklı Yaşlanma Yılı olması önerilmiştir. Sağlıklı yaşlanma konusunda farkındalığın artırılması, iyi uygulamaların belirlenerek paylaşılması ve sağlıklı yaşlanmaya imkan sağlanması amaçlanmıştır (61).

Avrupa Birliği tarafından sağlıklı yaşlanmayı özendirmek amacıyla bazı girişimler başlatılmıştır. Bu girişimler arasında, Avrupa İstihdam Stratejisi, İstihdam ve Sosyal Dayanışma Programı, Avrupa Sosyal Fonu, Grundtvig Programı ve Avrupa Bilgi Toplumunda İyi Yaşlanmak Eylem Planı bulunmaktadır (61).

Yaşlı Sağlığına Yönelik Ulusal Yaklaşımlar

Türkiye’de yaşlı nüfusun artışı nüfus istatistiklerine bakıldığında net bir şekilde görülmektedir. Ülkemizde, sağlık yönündeki ilerlemeler ile yaşam beklentisinin artış göstermesi ve doğurganlık oranındaki azalma yaşlı nüfusun artmasının temel nedenidir (60).

Yaşlıların uzun zaman sağlıklı şekilde yaşaması için, yaşlıların aile hekimlerinin rutin izlem planına dahil edilmesi, uzun süre hizmet alabilecekleri sosyal kurumların kurulması, hastanelerden daha basit hizmet alabilecekleri düzenlemelerin yapılması hedefiyle 2002 senesinde Sağlık Bakanlığı tarafından “Herkese Sağlık Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” başlığı altında ulusal yaşlı sağlığının geliştirilmesi ve bu düzenlemelerin uygulanması hedeflenmiştir (62).

Yaşlılarda gelişmeyi, sağlık ve mutluluğu artırmayı, destekleyici mekanlar sunmayı amaçlayan “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” 2007 senesinde tasdik edilmiştir. Bu planda yaşlılara evde bakım hizmetleriyle destek olunması, huzurevlerinin sayısı ve kalitesinin artırılması, yaşlı nüfusa yönelik hizmetlerin arttırılması hedeflenmiştir (21). Evde bakım hizmetleri yaşlılar ve diğer bireyler için önemli bir yardımdır ve bu hizmetten

ilk kez Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda bahsedilmiştir. Bu hizmet sayesinde, kişiler evlerinde veya aileleriyle yaşadıkları ortamda, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinden de yararlanarak daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilirler (63).

Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı 2013 senesinde oluşturulmuştur. Bu program, yaşlı bireylerin karar aşamasında etkin olmasına, iş gücünde aktif katılımına, yaşlanmayla ortaya çıkacak sağlık problemleri ve bunların neden olacağı riskleri en aza indirmeye, yaşlılara olan bakım hizmetlerinin kalitesine önem vermektedir. Ek olarak yaşlılara istismar edilmesini önlemeye, yaşlılar için koruyucu hizmetlerin oluşturulmasına ve yaşlıların gündelik yaşamda daha aktif olmalarını sağlamaya yöneliktir (64).

On Birinci Kalkınma Planı'nda (2019-2023) nüfus ve yaşlanma adlı konuda benzer şekilde, yaşlıların hayat standardının artırılması için ekonomik ve sosyal olarak etkin olması, yaşamlarını birine bağlı olmaksızın sürdürebilmesi, bakımlarında kalitenin yükseltilmesi, sağlık dahil olmak üzere diğer tüm hizmetlerden kolayca yararlanabilmesi ve aktif yaşlanma mekanlarının oluşturulması amaçlanmıştır (64).

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026, T.C Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan güncel bir belge olup yaşlı bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamasını desteklemeyi amaçlayan çalışmaları içerir. Yaşlıların toplumda aktif bir şekilde bulunmasını destekler ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (65).

Aile Hekimlerinin Yaşlı Sağlığındaki Rolü

Aile hekimi, yaş sınırlaması olmaksızın, cinsiyet ve hastalık fark etmeksizin sağlık hizmeti için başvuran herkese, kişi odaklı, çok yönlü ve devamlı bakım vermektan sorumlu kişidir. Aile hekimleri hastaların sağlık sistemindeki ilk başvuru noktasıdır. Sağlık problemlerini sosyal, biyolojik ve psikolojik yönleriyle bütüncül değerlendirir. Akut ve kronik sağlık problemlerine bir arada hizmet verir. Hastaya verilen sağlık hizmetini düzenler, takip eder, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlar ve toplum sağlığı açısından büyük sorumluluklar alır (66,67).

Sağlık hizmetlerine olan başvurular yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte artış göstermiştir, bu durumdan birinci basamak sağlık kuruluşları da etkilenmiştir. Bunun için birinci basamakta yaşlı nüfusun detaylı değerlendirilmesi, hayat standartlarının yükseltilmesi, koruyucu sağlık hizmetleriyle korunması amaçlanmıştır (68). Bu kapsamda başvuran yaşlı hastanın tetkiklerinin yapılması, tedavisinin düzenlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi için danışmanlık verilmesi, rehabilitasyon, kanser, kronik hastalık ve yaşlı sağlığı taramalarının planlanması, aşılama, gerektiğinde sevk, sonrasında takibinin yapılması aile hekimlerinin sorumlulukları arasındadır

(69). Yaşlıların birine bağımlı olmadan, sağlıklı yaşayabilmesi için sağlık durumunu iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ilk hedef olmalı, her görüşmede hastaya gerekli danışmanlık ve rehberlik yapılmalı, multifaktöriyel problemler yönetilebilmelidir (70).

AİLE

Aile Kavramı

Aile sözlük anlamı olarak anne, baba ve çocuklardan oluşan, evlilik ve kan bağı olan, toplumdaki en temel birim olarak tanımlanır. Aile kavramı, tarihsel süreç ve kültürlerden etkilenmektedir (71).

Aile toplumun en esas birimi olmasına karşın, dünya çapında kabul görecektir bir tanım yapmak, ekonomik, coğrafi ve sosyolojik ilerlemeler ve farklılıklara bakıldığında çok olası değildir. Aile tanımıyla ilgili bölgeden bölgeye farklılık gösteren fikirler mevcuttur. Aile, Avrupa kökenli Amerika vatandaşları için aralarında kan bağı olan bireylerin oluşturduğu çekirdek aile olarak; Afrika kökenli Amerikan vatandaşları için geniş akrabalık ve topluluk ağlarının toplanmasıyla oluşan bir yapıdır. Asyalılar için ise aile kavramının tanımı bölgeden bölgeye değişmekte olup tek bir şekilde açıklanamamaktadır (4,72).

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tanımlamasına göre aile, aralarında kan bağı olan, evlenme veya başka yasal yollardan akrabalık ilişkisi olan, genellikle aynı hanede yaşayan kişilerden oluşan, kişilerin ekonomik, sosyal, psikolojik ve cinsel gereksinimlerinin karşılandığı, topluma katılımlarının sağlandığı ve hazırlandığı ana toplumsal birimdir. DSÖ’de aileyi sağlık ve refahın sağlanmasında temel sosyal faktör olarak açıklamaktadır (73).

Ailelerin her biri işlev, yapı ve ihtiyaç olarak farklıdır ve toplumu oluşturan bireyleri biçimlendirir. Bunu bireyin beslenme, duygusal gelişim, sağlıklı zihinsel gelişim, sevgi, psikolojik gelişim, bakım ve eğitim ihtiyaçlarını karşılayarak yapar. Aile, annelik, şefkat, arkadaşlık, ebeveynlik, neslini sürdürme isteği gibi duyguları kapsar, ailenin sınırlı bir büyüklüğü mevcuttur ve ailedeki her kişinin de ayrı sorumlulukları vardır (74,75).

Aile Türleri

Aile evrensel bir kavramdır ve toplumdan topluma değişiklik gösterdiği gibi aynı toplumda da değişiklikler gösterir. Bundan dolayı da farklı gruplandırmalar yapılmıştır. Aileyi, ailenin yaşadığı yere göre ve ailede yaşayan kişi sayısına göre gruplandırmak en sık kullanılan sınıflandırmalardır.

Büyükölük olarak incelediğimiz zaman aile türleri, geniş aile ve çekirdek aile olmak üzere iki gruba ayrılır. Geniş aile genellikle köyde yaşayan, akrabalık ilişkileri güçlü, tarımla uğraşan, karar vermede erkeklerin öncelikli olduğu, birden fazla kuşağın bir arada bulunduğu aile tipidir.

Bu ailedeki kişiler statü olarak farklılık gösterir, eşitlik yoktur, iş bölümü kadın ya da erkek olmakla değişir. Çekirdek aile genellikle şehirde yaşayan, akrabalık ilişkilerinin azaldığı, ticaret, sanayi gibi işlerle uğraşan, karar aşamasında tüm ailenin söz hakkının olduğu, geleneksel tarzdan uzak, anne, baba ve bekar çocuklardan oluşan aile tipidir. Aile arasında eşitlik, dayanışma, iş bölümü ve hoşgörü vardır (74,76,77).

Parçalanmış aile, boşanma, ölüm veya iş nedeniyle ayrı yaşama gibi sebeplerle eşlerden birinin ya da ikisinin olmadığı ailedir. Tamamlanmamış aile ise yalnız yaşayan, boşanma sonucu tek ebeveyn ile yaşayan çocuklar veya bekar kişilerin oluşturduğu ailedir (78).

Yerleşim yerlerine göre incelediğimiz zaman aile türleri, kırsal, gecekondulu ve kentsel aile olarak üç gruba ayrılır. Kırsal aile köyde tarımla uğraşan, kadının eğitim almadan tarlada çalıştığı aile tipidir. Gecekondulu ailesi köyden kente göçün olduğu zamanlarda, daha çok şehirlerin gecekondulu mahallelerinde yaşayan, çekirdek aile görünümüne, duyu ve düşünce yapıları, aile içindeki etkileşimleri açısından geniş aile özelliklerini gösteren aile tipidir. Kentsel aile ise şehirde işçi, memur ya da esnaf olarak çalışan, kadının eğitim aldığı, yasal haklarının farkında olduğu, aile içinde hoşgörü, dayanışma ve iş bölümünün olduğu aile tipidir (74).

Sanayileşme ve modernleşme ile birlikte geleneksel geniş aileden, kişi sayısının azalması ve yapısının değişmesi ile birlikte çekirdek aileye geçiş görülmektedir. Bu geçişle ailenin anlamı ve işlevinde de farklılıklar olmuştur. Cinsiyete göre rol dağılımından, modern ve eşitlikçi rol dağılımına geçiş olmuştur (79).

Ailenin Fonksiyonları

Aile fonksiyonu, ailenin amaçlarına ulaşmasında etkili olan, aile üyelerine manevi ve maddi destek olan, kişilerin gelişimini ve mutluluğunu destekleyen çok yönlü bir yapıdır (80). Tarih boyunca benzerlik gösteren bu fonksiyonlar; türünün devamını sağlama, eğitim verme, sağlığını koruma, duygusal ve ekonomik anlamda destek verme, güvenlik, beslenme, sosyalleşme, aile bütünlüğü ve üyelerin gelişimini sağlama gibi işlevlerdir (75).

Ailenin işlevleri, sosyologlar tarafından değişik şekillerde açıklanmıştır. Turner, ailenin biyolojik ve toplumsal işlevi üzerinde durmuş, aileyi çocuk yetiştiren ve sosyalleştiren bir grup olarak açıklamıştır. MacIver ve Pagey, aileyi, sosyal yaşamın şekillendiricisi olarak değerlendirmiştir. Ogburn ise türünün devamını sürdürmeyi, maddi ihtiyaçlarını sağlamayı, çocukları eğitmeyi, birbirini korumayı ve sevmeyi ailenin işlevleri olarak ele alıp konuya daha bütüncül yaklaşmıştır. Nirun'a göre kişiliğin kazandırılması, neslin devamı, kültürlerin aktarımı, çocuğun eğitilmesi, güven ortamı içinde sosyal, psikolojik ve kültürel uyumun sağlanması ailenin temel fonksiyonlarıdır (81). Toplumun kültürel ve biyolojik devamlılığını sağlamak De Fleur'a göre de ailenin ana fonksiyonudur (82).

Ailenin temel olarak işlevlerini altı başlık altında açıklayabiliriz (81) :

Biyolojik işlev: Ailenin en önemli ve en temel fonksiyonudur. Eşlerin cinsel ihtiyaçlarını karşılayan, insanın üremesini, nüfusun artışı ve türünün devamını sağlayan aile, biyolojik niteliği olan bir müessesedir. Toplumdaki çocuk, genç, yetişkin ve yaşlı nüfus, evlenme yaşı, nüfus artışı, nüfustaki kadın-erkek oranı gibi demografik özellikler ailenin biyolojik işlevinden etkilenmektedir.

Eğitim işlevi: Tüm eğitimlerin başladığı yer olan aile, kişinin çevresini tanıyıp, kendini geliştirmeyi sağladığı yerdir. Aile; bedensel, duygusal ve zihinsel olarak temel eğitimin başladığı, kişilerin bilgi, davranış ve beceri elde ettiği, topluma faydalı hale geldiği, kendine uygun mesleğe yönlendirildiği, kazanç sağlayıp hayatını idame etmesinin sağlandığı yerdir.

Psikolojik işlev: Ailedeki her bireyin sevgi, saygı, şefkat ve güven kaynağı olan ve bireylerin korunmasının sağlandığı ana yer ailedir. Sevgi ve şefkatin karşılıksız olarak en iyi karşılandığı yerdir ve ailenin sevgi işlevi, doğal olduğu için süreç içinde toplumsal değişimden etkilenmemiştir. Kazanılan duygusal bağlar, ailenin birbirine daha sıkı sarılmasını, mutlu, huzurlu ve güven içinde yaşamasını sağlamaktadır.

Ekonomik işlev: Aile, mesleği belirleme, mesleğe yönlendirme konusunda, üretim ve tüketim hakkında bilgi vermede, her konuda maddi desteği sağlamada ve rehberlik etmede ön plandadır. Aile üyelerinden özellikle yaşlı ve çocuklar bütçeden pay almakta, hayat idamesi de aile bütçesinden sağlanmaktadır.

Toplumsal işlev: Kişinin sosyokültürel kişiliğini kazandığı, topluma hazırlandığı, kişilerle etkileşime girdiği, sosyal bir gruba katıldığı, kendine düşen bilgi, beceri, görev ve sorumlulukları kazandığı, topluma uyum sağladığı ilk yer ailedir. Bu yüzden aile, toplumun temelini oluşturmaktadır. Başka kişilerle sosyal ilişkiler oluşturarak kazanılan gerçek kişiliğin ortamını, bireye en iyi sağlayan ailedir.

Kültürel işlev: Gelenek, görenek, sanat, teknoloji ve alışkanlıkların tamamı olan kültürün temeli ailede atılır, maddi ve manevi değerlerin öğrenildiği, hayata dair ilk deneyimlerin yaşandığı yerdir.

Bunların doğrultusunda aile, çocuk için, tecrübe kazandığı ve sosyal hayata girmek için hazırlandığı bir ortam; yetişkinler için ise dayanışma ve mutluluğun en iyi biçimde sağlandığı bir sığınma alanı olarak açıklanabilir (83). Ailenin biyolojik, eğitim, psikolojik, ekonomik, toplumsal ve kültürel fonksiyonlardaki rolü onu toplumun vazgeçilmez parçası yapmaktadır.

AİLE FONKSİYONELLİĞİ

Aile fonksiyonelliği, Ebstein'a göre sorun çözme, iletişimi, duygusal tepki vermeyi,

rolleri, gereken ilgiyi göstermeyi, genel işlevleri ve davranış kontrolünü kapsayan, bunlara göre de fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan aileleri belirleyen bir kavramdır (84).

Aile üyelerinin birlikte veya başkalarıyla hareket etme şekilleri arasındaki uyumlu ilişki ve denge olarak değerlendirilir ve herhangi bir üyeyi etkileyen bir şey diğer üyeleri de etkileyebilmektedir (71).

Aile Fonksiyonelliğini Etkileyen Faktörler

Evde yaşayan aile üyesi sayısı, maddi durum, üyeler arası ilişkiler, üyelerdeki kronik hastalık, ruhsal sorun veya bedensel/zihinsel özürlü olan aile üyesinin varlığı, kişilerin yaşları, evlenme yaşları, eğitim durumları gibi faktörler ailenin işlevselliğini etkilemektedir. Kültürel özellikler ve aile yapısı da aile fonksiyonelliğini etkileyen etmenler arasındadır (80,85).

Duygusal zeka gelişimi ile aile fonksiyonelliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, aile içi iletişim, birbirine ilgi gösterme, davranış yönetimi, roller, sorunları çözme ve duygusal tepki verme gibi konularda, aile işleyişi ile ilgili önemli sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (86).

Kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması adlı olgu-kontrol çalışmasında, olgu grubunda yer alan ailelerin problem çözme, iletişim, eşit ve dengeli rol dağılımı, davranış kontrolü gibi alanlarda işlevlerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Bu durum ergenlerde kendine zarar vermenin sağlıklı aile ile yakından ilişkili olabileceğini akla getirmektedir (87).

Ailenin fonksiyonları bazen dış uyaranlarla, geçici bile olsa etkilenebilmekte, aile işlevselliğinde bozulmalar olabilmektedir. Bu sebepten, aile fonksiyonelliğini olumsuz etkileyen durumların bilinmesi, verilecek sağlık hizmetini olumlu yönde etkileyecektir. Örneğin hastalık durumu ailenin fonksiyonelliğini doğrudan etkiler. Yaşam şekillerinde ve sorumluluklarda farklılıklar, gelirden azalma, maddi sorunlar, karar verme sürecinde aksaklıklar, duygusal yönden zorluklar, hastalık durumunda ailede yaşanması muhtemel olaylardır (5,88).

Ailenin işlevlerini tam olarak yerine getirmesi, kişilerin sağlıklı olmasını sağlamaktadır. Tanı ve tedavi süresinde, aile fonksiyonlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesinin de önemi büyüktür. Bu nedenle yaşlının bir aile içerisinde olması, yaşlılıkta karşılaştığı güçlükleri aşma durumunu etkilemektedir. Sağlıksız aileler yaşlılara gereken bakımı sağlayamamakta, bu da klinik tabloyu olumsuz etkilemektedir (71,86).

Fonksiyonel Aile

Fonksiyonlarını yerine getiren, duygusal olarak birbirine bağlı, etkili iletişim sağlayabilen, sorunları ortadan kaldırabilen aileler, fonksiyonel ve sağlıklı ailelerdir. Sağlıklı ailelerin, yaşamın sürdürülmesi ve güvenliği için gereksinimleri karşılama, sorunları çözme,

işbirliği içinde olma, birbirine sevgi ve ilgi gösterme, kişiler arası farklılıkları kabullenme, iletişim içinde olma, birbirinin duygularını anlama, birlikte vakit geçirme, sorunlarla başa çıkma yetenekleri kazanma gibi işlevleri vardır (5,89).

Philips, Lewis, Gosselt ve Beavers sağlıklı ailenin; birbirlerini destekleme, diğerlerinin fikirlerine saygı duyma, açıkça iletişim kurma, işleri yapmaktan kaçınmama, birbirine saygı duyma, fikir alışverişi yapma, otorite ve üstünlükten kaçınma ile sağlanacağını savunmaktadır. Satir'e göre fonksiyonel ailelerde iletişim açık ve belirgin, kurallar da esnek olmalı, kurallar şartlara göre değişkenlik göstermelidir. Bowen'a göre de fonksiyonel aile, aile üyelerini hiç kimseden etkilenmeden kendi değerlerine göre yöneten ailedir (88,90).

Fonksiyonel Olmayan Aile

Fonksiyonlardan herhangi birinin veya birkaçının karşılanmaması ile ortaya çıkan ailelere fonksiyonel olmayan aile denilmektedir. Ailedeki kişilerin ilişkilerinin ve iletişimlerinin bozuk olması, birbirine karşı saygı ve sevgisinin olmaması sağlıklı, fonksiyonel olmayan ailelerin temel özellikleridir (89). Sağlıklı ailelerde, kişilerde öz güven eksikliği, ikili ilişkilerde güvensizlik görülmekte, boş hayaller peşinde enerji ve zaman harcama ile sık karşılaşmaktadır. Aile bağlarının yüzeysel olması, sorun karşısında ailesini suçlama, kendi çıkarlarını önemseme, sorumluluk ve rolleri üstlenmeme, saldırganlık ve düşmanlık duyguları, şüpheli kişilik yapısı sık görülür (71,91).

Ailenin Sağlığa Etkisi

Sağlıkla ilgili stresin, duygusal desteğin, davranışların ve inanışların temeli ailedir. Aile, sağlık sorunlarıyla karşılaştığı zaman sıklıkla ilk başvuru kaynağı olmaktadır. Sağlık durumunun iyileşmesini sağlama, tıbbi tavsiyelere uyma, kronik hastalıkları yönetme gibi sağlığın her durumunda kuvvetli bir etkisi bulunmaktadır (73). Bunun yanında sağlık sorunları ve fiziksel belirtilerin çoğunun kaynağı da ailesel strestir ve bu yüzden kötüleşme gösterebilmektedir. Bunun için, sağlık hizmeti verirken, ilk merkez hasta olsa bile, aile anlaşılmalı ve dikkate alınmalıdır (92).

Smilkstein 1978'de, hekimlerin ailenin fonksiyonel durumu ile ilgili bilgilere ihtiyacının olabileceği üç farklı durum açıklamıştır (92):

- 1-Hastanın bakımına aile de katılacağında,
- 2-Kişinin aile hekimine kaydı yeni olduğunda,
- 3-Ailenin bir probleminin yönetim sürecine hekim dahil olduğunda.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık problemleri de bu yüzden toplumsal, kültürel, ruhsal ve fiziksel yönleriyle incelenir, verilen sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilebilmesi için de ailenin fonksiyonelliğinin de değerlendirilmesi gereklidir.

Değerlendirmek için kullanılan çeşitli araçlardan biri de aile APGAR'ıdır.

Çalışmamızda Aile APGAR'ını kullanarak Edirne il merkezindeki yaşlılarda aile fonksiyonelliğini ve bu fonksiyonelliği etkileyebilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, Edirne il merkezinde yaşayan yaşlıların aile fonksiyonelliğini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmış olup kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini, Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Aralık 2020’de Edirne il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 18387 kişi oluşturmaktadır. Edirne il merkezinde 23 Aile Sağlığı Merkezi bulunup toplam Aile Sağlığı Birimi sayısı 54’tür. Örneklem sayısı %95 güven aralığı, %5 hata payıyla 377 kişi olarak hesaplanmıştır. Edirne il merkezinde yaşayan yaşlılar cinsiyete ve aile sağlığı birimi yaşlı nüfusuna göre tabakalandırılmıştır. Her bir Aile Sağlığı Biriminden birime kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfus oranında gönüllüye ulaşılması hedeflenmiş ve çalışma 394 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’nun etik kurul kararı (Ek 1), Edirne Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı (Ek 2) ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Ek 3) onayı alındıktan sonra 28 Ocak 2022 ile 28 Ağustos 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan sözlü onam alındıktan sonra anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmış, yanıtlar araştırmacılar tarafından formlara işlenmiştir. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

Çalışmaya katılma kriterleri Edirne il merkezindeki bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olmak, 65 yaş ve üzerinde olmak ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Kişinin iletişim kurmayı engelleyecek bir probleminin olması ise hariç tutma kriteri olarak belirlenmiştir. Gerekli şartlar sağlanmadığı takdirde bu kişiler çalışmaya alınmamıştır.

Çalışma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket (Ek 4) yardımı ile toplanmıştır. Anket katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalık durumlarını, aile üyeleri ile ilişkilerini sorgulayan 26 soru ve Aile APGAR Ölçeğini içeren 5 sorudan oluşmaktadır.

AİLE APGAR ÖLÇEĞİ

Ailenin değerlendirilmesinde kullanılan araç ve gereçlerin çoğu yeterince uzundur ve ileri seviyede kodlama gerektirmektedir. Ancak hekimler, detaylı sağlık değerlendirmesinde veya rutin hasta görüşmesinde tarama amaçlı değerlendirmek için daha kısa araçları seçebilirler. Bu kısa değerlendirme araçlarından biri de Aile APGAR (Family APGAR)'ıdır. Kişinin kendisinin de doldurabileceği bir ölçek olan Aile APGAR'ı, doktorlara aile fonksiyonları ile ilgili hızlı fikir veren bir tarama testidir. Ailedeki üyelerin kendi ailesinin fonksiyonelliğine dair algılarını değerlendiren ölçek, kapalı uçlu beş soruyla kısa zamanda aile fonksiyonlarındaki zayıf noktaları belirlemede doktora yardım etmekte ve doktorun ailenin sorunlarına odaklanmasını sağlamaktadır. Aile APGAR'ı kişilerde aile fonksiyonelliğinin beş parametresini (adaptation (uyum sağlama), partnership (ortaklık), growth (gelişme), affection (duygulanım), resolve (çözmek)) değerlendirmektedir (73,92).

Adaptation (Uyum sağlama): Bir sorun karşısında, ailenin bunu çözmek amacıyla aile içi ve dışı kaynak kullanımı,

Partnership (Ortaklık): Sorumluluk ve kararların paylaşımı,

Growth (Gelişme): Ailenin birbirine sağladığı destekle hem duygusal hem de fiziksel olarak olgunlaşma,

Affection (Duygulanım): Aile üyeleri arasındaki duyguların paylaşımı,

Resolve (Çözmek): Aile üyelerinin hem fiziksel hem de ruhsal gelişimi için birbirlerine vakit ayırma kararı.

APGAR, beş parametrenin de ilk harflerinden oluşmaktadır. Ölçekte, beş parametreye dair memnuniyeti belirtmek için üç seçenek yer almaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) şeklindedir. Böylece ölçekten alınacak toplam puan 0-10 arasında olmaktadır. Sonuçlarda da 7-10 puan aile fonksiyonelliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini, 4-6 puan orta, 0-3 puan düşük memnuniyeti göstermektedir (73).

Özcan ve ark. tarafından Aile APGAR'ının orijinal hali 2011 yılında Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada Aile APGAR Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyonlarının 0,502 ile 0,679 arasında değiştiği gösterilmiştir. Güvenirlik için yapılan test-tekrar test yönteminde puanlar arası korelasyon 0,759 ($p<0,001$)

olarak belirlenmiştir. Ölçeğin maddelerinin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı 0,793 olarak bulunmuştur. Dil geçerliği korelasyonu 0,899 ($p<0,001$) olarak gösterilmiştir. Yapı geçerliği $c22/df$ oranı 5'ten küçük, GFI ve AGFI değerleri 0,90'tan yüksek, RMR ve RMSEA değerleri 0,05'ten düşük, GFI 1,0, AGFI 0,99, RMR ve RMSEA değerleri 0,0 olarak gösterilmiştir. Ayrıca benzer ölçekler geçerliği $r=-0,596$ ($p<0,001$) olarak hesaplanan ölçeği doldurmak için gereken medyan süre 8 dakika olarak hesaplanmıştır (73).

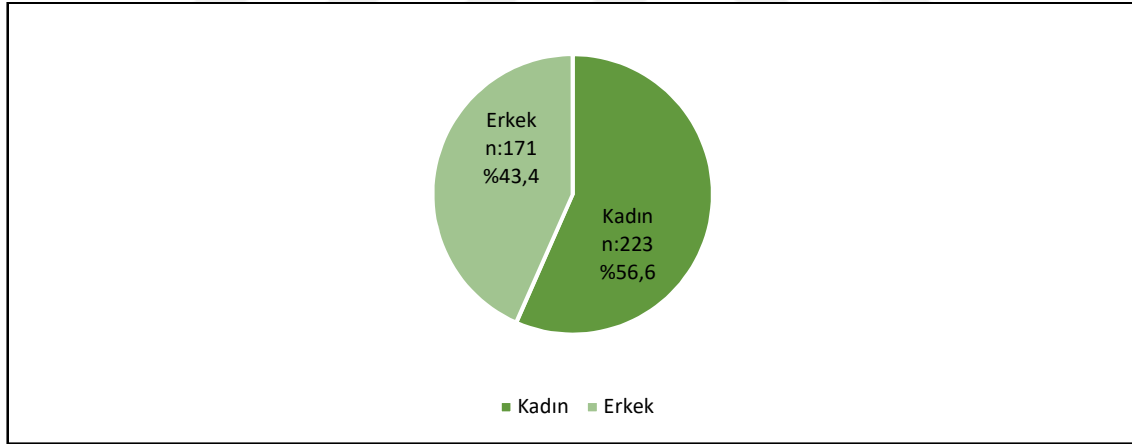
İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak verilerin istatistiksel analizi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler bölümünde kategorik değişkenler sayı ve yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma ve ortanca (en küçük-en büyük değer) ile verilmiştir. Çalışmadaki değişkenlerin normallik durumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Dağılımının değerlendirilmesinde aynı zamanda görsel (histogram ve olasılık grafikleri), analitik (çarpıklık basıklık değerleri ve normallik testleri) kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen anket verilerinin normal dağılıma uymadığı saptandığı için çalışmamızda parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden çok grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testinde anlamlı farklılıklar görülmesi halinde farklılıkların kaynağını belirlemek üzere Bonferroni düzeltmesi yapılmış, ikili alt grup tayini ile alt gruplar arasında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Numerik veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p), ilgili testlerle birlikte gösterilmiş olup $p<0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmamıza 223 (%56,6) kadın, 171 erkek (%43,4) olmak üzere toplam 394 yaşlı dâhil edilmiştir (Şekil 1).



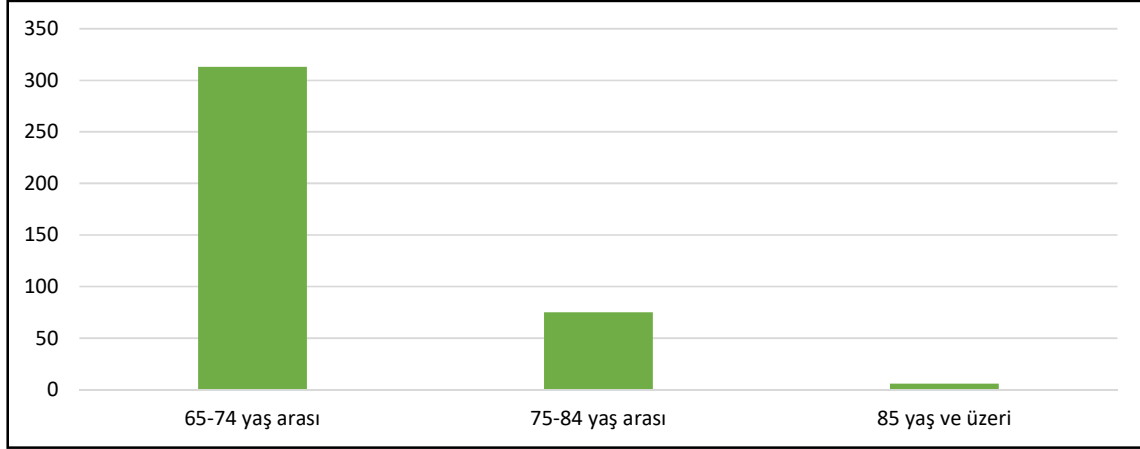
Şekil 1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Araştırmamıza katılan yaşlıların yaş ortalaması $70,47 \pm 5,28$ (minimum 65 maksimum 90) yıldır. Kadınların yaş ortalaması $69,57 \pm 4,8$ yıl iken erkeklerin yaş ortalaması $71,64 \pm 5,64$ yıldır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların yaş ortalaması

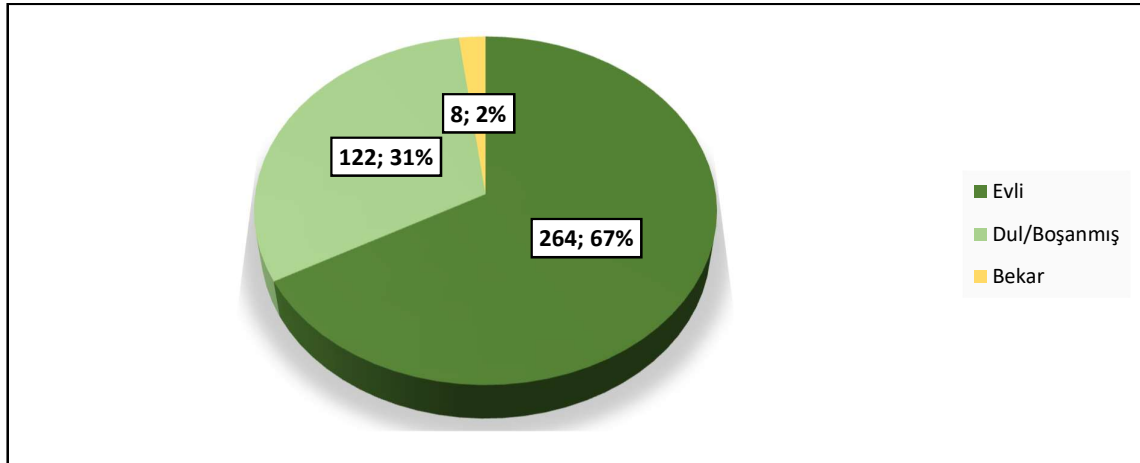
		Ortalama $\pm$ ss
Yaş ortalaması	Kadın	69,57 $\pm$ 4,8
	Erkek	71,64 $\pm$ 5,64

Araştırmamıza katılan yaşlıların DSÖ'ye göre yaş sınıflaması yapıldığında, 65-74 yaş arası genç yaşlı olanların sayısı 313 (%79,6), 75-84 yaş arası orta yaşlı olanların sayısı 75 (%19,1), 85 yaş ve üzeri yaş ileri yaşlıların sayısı ise 6 (%1,6) idi (Şekil 2).



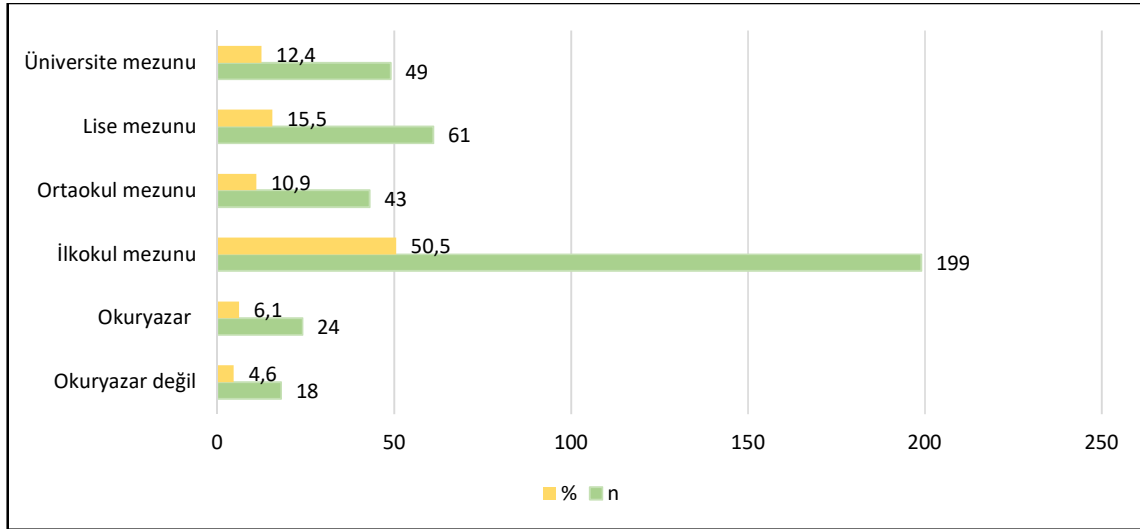
Şekil 2. DSÖ yaş sınıflamasına göre çalışmaya katılan kişi sayısı

Çalışmamıza katılan yaşlıların 264'ünün (%67) evli, 122'sinin (%31) dul/boşanmış, 8'inin (%2) bekar olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3).



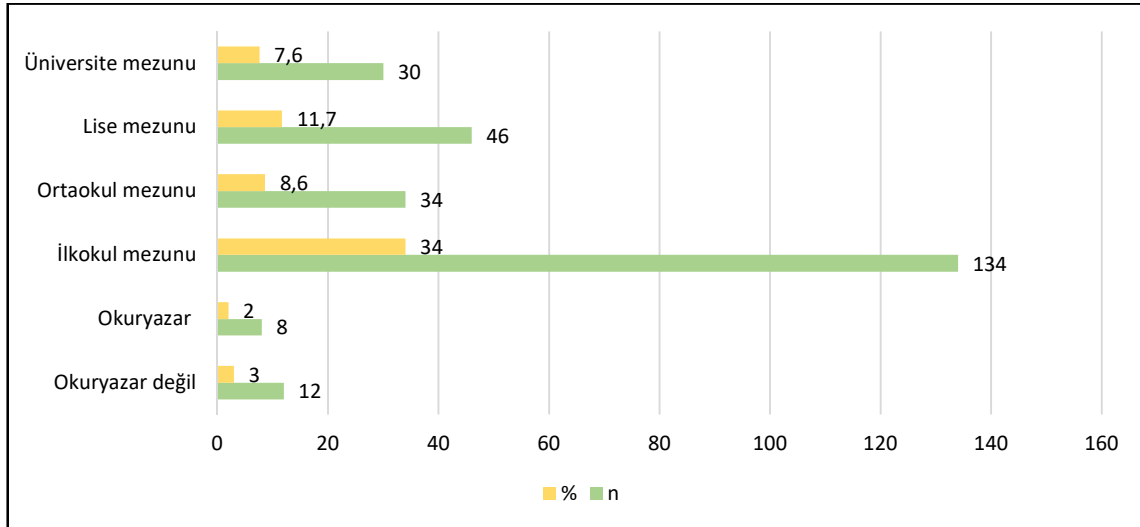
Şekil 3. Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları

Çalışmamıza katılan 394 yaşlının 18'i (%4,6) okuma yazma bilmediğini, 24'ü (%6,1) okuryazar olduğunu, 199'u (%50,5) ilkokul mezunu, 43'ü (%10,9) ortaokul mezunu, 61'i (%15,5) lise mezunu, 49'u (%12,4) üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir (Şekil 4).



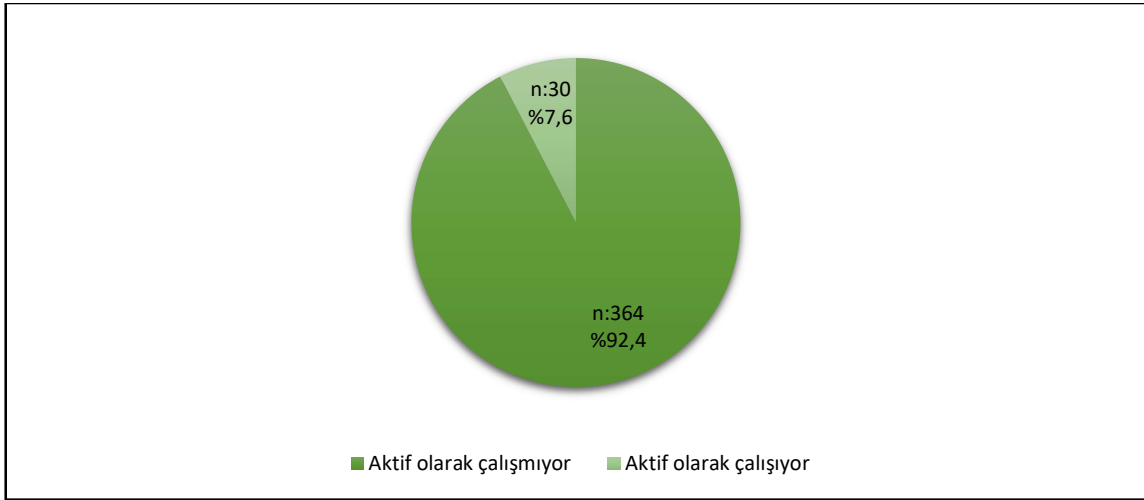
Şekil 4. Katılımcıların eğitim durumları

Çalışmamıza katılan yaşlıların eşlerinin 12'sinin (%3) okuma yazma bilmediği, 8'inin (%2) okuryazar olduğu, 134'ünün (%34) ilkokul mezunu, 34'ünün (%8,6) ortaokul mezunu, 46'sının (%11,7) lise mezunu, 30'unun (%7,6) üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Şekil 5).



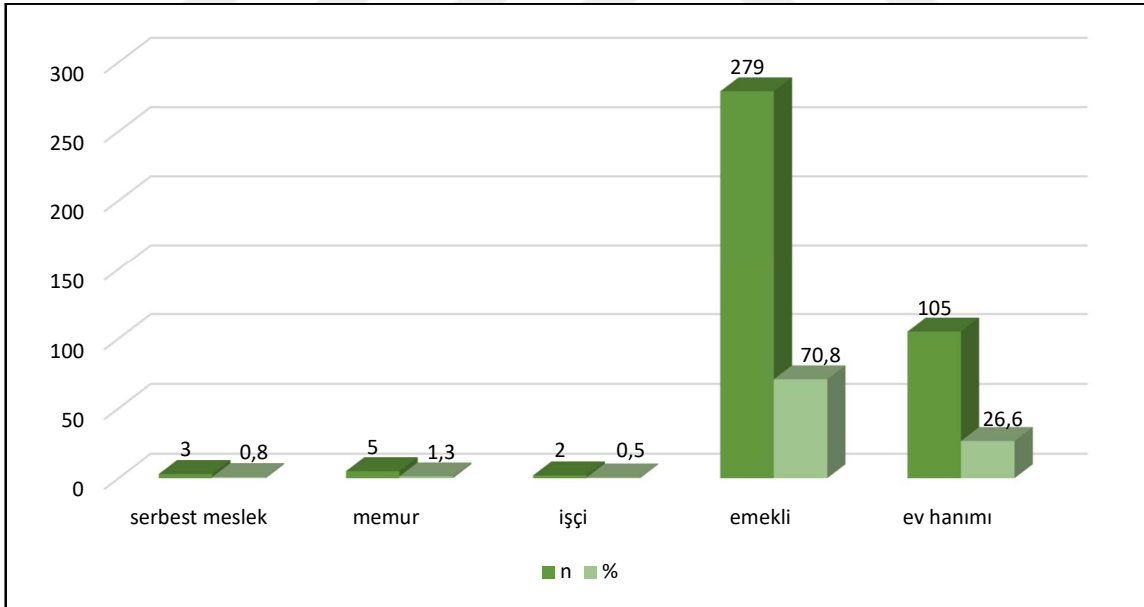
Şekil 5. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları

Çalışmamıza katılan yaşlıların 364'ü (%92,4) şu an aktif olarak çalışmamakta, 30'u (%7,6) aktif olarak çalışmakta idi (Şekil 6).



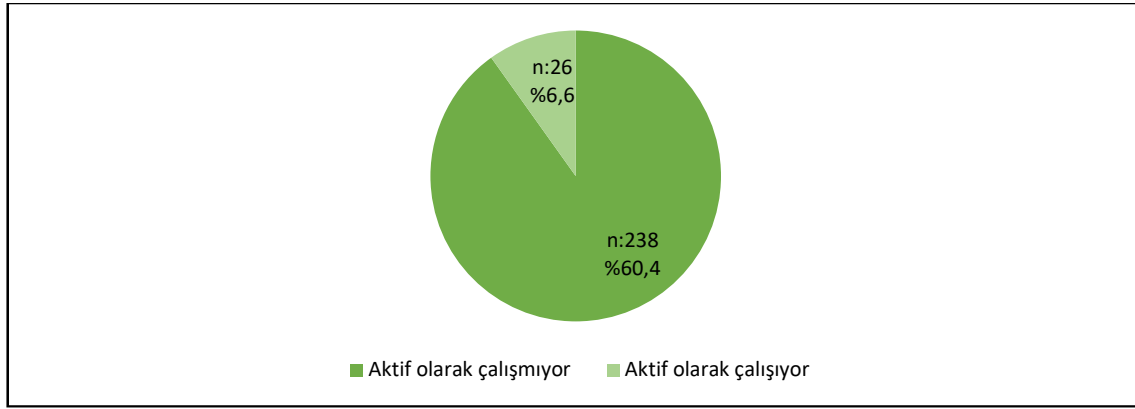
Şekil 6. Katılımcıların aktif çalışma durumları

Çalışmamıza katılan yaşlıların mesleklerine bakıldığında 3'ü (%0,8) serbest meslekte çalıştığını, 5'i (%1,3) memur olarak çalıştığını, 2'si (%0,5) işçi olduğunu, 279'u (%70,8) emekli olduğunu, 105'i (%26,6) ise ev hanımı olduğunu belirtmiştir (Şekil 7).



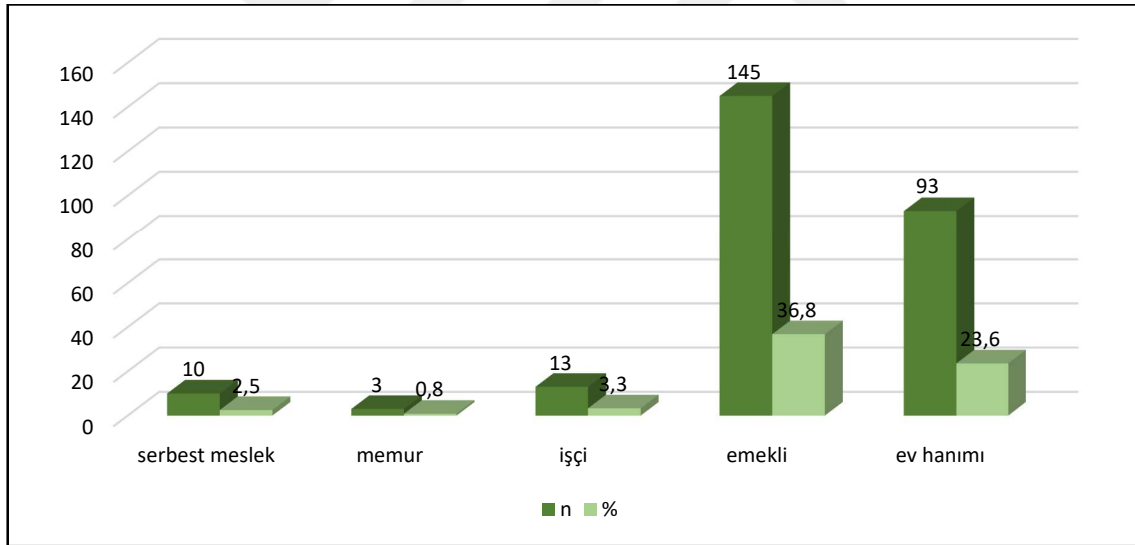
Şekil 7. Katılımcıların meslekleri

Çalışmamıza katılan yaşlıların eşlerinin 238'inin (%60,4) şu an aktif olarak çalışmadığı, 26'sının (%6,6) aktif olarak çalışmakta olduğu görülmektedir (Şekil 8).



Şekil 8. Katılımcıların eşlerinin aktif çalışma durumları

Çalışmamıza katılan yaşlıların eşlerinin meslekleri sorulduğunda 10'unun (%2,5) serbest meslekte çalıştığı, 3'ünün (%0,8) memur olduğu, 13'ünün (%3,3) işçi olarak çalıştığı, 145'inin (%36,8) emekli olduğu, 93'ünün (%23,6) ev hanımı olduğu görülmektedir (Şekil 9).



Şekil 9. Katılımcıların eşlerinin meslekleri

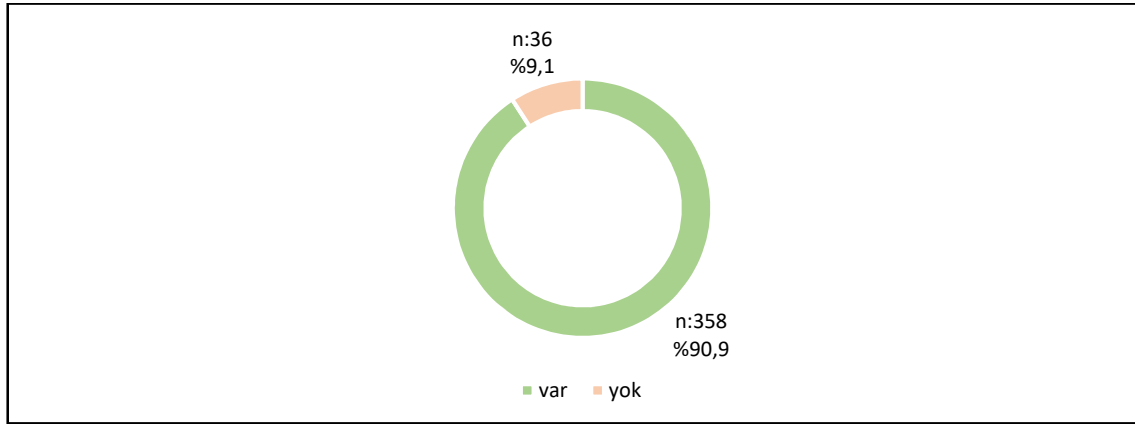
Çalışmamıza katılan yaşlıların minimum aylık geliri 800 TL iken maksimum aylık geliri 20000 TL ve ortalama aylık geliri de $5666,25 \pm 3225,25$ TL idi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların aylık hane gelir

	Minimum	Maksimum	Ortalama
Aylık hane geliri	800 TL	20000 TL	$5666,25 \pm 3225,25$

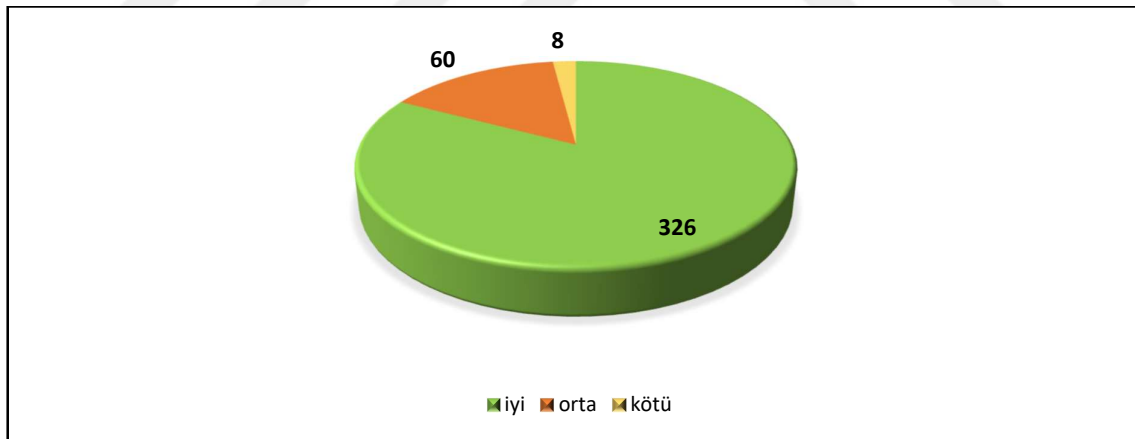
Katılımcıların sosyal güvence durumuna bakıldığında 358'inin (%90,9) sosyal

güvencesinin olduğu, 36'sının (%9,1) ise sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir (Şekil 10).



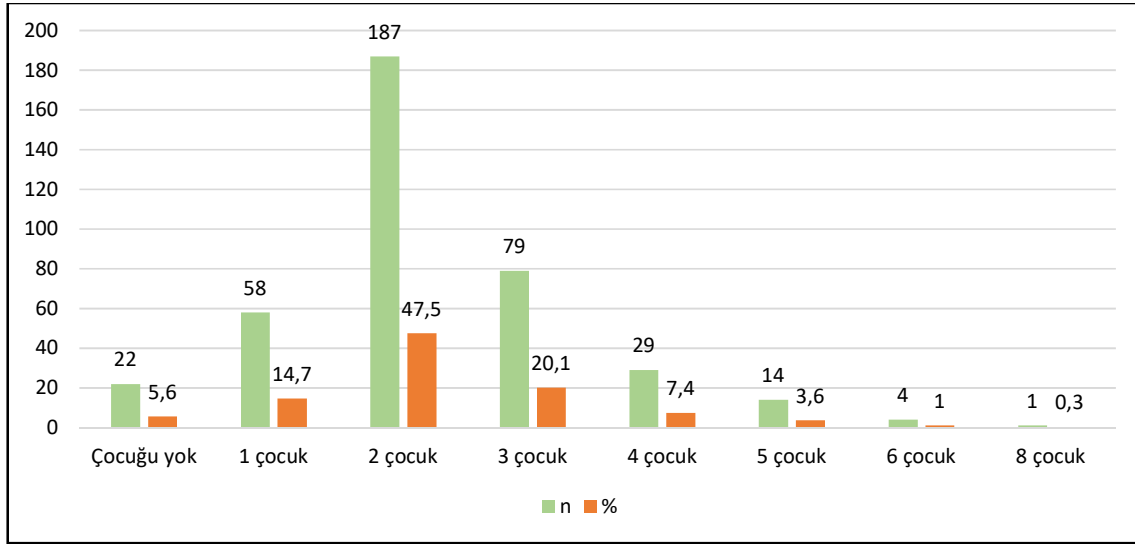
Şekil 10. Katılımcıların sosyal güvence durumu

Çalışmamıza katılan yaşlıların 326'sı (%82,7) aile üyeleri ile ilişkilerinin iyi, 60'ı (%15,2) aile üyeleri ile ilişkilerinin orta, 8'i (%2) aile üyeleri ile ilişkilerinin kötü olduğunu belirtmiştir (Şekil 11).



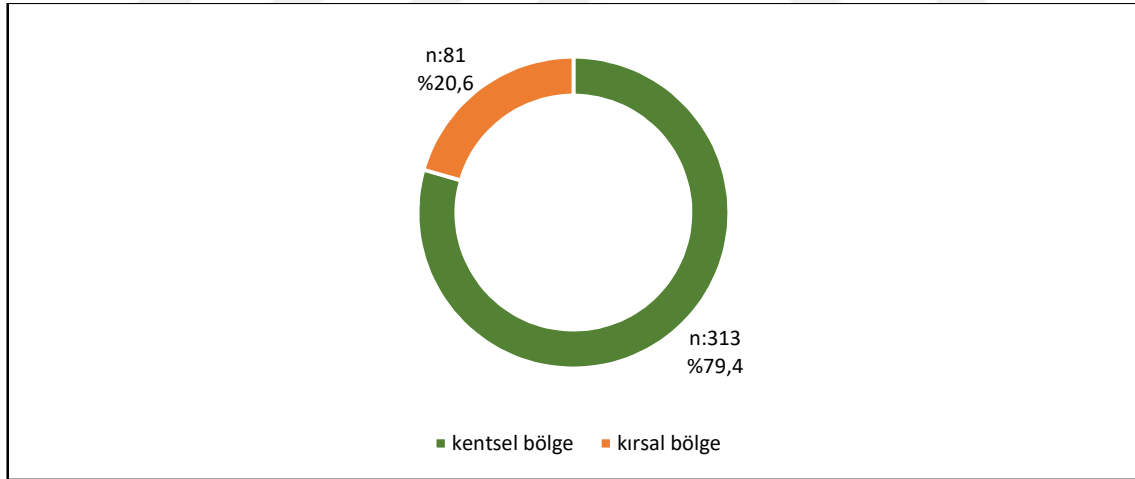
Şekil 11. Katılımcıların aile üyeleri ile ilişkileri

Çalışmamıza katılan yaşlıların çocuk sayısının minimum değeri 0, maksimum değeri 8 ve ortanca değeri 2 idi. Çalışmaya katılan yaşlıların 22'si (%5,6) çocuğunun olmadığını, 58'i (%14,7) 1 tane, 187'si (%47,5) 2 tane, 79'u (%20,1) 3 tane, 29'u (%7,4) 4 tane, 14'ü (%3,6) 5 tane, 4'ü (%1) 6 tane, 1'i (%0,3) 8 tane çocuğunun olduğunu belirtmiştir (Şekil 12).



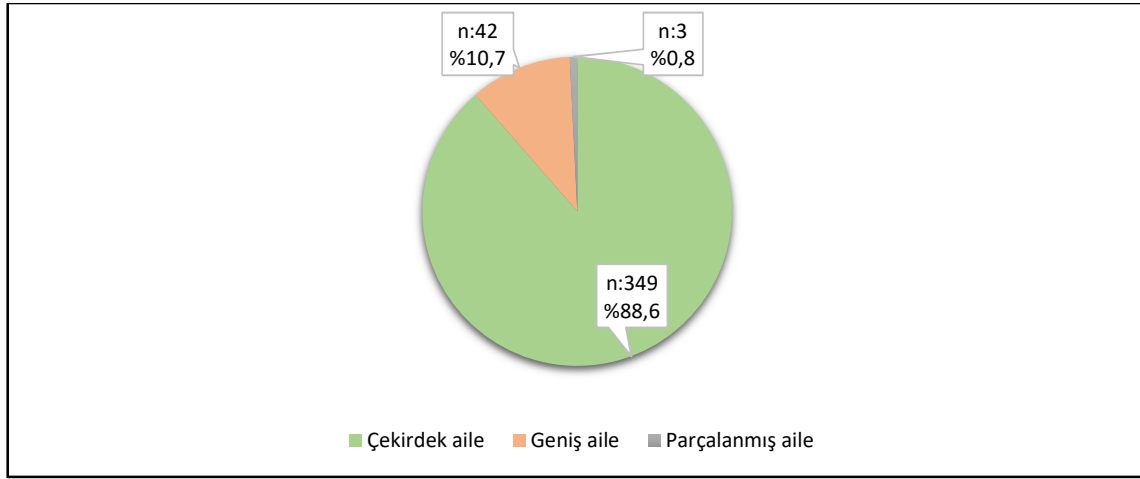
Şekil 12. Katılımcıların çocuk sayısı

Çalışmamıza katılan yaşlıların hayatı boyunca en uzun süre yaşadığı yer sorgulandığında 313'ü (%79,4) kentsel bölgede yaşadığını, 81'i (%20,6) kırsal bölgede yaşadığını ifade etmiştir (Şekil 13).



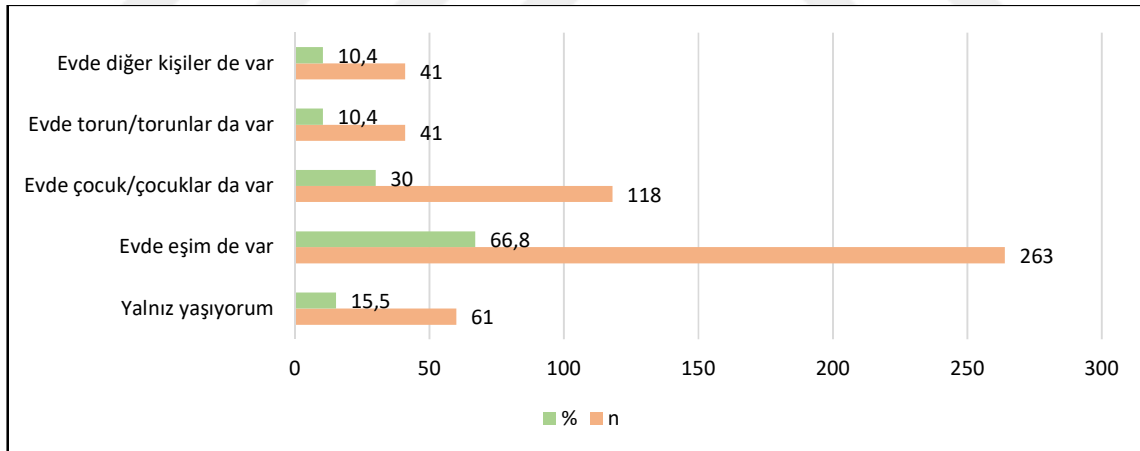
Şekil 13. Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yer

Çalışmamıza katılan yaşlıların 349'unun (%88,6) çekirdek ailede, 42'sinin (%10,7) geniş ailede, 3'ünün (%0,8) parçalanmış ailede yaşadığı görülmüştür (Şekil 14).



Şekil 14. Katılımcıların yaşadığı aile durumu

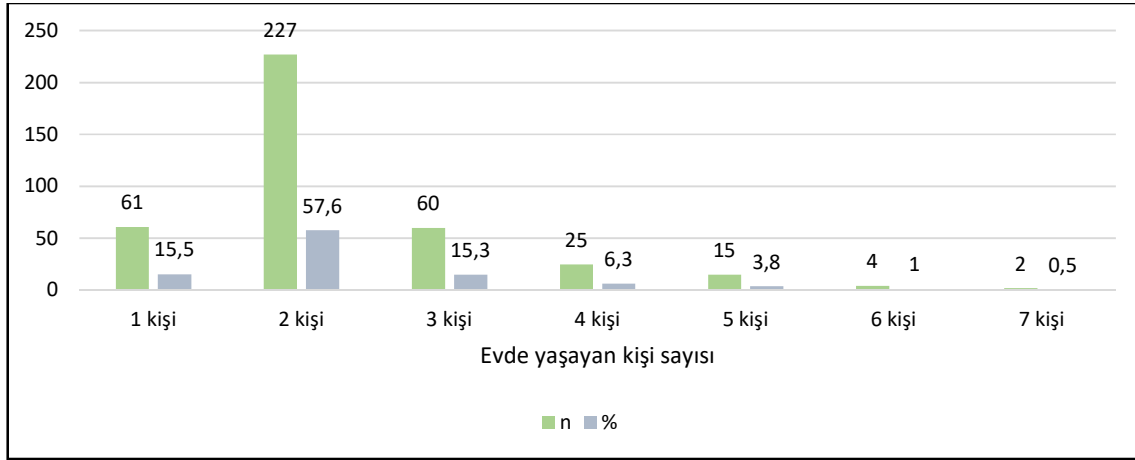
Çalışmamıza katılan yaşlıların 61'inin (%15,5) yalnız yaşadığı, 263'ünün (%66,8) yaşadığı evde eşinin olduğu, 118'inin (%30) yaşadığı evde çocuk/çocuklarının olduğu, 41'inin (%10,4) yaşadığı evde torun/torunlarının olduğu, 41'inin (%10,4) yaşadığı evde diğer kişilerin olduğu görülmüştür. "Diğer" başlığı içinde anne, kayınvalide, gelin, damat yanıtlarının olduğu belirlenmiştir (Şekil 15).



*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

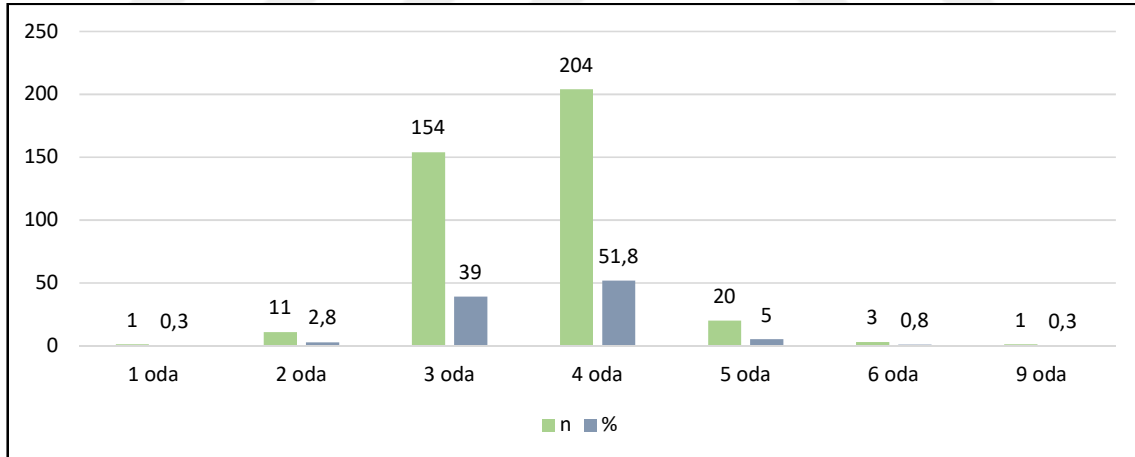
Şekil 15. Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler

Çalışmamıza katılan yaşlıların evinde yaşayan toplam kişi sayısının minimum değeri 1, maksimum değeri 7, ortanca değeri 2 idi. Çalışmamıza katılan kişilerin 61'i (%15,5) evde tek, 227'si (%57,6) evde 2 kişi, 60'ı (%15,3) evde 3 kişi, 25'i (%6,3) evde 4 kişi, 15'i (%3,8) evde 5 kişi, 4'ü (%1) evde 6 kişi, 2'si (%0,5) evde 7 kişi yaşadığını belirtmiştir (Şekil 16).



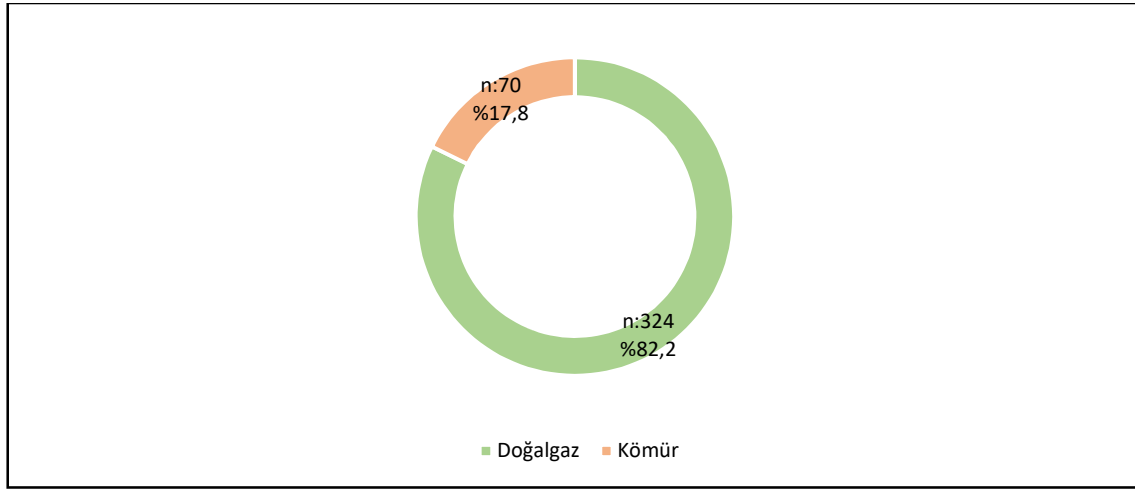
Şekil 16. Katılımcıların evinde yaşayan kişi sayısı

Çalışmamıza katılan yaşlıların yaşadığı evin toplam oda sayısının minimum değeri 1, maksimum değeri 9, ortanca değeri 4 idi. Çalışmamıza katılan yaşlıların 1'i (%0,3) evinde 1 oda, 11'i (%2,8) evinde 2 oda, 154'ü (%39) evinde 3 oda, 204'ü (%51,8) evinde 4 oda, 20'si (%5) evinde 5 oda, 3'ü (%0,8) evinde 6 oda, 1'i (%0,3) evinde 9 oda olduğunu belirtmiştir (Şekil 17).



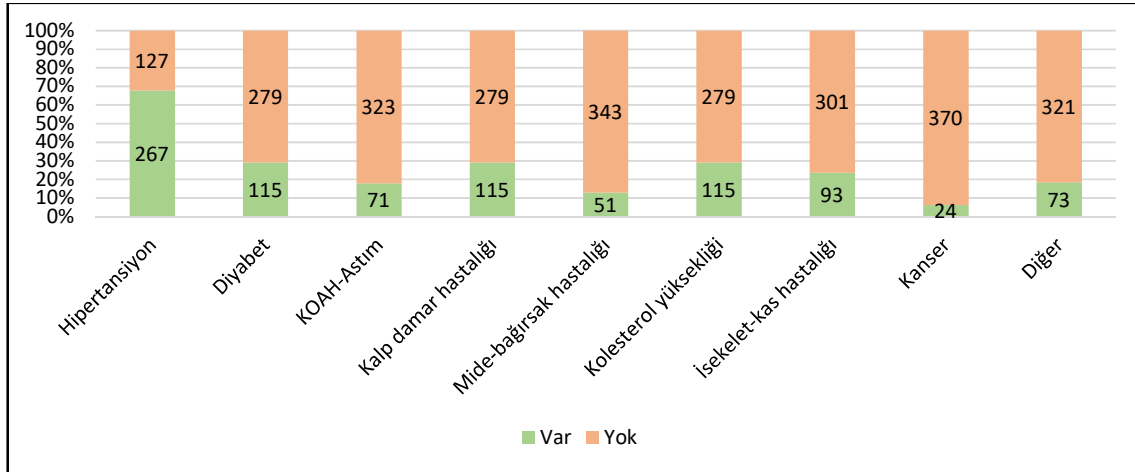
Şekil 17. Katılımcıların evindeki oda sayısı

Çalışmamıza katılan yaşlıların 324'ü (%82,2) evinin doğalgaz, 70'i (17,8) evinin kömür ile ısındığını belirtmiştir (Şekil 18).



Şekil 18. Katılımcıların evinin ısınma şekli

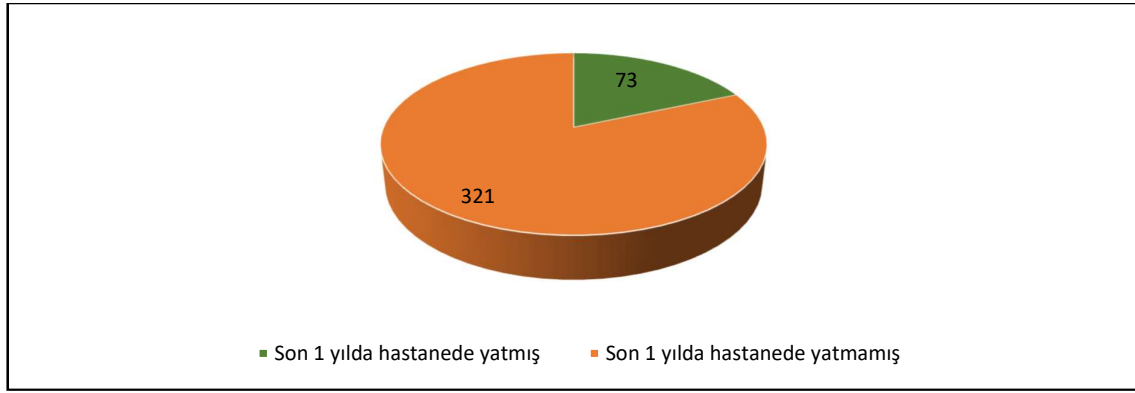
Araştırmamıza katılan yaşlıların arasında en sık görülen kronik hastalık hipertansiyondur. Katılımcıların 267'sinde (%67,8) hipertansiyon, 115'inde (%29,2) diyabet, 71'inde (%18) KOAH-astım, 115'inde (%29,2) kalp damar hastalığı, 51'inde (%12,9) mide-bağırsak hastalığı, 115'inde (%29,2) kolesterol yüksekliği, 93'ünde (%23,6) iskelet-kas hastalığı, 24'ünde (%6,1) kanser ve 73'ünde (%18,5) diğer kronik hastalıkların olduğu görülmüştür. Diğer kronik hastalıkların içinde de kronik böbrek yetmezliği, vertigo, hipertiroidi ve hipotiroidi olduğu belirlenmiştir (Şekil 19).



*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

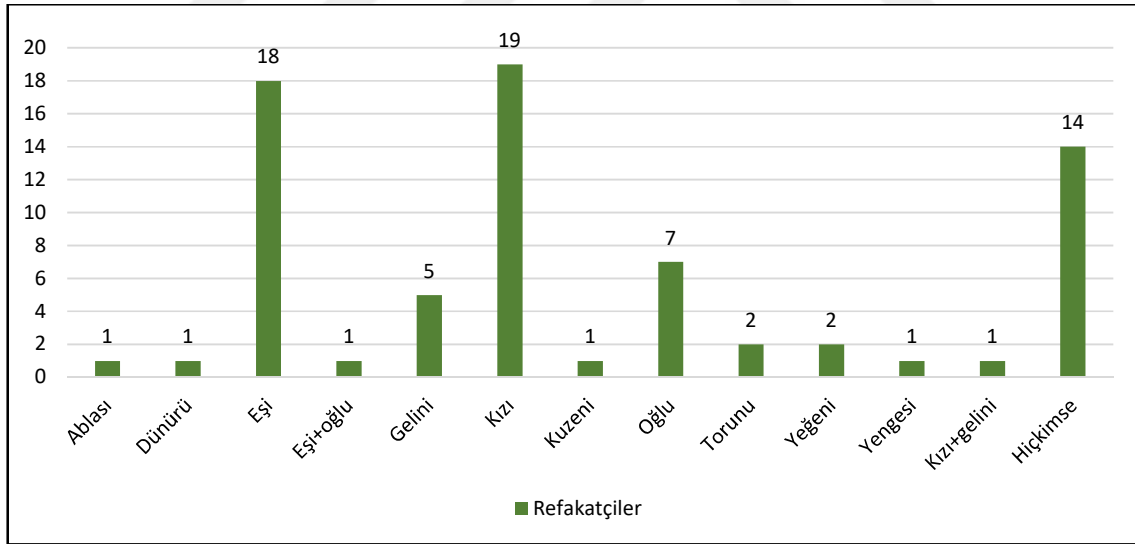
Şekil 19. Katılımcıların kronik hastalıkları

Çalışmamıza katılan yaşlıların 73'ü (%18,5) son 1 yılda hastanede yattığını, 321'i (%81,5) son 1 yılda hastanede yatmadığını belirtmiştir (Şekil 20).



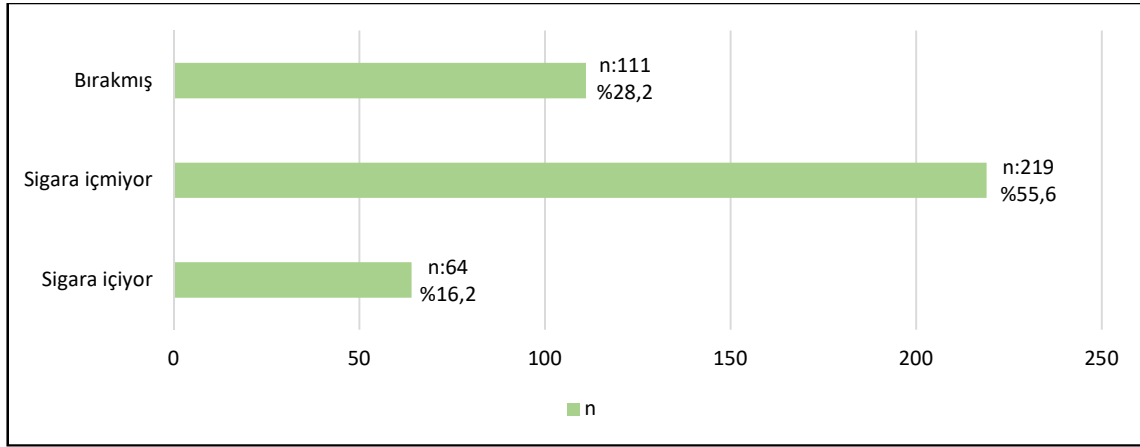
Şekil 20. Katılımcıların son 1 yılda hastanede yatma durumları

Hastanede yatan yaşlılara en sık refakat eden kişinin kızları ve eşi olduğu görülmüştür. Yaşlıların 19'u (%26) refakatçisinin kızı, 18'i (%24,7) refakatçisinin eşi, 7'si (%9,6) refakatçisinin oğlu, 5'i (%6,8) refakatçisinin gelini, 10'u (%13,7) refakatçisinin diğer yakınları (abla, dünür, kuzen, torun, yeğen, yenge, kızı ve gelini) olduğunu, 14'ü (%19,2) ise refakatçisinin olmadığını belirtmiştir (Şekil 21).



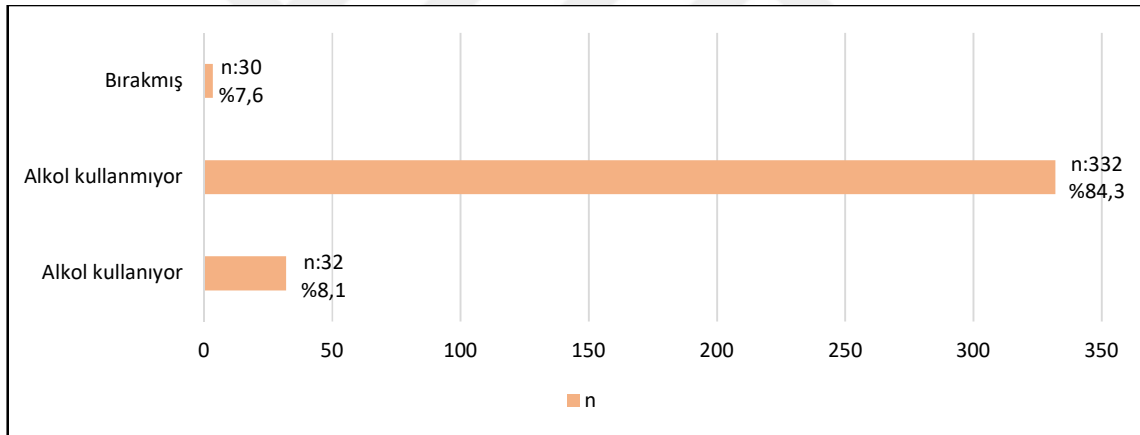
Şekil 21. Hastanede yatan katılımcıların refakatçileri

Çalışmaya katılan yaşlıların 219'u (%55,6) sigara içmediğini, 64'ü (%16,2) sigara içtiğini, 111'i (%28,2) sigarayı bıraktığını ifade etmiştir (Şekil 22).



Şekil 22. Katılımcıların sigara içme durumları

Çalışmamıza katılan yaşlıların 332'si (%84,3) alkol kullanmadığını, 32'si (%8,1) alkol kullandığını, 30'u (%7,6) alkolü bıraktığını belirtmiştir (Şekil 23).



Şekil 23. Katılımcıların alkol kullanma durumu

Çalışmaya katılan yaşlıların 285'i (%72,3) evinde sigara-alkol kullanan birinin olmadığını, 109'u (%27,7) evinde sigara-alkol kullanan birinin olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların evinde sigara-alkol kullanan kişi varlığı

		n	%
Evde sigara-alkol kullanan biri varmı?	Evet	109	27,7
	Hayır	285	72,3

Çalışmaya katılan yaşlıların 43'ü (10,9) evinde bakıma muhtaç birinin olduğunu, 351'i (%89,1) evinde bakıma muhtaç birinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların evinde bakıma muhtaç kişinin varlığı

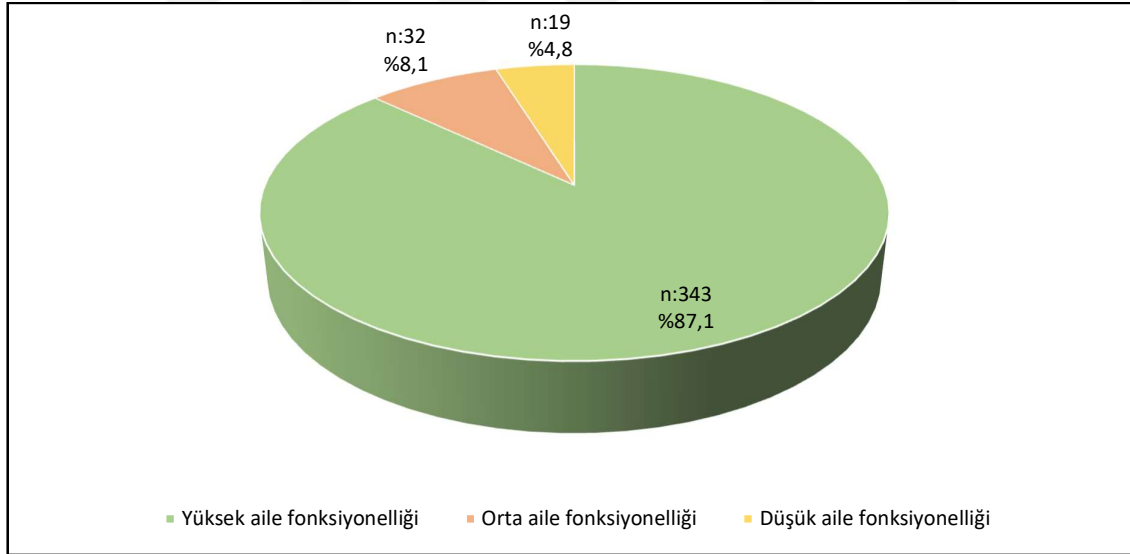
		n	%
Evde bakıma muhtaç biri var mı?	Evet	43	10,9
	Hayır	351	89,1

Katılımcıların APGAR skoru hesaplandığında ortalama APGAR skoru $8,65 \pm 2,17$ (minimum 0, maksimum 10) idi (Tablo 5).

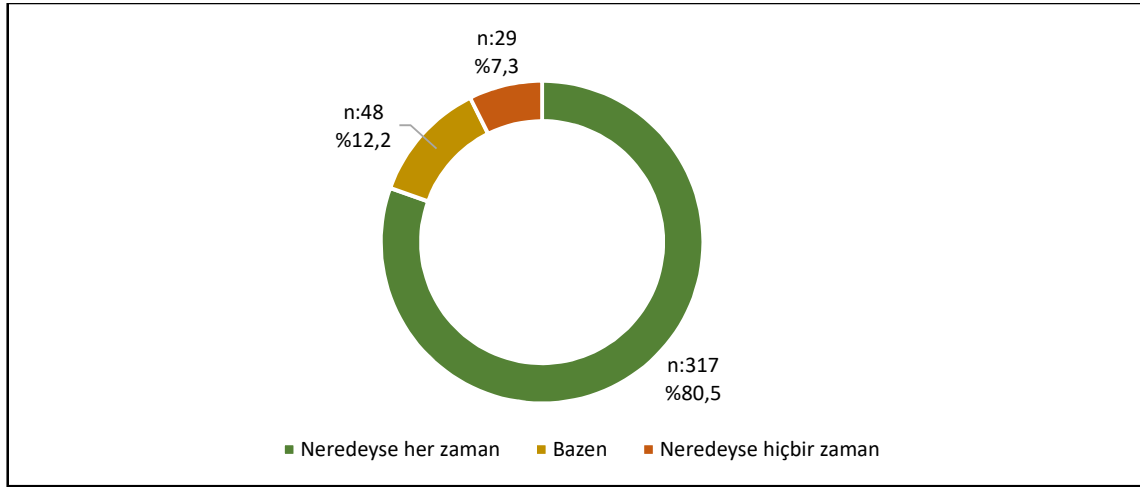
Tablo 5. Katılımcıların aile APGAR ölçeğinden aldıkları toplam puanların sayısal değerleri

	Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)
APGAR toplam puan	$8,65 \pm 2,17$	10 (0-10)

Çalışmamıza katılan katılımcıların 343'ünün (%87,1) yüksek aile fonksiyonelliğine, 32'sinin (%8,1) orta aile fonksiyonelliğine, 19'unun (%4,8) düşük aile fonksiyonelliğine sahip olduğu bulunmuştur (Şekil 24).

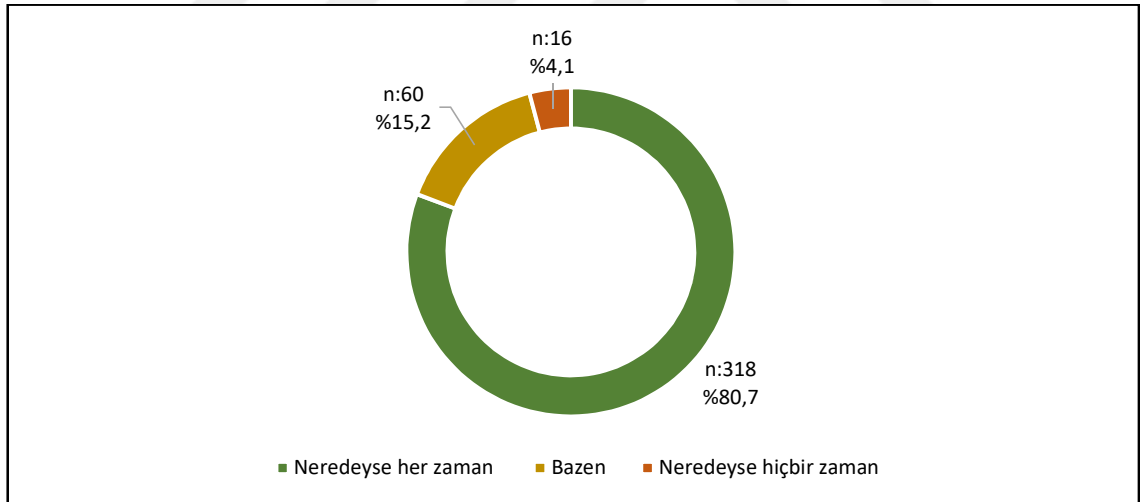
**Şekil 24. Katılımcıların aile fonksiyonelliğinin dağılımı**

“Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmaktan memnunum” sorusuna katılımcıların cevaplarının 317'sinin (%80,5) neredeyse her zaman, 48'inin (%12,2) bazen, 29'unun (%7,3) neredeyse hiçbir zaman şeklinde olduğu görülmüştür (Şekil 25).



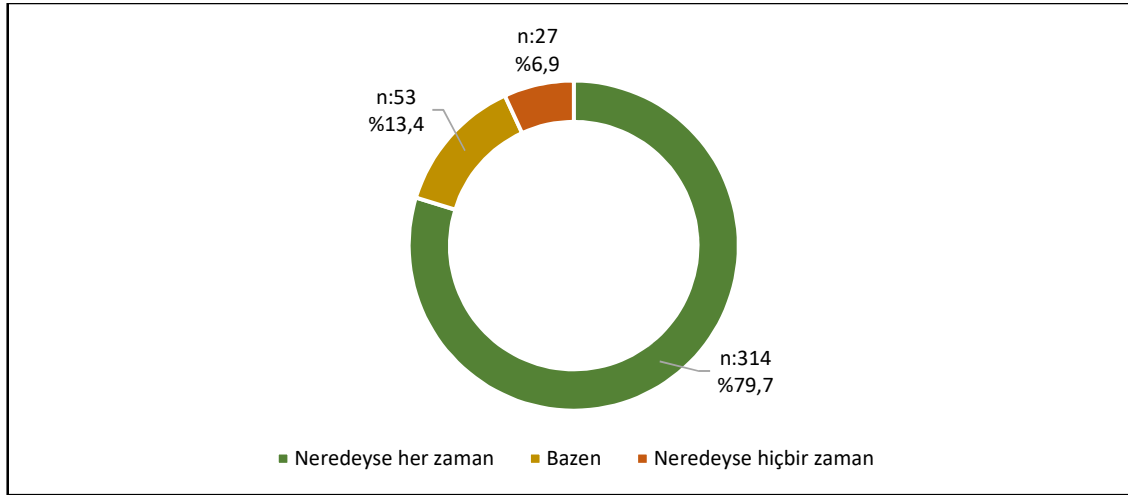
Şekil 25. Katılımcıların “Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmaktan memnunum” sorusuna cevaplarının dağılımı

“Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum” sorusuna katılımcıların cevaplarının 318’inin (%80,7) neredeyse her zaman, 60’ının (%15,2) bazen, 16’sının (%4,1) neredeyse hiçbir zaman şeklinde olduğu görülmüştür (Şekil 26).



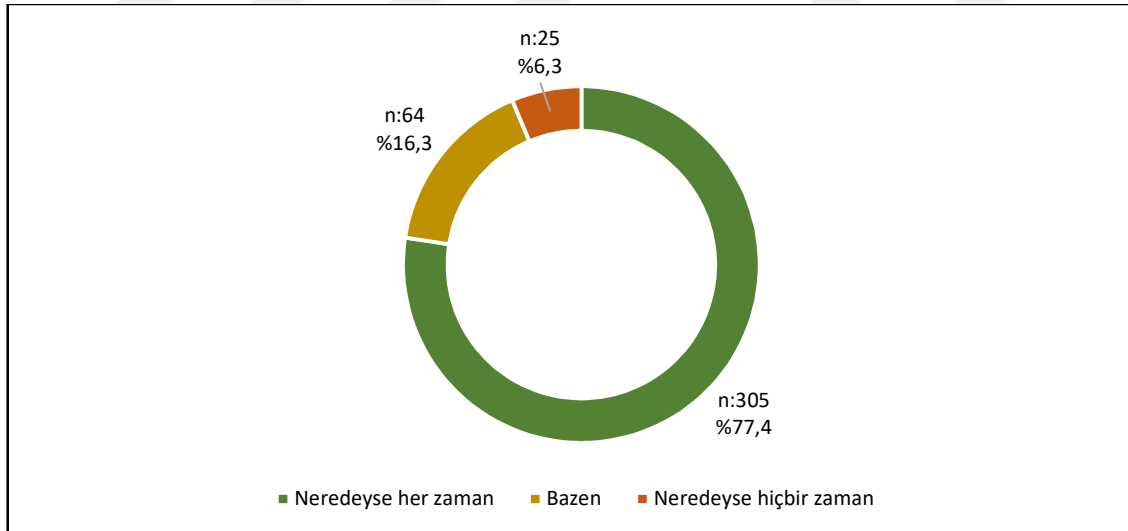
Şekil 26. Katılımcıların “Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum” sorusuna cevaplarının dağılımı

“Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum” sorusuna katılımcıların cevaplarının 314’ünün (%79,7) neredeyse her zaman, 53’ünün (%13,4) bazen, 27’sinin (%6,9) neredeyse hiçbir zaman şeklinde olduğu görülmüştür (Şekil 27).



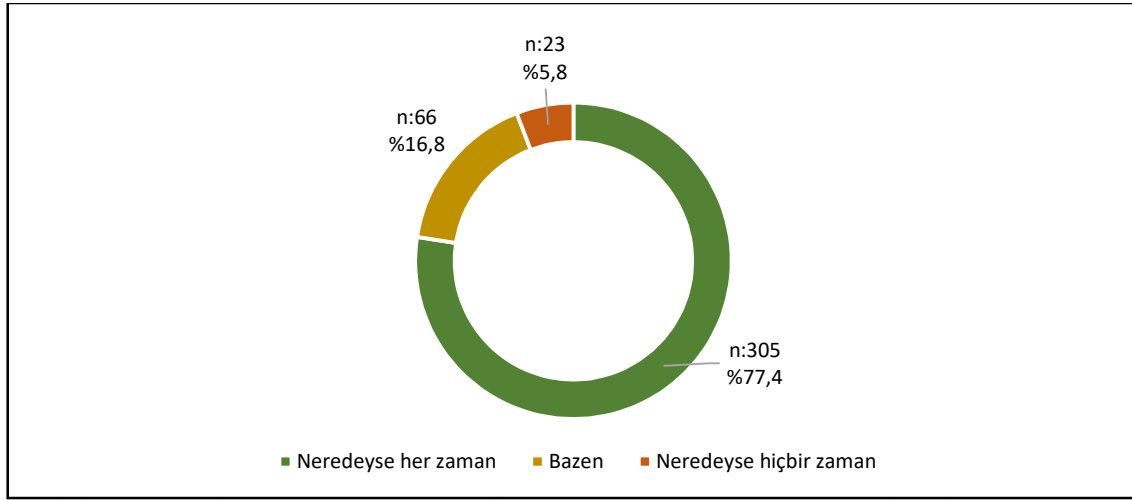
Şekil 27. Katılımcıların “Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum” sorusuna cevaplarının dağılımı

“Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum” sorusuna katılımcıların cevaplarının 305’inin (%77,4) neredeyse her zaman, 64’ünün (%16,3) bazen, 25’inin (%6,3) neredeyse hiçbir zaman şeklinde olduğu görülmüştür (Şekil 28).



Şekil 28. Katılımcıların “Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum” sorusuna cevaplarının dağılımı

“Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum” sorusuna katılımcıların cevaplarının 305’inin (%77,4) neredeyse her zaman, 66’sının (%16,8) bazen, 23’ünün (%5,8) neredeyse hiçbir zaman şeklinde olduğu görülmüştür (Şekil 29).



Şekil 29. Katılımcıların “Ailemle vakit geçirme şeklimizden memnunuz” sorusuna cevaplarının dağılımı

KARŞILAŞTIRMALI BULGULAR

Çalışmamıza katılan yaşlıların yaşları ile APGAR’dan aldıkları toplam puan arasında korelasyon analizi yapıldığında yaş ile APGAR puanı arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,115$; $p=0,023$) (Tablo 6). Yaş grupları ile APGAR’dan aldıkları toplam puan karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,179$).

Tablo 6. Katılımcıların yaşları ile APGAR puanı arasındaki ilişki

	Katılımcının yaşı	
	Spearman r	p
APGAR puanı	0,115	0,023

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR’dan aldıkları toplam puan ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,08$) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyete göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Kadın	8,39 $\pm$ 2,44	10 (0-10)	0,08*
	Erkek	8,98 $\pm$ 1,70	10 (0-10)	

* Mann Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR’dan aldıkları toplam puan ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,265$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların medeni durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Medeni Durum	Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evli	8,81±1,95	10 (0-10)	0,265**
	Dul/Boşanmış	8,31±2,53	9 (0-10)	
	Bekar	8,50±2,72	9,5 (2-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,141) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların eğitim durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Okuryazar değil	7,11±3,56	9 (0-10)	0,141**
	Okuryazar	7,62±2,96	9 (1-10)	
	İlkokul mezunu	8,75±2,07	10 (0-10)	
	Ortaokul mezunu	8,62±2,17	9 (0-10)	
	Lise mezunu	8,95±1,70	10 (1-10)	
	Üniversite mezunu	8,95±1,68	10 (2-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,221) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların mesleklerine göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Meslek	Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Serbest meslek	8,66±0,57	9 (8-9)	0,221**
	Memur	9,40±0,89	10 (8-10)	
	İşçi	9,00±1,41	9 (8-10)	
	Emekli	8,84±1,92	10 (0-10)	
	Ev hanımı	8,10±2,73	9 (0-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile aktif çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,84) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların aktif çalışma durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Aktif çalışma durumu	Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evet	9,13±1,04	9,5 (6-10)	0,84*
	Hayır	8,61±2,23	10 (0-10)	

* Mann Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile eşlerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,496) (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Eşinin Eğitim Durumu	Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Okuryazar değil	8,25±2,00	9 (3-10)	0,496**
	Okuryazar	9,37±0,74	9,5 (8-10)	
	İlkokul mezunu	8,77±1,99	10 (0-10)	
	Ortaokul mezunu	8,88±1,90	10 (3-10)	
	Lise mezunu	8,86±2,11	10 (0-10)	
	Üniversite mezunu	8,90±1,90	10 (1-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile eşlerinin meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,376) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların eşlerinin mesleklerine göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Eşinin Mesleği	Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Serbest meslek	9,70±0,67	10 (8-10)	0,376**
	Memur	6,66±5,77	10 (0-10)	
	İşçi	8,84±1,34	9 (6-10)	
	Emekli	8,57±2,22	10 (0-10)	
	Ev hanımı	9,16±1,31	10 (4-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile eşlerinin aktif çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,27) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların eşlerinin aktif çalışma durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırması

	Eşinin aktif çalışma durumu	Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evet	9,03±2,12	10 (0-10)	0,27*
	Hayır	8,78±1,94	10 (0-10)	

* Mann Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların aylık hane geliri ile APGAR'dan aldıkları toplam puan arasında korelasyon analizi yapıldığında, aylık hane geliri ile APGAR puanı arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,126$; $p=0,012$) (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların aylık hane geliri ile APGAR puanı arasındaki ilişki

	Aylık hane geliri	
	Spearman r	p
APGAR puanı	0,126	0,012

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,011$). Sosyal güvencesi olan katılımcıların toplam APGAR puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların sosyal güvence durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Sosyal güvence	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Var	8,77±2,01	10 (0-10)	0,011*
	Yok	7,41±3,17	9 (0-10)	

* Mann Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile aile üyeleriyle olan ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında aile üyeleri ile ilişkileri iyi olanlar ile orta veya kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile üyeleri ile ilişkileri iyi olanların aile üyeleri ile ilişkileri orta veya kötü olanlara göre toplam APGAR puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların aile üyeleri ile ilişkilerine göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Aile Üyeleri ile İlişkileri	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	İyi	8,99±1,76	10 (0-10)	<0,001**
	Orta	7,36±2,64	8 (0-10)	
	Kötü	4,37±4,59	3,5 (0-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,858) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğunuz var mı?	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Var	8,67±2,12	10 (0-10)	0,858*
	Yok	8,22±2,97	10 (1-10)	

* Mann Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların çocuk sayısı ile APGAR'dan aldıkları toplam puan arasında korelasyon analizi yapıldığında çocuk sayısı ile APGAR puanının anlamlı bir korelasyon göstermediği bulunmuştur (p=0,377) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların çocuk sayısı ile APGAR puanı arasındaki ilişki

	Çocuk sayısı	
	Spearman r	p
APGAR puanı	-0,045	0,377

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile yaşadığı ailenin durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,239) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların yaşadığı ailenin durumuna göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Yaşadığı ailenin durumu	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Çekirdek	8,70±2,12	10 (0-10)	0,239**
	Geniş	8,14±2,59	9 (0-10)	
	Parçalanmış	9,66±0,57	10 (9-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile en uzun süre yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,73) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yere göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	En uzun süre yaşadığı yer	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Kırsal	8,59±2,22	10 (0-10)	0,73*
	Kentsel	8,66±2,16	10 (0-10)	

* Man Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evde yalnız yaşayanlar ve yalnız yaşamayanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,047). Evde yalnız yaşamayanların ortalama APGAR puanı evde yalnız yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 22).

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evde eşi olan ve evde eşi olmayanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,145). Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evde çocuğu olan ve evde çocuğu olmayanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,052). Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evde torunu olan ve evde torunu olmayanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,638). Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evde diğer kişiler olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,449) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların evde birlikte yaşadığı kişilere göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Kimlerle birlikte yaşıyor?	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evde yalnız	7,98±2,81	9 (0-10)	0,047*
	Evde yalnız değil	8,77±2,01	10 (0-10)	
	Evde eşi var	8,79±2,00	10 (0-10)	0,145*
	Evde eşi yok	8,37±2,47	9 (0-10)	
	Evde çocuğu var	8,23±2,54	9 (0-10)	0,052*
	Evde çocuğu yok	8,82±1,97	10 (0-10)	
	Evde torunu var	8,27±2,66	10 (0-10)	0,638*
	Evde torunu yok	8,69±2,11	10 (0-10)	
	Evde diğer kişiler var	8,87±2,18	10 (0-10)	0,449*
	Evde diğer kişiler yok	8,62±2,17	10 (0-10)	

* Man Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların evinde yaşayan kişi sayısı ile APGAR'dan aldıkları toplam puan arasında korelasyon analizi yapıldığında evde yaşayan kişi sayısı ile APGAR puanının anlamlı bir korelasyon göstermediği bulunmuştur ($p=0,957$) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların evinde yaşayan kişi sayısı ile APGAR puanı arasındaki ilişki

	Evde yaşayan kişi sayısı	
	Spearman r	p
APGAR puanı	0,003	0,957

Çalışmamıza katılan yaşlıların evindeki oda sayısı ile APGAR'dan aldıkları toplam puan arasında korelasyon analizi yapıldığında evdeki oda sayısı ile APGAR puanının anlamlı bir korelasyon göstermediği bulunmuştur ($p=0,171$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların evdeki oda sayısı ile APGAR puanı arasındaki ilişki

	Evdeki oda sayısı	
	Spearman r	p
APGAR puanı	0,069	0,171

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evin ısınma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,08$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların evinin ısınma şekline göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Evin ısınma şekli	Ortalama $\pm$ ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Doğalgaz	8,77 $\pm$ 2,01	10 (0-10)	0,08*
	Kömür	8,08 $\pm$ 2,73	9 (0-10)	

* Man Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile hipertansiyon, diyabet, kalp damar hastalığı, kolesterol yüksekliği, KOAH-astım, mide-bağırsak hastalığı, iskelet-kas hastalığı, kanser ve diğer kronik hastalıklara sahip olma durumları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,581$, $p=0,417$, $p=0,428$, $p=0,179$, $p=0,091$, $p=0,724$, $p=0,146$, $p=0,669$, $p=0,678$) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Kronik Hastalık		Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Hipertansiyon	Var	8,63±2,19	10 (0-10)	0,581*
		Yok	8,68±2,14	9 (0-10)	
	Diyabet	Var	8,59±2,08	10 (1-10)	0,417*
		Yok	8,67±2,21	10 (0-10)	
	Kalp damar hastalığı	Var	8,79±2,0	10 (1-10)	0,428*
		Yok	8,59±2,24	10 (0-10)	
	Kolesterol yüksekliği	Var	8,51±2,11	9 (0-10)	0,179*
		Yok	8,70±2,19	10 (0-10)	
	KOAHA-Astım	Var	7,97±3,03	9 (0-10)	0,091*
		Yok	8,80±1,91	10 (1-10)	
	Mide-bağırsak hastalığı	Var	8,92±1,56	10 (4-10)	0,724*
		Yok	8,61±2,25	10 (0-10)	
	İskelet-kas hastalığı	Var	8,41±2,34	9 (0-10)	0,146*
		Yok	8,72±2,11	10 (0-10)	
	Kanser	Var	8,66±2,42	10 (0-10)	0,669*
		Yok	8,65±2,16	10 (0-10)	
	Diğer	Var	8,36±2,59	10 (0-10)	0,678*
		Yok	8,71±2,06	10 (0-10)	

* Man Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile son 1 yılda hastanede yatma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,973) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların son 1 yılda hastanede yatma durumuna göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Son 1 yılda hastanede yatma durumu	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evet	8,67±2,12	10 (1-10)	0,973*
	Hayır	8,64±2,19	10 (0-10)	

* Man Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile sigara içme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,020). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında sigarayı bırakmış olan ve sigara kullanan gruplar arasında (p=0,024) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sigarayı bırakmış olan yaşlıların APGAR puanı sigara kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Sigara kullanıyor musunuz?	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evet	7,93±2,58	9 (1-10)	0,020**
	Hayır	8,72±2,20	10 (0-10)	
	Bıraktım	8,91±1,75	10 (0-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,481) (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Alkol kullanıyor musunuz?	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evet	8,84±2,28	10 (0-10)	0,481**
	Hayır	8,62±2,17	10 (0-10)	
	Bıraktım	8,73±2,09	10 (1-10)	

** Kruskal Wallis

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evde sigara-alkol kullanan başka birinin varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,075) (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların evinde sigara-alkol kullanan başka kişi varlığına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Evde sigara-alkol kullanan başka biri var mı?	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Evet	8,39±2,26	9 (0-10)	0,075*
	Hayır	8,75±2,13	10 (0-10)	

* Man Whitney U

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile evde bakıma muhtaç birinin varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Evinde bakıma muhtaç biri olmayan yaşlıların toplam APGAR puanı evinde bakıma muhtaç biri olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların evinde bakıma muhtaç birinin varlığına göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	Evde bakıma muhtaç biri var mı?	Ortalama±ss	Medyan (minimum-maksimum)	p
APGAR puanı	Var	7,62±2,75	9 (0-10)	0,001*
	Yok	8,77±2,06	10 (0-10)	

* Man Whitney U

TARTIŞMA

Edirne il merkezindeki yaşlıların aile fonksiyonelliği ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmamıza 223'ü kadın, 171'i erkek olmak üzere toplam 394 yaşlı katılmıştır. 394 katılımcıya sosyodemografik sorular ve Aile APGAR Ölçeği soruları sorulmuştur. Elde ettiğimiz verilerle tanımlayıcı ve çoklu analizler yapılmış, elde edilenler mevcut literatür ile karşılaştırılmıştır. Elde ettiğimiz bulguları literatürdeki çalışmalarla karşılaştırırken, sonuçların olası sebepleri, çalışmanın eksiklikleri ve farklı yönleri belirtilerek tartışılmıştır.

Literatüre bakıldığında aile fonksiyonelliği ile ilgili yapılan çalışmaların az olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar içinde de 65 yaş ve üzeri kişilerde yapılan çok az çalışma olduğu fark edilmiştir. Bunun için yaptığımız çalışmanın, hem birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurunun çok olduğu 65 yaş ve üzeri bireylerde yapılmasıyla, hem de aile hekimliğinin özelliklerinden olan, kişileri aileleri içinde incelemenin bir yöntemi olan aile işlevselliğinin değerlendirilmesi yönüyle değerli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki APGAR ölçeğinin ilk sorusunda kişinin sorunu olduğunda ailesinden yardım alabilme durumuna olan memnuniyeti, 2. sorusunda kişinin ailesinin kendisiyle konuşma ve problemleri paylaşma şekline olan memnuniyeti sorgulanmıştır. 3. sorusunda kişinin ailesinin yeni etkinliklere katılıp onu desteklemesine karşı olan memnuniyeti, 4. sorusunda ailesinin kızgınlık, üzüntü gibi duygularına ilgi veya tepki gösterme şekline olan memnuniyeti ve son sorusunda da ailesiyle birlikte vakit geçirme şekline olan memnuniyeti sorgulanmıştır. Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR ölçeğindeki bu sorulara verdikleri yanıtlara baktığımızda 1.soruya yaşlıların %80,5'i, 2.soruya %80,7'si, 3.soruya %79,7'si, 4.soruya %77,4'ü, 5.soruya %77,4'ü “neredeyse her zaman” cevabını vermiştir. Paiva ve ark'nın (93) çalışmasında 1.soruya yaşlıların %66,3'ü, 2.soruya %71,3'ü, 3.soruya %76,3'ü,

4.soruya %66'sı, 5.soruya %77,5'i "neredeyse her zaman" cevabını vermiştir. Lucchese ve ark.'nın (94) çalışmasında 1.soruya katılımcıların %9,4'ü, 2.soruya %4,7'si, 3.soruya %6'sı, 4.soruya %4'ü, 5.soruya %9,4'ü "neredeyse her zaman" yanıtını vermiştir. Görüldüğü üzere ölçek sorularına verilen yanıt oranları çalışmalarda farklılık göstermektedir. Araştırmaların yapıldığı yerlerin farklı olması ve katılımcıların sosyal, kültürel, fiziksel, geleneksel, ailesel yapılarının farklılık göstermesi bunun sebebi olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşlıların Aile APGAR'ına göre aile fonksiyonelliğine bakıldığında %87,1'inin aile fonksiyonelliği yüksek, %8,1'inin orta, %4,8'inin düşük olduğu bulunmuş ve yaşlıların ailelerinin %87,1'i fonksiyonel, %12,9'u disfonksiyonel olarak değerlendirilmiştir. Demirhan'ın (95) çalışmasında yaşlıların ailelerinin %56'sı fonksiyonel, %44'ü disfonksiyonel olarak bulunmuştur. Bunlara göre, Edirne merkezinde yaşayan yaşlıların aile fonksiyonelliğinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Edirne'de yaşayan yaşlıların sosyal etkileşimi, şehrin kentsel yapısı, kişilerin sosyoekonomik ve eğitim düzeyi farklılıkları aile fonksiyonelliğini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Chaves ve ark.'nın (96) Portekiz'de 2013 yılında 65 yaş ve üzeri kişilerde yaptığı çalışmada yaşlıların %18,7'sinin aile fonksiyonelliğinin yüksek, %26,9'unun orta, %54,4'ünün düşük olduğu görülmüştür. Polaro ve ark.'nın (97) çalışmasında katılımcıların %89'unun aile fonksiyonelliği yüksek olarak bulunmuştur. Silva ve ark.'nın (98) 2014 yılında Brezilya'da yaptığı çalışmada katılımcıların %81,6'sının aile fonksiyonelliğinin yüksek, %8,8'inin orta, %9,5'inin düşük olduğu görülmüştür. Elias ve ark.'nın (99) yine Brezilya'nın bir eyaletinde yaptığı başka bir çalışmada da yaşlıların %87,8'inin aile fonksiyonelliği yüksek, %5,8'inin orta ve %6,4'ünün düşük olarak bulunmuştur. Farklı ülkelerdeki veya aynı ülkenin farklı eyaletlerindeki çalışmalara baktığımızda aile fonksiyonelliğinin benzerlik veya farklılık gösterdiği görülmüştür, bu durumun da ülkelerin aile dinamiklerindeki ve hayat standartlarındaki farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan yaşlıların ortalama APGAR puanı $8,65 \pm 2,17$ şeklindedir. Demirhan'ın (95) çalışmasında ortalama APGAR puanı 7,5 olarak bulunmuştur. Buna göre Edirne il merkezindeki yaşlıların aileleri ile ilgili memnuniyetlerinin daha iyi olduğu, bunun nedeninin de sosyokültürel, ekonomik ve bölgesel farklılıklar olabileceği düşünülmektedir. Silva ve ark.'nın (98) yaptıkları çalışmada da ortalama APGAR puanı 6,8 olarak bulunmuştur. Çalışmalar arasında ortalama APGAR puanının farklılık gösterdiği görülmektedir. Bunun nedeni olarak, çalışmaların farklı yerlerde yapılmasına bağlı kişilerin hayat beklentilerinin farklı olması, sosyoekonomik farklılıklar ve kişilerin aileye bakış açısının farklı olması sayılabilir.

Araştırmamızda katılımcıların yaşıyla APGAR puanı arasında pozitif yönde anlamlı, zayıf bir anlamlılık saptanmıştır. Yaş arttıkça APGAR puanının arttığı görülmüştür. Demirhan'ın (95) çalışmasında ise APGAR puanı ile yaş arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuş, artan yaşla birlikte aile fonksiyonelliğinin düştüğü gösterilmiştir. Sogame ve ark.'nın (100) çalışmasında da 80 yaş ve üzerinde aile fonksiyonelliğinin anlamlı derecede düştüğü görülmüştür. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar literatürdeki çalışma sonuçlarından farklı bulunmuştur. Bu durumu, farklı yerlerde yapılmış olması, Edirne'deki yaşlıların hayata dair tecrübelerinin artmasıyla aile konusunda daha başarılı duruma gelmeleri ve yaşlanmayla birlikte bakıma ihtiyaçlarının artmasına rağmen aileden görülen destek, yardım, sevgi ve ilgiden memnun olması ile ilişkilendirebiliriz. Edirne'nin çeşitli sebeplerle yaşlılık için daha uygun bir şehir olduğu söylenebilir.

Çalışmamızdaki yaşlıların, yaş grupları ile APGAR puanı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Demirhan'ın (95) 65 yaş üzeri kronik hastalığı olan kişilerde yaptığı çalışmada yaş gruplarıyla aile fonksiyonelliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Chaves ve ark.'nın (96) yine kronik hastalığı olan yaşlılarda aile fonksiyonelliğini araştırdığı çalışmada yaş grupları ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Campos ve ark.'nın (101) çalışmasında da yaş grupları ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur. Yaşın artmasıyla birlikte aile fonksiyonelliğinin arttığı görülmüş olmasına rağmen yaş gruplarında benzer sonuç bulunmamıştır. Bu sonuçlar çalışmamıza katılan yaşlı sayısından kaynaklı olabileceği için daha fazla kişiye ve çalışma kapsamının genişletilmesine ihtiyaç olabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda kadınların ortalama APGAR puanı $8,39 \pm 2,44$, erkeklerin $8,98 \pm 1,70$ şeklinde olup anlamlı farklılık saptanmamıştır. Chaves ve ark.'nın (96) Portekiz'de yaptığı çalışmada aile fonksiyonelliği erkeklerin %22,4'ünde yüksek, %24,5'inde orta, %53,1'inde düşük olarak, kadınların %15,2'sinde yüksek, %29,1'inde orta, %55,6'sında düşük olarak bulunmuş ve kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Vera ve ark.'nın (102) Brezilya'da yaptığı çalışmada erkeklerin %90'ının, kadınların %90,1'inin aile fonksiyonelliği yüksek olarak bulunmuş ve kadın ile erkek arasında aile fonksiyonelliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetler arası anlamlı farklılık saptanmamıştır. Demirhan'ın (95) Erzurum'da yaptığı çalışmada ise erkeklerin aile fonksiyonelliği kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum, Edirne il merkezindeki yaşlıların cinsiyetten bağımsız, sosyal statü olarak benzer olmasından, kadınların sosyal yönden, eğitim ve gelir

bakımından geride olmamasından, cinsiyetler arası yaşam kalitesi olarak fark olmamasından, kadınlara yönelik kısıtlayıcı tutum ve davranışların olmamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR'dan aldıkları toplam puan ile medeni durumları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Literatür incelendiğinde Reis ve ark.'nın (103) yaşlılarda aile fonksiyonelliğinin yaşam kalitesine etkisini araştıran çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların medeni durumları ile aile fonksiyonellikleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Demirhan'ın (95) Erzurum'da yaptığı çalışmada evli olan yaşlıların aile fonksiyonelliği dul veya bekar olan yaşlıların aile fonksiyonelliğine göre daha fonksiyonel bulunmuştur. Vera ve ark.'nın (102) çalışmasında evlilerin %92,2'sinin, bekarların %50'sinin, dul olanların %95,5'inin ve boşanmış olanların %60'ının aile fonksiyonelliği yüksek bulunmuş ve bekarların, evli, boşanmış ve dul olanlara göre aile fonksiyonelliğinin anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Campos ve ark.'nın (101) yaptığı çalışmada medeni durum ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı farklılık saptanmış, evli olanların aile fonksiyonelliği daha yüksek bulunmuştur. Lucchese ve ark.'nın (94) çalışmasında bekar olanların aile fonksiyonelliği evli olanlara göre anlamlı şekilde düşük, Sogame ve ark.'nın (100) çalışmasında evli olanların aile fonksiyonelliği diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında genel olarak evli olmanın, aile fonksiyonelliğini arttırdığına dair veriler olup, çalışmamızda literatürden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Evli kişilerde aile fonksiyonelliğinin daha yüksek olmasının sebebini, evli kişilerin her daim eşlerinden gerekli desteği alabiliyor olmasına, yanında sorunlarını paylaşabileceği ve birlikte vakit geçirebileceği birinin olmasına bağlayabiliriz. Edirne il merkezinde genele baktığımız zaman yaşlıların aile fonksiyonelliğinin yüksek olmasıyla, yaşlıların medeni durum fark etmeksizin gerekli destek ve paylaşımı eşi yanında olmasa bile çocuk, dost, arkadaş ve akrabadan sağlayabildiğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR puanları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Chaves ve ark.'nın (96) Portekiz'de yaptığı çalışmada ve Reis ve ark.'nın (103) yaptığı çalışmada da aile fonksiyonelliği ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Demirhan'ın (95) ülkemizde Erzurum'da yaptığı çalışmada ise eğitim seviyesi yüksek olan yaşlıların aile fonksiyonelliği anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Vera ve ark.'nın (102) 2014 yılında yaptığı çalışmada ilkokul ve ortaokul mezunu olan katılımcıların aile fonksiyonelliği, okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bölgelere göre eğitim durumu ve aile fonksiyonelliği

ilişkisinde farklılıklar görülmüştür. Eğitimli kişilerin genel olarak aile ilişkilerinde, problem çözme, doğru iletişim kurma ve duygularını ifade etme konusunda daha iyi olabileceği düşünülebilir ancak Edirne merkezinde sosyokültürel seviyenin yüksek olmasının, şehrin yapısının ve olanaklarının aile fonksiyonelliğinin yüksek olmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki yaşlıların APGAR puanı ile meslek grupları ve aktif çalışma durumları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemiş ancak aktif olarak çalışan yaşlıların ortalama APGAR puanı aktif olarak çalışmayan yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur. Vera ve ark.'nın (102) çalışmasında da katılımcıların aile fonksiyonelliği ile çalışma durumları arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamış ancak çalışmayan katılımcıların aile fonksiyonelliği çalışan gruba göre daha düşük bulunmuştur. Demirhan'ın (95) Türkiye'de yaşlılarda yaptığı çalışmada aile fonksiyonelliği ile yaşlıların çalışma durumları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Reis ve ark.'nın (103) çalışmasında da katılımcıların meslekleri ile aile fonksiyonellikleri arasında anlamlı fark görülmemiştir. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamız ve diğer çalışmalar birbirini desteklemektedir. Düşünülenin aksine aile fonksiyonelliği üzerinde, yaşlının çalışma durumunun bir fark yaratmadığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan yaşlıların eşlerinin eğitim durumu, mesleği ve aktif çalışma durumları ile APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemiş ancak eşi okuryazar olmayanların ve aktif olarak çalışmayanların aile fonksiyonelliği diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında kişilerin eşlerinin eğitim durumu, mesleği ve aktif çalışma durumları ile aile fonksiyonelliğini değerlendiren benzer bir çalışma görülmemiştir. Kişinin eşinin eğitimli olmasının ailede problem çözme, etkili iletişim kurma konusunda aile fonksiyonelliğini iyi yönde etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Eşinin aktif olarak çalışmasının da kendini yarırsız hissetmemenin verdiği iyi psikoloji ve ekonomik rahatlık ile aile fonksiyonelliğini olumlu yönde etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan yaşlıların aylık hane gelirleri ile APGAR puanı arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde anlamlı, zayıf bir ilişki bulunmuştur. Demirhan'ın (95) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların aylık gelirleri ile APGAR puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Vera ve ark.'nın (102) Brezilya'da yaptığı çalışmada, gelir düzeyi asgari ücretin altında olan katılımcıların %84,6'sının, gelir düzeyi bir ve üç asgari ücret arasında olan katılımcıların %90'ının, gelir düzeyi üç asgari ücretin üzerinde olan katılımcıların %92,9'unun aile fonksiyonelliği yüksek olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar birbirini desteklemekte, gelir düzeyi arttıkça aile fonksiyonelliğinin arttığı görülmektedir. Bu durumun, ekonomik yönden daha rahat olmanın, aileyle olan iletişimi,

birbirlerine olan davranışları, tutumları iyi yönde etkilemesiyle, birlikte daha güzel ve verimli zaman geçirilmesiyle ve aile içi ekonomik sorunların daha az olmasıyla ilişkili olabilir. Çünkü yaşanan ekonomik problemlerin yaşlının sağlık bakımına erişimini ve barınma durumunu etkileyerek aile ilişkilerinin etkilenmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR puanları ile sosyal güvence varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Sosyal güvencesi olan yaşlıların aile fonksiyonelliği, sosyal güvencesi olmayan yaşlılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde yaşlıların sosyal güvence varlığı ile aile fonksiyonelliğini değerlendiren benzer bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Edirne il merkezinde yaşayan, sosyal güvencesi olan yaşlıların kendilerini sağlık konusunda daha güvende hissetmiş ve bunun da aile ilişkilerini iyi yönde etkilemiş olabileceği düşüncesindeyiz. Özellikle yaşlılık döneminde ihtiyaç duyulan sosyal güvencenin varlığı, sağlığı olumlu yönde etkilemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların aile üyeleri ilişkileri ile APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı ilişkiye rastlanmış, aile üyeleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtenlerin, orta veya kötü olarak belirtenlere göre aile fonksiyonelliği daha yüksek bulunmuştur. Demirhan'ın (95) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde aile üyeleri ile ilişkilerinin daha iyi olduğunu belirtenlerin aile fonksiyonelliği daha yüksek bulunmuştur. Bu da bize kişilerin içinde bulunduğu aile ile olan ilişkilerini iyi analiz ettiği ve aile yapılarını doğru şekilde tespit ettiği, bunun da APGAR puanı ile başarılı bir şekilde ölçülebileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamıza katılan yaşlıların çocuk varlığı ile APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmemiştir. Çocuğu olan yaşlıların aile fonksiyonelliği ile çocuk sayısı arasındaki korelasyon analizinde de anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Campos ve ark.'nın (101) Brezilya'da 60 yaş üzeri kişilerde yaptığı çalışmada katılımcıların çocuk sayısı arttıkça aile fonksiyonelliğinin anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. Lucchese ve ark.'nın (94) yaşlılarda aile işlevsizliğini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında çocuğu olmayan katılımcıların aile fonksiyonelliği, çocuğu olanlara göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Sogame ve ark.'nın (100) yaşlılarda aile fonksiyonu ile ilişkili sosyoekonomik durumları araştırdığı çalışmasında da çocuğu olmayanların aile fonksiyonelliği anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamızdan farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Farklı yerlerde yapılmış olmasından kaynaklı farklılık gösteren şehir yapılarının, yetiştirilme tarzlarının, geleneklerin, göreneklerin, sosyokültürel seviyenin, ekonomik şartların, Edirne'de yaptığımız çalışmadan farklı sonuçların çıkmasında etkili olduğu düşüncesindeyiz.

Çalışmamıza katılan yaşlıların birlikte yaşadığı ailenin durumu ile APGAR puanları

karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Katılan yaşlıların çoğunluğunun çekirdek ailesiyle birlikte yaşadığı görülmüş, aile fonksiyonelliği yüksek olarak bulunmuştur.

Yine aynı şekilde katılımcıların hayatları boyunca yaşadıkları en uzun yer ile APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamış, kırsal ve kentsel her iki bölgede de yaşayan katılımcıların aile fonksiyonelliği yüksek olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde yaşlıların yaşadığı ailenin durumu veya en uzun süre yaşadığı yer ile aile fonksiyonelliğini değerlendiren benzer bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Edirne merkez ve civarındaki kırsal kesim arasında sosyokültürel ve gelir düzeyi olarak çok fark bulunmamaktadır. Bu sebeple fark oluşmadığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan yaşlıların APGAR puanları ile evde birlikte yaşadığı kişiler karşılaştırıldığında evde yalnız yaşayan yaşlılar ve yalnız yaşamayan yaşlılar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Evde başkalarıyla yaşayanların aile fonksiyonelliği yalnız yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum da ailenin bizim yaşamımızdaki önemini göstermektedir. Elias ve ark.'nın (99) çalışmasında yalnız yaşayanların, başka kişilerle yaşayanlara göre aile fonksiyonelliği daha düşük bulunmuştur. Demirhan'ın (95) çalışmasında tek başına yaşayanların aile fonksiyonelliği eşi veya çocuklarıyla yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Campos ve ark.'nın (101) çalışmasında yalnız yaşayan katılımcıların aile fonksiyonelliği anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Benzer şekilde Vera ve ark.'nın (102) yaptığı bir çalışmada evde yalnız yaşayanların %69,2'sinin, evde eşiyle birlikte yaşayanların %95,2'sinin, evde çocuklarıyla birlikte yaşayanların %95,2'sinin, evde çocukları ve eşiyle birlikte yaşayanların %90,9'unun aile fonksiyonelliği yüksek olarak bulunmuştur. Aile fonksiyonelliği açısından evde yalnız yaşayanların, evde başka biriyle yaşayanlara göre daha disfonksiyonel olduğu görülmüştür. Altay ve ark.'nın (104) yaşlıların yaşam kalitesi ve sağlık algısı ile ilgili çalışmasında yaşlı bireylerin %79,5'inin evinde çocuklarıyla birlikte yaşamak istediği, %8,8'inin bakımevinde ve huzurevinde kalmak istediği bulunmuştur. Ünal ve ark.'nın (105) yaşlılarda yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı bir çalışmada da yaşam kalitesinin yalnız yaşayan yaşlılarda, biriyle birlikte yaşayanlara göre daha düşük olduğu ve sosyal destekle birlikte arttığı gösterilmiştir. İçli ve ark.'nın (106) Denizli'de huzurevinde kalan yaşlılarda yaptığı bir çalışmada da yaşlıların zorunluluktan huzurevinde kaldığı, çoğu yaşlının evdeki ortamı, aile hayatlarını özlediği, sevdikleri kişiler ile birlikte kalmayı arzuladıkları sonuçlarına ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer sonuçlara ulaşılmış olup bunun sebepleri arasında yalnız yaşayanların psikolojik ve sosyal yönden yaşamlarında hissettikleri eksiklik, bir şeye ihtiyaçları olduğunda yanlarında yardım edecek kimsenin olmaması, özellikle de yaşlıların en büyük destek ve güvenlik kaynağının ailesinin olması ve

yaşadıkları zorluklarla başa çıkma konusunda ailelerine olan güvenleri olabilir. Yaşlı bireyler sorunları olduğunda, herhangi bir konuda yardıma ihtiyaçları olduğunda, dertleşme, paylaşma isteği olduğunda bu isteklerinin karşılığını en iyi ailelerinden görmektedirler.

Çalışmamıza katılan kişilerin evde birlikte yaşadığı kişi sayısı, bulundukları evin oda sayısı ve evin ısınma şekli ile APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde bu konular ile aile fonksiyonelliğini değerlendiren benzer bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu konuda başka çalışmaların da yapılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışmamıza katılan yaşlıların toplam APGAR puanları ile kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Demirhan'ın (95) yaptığı çalışmada ve Sogame ve ark.'nın (100) yaptığı çalışmada kronik hastalık veya komorbiditeye sahip olanlar ve olmayanlar arasında aile fonksiyonelliği açısından farklılık bulunmamıştır. Akintayo ve ark.'ının (107) diz artritli hastalarda depresyon belirleyicilerini araştırdığı çalışmada aile fonksiyonelliğinin diz artritli ile ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir. Vera ve ark.'nın (102) çalışması ile Lucchese ve ark.'nın (94) yaşlılarda yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığı ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışmamızın sonuçları, aile fonksiyonelliği ile ilgili yapılan literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Altuğ ve ark.'nın (108) yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan yaşlıların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığı olan yaşlıların yaşam kaliteleri kötü etkilense bile çalışmanın yapıldığı Edirne'de kronik hastalık varlığının ailenin birbirine olan yakınlığını azaltmadığı, ilgisini arttığı, tutum ve davranışlarını değiştirmede düşüncesindeyiz.

Çalışmamıza katılan kişilerin sigara içme durumları ile toplam APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmış, sigarayı bırakmış olan yaşlıların, sigara içen yaşlılara göre aile fonksiyonelliği daha yüksek bulunmuştur. Vicente ve ark.'nın (109) çalışmasında KOAH kriterlerini karşılayan hastaların aile fonksiyonelliği kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olup bu konu ile ilgili başka çalışmaya rastlanılmamıştır. Sigaranın emosyonel durumu etkileyerek aile üyeleri ile ilişkileri etkilemiş olabileceği, kendilerine olan ısrarcı tavırlardan hoşlanmadıkları için aile fonksiyonelliğinin olumsuz etkilenmiş olabileceği veya aile fonksiyonelliği yüksek olanların aile üyelerinin üzülmemesi ve etkilenmemesi için sigaradan uzak duruyor olabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızdaki katılımcıların toplam APGAR puanı ile son 1 yılda hastanede yatma durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Lucchese ve ark.'nın (94) yaptığı çalışmada son 12 ayda hastanede yatma durumu ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı

fark bulunmamıştır. Demirhan'ın (95) çalışmasında ve Sogame ve ark.'nın (100) yaptığı çalışmada son 1 yılda hastanede yatma durumunun çalışmaya katılan yaşlıların aile fonksiyonelliğine etkisinin olmadığı görülmüştür. Vera ve ark.'nın (102) yaptığı çalışmada da katılımcıların son 1 yılda hastanede yatma durumu ile aile işlevselliği arasında ilişki bulunmamış olup son 1 yılda hastanede yatışı olanların %94,1'inin, yatışı olmayanların %87,9'unun aile fonksiyonelliği yüksek saptanmıştır. Bu konudaki çalışma sonucumuz literatürdeki çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Edirne il merkezinde yaptığımız çalışmada son 1 yılda hastanede yatışı olan katılımcıların refakatçilerinin çoğunun aileden birinin olmasının aile fonksiyonelliğini etkilemediği düşüncesindeyiz.

Çalışmamıza katılan yaşlıların alkol kullanma durumları ile toplam APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Sogame ve ark.'nın (100) çalışmasında da alkol kullanımı ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu konuda başka çalışmaya rastlanmamış olup 65 yaş ve üzeri kişilerde alkol kullanma durumunun aile fonksiyonelliğini değerlendirmek için etkili olmadığı düşüncesindeyiz.

Çalışmamıza katılan yaşlıların yaşadığı evde sigara-alkol kullanan başka birinin varlığı ile toplam APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır ancak evde sigara-alkol kullanan başka birinin olmaması durumunda aile fonksiyonelliği daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu konu ile aile fonksiyonelliğini değerlendiren benzer bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu konuda başka çalışmaların da yapılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışmamıza katılan yaşlıların evinde bakıma muhtaç kişinin varlığı ile APGAR puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmüştür. Evinde bakıma muhtaç biri olmayan yaşlıların aile fonksiyonelliği daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde evinde bakıma muhtaç kişi varlığı ile aile fonksiyonelliğini değerlendiren benzer bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Shao ve ark.'nın (110) çalışmasında stres, anksiyete ve depresyon ile aile fonksiyonunun negatif yönde etkilendiği gösterilmiştir. Souza ve ark.'nın (71) çalışmasında ve Silveira ve ark.'nın (111) çalışmasında depresyonun aile fonksiyonelliğini anlamlı derecede bozduğu bulunmuştur. Evde bakıma muhtaç birinin varlığı kişiye ekstra sorumluluk yüklenmesine, kişinin strese girmesine, onun sağlığı konusunda endişeye kapılmasına, durumuna üzülmeye neden olmuş olabilir. Tüm bu durumların aile genelinin etkilenmesine neden olarak aile fonksiyonelliğini bozmuş olabileceği düşüncesindeyiz.

SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki yaşlıların aile fonksiyonelliği ve etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladığımız çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

- 1- Dünya genelinin çoğunluğunu, kadınlar erkeklerden ortalama olarak daha uzun yaşadığı için kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmamızda da katılımcıların %56,6'sı kadındır.
- 2- Çalışmamıza katılan yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar olarak; hipertansiyon (%67,8), diyabet (%29,2), kalp damar hastalığı (%29,2) ve kolesterol yüksekliği (%29,2) saptanmıştır.
- 3- Katılımcıların Aile APGAR'ından aldıkları puanın ortalaması $8,65 \pm 2,17$ olup, Edirne il merkezindeki yaşlıların %87,1'inin aile fonksiyonelliği yüksektir.
- 4- Edirne il merkezinde yaşlıların yaş grupları ile aile fonksiyonelliği arasında istatistiksel fark olmamasına rağmen artan yaşla birlikte aile fonksiyonelliği artış göstermektedir.
- 5- Edirne il merkezindeki yaşlılarda aylık hane gelirinin artmasıyla birlikte aile fonksiyonelliği de artış göstermektedir. Gelir düzeyinin iyileşmesi yaşlılarda aile fonksiyonelliğini arttırmaktadır.
- 6- Çalışmamızda sosyal güvencesi olan yaşlıların aile fonksiyonelliği sosyal güvencesi olmayan yaşlılara göre daha yüksektir. Sosyal güvence varlığı aile fonksiyonelliğini olumlu olarak etkilemektedir.
- 7- Yaşlı kişilerin aile üyeleri ile ilişkilerini değerlendirme şekline göre de, ölçüm yapmadan kişinin aile fonksiyonelliği hakkında bilgi sahibi olabiliriz. Aile üyeleri ile ilişkilerini “iyi” olarak belirtenlerin “orta” veya “kötü” olarak belirtenlere göre aile

fonksiyonelliği daha yüksektir.

- 8- Çalışmamıza göre evinde yalnız olmayan yaşlıların aile fonksiyonelliği, yalnız yaşayanlara göre daha yüksektir. Yaşlılık döneminde yalnız olmamak sağlık açısından önemli bir etkidir.
- 9- Çalışmamıza göre sigara içmeyi bırakan yaşlıların aile fonksiyonelliği hala sigara içen yaşlılara göre daha yüksekken, alkol kullanma durumu ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı ilişki yoktur.
- 10- Edirne il merkezinde, evinde bakıma muhtaç biri olmayan yaşlıların aile fonksiyonelliği daha yüksektir. Evde bakıma muhtaç birinin olması, aile fonksiyonelliğini olumsuz etkilemektedir.
- 11- Cinsiyete, eğitim durumuna, mesleğe, aktif çalışma durumuna, medeni duruma; eşin eğitim durumu, mesleği ve aktif çalışma durumuna; çocuk varlığına, çocuk sayısına, yaşanılan ailenin durumuna (çekirdek, geniş veya parçalanmış aile), en uzun yaşanılan yere, evde yaşayan kişi sayısına, evdeki oda sayısına, evin ısıtma şekline göre katılımcıların aile fonksiyonelliği arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır.
- 12- Kronik hastalıkların varlığına, son 1 yıl içinde hastanede yatma durumuna, evde sigara-alkol kullanan başka kişi varlığına göre de aile fonksiyonelliğinin yaşlılar arasında farklılık göstermediği bulunmuştur.

ÖZET

Çalışmamızda Edirne il merkezinde yaşayan yaşlıların aile fonksiyonelliğinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Edirne il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı, 65 yaş ve üzeri 394 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalık durumlarını, aile üyeleri ile ilişkilerini sorgulayan 26 soru ve Aile APGAR (adaptation, partnership, growth, affection, resolve) Ölçeğini içeren 5 soruluk anket ile toplanmıştır.

Çalışmada elde edilen anket verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, histogram ve olasılık grafikleri, çarpıklık basıklık değerleri ile belirlenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Çoklu grupların ileri analizinde de Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Katılımcıların %56,6'sı kadın olup yaş ortalaması $70,47 \pm 5,28$ yıl olarak bulunmuştur. En sık görülen kronik hastalık da hipertansiyon (%67,8) olarak görülmüştür. Katılımcıların Aile APGAR'ından (adaptation, partnership, growth, affection, resolve) aldıkları puanın ortalaması $8,65 \pm 2,17$ şeklinde olup katılımcıların %87,1'inin aile fonksiyonelliğinin yüksek, %8,1'inin orta, %4,8'inin düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda yaş, aylık hane geliri, sosyal güvence varlığı, aile üyeleri ile ilişkileri, evde yalnız yaşama, sigara kullanma durumu ve evde bakıma muhtaç biri varlığı ile APGAR (adaptation, partnership, growth, affection, resolve) puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Aile hekimleri yaşlı kişilerin aile dinamiklerini belirlemeli, fonksiyon bozukluklarını tespit etmelidir. Aile ilişkilerini güçlendirmeyi teşvik ederek yaşlılara sağlanan bakımın

kalitesini iyileştirmeyi ve aktif yaşlanmayı sağlamayı amaçlamalı, bu konularda öneri ve müdahalelerde bulunmalıdır.

Anahtar kelimeler: aile, fonksiyonel durum, Aile APGAR Ölçeği, yaşlılar, Aile Hekimliği



EVALUATION OF FAMILY FUNCTIONALITY AND AFFECTING FACTORS OF THE ELDERLY IN EDIRNE PROVINCIAL CENTER

SUMMARY

In our study, it was aimed to determine the family functionality and affecting factors of the elderly, living in Edirne city center.

The study was carried out with 394 participants aged 65 and over, registered to Family Health Centers in the Edirne city center. The data were collected by a questionnaire with 26 questions questioning the sociodemographic characteristics of the participants, their chronic disease status, and their relationships with family members, and a 5-question questionnaire including the Family APGAR (adaptation, partnership, growth, affection, resolve) Scale.

The suitability of the questionnaire data obtained in the study to normal distribution was determined by Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests, histogram and probability graphs, skewness kurtosis values. Descriptive statistics, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman correlation tests were used. Bonferroni correction was also made in the further analysis of multiple groups. $p < 0.05$ was considered as statistically significant.

Women were 56.6% of the participants and the mean age was found to be 70.47 ± 5.28 years. The most common chronic disease was hypertension (67.8%). The average score of the participants from the Family APGAR (adaptation, partnership, growth, affection, resolve) was 8.65 ± 2.17 , and it was found that 87.1% of the participants had high family functionality, 8.1% had medium and 4.8% had low functionality.

In our study, a significant relationship was found between age, monthly household

income, social security, relationships with family members, living alone at home, smoking status, and the presence of someone in need of care at home, and APGAR (adaptation, partnership, growth, affection, resolve) scores.

Family physicians should determine the family dynamics of elderly people and detect dysfunctions. It should be aimed to improve the quality of care provided to the elderly and ensure active aging by encouraging strengthening family relationships, and making suggestions and interventions on these issues.

Keywords: family, functional status, Family APGAR Scale, elderly, family medicine



KAYNAKLAR

1. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye aktif ve sağlıklı yaşlanma araştırması. Ankara: 2016:1-195.
3. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2):105-10.
4. Özabacı N, Erkan Z. Aile ve aile danışmanlığında temel kavramlar. Özabacı N, Erkan Z (Editörler). Aile danışmanlığı kuram ve uygulamalara genel bir bakış. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2022:1-4.
5. Topal K, Aksöyek A, Canatar T. Ailede sağlık-hastalık kurguları ve ailenin işlevselliği. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2019;11:14-7.
6. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Geriatri 2012;25(3):1-3.
7. Koldaş ZL. Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? Türk Kardiyoloji Derneği 2017;45(5):1-4.
8. World Health Organization. Men, ageing and health: Achieving health across the life span. World Health Organization; 2001.
9. Kutlu L, Kendirkıran G, Şeko P. Huzurevinde yaşayan 65 yaş üstü yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi 2021;27:1032-37.

10. Mustakallio S. The Experience Of Elderly People To Cope With Their Lives At Home: A Literature Review (Thesis). Lapland: Lapland University of Applied Sciences; 2015.
11. Gurung S, Ghimire S. Role Of Family In Elderly Care (Thesis). Lapland: Lapland University of Applied Sciences; 2014.
12. Yıldız M. Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. CÜ Sosyal Bilimler Dergisi 2012;36(1):1-30.
13. Mofrad ZP, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health promotion behaviors and chronic diseases of aging in the elderly people of Iranshahr*- IR Iran. Global Journal of Health Science 2016;8(3):139-45.
14. Grundberg A. Mental health Promotion Among Community-Dwelling Seniors With Multimorbidity-Perspectives Of Seniors, District Nurses And Home Care Assistants (Thesis). Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
15. WHO Scientific Group on Psychogeriatrics & World Health Organization. Psychogeriatrics : report of a WHO scientific group; 1972 October. Report No: 507.
16. World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly: report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging; 1984 January. Report No: 706.
17. Cutilli CC. Health Literacy, Health Disparities And Sources Of Health Information in Us Older Adults (Dissertation). Pittsburg: Duquesne University; 2015.
18. King M, Lipsky MS. Clinical implications of aging. Disease-a-Month 2015;61:467-74.
19. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Social determinants of health aging. American Journal of Preventive Medicine 2005;28(3):298-304.
20. Gökçe Kutsal Y. Neden geriatri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55(2):51-6.
21. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (Türkiye). Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı. Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2013:2-10.
22. Ağar A. Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2020;3(3):347-54.
23. Özkayar N, Arıoğlu S. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. İç Hastalıkları Dergisi 2007;14(1):18-26.

24. Taşkın FM. Geriatriye Ağız Fizyolojisi (Tez). İzmir: Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fizyolojisi Bilim Dalı; 2015.
25. Lee SH, Yim SJ, Kim HC. Aging of the respiratory system. *Kosin Medical Journal* 2016;31:11-8.
26. Fleg JL, Strait J. Age-associated changes in cardiovascular structure and function: a fertile milieu for future disease. *Heart Fail Rev* 2012;17:545-54.
27. Yerli G. Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *The Journal of International Social Research* 2017;10(52):1278-87.
28. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012;2(2):19-23.
29. Karan MA. Geriatri yaş grubunda endokrin ve immün sistemlerdeki fizyolojik değişiklikler. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, İstanbul. 2020.
30. Hasler P, Zouali M. Immune receptor signaling, aging, and autoimmunity. *Cellular Immunology* 2005;203:102-8.
31. Böhm M, Thomasen H, Parnitzke F, Steuhl KP. Klinische, morphologische und molekularbiologische charakteristika des alternden auges. *Der Ophthalmologe* 2017;114(2):98-107.
32. Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. *Nobel Med* 2008;4(2):4-11.
33. Keskin AO, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar DÖ. Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2016;38:75-82.
34. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam kavramı: önümüzdeki demografik değişime yönelik bir çözüm önerisi. *GeroFam* 2010;1(1):1-14.
35. Çataloğlu S. Yaşlılık, değer ve teknoloji. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi* 2018;1(1):25-33.
36. Steves CJ, Spector TD, Jackson SHD. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing* 2012;41:581-6.
37. Foebel AD, Pedersen NL. Genetic influences on functional capacities in aging. *The Gerontologist* 2016;56(2):218-29.

38. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İzbirak G (Editör). Birinci basamakta yaşlı sağlığı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019:1-15.
39. Troen BR. The biology of aging. The Mount Sinai Journal Of Medicine 2003;70(1):3-22.
40. Engmann EB. Place Of Residence And Elderly Health Status In Ghana (Dissertation). Ghana: Ghana University; 2018.
41. Bölüktaş RP. Temel gerontoloji. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, 2019:1-284.
42. Altun A, Demirel B. Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığıyla ilgili tutumları: keskin MYO örneği. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi 2020;9(1):423-34.
43. Golinowska S, Ricciardi W, Poscia A, Magnavita N, Sowa A, Collamati A et al. Health promotion for older people in Europe. Warsaw: Scholar Publishing House Ltd, 2017:13-23.
44. Honigh R. Healthy Ageing: Prevention Of Loneliness Among Elderly People (Thesis). Netherlands: Wageningen University; 2013.
45. Halaweh H. Active Ageing a Path Towards Ageing Well: Physical Functioning, Physical Activity, Falls Self-Efficacy and Social Participation in Community-Dwelling Elderly (Dissertation). Gothenburg: University of Gothenburg; 2016.
46. Polat Ü, Bayrak Kahraman B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi 2013;18(4):213-8.
47. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026: Sağlık Bakanlığı; 2021. Yayın No: 1242.
48. Beard JR, Officer AM, Cassels AK. The world report on ageing and health. The Gerontologist 2016;56(2):163-6.
49. Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. Updating the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote “active aging”. The Gerontologist 2016;56(2):268-80.
50. Van den Brandt PA. The impact of a mediterranean diet and healthy lifestyle on premature mortality in men and women. Am J Clin Nutr 2011;94:913-20.

51. Öz F. Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi* 2002;10(2):17-28.
52. Conn WE. The life cycle completed: A review. *Horizons* 1983;10(2):406-8.
53. İstatistiklerle Yaşlılar, 2021 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu. (Erişim Tarihi: 10.03.2023). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636>.
54. Aguilera Hermida AP. Community Well-Being And Cognitive Health İn A Learning Institute For Older Adults: A Case Study (Dissertation). The Pennsylvania State University; 2016.
55. Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Halk sağlığı açısından yaşlılarda yeti yitimi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2016;12(2):57-63.
56. Türkiye Coğrafyası Araştırma ve Uygulama Merkezi. VIII. Coğrafya sempozyumu 23-24 Ekim 2014 bildiriler kitabı. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2014:299-308.
57. Department of Economis and Social Affairs. World population ageing 2017 Highlights. New York: United Nations;2017:1-40.
58. Erucar IO. Where memories go: Why dementia changes everything. *Journal of Aging And Long-Term Care* 2018;1(1):19-20.
59. World Health Organization. Health21 The health for all policy framework for the WHO European region. Copenhagen;1999:1-224.
60. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı;2007:35-58.
61. Sosyal, Bölgesel ve Yenilikçi Politikalar Başkanlığı. 2012 Avrupa aktif yaşlanma ve nesillerarası dayanışma yılı hakkında bilgi notu. Ankara: T.C. Avrupa Birliği Bakanlığı;2011:2-10.
62. Kaçan H. Geriatriye sağlık hizmetlerinin planlanması. Sevil Ü, Bayram Değer V (Editörler). Geriatriye Disiplinler Arası Yaklaşım’da. İstanbul: Güven Plus Grup Danışmanlık A.Ş. Yayınları; 2019:117-31.
63. Uçku R. Evde bakım özel sektörün ilgisini çeker mi? *Toplum ve Hekim* 2011;26(3):193-8.

64. Yıldırım A. Sosyal politika kapsamında Türkiye’de yaşlanmaya ilişkin ulusal düzeydeki düzenlemeler. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2021;10(3):1889-909.
65. Aslan D. Yaşlılık dönemi, Türkiye ile güncel veriler, temel kamusal belgeler. Aslan D, Gökçe Kutsal Y, Saygun M (Editörler). Türkiye’de yaşlılık ve öne çıkan sağlık sorunları güncel durum ve öneriler. Ankara: Türk Geriatri Derneği; 2022:4-11.
66. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. Aile hekimliği Avrupa tanımı. Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 2011:1-48.
67. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: Wonca Europe, 2002:1-34.
68. Fidancı İ. Geriatrik yaş grubunun aile hekimliği polikliniğine başvuru sayıları ve nedenlerinin değerlendirilmesi: Retrospektif 5 yıl. *The Journal Turkish Family Physician* 2020;11(2):49-55.
69. Yıldız A, Şahin T. Aile hekimliği uygulamasının birey perspektifinden değerlendirilmesi: Bitlis ilinde bir araştırma. *Karya Journal Of Health Science* 2022;3(3):290-6.
70. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric screening and preventive care. *American Family Physician* 2008;78(2):206-15.
71. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Revista da Escola de Enfermagem* 2014;48(3):469-76.
72. Tolan B. Geleneksel aileden çağdaş aile yapısına doğru dünyada ve Türkiye’de aile yapısının evrimi. *M.Ü.İ.B.F. Dergisi* 1990;7(1-2):237-50.
73. Özcan S, Duyan V, İncecik Y. Aile Hekimliği’nde Aile APGAR Ölçeği’ nin kullanımı: Türkçeye uyarlama çalışması. *Turkish Family Physician* 2011;2(3):30-7.
74. Aile ve Tüketici Hizmetleri. Aile yapısı. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı; 2011:3-12.
75. Hallaç S, Öz F. Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(2):142-53.
76. Kızılaslan N. Kente uzaklığın kırsal aile yapısına etkileri. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi* 2006;2(3):141-62.
77. Kasapoğlu A, Güneş F, Gökçe B, Beklan Çetin O, Çabuk Kaya N, Görgün Baran A, ve ark. Aile sosyolojisi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2011:50-82.

78. Taylan HH. Türkiye’de köy ailesinde aile içi ilişkiler. Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2009;22:117-38.
79. Bayer A. Değişen toplumsal yapıda aile. Şırnak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2013;4(8):102-29.
80. McCreary LL, Dancy BL. Dimensions of family functioning: Perspectives of low-income African American single-parent families. Journal Of Marriage And Family 2004;66:690-701.
81. Kır İ. Toplumsal bir kurum olarak ailenin işlevleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2011;10(36):381-404.
82. Aslan AK. Değişen toplumda aile ve çocuk eğitiminde sorunlar. Ege Eğitim Dergisi 2002;1:25-33.
83. Şentürk Ü. Aile kurumuna yönelik güncel riskler. Aile Ve Toplum Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi 2008;4(14):7-31.
84. Karaağaç K, Erbay HN. Aile işlevselliğinin matematik başarısıyla ilişkisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015;12(31):21-33.
85. Özatça A. Ergenlerde Sosyal Ve Duygusal Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Aile İşlevleri (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı; 2009.
86. İsmen AE. Duygusal zeka ve aile işlevleri arasındaki ilişki. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2004;7(11):55-75.
87. Aktepe E, Çalışkan S, Sönmez Y. Kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması: Olgu-kontrol çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2014;15:69-76.
88. Bulut I. Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. Ankara: Başbakanlık Kadın Ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, 1993:2-14.
89. Palabıyıkoglu R, Azizoğlu S, Özayar H, Ercan A. İntihar girişimlerinde bulunanların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 1993;1(2):30-37.
90. Demirtaş Zorbaz S, Korkut Owen F. Çocuklar için aile ilişkileri ölçeğinin geliştirilmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2013;4(39):58-67.
91. Durak EŞ, Fıdıloğlu H. Film analizi yöntemi ile Virginia Satir Aile Terapisi yaklaşımına bir bakış. Türk Psikoloji Yazıları 2007;10(20):43-62.

92. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice* 1978;6(6):1231-9.
93. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Evaluation of functionality in families with elderly members. *Cogitare Enfermagem* 2011;16(1):22-8.
94. Vera I, Lucchese R, Nakatani AYK, Sadoyama G, Bachion MM, Vila VSC. Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. *Text Context Nursing Florinopolis* 2015;24(2):494-504.
95. Demirhan Bİ. 65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile Apgarı İle Değerlendirilmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
96. Chaves CB, Amaral OP, Nelas PA, Coutinho EC, Dionisio RM. Assessment of family functionality among the elderly with chronic illness. *The European Journal of Counselling Psychology* 2013;2(2):139-44.
97. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Nassar SM, Lopes MMB, Ferreira VF, Monteiro HK. Family dynamics in the caring context of adults on the fourth age. *Rev Bras Enferm Brasilia* 2013;66(2):228-33.
98. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery* 2014;18(3):527-32.
99. Elias HC, Marzola TS, Molina NPF, Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares DMS. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol Rio de Janeiro* 2018;21(5):562-9.
100. Silva MSA, Silva MCP, Sogame LCM. Socioeconomic and health conditions associated with the family function of older adults. *Rev Gaucha Enferm* 2022;43:1-10.
101. Campos AC, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AM, Gonçalves LH. Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta Paul Enferm* 2017;30(4):358-67.
102. Vera I, Lucchese R, Nakatani AYK, Pagotto V, Montefusco SRA, Sadoyama G. Family functionality in oldest old household residents. *Rev Bras Enferm* 2015;68(1):61-8.
103. Reis LA, Reis LA, Torres GV, Santos KT. Influence of family dynamics. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* 2014;4(2):123-30.

104. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Taf Prev Med Bull* 2016;15(3):181-9.
105. Unalan D, Goçer S, Basturk M, Baydur H, Ozturk A. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine* 2015;6:319-24.
106. İçli G. Huzurevinde kalan yaşlılar üzerine bir araştırma. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2004;1:5-24.
107. Akintayo RO, Yerima A, Olaosebikan HB, Uhunmwangho C, Akpabio AA. How much gloom is in groans? Depression and its determinants in Nigerian patients with knee osteoarthritis: a multi-center cross-sectional study. *Clin Rheumatol* 2019;38:1971-8.
108. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2009;1:48-60.
109. Vicente VC, Hodel AEA, Bartolome SB, Sanchez BM, Margot S, Contreras N, et al. Are health district prevalence studies useful in family practice? Report of a case: Chronic obstructive pulmonary disease. *Aten Primaria* 2015;47(9):581-8.
110. Shao R, He P, Ling B, Tan I, Xu L, Hou Y, et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychology* 2020;8(38):1-19.
111. Marzola TS, Molina NP, Assunção LM, Tavares DM, Rodrigues LR. The importance of family functioning in elderly care: associated factors. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* 2020;8(1):78-86.

EKLER

EK1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/445				
	PROTOKOL ADI	Edirne Merkezindeki Yaşlılarda Aile Fonksiyonelliği ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:22/07	Tarih:15.11.2021				
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Sevgi AKYOL DURGUN'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetimelediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevduat oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI						
Helsinki Bildirgesi, İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi						
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Semaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sevgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÖTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diğ Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Doç. Dr. Özgür GÜNDÜZ
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK2

Evrak Tarih Sayısı: 01.03.2022-217976

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2022/7

Karar: 2022/7

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 18/02/2022 tarih saat 11:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülşden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

- 1- 1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr.Öğr.Üyesi Önder SEZER'in danışmanlığını üstlendiği, Araştırma Görevlisi Dr.Sevgi AKYOL DURGUN'un uzmanlık tez çalışması olan''Edirne Merkezindeki Yaşlılarda Aile Fonksiyonelliği ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi '' konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.


Dr Selma HIZMETÇİ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. Şebnem ERGİN/TOSUN
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Dr.Neşat TURKSEVEN
Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

Uzm. Dr. Eşit SECİN SAYHAN
Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Yalçınur ÇELİNTAŞ
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

9.01.2022 13:30

Gmail - Bilimsel Araştırma Başvurusu



sevgi akyol <sevgiakyol63@gmail.com>

Bilimsel Araştırma Başvurusu

1 mesaj

Bilimsel Araştırma Başvurusu

9 Ocak 2022 11:46

Yanıtlatma Adresi:

Alıcı:

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : Sevgi AKYOL DURGUN-2022-01-08T12_13_49

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarnızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:

Bu e-postanın içerdđi bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdđi bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilesinden, alınmasından ve saklanması T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazanına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:

This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ YAŞLILARDA AİLE
FONKSİYONELLİĞİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. SEVGİ AKYOL DURGUN

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER

Sayın katılımcı,

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Edirne il merkezindeki yaşlılarda aile fonksiyonelliği ve etkileyen faktörleri araştırma amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp, katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: 1- Kadın 2- Erkek

3- Eğitim Durumunuz:

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1- Okuryazar değil | 4- Ortaokul |
| 2- Okuryazar | 5- Lise |
| 3- İlkokul | 6- Üniversite |

4- Mesleğiniz:

- 1- Serbest meslek
- 2- Memur
- 3- İşçi
- 4- Emekli
- 5- Diğer.....

5- Şu an aktif olarak çalışıyor musunuz?

- 1- Hayır (..... yıl çalıştım, yıldır çalışmıyorum.)
- 2-Evet (.....yıldır çalışıyorum)

6- Medeni Durumunuz: 1- Bekar 2- Evli 3- Dul/Boşanmış

-----Evli değilseniz 10. soruya geçiniz-----

7- Eşinizin eğitim durumu:

- 1- Okuryazar değil
- 4- Ortaokul

- 2- Okuryazar 5- Lise
3- İlkokul 6- Üniversite

8- Eşiniz şu anda aktif çalışıyor mu? : 1- Hayır 2- Evet

9- Eşinizin mesleği:

- 1- Serbest meslek
2- Memur
3- İşçi
4- Emekli
5- Diğer.....

10- Aylık hane geliriniz: TL

11- Sosyal güvenceniz: 1- Yok 2- Var (belirtiniz).....

12- Aile üyeleri ile ilişkiniz: 1- Kötü 2- Orta 3- İyi

13- Çocuğunuz var mı?: 1- Yok 2- Var (kaç çocuğunuz var?).....

14- Yaşadığınız ailenin durumu nedir? 1- Çekirdek 2- Geniş 3- Parçalanmış

15- En uzun süre yaşadığınız yer neresidir? 1- Kırsal 2- Kentsel

16- Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

- 1- Yalnız
2- Eş
3- Çocuk veya çocuklar
4- Torun veya torunlar
5- Bakımevinde kalıyorum (ne kadar zamandır?).....
6- Diğer.....

17- Evde yaşayan kişi sayısı:

18- Evdeki oda sayısı:

19- Evin ısınma şekli:.....

20- Kronik hastalık varlığı (varsa kaç yıldır):

- Hipertansiyon 1- Yok 2- Var..... yıldır
Diyabet (Şeker hastalığı) 1- Yok 2- Var.....yıldır
Kalp damar hastalığı 1- Yok 2- Varyıldır
Kolesterol yüksekliği 1- Yok 2- Varyıldır
KOAH- Astım 1- Yok 2- Varyıldır
Mide-bağırsak hastalığı 1- Yok 2- Varyıldır
İskelet- kas hastalıkları 1- Yok 2- Varyıldır
Kanser 1- Yok 2- Varyıldır
Diğer 1- Yok 2- Var.....yıldır

21- Son 1 yıl içerisinde hastanede yattınız mı?: 1- Hayır 2- Evet

22- Cevabınız evet ise size kim refakat etti?:

23- Sigara kullanıyor musunuz?: 1- Hayır 2- Evet 3- Bıraktım, yıl kullandım.
Kullanıyorsanız yıldır gündepaket

24- Alkol kullanıyor musunuz?: 1- Hayır 2- Evet 3- Bıraktım,.....yıl kullandım.
Cevabınız evet ise : cins.....(şarap,rakı,viski)
süre.....(günde,ayda,yılda)
miktar.....(bardak, kadeh)

25- Evde sigara-alkol kullanan başkası var mı?: 1- Hayır 2- Evet (kim?).....

26- Evde bakıma muhtaç birisi var mı?: 1- Yok 2- Var (kim?).....

AİLE APGARİ (Soruları okuyarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz)

Sıra No:	CÜMLELER	NEREDEYSE HER ZAMAN	BAZEN	NEREDEYSE HİÇ BİR ZAMAN
1.	Bir sorunun olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.	2	1	0
2.	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.	2	1	0
3.	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.	2	1	0
4.	Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularına ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.	2	1	0
5.	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.	2	1	0