

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞ, MALATYA VE KAYSERİ İLLERİNDE
BULUNAN HUZUREVLERİNDE YAŞAYAN
YAŞLILARIN İLAÇ KULLANMA DAVRANIŞLARI VE
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Emel ERCAN
2011**

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Emine ÜNSALDI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Yasemin AÇIK

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL _____

Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Yasemin AÇIK _____

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ _____

Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL _____

Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN _____

Yrd. Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ _____

TEŞEKKÜR

Araştırmamın yürütülmesinde ve eğitimimde katkılarını esirgemeyen saygıdeğer hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Tez Danışmanım Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim öncesinde akademik kariyeri ve sosyal statüsü bakımından, eğitimim süresince ise bilgi birikimi açısından bana ilham kaynağı olan saygıdeğer hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yasemin AÇIK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim esnasında bana ilk akademik araştırmamı yapmamda yardımcı olan ve öğreten, disiplinli ve düzenli çalışması ile bana örnek olan saygıdeğer hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bilgi, destek ve tecrübelerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmama katılmayı kabul eden Kayseri, Malatya ve Elazığ huzurevlerinde yaşayan değerli yaşlılara içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan, destek verip ve desteğini hep hissettiren değerli eşim Tuna ERCAN'a, zaman zaman ihmal ettiğim biricik oğlum Ali Sencer'ime ve bu süreçte manevi desteklerini benden esirgemeyen canım annem Hatice YAPICI ve canım babam Nuri YAPICI'ya sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLO LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ.....	5
3.1. Yaşlanma ve Yaşlılık.....	5
3.1.1. Moleküler Yaşlanma.....	6
3.1.2. Hücresel Yaşlanma.....	6
3.1.3. Doku ve Organ Yaşlanması.....	6
3.1.4. Bireysel Yaşlanma:	7
3.1.5. Toplumsal Yaşlanma.....	7
3.2. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri ve Sorunları.....	10
3.3. Yaşlılık Döneminin Psikososyal Özellikleri ve Sorunları.....	12
3.4. Yaşlılık Döneminin Toplumsal Özellikleri ve Sorunları.....	14
3.5. Yaşlanma İle Birlikte Görülen Sistem Değişiklikleri.....	16
3.5.1. Kardiyovasküler değişimler	16
3.5.2. Solunum sistemi değişimleri.....	17
3.5.3. Genito-üriner sistem değişimleri.....	17
3.5.4. Metabolik ve endokrin değişiklikler.....	17
3.5.5. Gastrointestinal sistem değişiklikleri	18
3.5.6. Sinir sistemi değişiklikleri	18
3.5.7. Duyularda değişiklikler	18
3.5.8. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri	19
3.5.9. Deri değişiklikleri.....	19
3.6. Dünyada Yaşlılık.....	19
3.7. Türkiye' de Yaşlılık.....	21
3.8. Yaşlılara Yönelik Hizmetler	23
3.8.1. Hospiz Hizmetleri (hospice care).....	25

3.8.2. Sub-Akut Bakım Hizmetleri	25
3.8.3. Gündüz Bakım Merkezleri (Day Centers).....	25
3.8.4. Yaşlı Konuk Evleri (Sheltered Housing / Retirement Housing).....	25
3.8.5. Dinlenme Evleri (Rest Home).....	26
3.8.6. Dinlendirme Bakımı (Respite Care).....	26
3.8.7. Evde Yardım Hizmeti (Home Help Service).....	26
3.8.8. Eve Yardımcı Sağlama Hizmeti (Home Attendant Service)	27
3.9. Huzurevleri.....	27
3.10. Yaşlılarda İlaç Kullanımı.....	31
3.10.1. Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili sık karşılaşılan sorunlar;.....	32
3.10.2. Yaşlılıkta Akılcı İlaç Kullanımı ve Çoklu İlaç Kullanımını Azaltma İle İlgili Temel Kurallar.....	34
3.10.3. Yaşlılarda Uygunsuz Reçete Etmeyi ve Çoklu İlaç Kullanımını Azaltmaya Yönelik Bazı Öneriler	36
3.10.4. Yaşlılar İçin Genel İlaç Kullanım İlkeleri.....	36
3.11. Polifarmasi	37
3.11.1. Polifarmasiyi Azaltmak İçin Öneriler.....	38
4. GEREÇ VE YÖNTEM	40
5. BULGULAR.....	42
6. TARTIŞMA.....	61
7. KAYNAKLAR	80
8. EKLER.....	94
9. ÖZGEÇMİŞ	98

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Dünyanın Değişik Bölgelerinde Yaşlı Nüfus Oranları.....	20
Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre 65 Yaş Ve Üzeri Yaşlı Nüfus Yüzdeleri	22
Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo 4. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Buldukları İllere Göre Dağılımı	43
Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Yerleşmeden Önceki Mesleklerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Yerleşmeden Önce Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı	44
Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Maaş Alma Durumlarının Dağılımı	44
Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Aylık Gelir Durumlarının Dağılımı	44
Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Ücret Ödeme Durumlarına Göre Dağılımı	45
Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı	45
Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Yerleşmeye Karar Verme Durumlarına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Kalma Sürelerinin Dağılımı	46
Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	46
Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Özel Bakıcıya Gereksinim Duyma Durumlarına Göre Dağılımı	46
Tablo 15. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandıkları İlaçların Dağılımı	47

Tablo 17. Araştırmaya Kapsamına Alınan Yaşlıların Birden Fazla İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 18. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların İlaçlarını Öneren Kişilere Göre Dağılımı.....	48
Tablo 19. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların İlaçlarını Önerilen Şekilde Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 20. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandıkları İlaçlarını Önerilen Şekilde Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı.....	49
Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandığı İlaçların Yan Etkisini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	49
Tablo 22. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Prospektüs Okumama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 23. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandığı İlaçların Kendilerine Yan Etki Yapma Durumlarına Göre Dağılımları	50
Tablo 24. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandığı İlaçlar Hakkında Sağlık Personelinin Bilgi Verme Durumlarına Göre Dağılımı	50
Tablo 25. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandıkları İlaçlar Hakkında Bilgiyi Sağlık Personelinden Alma Durumlarına Göre Dağılımı	50
Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımları.....	51
Tablo 27. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Sağlık Hizmetini Almak İstedikleri Personelin Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 28. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı	51
Tablo 39. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Kullandıkları İlaçların Adlarını Bilme Durumlarının Dağılımı	56
Tablo 40. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarının Dağılımı.....	57
Tablo 41. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Eğitim Düzeylerine Göre Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı	57

Tablo 42. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı	58
Tablo 43. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Sosyal Güvencelerine Göre Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı.....	58
Tablo 44. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyet İle Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumlarının Dağılımı	59
Tablo 45. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Yaşamaktan Duydukları Memnuniyetin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	59
Tablo 46. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Eğitim Düzeyi İle Kurumda Kalmaktan Memnun Olma Durumlarının Dağılımı.....	60
Tablo 47. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Kalma Süresi İle Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumlarının Dağılımı	60

KISALTMALAR LİSTESİ

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- SHÇEK** : Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
- DPT** : Devlet Planlama Teşkilatı
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- UNICEF** : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United National
Childrens Fund- Unicef)
- OECD** : Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- ASKH** : Aterosklerotik Kalp Hastalığı

1. ÖZET

Toplumun giderek yaşlanması ile akut ve kronik hastalıkların oranı dolayısıyla kronik ve çoklu ilaç kullanımı arttırmıştır. Bu çalışma Elazığ, Malatya ve Kayseri illerinde bulunan huzurevlerinde yaşayan yaşlıların ilaç kullanma davranışları ve bunlara etkili olabileceği düşünülen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipteki bu çalışmada çalışmanın evrenini Elazığ, Malatya ve Kayseri huzurevlerinde kalan 60 yaş üstü (n=310) kişiler oluşturmuştur. Herhangi bir örneklem seçilmemiş, huzurevinde yaşayan 310 kişinin tümü araştırma kapsamına alınmış ve 255 (cevaplılık oranı %82.2) kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan 60 yaş üstü kişilerin %60.8'i (n=155) Kayseri, %19.6'sı (n=50) Elazığ ve %19.6'sı (n=50) Malatya huzurevinde bulunmaktadır. Araştırmanın verileri; hazırlanan anket formunun yüz yüze görüşme tekniği uygulamasıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel paket programında yüzdeler, ortalama ve X² (ki-kare) analizleri ile değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %64.7'si erkek, %35.3'ü kadın olup, yaş ortalaması 72.7±8.2'dir. Yaşlıların %91.0'da herhangi bir kronik hastalık tespit edilmiştir. Yaşlılarda en fazla görülen kronik hastalık hipertansiyon (%55.2) dir. Yaşlıların %87.8'i birden fazla ilaç (polifarmasi) kullanmakta olup, en fazla kullanılan ilaç grubu antihipertansif (%52.2) ilaçlardır. Yaşlıların %97.3'ünün ilaçlarını önerilen şekilde kullanmakta olduğu, önerilen şekilde kullanmayanların ise birden fazla ilaç aldığı ve karıştırdığı saptanmıştır. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır (p<0.05). Kadınların sağlıklarını erkeklere oranla daha kötü hissettikleri belirlenmiştir (p<0.05). Eğitim

düzeyi yükseldikçe kadın ve erkekler arasında sağlıklarını daha iyi algılama oranları artmaktadır ($p<0.05$).

Sonuç olarak; huzurevinde yaşayan yaşlıların birden fazla ilaç kullanma oranları yüksek bulunmuştur. Bu nedenle huzurevinde çalışan doktor ve hemşirelerin ilaç kullanım hataları açısından riskli olan yaşlıların farkında olmaları, bu yaşlıları yakından izlemeleri, ilaç kullanımı hakkında yaşlıları sürekli olarak bilgilendirmeleri ve desteklemeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, ilaç kullanma davranışları, huzurevi, polifarmasi

2. ABSTRACT

FACTORS EFFECTING THE HABIT OF USING DRUGS OF ELDERLY RESIDENTS LIVING IN NURSING HOMES RESIDENTS IN ELAZIG, MALATYA AND KAYSERI

Due to the fact that the society is getting older, the rates of acute and chronic diseases and multi drug use have increased. The object of this study is to examine drug using behaviour of the old living in nursing home located in Elazig, Malatya and Kayseri provinces and the factors which are considered to be related to these behaviours.

People over the age of 60 (n = 310), living in nursing home located in Elazig, Malatya and Kayseri provinces, have constituted target population of the study in cross-sectional typed study. Any samples has not been selected, 310 people living in nursing home is in the scope of the study and 255 people (response rate 82,2%) have been reached. 60,8 % (n=155) of people over the age of 60, participating in this study, reside in Kayseri, 19,6% of these people (n=50) reside in Elazig and 9,6 % of these people (n=50) reside in Malatya nursing home. The data of this study has been gathered through the technique of poll which was conducted person to person. The obtained data has been evaluated by percentage, average and X^2 (chi square) analyses in statistical package program.

64,7% of the old within the scope of this research is male, 35,3% of these people is female and their average age is $72,7 \pm 8,2$. Any chronic diseases has been detected in 91,0% of the old. The most common disease the old people suffered is hypertension (55,2%) 87,8% of the old have been using one and more drugs

(polypharmacy) and the most common use i medicine group is antihypertensive drugs (52,2%). it has been determined that 97,3% of the old people have been using their medicines in recommended way and those using contrarily have taken many medicines and mixed them up. Women use more drugs compared to men ($p<0,05$). It has been detected that women feel worse about their health than men ($p<0,05$). As the education level increases, women and men comprehend their health situations much better ($p<0,05$).

Consequently, it has been found that the old people living in nursing home use more than one drug. Therefore, it is advised that the doctors and nurses working for nursing home pay attention to the old carrying risks in terms of misuse of medicines, keep a close watch on these people inform them constantly regarding using drug and support them,

Key words: old, drug using behaviours, nursing home, polypharmacy

3. GİRİŞ

3.1. Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaşlılık; başlangıcı 60-65 yaş olarak kabul edilen, değişikliklerin meydana geldiği karmaşık bir süreçtir (1-4). Demografik ve hukuksal anlamda yaşlılık terimi 65 ve üzerindeki yaşlar için kullanılmaktadır (5).

Evensel bir olgu olarak tüm canlılar doğar, büyür, yaşlanır ve ölürlür. İnsanlar, genç yaşlarda ölmedikleri sürece yaşlanmayı yaşayacaklardır. Yaşlanma biyolojik bir olaydır. Uzun yaşama şansını elde edebilen her canlı için kaçınılmaz bir sonuçtur (6).

Yaşlanma intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden; doğal, kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir. Biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemelerin ve yetersizliklerin ortaya çıktığı, kişinin iş veriminin azalmasına, dengesinin kaybolmasına, sağlığının bozulmasına yol açan, vücudun yapısal yıkım ve harabiyetine neden olan değişikliklerin yaşandığı bir yaşam sürecidir (7-12).

Yaşlılık kavramı belirli bir dönem olarak değil, bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Önlenmesi mümkün olmayan, çok boyutlu bir gerileme olan yaşlanma, yaşam boyu devam eden bir olaydır (13).

Yaşlanmayla birlikte, bireysel olarak giderek ölüme sonuçlanacak biçimde, canlılık etkinliklerinde azalma meydana gelir ve yaşamdaki biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutlarda değişme meydana gelir. Hücre kaybı, metabolizmadaki yavaşlama, beslenme, enfeksiyonlar, yetersiz fiziksel ve zihinsel aktivite gibi çevresel faktörlerle oluşan veya spontan olarak gelişen mutasyonlar,

hatalı genler ve mutajenler yaşlanmayı hızlandıran etmenler arasında sayılabilmektedir (14-17).

Yaşlanma, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreç olarak tanımlanırken, yaşlı terimi, belli bir kronolojik yaşa ulaşan kişileri tanımlama amacıyla kullanılmaktadır (18,19).

Canlı oluşumundan yaşamın bitimine kadar geçen bu dönem, bölümlere ayrılarak incelenmektedir. Buna göre yaşlanma süreci;

- Moleküler yaşlanma,
- Hücresel yaşlanma,
- Doku ve organ yaşlanması,
- Bireysel yaşlanma,
- Toplumsal yaşlanma olmak üzere beş bölümde incelenmektedir (20,21).

3.1.1. Moleküler Yaşlanma

Kollajen makro moleküllerinin birikimi ile oluşan intrainter moleküler köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastikiyetesinde azalmaya yol açması ile oluşmaktadır.

3.1.2. Hücresel Yaşlanma

Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilmektedir.

3.1.3. Doku ve Organ Yaşlanması

Birçok organda yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerde azalma ve duyuşal değerlendirme yetisinde azalma olmaktadır.

3.1.4. Bireysel Yaşlanma:

Kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalması ile birlikte, giderek ölümler sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonlarının azalmasıdır.

3.1.5. Toplumsal Yaşlanma

Bir toplumdaki 64 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir (22).

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından 4 gruba ayrılmaktadır;

Genç Toplumlar: Bu toplumlarda nüfusun %4'ünden azı 64 yaş üzerindedir. Az gelişmiş ülkelerin çoğunda nüfus, genç toplum özelliğindedir.

Erişkin Toplumlar: 64 yaş üzeri nüfus %4-7 arasındadır. Çin dâhil Batı Asya ve ılıman Güney Amerika bölgesindeki ülkeler bu gruptandır.

Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı %7'nin üzerinde ve %10'un altında olan toplumlardır. Kanada, Avustralya ve Japonya gibi ülkeler bu gruptandır.

Çok Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı %10'nun üzerindedir. Bu toplumlarda fertilité çok düşük orandadır. Bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş Avrupa ülkeleri bu gruptadır (20).

Yaşlanma sürecine hız katan 4 ana sebep vardır. Bunlar;

- Verimli bir işten yoksun olmak, pasifize olmaya zorunlu kalmak,
- Fiziksel gücün zayıflaması ile bedensel yıkımların ortaya çıkması,
- Eğlenceden yoksunluk, yaşamın zevk veren deneyimlerinden ve sevinçlerinden vazgeçmek veya bunların dışında bırakılmak,
- Ölüme yaklaşmanın bilincinde olmak (23,24).

Yaşlanma sürecinin son basamakları olarak nitelendirilen yaşlılık, yaşam sürecinin çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal bir dönemidir. Yaşam karşısında kayıpların ve çöküşlerin görüldüğü bir dönemdir (25).

Zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama kudreti ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında uyum sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir (26). Yaşlılık aynı zamanda, bireyin geçmişteki yaşantılarına ilişkin anlamlılık duygusunu geliştirdiği ve yaşamın sonu için hazırlık yapıldığı bir dönemdir (27).

Genel olarak 60 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilmekle beraber, yaşlılık sınıflandırılması ülkenin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan yaşam beklentisine göre değişiklik göstermektedir (28).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre yaşlılık, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yetisinin azalması olarak tanımlanmıştır (29,30).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 5 dönemden bahseder;

0-10 yaş arası dönem; çocukluk,

10-24 yaş arası dönem; gençlik,

25-64 yaş arası dönem; yetişkinlik,

65-74 yaş arası dönem; yaşlılık,

75-89 yaş arası dönem; ihtiyarlık evresi olarak tanımlamaktadır (11,31,32).

DSÖ'nün 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılık dönemi üçe ayrılır;

- **Genç Yaşlılık (65-74 yaş):** Fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların beklenmediği dönemdir.
- **İleri (orta) Yaşlılık (75-84 yaş):** Fonksiyonel kayıpların gözlemlendiği bir dönemdir.

- **Çok İleri Yaşlılık (85 yaş ve üzeri):** Bu evredeki bireyler, bakım için yardımcıya, özel barınma yerleri özel evlere gereksinim duyarlar (6,33).

Ancak bu 65 yaş sınırı geniş ölçüde sosyal politikalara göre belirlenmiş olup, psikolojik ve sosyolojik süreçler yönünden kritik bir sınır olmasından kaynaklanmaktadır (34).

Dünya nüfusunun değişen demografisi, sağlık hizmetlerine zorluklar çıkarmakta, bireyler emeklilik yaşına geldiğinde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artmakta ve bu artış 75 yaş üzerinde hızlı bir ivme kazanmaktadır (35).

Genellikle yaşlanma; biyolojik, kronolojik, sosyal, fizyolojik ve psikolojik yaşlanma olarak tanımlanmakta ve alt gruplara ayrılmaktadır.

Biyolojik Yaşlanma: Puberte evresinden başlayarak erişkin evresini de kapsayan geniş bir periyod olarak kabul edilir.

Kronolojik Yaşlanma: Doğumdan itibaren, insanın içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı yaşlanmadır.

Sosyal Yaşlanma: Gerontologlar yaşlıları oynadıkları sosyal rollere ve alışkanlıklara göre tanımlamaktadırlar. Sosyal rol olarak tanımlanan konular, kişilerin baba, büyükanne, emekli gibi yaşamları boyunca gerçekleştirdikleri olaylar ve beklentilerdir.

Fizyolojik Yaşlanma: Yapısal ve fonksiyonel değişimleri içermektedir.

Psikolojik Yaşlanma: Kişilerin duygularında, algılamalarında ve davranışlarında oluşan değişimlerdir (36).

Bir ülkenin nüfusunun yaşlanması demek, 65 yaş ve üzeri yaştaki kişi nüfus oranının, toplam nüfus içindeki payının artması demektir. Yirminci yüzyılın en önemli gerçeklerinden birisi de yaşlı nüfusun giderek artmasıdır (37).

Sanayileşme ve kentleşme süreci içerisinde geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler, yaşlının aile içindeki eski rolünü yitirmesine neden olmakta, yaş prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkmakta, kuşaklar arasındaki farklılıklar nedeniyle de yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (38-41).

3.2. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri ve Sorunları

Yaşlılık dönemi bireylerin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerin azaldığı bir dönemdir. Bedenin iç ve dış gerilimlere karşı direncinin azaldığı, pek çok süregen hastalığın yaşandığı bir dönemdir (42).

Ülkemizde 2004 yılında yayınlanan “Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması”na göre yaşlılarda ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanserler ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) yer almaktadır. Ölüm nedenleri arasında yer almasa da fonksiyonel bağımlılık ve işlev kaybına yol açtıkları için yaşlılık döneminde sakatlığa bağılı sağlıklı yaşam yıllarından kayba neden olan ilk 10 hastalık arasında ise demans, duyu (işitme) kaybı, osteoartrit yer almaktadır (43).

Yaşlılıkla birlikte derinin incilmesi ve esnekliğini yitirmesi, deride soğukluk, saç dökülmesi, saçların beyazlaması gibi belirtiler görülür (44).

Yaşlanma ile birlikte fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve

sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel sorunlar olmasa da yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır (45).

Bu dönemde, fizyolojik yaşlanma sonucu, kronik hastalıklara akut hastalıklardan daha sık rastlanır. Enfeksiyon hastalıkları azalırken, dejeneratif ve progresif hastalıklar çoğalır. Özellikle kardiyak, pulmoner, renal, merkezi sinir sistemi ve immün işlevlerde sürekli bir azalma ve buna bağlı olarak çeşitli hastalıklar gelişebilir. Yapılan çalışmalarda, 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların %90'ında bir kronik hastalık görülürken, %35'nde iki, %23'nde üç, %14'ünde dört ve üzeri kronik hastalık görülmektedir (6).

Kalp hastalıkları 65 yaş ve üzerinde her iki cinste en sık ölüm nedeni olup, tüm ölümlerinin üçte birini oluşturur (46).

Damar hastalıkları arasında serebravasküler hastalıkları da eklersek bu oran yarıya yaklaşır. Yaşlanma ile birlikte kalp ve damar sisteminde yapısal bozulmalar oluşur ve bunun sonucunda hastalığa yakalanma riski artar (47).

Kas gücünde ve kemik yapısında zayıflama vardır. Kemiklerde kalsiyum kaybına bağlı olarak kemik yoğunluğunun azalması, kırık ve eklemlerde kireçlenme ile birlikte esnekliğinin azalması da görülür. Kadınlarda özellikle menapozdan sonra kemik kayıpları başlar. Bu kayıplara bağlı olarak boy kısaltmaları, omurlarda çökmeler, kırıklar bile olabilir (44).

Kaslardaki güç kaybı ile bağ dokusundaki bozulmalar sonucu, göğüs kafesi esnekliğini kaybeder ve akciğerlerin kapasitesi azalır. Dolayısı ile solunum sistemi hastalıklarına zemin hazırlanır (48).

Böbrek ve karaciğer işlevleri azalır. Glikoz toleransındaki bozulma sonucunda diabetes mellitusa eğilim artar. Kadında östrojen, erkekte testosteron düzeyi azalır (49).

Gastrointestinal sistemde, atrofik gastrit, hiatal herni, divertiküloz ve kabızlık sorunları gelişir (49)

Sinir sisteminde nöronal kayıp ve beyin metabolizmasında azalma ortaya çıkar. Tüm duyu işlevlerinde azalma olur (49).

Bağışıklık sisteminin işlevinin azalması sonucu infeksiyonlara ve kansere hassasiyet artar. Serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, parkinson hastalığı ve artritler sık görülür (49).

Yaşlanmayla birlikte zihinsel etkiler de ortaya çıkar. Bellek, öğrenme, karar verme, sorun çözme yeteneklerinde gerileme olur. Algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama olur. Yaşlılarda daha önceden edinilen bilgiler sağlam kalır yeniler unutulur (50).

3.3. Yaşlılık Döneminin Psikososyal Özellikleri ve Sorunları

Yaşlı insanları tarif ederken çoğu kez, bastonla ve zorlanarak yürüyen, beli kambur, sesi kısılmış, 65 yaş üstü insanlar olarak tarif ederiz. Görselliğe dayanan bu betimlemenin yanı sıra, yaşlı insanlarda huysuzluk, alınganlık, ara sıra kendi kendine konuşma, unutkanlık, geçmişe odaklanma, şimdiki nesli beğenmeme ve eleştirme gibi daha net olarak gördüğümüz yaşlılığın psikolojik yönünü ilgilendiren belirtiler mevcuttur (51).

Yaşlılığın psikolojik yönü genel olarak bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişimleriyle ilgilidir. Bilişsel beceriler; zeka, dikkat, öğrenme, bellek, dil, akıl yürütme ve bilişsel esneklik gibi alanlardaki değişiklikleri; ruhsal davranış

değişimleri ise duygu durum, güdülenme ve baş etme becerileri gibi çeşitli nitelikleri içermektedir (52).

Yaşlılık, psikolojik alanda da önemli sorunları beraberinde getirmekte ve çok sayıda psikososyal faktör yaşlılık dönemini etkilemektedir. Bu faktörler;

- Kimlik duygusu ve benlik saygısında zedelenme,
- Uyum sağlama yeteneğinde zayıflama,
- Ekonomik problemler,
- Emeklilik,
- Çocukların evden ayrılması,
- Sosyal ilişkilerde azalma,
- Yakınların kaybı,
- Bilişsel yetilerde gerileme gibi çeşitli yaşam olayları bulunmaktadır.

Bu tür yaşam olayları, değişim sonrası oluşan yeni duruma uyum gerektirir. Uyum sağlanamadığında umutsuzluk, depresyon, sinirlilik ve kaygı gibi çeşitli psikolojik sorunlar görülebilir (53-56).

Yapılan araştırmalar sonucunda yaşlılarda en yaygın stresörler; kayıplar (sevilen kişinin sağlığının kaybı), yalnızlık, durumsal krizler (hastalık, emeklilik, ölüm gibi), sağlık sorunları ve stresle başa çıkmada zorlanma olarak sayılabilir (57).

Yine 1992'de yapılan Adana huzurevi çalışmasında, yaşlıların üçte birinin kendilerini yalnız hissettiği, yaklaşık yarısının egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Ankara Seyranbağları Huzurevi'nde yapılan bir çalışmada, huzurevinde yaşayanların %38'inde motivasyon eksikliği, yarısında boş zamanlarını değerlendirememeye saptanmıştır (58).

İzmir huzurevinde yapılan bir başka çalışmada huzurevindeki yaşlıların %75'inin hiçbir uğraşı olmadığı, yalnızca radyo dinleyip, TV izledikleri saptanmıştır (59).

Yaşlanmayla birlikte ruhsal yapının temel gücünü oluşturan biyolojik ve toplumsal güdülerde azalma olmakta ve bu nedenle güdülenmeden kaynaklanan duygulanımda azalma sonucu çöküntü ortaya çıkabilmektedir. Algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama gibi değişimler sonucunda da, üretkenlik işlevinden uzaklaşan, işe yaramazlık duygusu yaşayan, çevreye ilgisi azalan, yeni durumlara yanıt vermede geciken ya da veremeyen, benmerkezci, zaman zaman kuşkucu, günlük yaşamını sürdürebilmek için başkalarının yardımına gereksinimi olan bireyin yalnız kalması ve çevreden soyutlanması depresyon yaşamasına neden olmaktadır (60-67).

Yaşlılığa uyum sorunu, yani yaşlının bedensel, ruhsal ve toplumsal rollerle ilgili değişimlere ayak uydurabilmesi, eşi, çocukları, akrabaları ve arkadaşlarıyla olumlu, iyi ilişkilerinin devam etmesi ile olduğu kadar, kendisiyle barışık olması, kendini olduğu gibi benimsemesiyle de yakından ilgilidir (68).

3.4. Yaşlılık Döneminin Toplumsal Özellikleri ve Sorunları

Bütün toplumlar yaşlara göre fertleri gruplandırmışlar ve toplum içinde farklı statüler tanımışlardır. Çocuklar genellikle istenilen, sevilen bireylerdir. Ancak toplum içindeki statüleri pek yüksek değildir. Gençler ve orta yaşlılar ise yaşları dolayısı ile özel bir yere sahip değillerdir. Buna karşılık yaşlılık hemen hemen tüm toplumlarda kişilere yüksek bir yer sağlar. Yaşlı hürmet edilen ve özel ayrıcalıklara sahip olan kişidir. Aslında sadece yaşlı olma hürmetin kaynağı

değildir. Yaşla beraber elde edildiğine inanılan akıl, deneyim ve atalardan gelen bilgi yaşlıya yüksek statü sağlar (11).

Geleneklerini koruyan toplumlarda yaşlının üstün bir yeri vardır. En azından yaşlılık bir sorun olarak görülmemektedir. Geleneklerine bağlı kırsal toplumumuzda evli oğullarla beraber yaşamak, yaşlının statüsünü yükselten ve kişiye güven veren bir etmendir (11).

Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda hızlı değişimler olmuştur. Tarımsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru hareket geniş aileleri çekirdek aileler halinde bölmeye zorlamıştır.

Aile yapısındaki değişme özellikle yaşlıyı çocuklardan ayrı yaşamaya itmiştir. Bu yeni aile sistemi ile yaşlının ailedeki yeri ve ilişkilerinde önemli değişiklikler olmuştur. Geleneksel düzende yaşlının sahip olduğu statü ve saygınlık bu yeni düzende zayıflamış, hatta bazen yok olmuştur. Sonuçta yaşlının ihtiyacını karşılamada gelenek ve göreneklerle oluşmuş düzenlemeler yetersiz kalmıştır (69).

Geniş aile kurumundan çekirdek aileye dönüşmeye yol açan asıl sosyo-ekonomik nedenler, bireyler arasında geçimsizlikler, bağımsızlık isteği, oturlan evi dar ve yetersiz bulma gibi nedenlerle kendini göstermektedir. Geniş ailelerin çökmesi yaşlı kişilerin bakımı, son yıllarını rahat ve güvenli bir ortamda geçirmeleri sorununu ortaya çıkarmaktadır. Yaşlı ile yaşama ve ona bakma nedenlerinin başında dinsel, töresel zorunluluk gelmektedir. Dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan bölgelerinde kent nüfusunun genel nüfustan daha hızlı büyüdüğü ifade edilmektedir (11).

Türkiye’de kentleşme ve sanayileşme geleneksel yapıda olduğu gibi büyük kentlerde de, aile yapılarında önemli değişikliklere neden olmuştur. Atakül aile yapısından çekirdek (modern) aile yapısına çok hızlı geçiş görülmüştür (70).

Bu değişimin gereği olarak özellikle büyük kentlerimizde ailelerde eşlerin her ikisinin birlikte çalışması, çekirdek aileler için yapılmış apartman dairelerinde oturmaları, uzak mesafelerde oturmaları veya farklı kentlerde yaşamalarıyla yaşlıların bakımına ilişkin geleneksel düzenin sürdürülmesi zorlaşmaktadır (71).

Günümüzde aile yapısı içinde zaten söz hakkı pek olmayan yaşlıların otoriterliği, günümüze doğru gelindikçe iyice zayıflamış, teknolojik alandaki ilerlemeler de yaşlı nüfusun çalışma hayatının iyice dışında kalmasına yol açmıştır. Yaşlı ve kendisini yaşlı olarak görenler dışlanmaktadır (72).

3.5. Yaşlanma İle Birlikte Görülen Sistem Değişiklikleri

Yaşlanma ile birlikte organizmada fizyolojik ve biyolojik değişiklikler yer almaktadır. Organ sistemlerinde meydana gelen bu değişiklikler, genellikle normal koşullar altında vücut fonksiyonlarını etkiler nitelikte olmayıp, daha çok sistemlerin koşulları altında ise yaşlı bünye fonksiyonlarını arttırmaktadır. Yaşlanmanın sistemler üzerine etkisi şunlardır;

3.5.1.Kardiyovasküler değişimler

- Kalp hızında düşme
- Miyokard esnekliğinde azalma
- Kalp pompalama yeteneğinde %1 azalma
- Aritmiler
- Kalp çevresindeki yağ dokusunda artma
- Periferik vasküler rezistansta artma, kan basıncında yükselme

- Baroreseptörlerin hassasiyetinde azalma
- Beta reseptör aktivitesinde azalma
- Venöz kapaklarda değişme.

3.5.2.Solunum sistemi değişimleri

- Rezidüel volümde artma
- Vital kapasitede azalma
- Akciğer kompliyansında düşme
- Ventilasyonda bozulma, diffüzyonda azalma
- Silia hareketlerinde yavaşlama
- Öksürük refleksinde azalma.

3.5.3. Genito-üriner sistem değişimleri

- Genital sistemde atrofi ve mukozalarda kuruluk, üreme sistemi fonksiyonlarında gerileme ve seksüel aktivitede azalma
- Böbrek kan akımında azalma
- Böbreklerin idrar konsantre ve dilüe etme yeteneğinde azalma
- Nefronların fonksiyonunda %60 azalma
- Renin-anjiotensin-aldosteron aktivitelerinde azalma
- Duyu reseptörlerinde zayıflama (inkontinans).

3.5.4. Metabolik ve endokrin değişiklikler

- Glikoz toleransında bozulma
- İnsülin direncinde artma
- Vücut kütlelerinde azalma, kaslarda yağ oranında artma
- Seks hormonlarında azalma. (Menopoz ve andropoz dönemi)

3.5.5.Gastrointestinal sistem değişiklikleri

- Dişlerde çürüme, diş kayıpları
- Tat ve koku reseptörlerinde zayıflama
- Tükürük ve sindirim enzimlerinin salınımında azalma
- Kasların motor tonusu ve fonksiyonunda azalma
- Sindirim ve emilim kapasitesinde azalma
- Karaciğer kan akımında azalma
- Pankreasın cevabında yavaşlama.

3.5.6. Sinir sistemi değişiklikleri

- Nöron kaybı
- Beyin ağırlığında erkeklerde %10, kadınlarda %5 azalma
- Lepto meninks' te kalınlaşma
- Ventriküllerin hacminde artma
- Beyin metabolizma hızında ve kan akımında minimal azalma
- Kısa bellekte bozulma
- Reaksiyon zamanında uzama.

3.5.7.Duyularda değişiklikler

- Lens elastikiyetinde azalma
- Kornea refleksinde azalma
- Görme keskinliği ve periferik görmede azalma
- Gözyaşında azalma, gözlerde kuruma
- Pupillerin uyumunda gecikme
- İrisin renginde solma
- Yüksek frekanslı sesleri işitme yeteneğinde azalma.

3.5.8. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri

- Kas kitlesinde azalma
- Kas gücünde azalma
- Kemiklerde mineral kaybı.

3.5.9. Deri değişiklikleri

- Deri altı yağ dokusunda azalma
- Cildin esnekliğinde azalma
- Ter bezleri fonksiyonunda azalma
- Kıllanmada azalma ve beyazlaşma (73).

3.6. Dünyada Yaşlılık

Sağlık alanındaki gelişmelere ve sosyal koşullardaki iyileşmelere paralel olarak, ortalama yaşam süresi uzamakta, bu durum tüm dünya ve ülkemizde yaşlı nüfusun artmasına yol açmaktadır. Yaşam sürecindeki gelişme ve olgunlaşmayı takip eden, genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin en yoğun olduğu, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin ortaya çıktığı dönem olan yaşlılık 65 yaş ve üzerini kapsamaktadır (74-76).

Yirminci yüzyıl, ortalama yaşam süresi açısından bir devrime tanıklık etmiştir. Ortalama yaşam süresi, 1950-2000 yılları arasında 20 yıl artarak 66 yıl olmuştur ve 2050 yılına kadar 10 yıl daha artması beklenmektedir. 21. yüzyılın ilk yarısındaki bu demografik zafer ve nüfusun hızla çoğalması sonucu, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Gelecek 50 yıl içinde, yaşlı nüfusun 4 kat artması ve bu artışın gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmesi beklenmektedir. Yaşlı nüfusun en hızlı artan grubu, ileri yaşta olanlar, yani 80 yaş ve üstünde olan kişilerdir.

Dünyada, 2000 yılında 70 milyon olan ileri yaş grubunun, gelecek 50 yılda 5 kat artacağı tahmin edilmektedir (77,78).

Dünya nüfusu her yıl %1.3 artarken, 65 yaş ve üzeri nüfus yıllık artış hızı ise %2,3'tür. İleri yaş nüfus (80 yaş ve üzeri) artış hızı her yıl %3.5 artar (79).

Dünyanın değişik bölgelerinde yaşlı nüfus oranları Tablo 1'de gösterilmektedir. Bu küresel demografik değişimin; bireysel, toplumsal, ulusal ve uluslararası düzeyde önemli sonuçları bulunmaktadır (78).

Tablo 1. Dünyanın Değişik Bölgelerinde Yaşlı Nüfus Oranları

BÖLGE	YIL	65+ NÜFUS (%)	75+ NÜFUS (%)	80+ NÜFUS (%)
Avrupa	2000	15.5	6.6	3.3
	2015	18.7	8.8	5.2
	2030	24.3	11.8	7.1
Kuzey Amerika	2000	12.6	6.0	3.3
	2015	14.9	6.4	3.9
	2030	20.3	9.4	5.4
Asya	2000	6.0	1.9	0.8
	2015	7.8	2.8	1.4
	2030	12.0	4.6	2.2
Yakın doğu ve kuzey Afrika	2000	4.3	1.4	0.6
	2015	5.3	1.9	0.9
	2030	8.1	2.8	1.3

20. yüzyıl sonunda yaşlı nüfusun yarısından çoğunun gelişmekte olan ülkelerde olduğu bildirilmiştir. Yani gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus artışı fazladır (80,81).

“Organisation for Economic Co-Operation and Development” (OECD- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı) son 30 yıl içerisinde OECD ülkelerinde 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü de önemli oranda arttı. OECD ülkelerinde 2003 yılında 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü kadınlarda 19,3 yıl, erkeklerde 15,9 yıldır. Bu rakamlar, gerek kadınlar, gerekse

erkekler için 1970 yılından beri 3 yıllık bir artış olduğunu gösteriyor. Doğumdan itibaren ortalama insan ömründe olduğu gibi 65 yaşından itibaren ortalama insan ömründe de 2003 yılının en yüksek rakamına Japonya sahip. Önümüzdeki on yıllarda 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün artmaya devam etmesi bekleniyor. OECD hesaplarına göre, OECD ülkelerinde 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün 2040 yılına gelindiğinde kadınlarda 21,6 yılı, erkeklerde 18,1 yılı bulması öngörülüyor (82).

1970’de dünyada 60 yaş ve üzerindeki yaklaşık 291 milyon kişi toplam nüfusun % 8’ini oluştururken, aynı grup 2000 yılında 585 milyon kişiye ulaşmış ve toplam nüfus içinde % 9’luk paya sahip olmuştur (83-86). Yaşlı nüfustaki artış ile ömür uzunluğundaki artış arasında pozitif yönde bir ilişki vardır (87).

2000 yılında 68 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin 2010 yılında 71.7, 2020 yılında 73.9 olacağı tahmin edilmektedir (88).

2050’li yıllarda 65 yaş üstü nüfusun 15-64 yaş nüfusuna göre gelişmiş ülkelerde 2 kat ve gelişmekte olan ülkelerde ise 3 kat daha hızlı artacağı ve 2025 yılında 800 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (89,90).

Yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu ülke İtalya’dır. Bu ülkede yaşayanların %18.1’i 65 ve üzeri yaştadır. Yaş ortalaması en büyük olan kıta Avrupa, en genç kıta ise Afrika’dır (91).

3.7. Türkiye’ de Yaşlılık

Türkiye’de yaşlı nüfus artmaktadır. Ülkemizde 1990 yılında nüfusun %4,5’u 65 yaş üzerinde iken, bu oran 1998’de %5,9, 2003 yılında TNSA’ ya göre %6.9, 2008 yılında %7, 2010 yılında %5.6 olmuştur. 2025 yılında ise, toplam nüfusun %9’unun 65 yaş üzeri olması beklenmektedir. Diğer bir deyişle her 10

kişiden 1'inin 65 yaş üstünde olacağı düşünülmektedir. 2000 yılı verilerine göre son tahminler Türkiye'de doğuştan yaşam umudu beklentisinin erkeklerde 66 yıl, kadınlarda 71 yıl olduğunu göstermektedir (92-95).

Türkiye'de yıllara göre yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Bu değişim Tablo 2'de gösterilmiştir (96).

Tablo 2. Türkiye'de Yıllara Göre 65 Yaş Ve Üzeri Yaşlı Nüfus Yüzdeleri (96)

	YIL	%
	1990	4.5
	1998	5.9
Türkiye	2003	6.9
	2010	7.1
	2025	9

Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Ülkemizde 1985 nüfus sayımlarına göre nüfusun %4.2'sini, 1990'da %4'nü 2000 yılında %5.6 ve 2003 yılında ise %7.0'ini, 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmuştur ve bu oranın 2020 yılında %7.7'ye, 2050 yılında dünya nüfusunun yaklaşık %20'lik bölümünü geriatrik popülasyonun oluşturacağı tahmin edilmektedir (96-100).

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam ümidi ya da doğumda yaşam beklentisi olarak bilinen, ortalama yaş değerleri günden güne artmaktadır. Çok sayıda gelişmiş ülkede 75-85 yaşları ortalama değer olarak kayıtlara geçmiştir. Bu değer, tüm olumsuz koşullara karşın son beş yıldır Türkiye'de de 70 yaşını yakalamıştır. Bu değer bilimsel anlamda, Takvim Yaşı olarak bilinir. UNICEF'in her yıl yayımladığı ve iki yıl öncesindeki verilerin sonuçlarını yansıtan Dünya

Çocuklarının Durumu 2005 yılı raporuna göre, beklenen yaşam ümidinin simgesi olan takvim yaşı Türkiye’de 71 yıldır. 2010 yılı için bu değer 72 olarak hesaplanmıştır. Bu değer kadınlar erkeklere göre yaklaşık 2 yaş yüksektir (101,102).

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısına doğru bir değişim olması ve yaşlılığın büyük kentlerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmesi huzurevinde yaşayan bireylerin sayısında artışa neden olmuştur (103-106).

Bu demografik değişimin etkileri her toplumda farklı sorunlarla kendini göstermektedir. Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda hızlı değişimler, tarımsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru hareket geniş haneleri çekirdek aileler olarak bölünmeye zorlamaktadır (107,108).

Türkiye’nin nüfus ve toplumsal yapısından kaynaklanan nedenlerle yaşlılık henüz ülkemizde yaygın toplumsal sorun düzeyine çıkmamıştır. Bununla birlikte, özellikle büyük kentlerimizde yaşlıya yönelik hizmetlere ihtiyaç duyulması sorun olma yolunda bir eğilimi göstermektedir (109).

3.8. Yaşlılara Yönelik Hizmetler

Yaşlılara yönelik hizmetler, barınmaya ilişkin hizmetlerdir ki bunlar; gündüz bakım ve destek hizmetleri, boş zaman değerlendirilmesine yönelik faaliyetler, çalışma yaşamı ve ekonomik sorunlara ilişkin hizmetler şeklinde sınıflandırılabilir.

Bu sınıflamanın yanı sıra yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerini, eğitim ve çalışma hizmetleri gibi iki ayrı kategoriye ayırmak da mümkündür. Şüphesiz ki yaşlılar için sağlık en önemli konudur (110).

Sağlıklı yaşlanmada en önemli hedef, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma hizmetlerinin, temel sağlık hizmetlerinin sağlanması, acil tedavi ve rehabilitasyon, kronik sağlık sorunları için toplumda bakım, ağırlı yada tedavisi olmayan hastalık ve sağlık sorunları olmayan yaşlılar için palyatif tedavi, fiziksel ve ruhsal rehabilitasyona kadar değişen hizmetler grubunun devamlılığının sağlanmasıdır (111).

Bu hedefe paralel olarak birçok yaşlı insan sağlıklı olmayı; bağımsız olarak fonksiyonlarını sürdürebilmek, iyilik durumunda olmak, sosyal desteklere sahip olmak ve stresle baş etmek olarak tanımlamaktadır (112).

Yaşlılıkta sağlık hizmetleri, toplumun tam katılımı ile birey ve aileler için ulaşılabilir, uygulanabilir, bilimsel ve toplum tarafından kabul edilebilir, toplum ve ülke tarafından karşılanabilir bir maliyeti olan hizmetler olmalıdır (113).

Dünyada yaşlılara sunulan sağlık ve evde bakım hizmetleri çok çeşitlidir. Bunlar içersinde; hospiz hizmetler (hospice care), sub-akut bakım hizmetleri, gündüz bakım merkezleri (day centers), yaşlı konuk evleri (sheltered housing/retirement housing), dinlenme evleri (rest home), gündüz sosyal bakım merkezleri (day social care), dinlendirme bakımı (respite care), evde yardım hizmeti (home help service), eve yardımcı sağlama hizmeti (home attendant service) yer almaktadır (114-116).

3.8.1. Hospiz Hizmetleri (hospice care)

Ölüme götüren her hastalığın son evresinde her yaşta bireye, rahat, huzurlu ve onurlu bir ölüm sağlamak üzere yapılandırılmış kurumdur (117).

Bu kurumlar aileye ya da bakım veren kişiye hasta bireyin mümkün olduğu kadar rahatının sağlanmasında yardımcı olur. Ağrı kontrolü, semptom yöntemi, spiritual destek sağlar. Ayrıca ailenin neler hissettikleri hakkında, ölüm ve ölüm süreci hakkında eğitimler verirler (118).

3.8.2. Sub-Akut Bakım Hizmetleri

Bu hizmetler bazı yaşlı bakım evlerinde ayrı bir birim içinde verilebilir. Genellikle kısa süreli tıbbi ve hemşirelik bakımı gerektiren bireyler bu birimlerde tutulur. Örneğin; kronik hastalıklar, postoperatif dönem gibi. Amaç hastanın en kısa sürede evine ya da yaşlı bakım evine dönmesini sağlamaktır (113).

3.8.3. Gündüz Bakım Merkezleri (Day Centers)

Bu merkezlerin; işlevselliği azalmış, engelli, kronik rahatsızlığı ve rehabilitasyona ihtiyacı olan yaşlı bireylerin işlevselliğini ve bağımsızlığına arttırıcı rolü vardır. Bu hizmetler yaşlının kendisine olan saygısını arttırarak, güçlü ve bağımsız yaşamasına yardım ederek, iyilik halini arttırmayı amaçlar. Gündüz bakım merkezlerinde boş zaman değerlendirme aktiviteleri de yapılabilir (119).

3.8.4. Yaşlı Konuk Evleri (Sheltered Housing / Retirement Housing)

Normal evlerde yaşayamayacak olan yaşlılar için yaşlıların yetersizliğine ve özel ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş kurumlardır. Batı ülkelerinde küçük daireler ve bloklar şeklinde yapılmaktadırlar. Bu yapıların içersinde yaşlıların kendilerine ait odaları, banyoları, mutfağı, çamaşırhanesi, sosyal aktivite için

mekânlar, bahçeler ve misafir odaları bulunmaktadır. Birçoğu sahip olduğu alarm sistemi 24 saat yaşlının acil ihtiyaçlarına yanıt vermektedir (120).

3.8.5. Dinlenme Evleri (Rest Home)

Yaşlıların sağlıkları bozulup, fiziksel hareketleri sınırlandıkça bağımsız yaşamaları zorlaşmakta ve yaşlı konuk evlerinden başka yerlere ihtiyaç duymaktadırlar. Bu ortam rest home olarak adlandırılan kuruluşlarda sağlanır. Dinlenme evleri yaşı ve güçsüzlüğü nedeniyle yaşlıların yalnız yaşayamaması ya da konuk evlerinde kalamaması durumunda, yaşlıların yeme içme, barınma ihtiyaçlarını karşılayan, sosyal yaşam olanakları sağlayan, yaşlılara toplu hizmet veren yatılı bir kurumdur. Yaşlıların gereksinimlerine göre sağlık hizmetleri (ilaç tedavisi, yara bakımı, rehabilitasyon) verilir (121).

3.8.6. Dinlendirme Bakımı (Respite Care)

Yaşlılara bakmakta olan kişilerin tükenmişliklerini ve stresini azaltmak için kişileri dinlendirmek ve kendilerine zaman ayırmalarını sağlamak için düzenlenmiş geçici bir bakım hizmetidir. Dinlendirme bakımında, yaşlı bakımı alanında uzmanlaşmış kişiler ve hemşireler yer almaktadır (113).

3.8.7. Evde Yardım Hizmeti (Home Help Service)

Yaşlıların ev ve sosyal yaşamlarıyla ilgili ihtiyaçlarının karşılandığı hizmetlerdir. Yaşlıların kendi evlerinde bağımsız bir biçimde yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmayı amaç edinir. Evde yardım hizmeti içinde ev temizliği, çamaşırların yıkanması, ilaçların saatinde ve aynı miktarda verilmesi, alışverişin ve ev dışı işlerin yapılması yanında psikososyal destek verilmesini içerir (122).

3.8.8. Eve Yardımcı Sağlama Hizmeti (Home Attendant Service)

Genellikle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çeken yaşlılara öz bakımlarını karşılamak amacıyla yaşlının evine her gün gelmekle görevli bir eleman sağlayan bir hizmet türüdür. Bu yardımcılar kronik hastalığı ya da sakatlığı olan yaşlılara yemek, banyo, tuvalet, alışveriş, yemek hazırlama gibi günlük aktivitelerin yerine getirilmesini sağlar.

Yaşlılara yönelik hizmetler çeşitli alanları kapsayan ve yaşlının yaşam kalitesini arttıran pek çok hizmeti içermektedir. Be nedenle ekip hizmeti önemlidir. Bu ekipte; hemşireler, hekimler, ev ekonomistleri, eczacılar, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapistler yer almaktadır (123).

Evde bakımın yaşlılıkta; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişilerarası ilişkiler süreçleri üzerine olumlu bir etkisi vardır. Ayrıca aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamına devam edebilmesine olanak sağlar (124).

3.9. Huzurevleri

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tıbbın ilerlemesi sonucu, insan ömrünün uzaması ile yaşlı nüfus popülasyonunda artış gözlenmektedir. Ayrıca sanayileşme ve kentleşme süreci içinde geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma hayatı içine girmesi sonucu yaşlının evde bakımı sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenlerden dolayı yaşlıların huzurlu bir ev ortamı içinde hayatlarını devam ettirmeleri, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunmasını, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesini ve devam ettirilmesini, huzur ve güven içinde yaşamalarını sağlamak amacı ile huzurevlerinin açılmasına ihtiyaç duyulmuştur (125-133).

İslam dünyasında hastaların tedavi edildiği sağlık kurumları olarak tanımlanan “darüşşifa”lar da, tarihsel olarak bu şekilde hizmet veren kurumlar olarak bilinmektedir (134).

Bakımevi kavramı, tarihsel köklerini 16. yüzyıl başlarında Ausburg’da kurulan düşkünlerevi ya da 18. yüzyılda Rahibe Theresia tarafından kurulan düşkünlerevinden almaktadır (135).

Ülkemizde cumhuriyet döneminden önce Kızılay (1868), Darülaceze (1895) açılmış ve günümüze dek gelmiş kurumlardır. Cumhuriyet döneminden sonra ise 5434 sayılı Emekli Sandığı Yasası, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası, 1971 yılında yürürlüğe giren Bağ-Kur Yasası, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası, 1976 yılında kabul edilen 2022 sayılı yasa ve 1985 yılında 3235 sayılı ek yasa ile Sağlık Sigortasını da kapsayacak biçimde genişletilen Bağ-Kur Yasası ile emeklilere ve yaşlılara değişik sosyal haklar sağlanmıştır (136).

Yaşlılara verilecek hizmetlerin biçimi yasa ile belirlenmiştir. Kamu desteğinde yapılacak olan sosyal hizmetlerin çerçevesi de yasalarla çizilmiştir. Bu yasanın amacı; korumaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, sakat, yaşlı ve öbür kişilere götürülen sosyal hizmet ve etkinliklerin düzenlenmesidir. Bu yasaya bağlı olarak 24.11.1984 tarihinde 18585 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren ‘Huzurevi Yönetmeliği’ ülkemizde huzurevlerinin kuruluş ve görevlerini açıklamaktadır. Bu yönetmeliğe göre huzurevleri, ‘Desteksiz yaşamı sıkıntısız olarak sürdürmeyen yaşlı, yalnız ve kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık mutluluklarını sağlamak; onların fiziksel, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak için’ kurulmuştur (137).

Günümüzde yaşlılara verilen sosyal hizmetler 1983 yılında yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) yasası kapsamında belirtilmiştir (138).

SHÇEK bünyesinde bulunan huzurevi, özel bakım ünitesi olan huzurevi, yaşlı bakım rehabilitasyon ve huzurevi rehabilitasyon merkezlerinde 6781 yaşlıya hizmet verilmektedir. Bunun dışında kamu kurumlarına, yerel yönetimlere, dernek ve vakıflara, azınlıklara ve özel kurumlara bağlı huzurevleri bulunmaktadır. Bu huzurevlerinde toplam 8186 yaşlıya hizmet verilmektedir (139,140).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise (ABD) 1.5 milyonun üzerinde yaşlıyı barındıran 2500 bakımevi bulunmaktadır. Buna göre ABD'de yaşlı nüfusun yaklaşık % 5'i bakımevlerinde yaşamaktadır. Bu oranın 2020'de ikiye, 2040'da üçe katlanacağı tahmin edilmektedir (141).

SHCEK bünyesinde yatılı bakıma gereksinim duymayan ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole edilmelerini engellemek amacı ile Yaşlı Dayanışma Merkezleri iyileştirilmiştir. Türkiye'de Ankara, İzmir ve Çanakkale'de olmak üzere 4 adet Yaşlı Dayanışma Merkezi bulunmaktadır. 1070 civarında üyesi vardır (139).

Huzurevi; yaşı ve güçsüzlüğü nedeniyle kendi başına kalamayan, birlikte kalabileceği bir yakını olmayan kişilerin yeme içme, barınma sorunlarını karşılayan, toplu olarak bakım sağlayan yatılı kurumlardır. Bireylerin bu hizmetlerden yararlanabilmeleri için; 60 yaş ve üstü olmaları, günlük yaşam aktivitelerini (yeme, içme, tuvalet gibi) yapabilecek nitelikte olmak, yatalak ya da tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyacı olmamak, beden fonksiyonlarında kendi ihtiyaçlarını karşılamaya engel teşkil edecek kusur bulunmamak, ruh sağlığı

yerinde olmak şartları aranmaktadır. Huzurevleri sayı ve nitelik açısından bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin göstergesi sayılabilir. Ancak yaşlıların huzurevlerinde kalmaları konusunda kültürel ve kişisel görüş farklılıkları vardır. Gelişmekte olan toplumlara göre gelişmiş toplumlarda daha fazla kabul görmesine karşı yaşlıların çoğu huzurevinde kalmaya pek istekli değildir. Huzurevini yaşamlarının son durağı veya geri dönüşü olmayan bir yer olarak görmekte, kendilerini soyutlanmış olarak görmekte, değersiz hissetmekte, alıştıkları yaşam tarzından uzak olan tek tip odada yaşamak istememekte ve burada kalmayı reddetmektedirler (142-146).

Huzurevi yaşlının yıllardır alışık olduğu aile ortamından sonra, günlük yaşamını sürdürdüğü bir kurumsal oluşumdur ve bu kurum yaşlının sosyal yaşamının da büyük bir kısmını oluşturur (147).

Huzurevinde, bireyler açısından fiziksel ve sosyal çevreye daha fazla uyum ve bağımlılık söz konusudur (148).

Ülkemizde sürekli bakım gereği olan yaşlılarımız için rehabilitasyon merkezleri ve geriatri hastaneleri mevcut değildir. Öte yandan sağlıklı yaşlanma açısından yaşlıların yaşamlarını olabildiğince kendi alışık oldukları aile çevresinde geçirmeleri önemlidir. Bu risk grubunun sosyal açıdan verimli ve güvenli biçimde gününü değerlendirebileceği “günlük bakım merkezleri” ülkemizde henüz yaygınlaşmamıştır. Yaşlıları mental, fizik ve sosyal açıdan tanıyıp, sorunları çözebilecek ve bakım verebilecek geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık personeli de ülkemizde bulunmamaktadır (149).

3.10. Yaşlılarda İlaç Kullanımı

Tıbbın gelişimi tedavi edici ajanların sayısını arttırmış ve insan ömrünü uzatmıştır. Toplumun giderek yaşlanması ile akut ve kronik hastalıkların oranı ve dolayısı ile kronik ve multipl ilaç kullanımını arttırmıştır (150).

İlaçların yaşa özgü oluşturduğu farmokodinamik ve farmokokinetik etkiler hakkında yeterli bilginin olmaması, birden fazla ilaç kullanımı, ilaçların yan etkileri, yüksek ilaç maliyetleri ve sağlık çalışanlarının yaşlılığa özgü tedavi ve bakım konusundaki eğitim yetersizlikleri yaşlılarda ilaç kullanımını daha da önemli hale getirmektedir (151,152).

Yaşlanmayla ortaya çıkan tıbbi sorunların artışı ve bunun neticesinde ilaç kullanımındaki artış evrensel boyutta benzerlik göstermekle birlikte, ilaç kullanımı bakımından ülkeler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar görülmektedir. Bunun nedenleri arasında hekime başvuru alışkanlığı gibi sosyokültürel faktörlerden, eğitim düzeyine, ekonomik koşullardan o toplumdaki beklenen ortalama yaşam süresine ve sık karşılaşılan hastalıklara kadar çok çeşitli faktörler sayılabilir (153).

İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle yaşlı nüfusa ilişkin sorunlar günümüzde daha fazla önem kazanmıştır. Yaşlılarda en önemli sağlık sorunlarından bir tanesi birden fazla hastalığın bir arada bulunması olduğu bilinmektedir (154,155).

Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki kişilerin % 90'ında genellikle bir kronik hastalık, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört veya daha fazla kronik hastalığın bulunduğu bildirilmiştir. Yaşlılarda sık rastlanan birden fazla kronik hastalık ve sorun ise çok sayıda ilaç kullanımına yol açmaktadır (156).

Yaşlılardaki kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında farmakolojik yaklaşımların önemli bir rolü vardır. Ancak bu yaklaşımlar kadar yaşlıların ilaçlarını tanımaları, bunları temin edebilmeleri, hasta-doktor iletişimi, doktora gitme sıklıkları, ilaç bilgi düzeyleri, önerilen dozlara sadık kalmaları ile yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum gibi faktörlerde oldukça önemlidir (157).

Kronik hastalıkların prevalansının artması sonucunda yaşlı birey giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır (158).

Kronik hastalığı olan yaşlı bireyler ilaç tedavilerini genellikle evde sürdürmektedir. Yaşlılarda ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiğindeki değişiklikler, birden fazla ilaç kullanımı, rastgele ilaç kullanmanın yaygınlığı, ileri yaşta duyuşsal fonksiyonlarda azalma nedeniyle ilaçların hatırda tutulamaması, ilaç tedavisinin önemini anlamama, önemsememe, bulantı, kusma gibi yan etkiler nedeniyle yaşlılar yanlış dozlarda veya yanlış zamanlarda ilaç kullanabilmektedir (159-161).

Yaşlıların ilaç kullanımına uyum sağlamaları; ilaçların yanlış kullanılması nedeniyle gelişebilecek yan etki, toksik etki gibi zararlı etkilerin veya ilaçların kullanılmaması, yanlış doz ve aralıklarla kullanılmasından dolayı tedavinin uzaması ya da hastalığın tedavi edilememesi gibi sorunları önlemek açısından önemlidir (162).

3.10.1. Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili sık karşılaşılan sorunlar;

- 1- Polifarmasi,
- 2- Yaşa bağılı ilaç metabolizmasındaki değişiklikler,
- 3- Tedavi edilmesi gereken tıbbi problemlerin tedavi edilememesi,
- 4- Yanlış ilaç verilmesi,

- 5- Düşük dozda ilaç kullanımı,
- 6- Yüksek dozda ilaç kullanımı,
- 7- Yetersiz ilaç kullanımı,
- 8- İlaç yan etkisidir (163).

Yaşlılarda ilaç yan etkileri yaygındır (164).

Literatüre göre yaşlılarda ilaç yan etkisi erişkin gruba göre 3-7 kat daha fazla görülmektedir (165).

Yaşlılardaki ilaç kullanımına yönelik çalışmalarda reçetesiz olarak kullanılan ilaçların %40-60'nın analjezikler, laksatifler ve vitaminler olduğu belirlenmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde nüfusun %13'nü yaşlılar oluşturmaktadır. Ancak tüm reçetelerin %34'nü almakta ve reçetesiz ilaçların %40'nı tüketmektedirler. 65 yaş ve üzerindekiilerin %95'nin haftada en az bir ilaç kullandığı saptanmıştır. %40'dan fazlası haftada beş veya daha fazla, %12'si on veya daha fazla ilaç kullanmaktadır (166).

Yaşlının kognitif ve fonksiyonel kapasitesinin azalması, ilaç hakkındaki bilgisi, doktor ile arasındaki iletişim, görme keskinliğindeki ve el becerilerindeki azalma ilaca uyum sorunları doğurabilir. Bu gibi durumlar tedaviye uyum sürecini bozabilir. Yaşlıların ilaçları hakkında bilgilerinin ve uyumlarının az olması yan etki riskini arttırmaktadır (162). Yaşlılarda ilaç kullanımı poliklinik hastalarında günde 3 ile 6 iken, bu sayı yatan hastalarda ortalama olarak 10 ile 15 olabilmektedir. Birçok hastalığın birlikte bulunmasının oluşturduğu klinik tabloya ek olarak; çoğul ilaç kullanımının ve bu ilaçların yan etki ve etkileşimlerinin de

var olan patolojilere olan katkılarının ayırt edilebilmesi için ilaç farmakolojisinin yaşlılardaki özelliklerinin iyi bilinmesi gereklidir (156,167).

Türkiye’ de 1998-2005 yılları arasında yapılmış çalışmalarda, yaşlılarda ilaç kullanım oranının ortalama 3.25 olduğu, en sık kullanılan ilaçların kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezik/antiinflamatuvar ilaçlar olduğu, hastaların, ilaçları konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri, reçetelerin doğru formatta yazılmadığı gibi konular dikkati çekmektedir (153).

Türkiye’ de huzurevinde yapılan bir çalışmada kadınların %94’ ünün, erkeklerin ise %80.4’ünün en az 1 ilaç kullandığını, kadınlarda ortalama reçeteli ilaç tüketiminin 3.59, erkeklerde 2.39 olduğunu göstermiştir. Reçetesiz ilaç tüketimi de oldukça yüksek olup %14.4 bulunmuştur. Herbal (bitkisel) ilaçlar yaşlılar tarafından sık kullanılır ve genellikle doktorlar da bunların kullanımını sorgulamaz. Yapılan bir çalışmada bitkisel ilaç kullananların %75’inin bunu doktoruna bildirmediği veya gerek görmediği ortaya çıkmıştır. Bitkisel ilaçlar reçeteli ilaçlarla etkileşerek yan etkilere neden olabilir. Amerikan toplumunun %14.0’ı ginseng, ginkgo biloba ve glucosamin gibi bitkisel ilaçlar kullanmaktadır (168-170).

3.10.2. Yaşlılıkta Akılcı İlaç Kullanımı ve Çoklu İlaç Kullanımını Azaltma İle İlgili Temel Kurallar

- 1- Yaşlı hastaya ilaç önerirken tedavi mutlaka bireyselleştirilmeli ve o hastaya en uygun ilaç seçilmelidir.
- 2- Tedaviye başlamadan önce bir tanı konmuş olmalıdır; sadece hastalık belirtileri için ilaç önerilmemektedir.

- 3- Tıbbi sorunlar olanaklar el verdiğince ilaçsız olarak tedavi edilmeye çalışılmalıdır.
- 4- Başka doktorlar tarafından ilaç yazılıp yazılmadığı sorulup araştırılmalıdır.
- 5- İlaça mümkün olan en düşük dozda başlanmalıdır.
- 6- Eğer gerekiyorsa ilacın dozu kontrollü olarak arttırılmalıdır.
- 7- Sedasyon yapan, sakinleştirici özelliği olan ilaçlar kişinin günlük yaşamındaki faaliyetlerini etkileyebileceği için dikkatle önerilmeli ve kullanılmalıdır.
- 8- Doz ayarlaması dikkatle yapılmalıdır.
- 9- Yan etkisi olabilecek ilaçlar mümkün olduğunca kısa sürede kullanılıp, kesilmelidir.
- 10- İlaçlar gerekli kan-idrar incelemeleri gibi laboratuvar testleri yapıldıktan sonra reçete edilmelidir.
- 11- İlaç tedavisi basitleştirilmelidir.
- 12- Hastanın tedaviye uyumunu arttırmak için kullanım takvimi hazırlamalı, ilaç kutuları belirgin olarak etiketlenmelidir.
- 13- Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılmalı, tekrar tekrar reçeteye yazılmamalıdır.
- 14- Tedavi planı mümkün olduğunca basitleştirilmelidir.

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı pek çok araştırmada pratisyen hekimlerin yaşlılara yönelik reçete yazma konusunda eğitim almaları, ilaç endikasyonlarının tekrar gözden geçirilmesi ve potansiyel uygun olmayan ilaçların azaltılması konusunda önemli klinik yararlar sağlayacaktır (166).

3.10.3. Yaşlılarda Uygunsuz Reçete Etmeyi ve Çoklu İlaç Kullanımını

Azaltmaya Yönelik Bazı Öneriler

- 1- Uygunsuz reçeteleme ve ilaç yan etkilerinin azaltılması için eczacıların önerilerinin alınması ve yaşlı hasta bakımından sorumlu ekipte bir klinik eczacının yer alması.
- 2- Bilgisayarlı tedavi giriş sistemlerinin kullanılarak doktorların uyarılması, ilaç döküm formlarının hazırlanması.
- 3- Hastanın ilaçlarının düzenli olarak gözden geçirilmesi(hastadan halen kullanmakta olduğu reçeteli ve reçetesiz ilaçları getirmesi istenmelidir, reçetesiz olarak tüketilen vitaminler, laksatifler, analjezikler ve bitkisel doğal ilaçlar da çoklu ilaç kullanımı açısından önem teşkil eder).
- 4- Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimin artırılması, hastaların ilaçlarının olası yan etkiler konusunda eğitilmesi ve gerekirse hastalara ilaçların azaltılmasını hatırlatan uyarı telefonları edilmesi.

Yaşlılar açısından uygunsuz olan ilaçlardan kaçınılması (diazepam, simetidin gibi) (166).

3.10.4. Yaşlılar İçin Genel İlaç Kullanım İlkeleri

- 1- İlaç tedavisinin gerekli olup olmadığı irdelenmelidir.
- 2- Halen kullanılan ilaç ve sigara, alkol gibi maddeler bilinmelidir.
- 3- Reçeteye yazılan ilaçların farmakolojik özelliklerinin bilinmesi gerekir.
- 4- Yaşlılarda tedaviye düşük doz ile başlanmalıdır.
- 5- Doz veya ilaç kombinasyonları, ya da ilacı kesme kriterleri dikkatle belirlenmelidir.

- 6- Tedavi olduğunca basitleştirilmelidir, böylece yaşlı hastanın uyumu arttırılmalıdır.
- 7- Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
- 8- Hastanın gereksinimi olan ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır.
- 9- Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği unutulmamalıdır (166).

3.11. Polifarmasi

İlerleyen yaşla birlikte artan akut ve kronik hastalıklar uzun süreli ve çoklu ilaç kullanımı, oluşan farmakokinetik, farmakodinamik değişiklikler ve tıbbi problemler nedeniyle ilaç yan etkileri açısından büyük risk taşır. Çok sayıda ilaç kullanımı da ilaç yan etkilerinin artmasına, istenmeyen ilaç etkileşimlerine ve uyumun azalmasına neden olur (171).

Günümüzde, yaşlı bireylerin sayısının toplum içinde giderek artmasına paralel olarak yaşadıkları sorunlarda farklı boyutlarda kendini göstermektedir. Yaşla birlikte mevcut kronik hastalık sayısının artması, reçete edilen ilaçların yanı sıra reçetesiz ilaç kullanımının ve alternatif tedavilerin yaygınlığının artması, polifarmasinin yaşlılarda sık görülmesinin nedenleri arasındadır (172,173).

Polifarmasi; tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması veya klinik olarak gerekli olandan daha fazla ilacın kullanılması veya kısaca aynı anda beş veya daha fazla ilacın kullanılması olarak tarif edilebilir. Yaşlılık döneminde sık görülen ve önemli bir sağlık sorunudur. Ve hasta uzun zamandan beri yüksek dozlarda ve çok sayıda ilaç kullandığında özellikle zararlıdır. Yaşlılarda daha uzun süreli ve daha fazla ilaç kullanımı gerektiren hastalıklardan dolayı, polifarmasi yaşla beraber artış göstermektedir (174-177).

Epidemiyolojik alışmalar yaşlı nüfusta çoklu ilaç kullanımının genç nüfusa göre 3-4 kat fazla olduğunu ortaya koymakta ve bu durum istenmeyen ilaç etkileri kadar ilaç etkileşim riskini de arttırmaktadır. Çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak yaşlılarda hastalık ve ölümler gibi önemli sonuçlar görülmektedir. Bu durum sağlık kurumlarının gereksiz yere kullanılmasında, sağlık kurumlarına yk getirmekte ve yüksek maliyetlere yol açmaktadır. Yaşlılarda birden fazla hastalık olması ve farklı tedavi yöntemlerinin birlikte kullanılmasının bir diğer sonucu; bilişsel ve fonksiyonel kapasitenin azalması ve buna bağlı olarak ilaç kullanımında uyum sorunları yaşanmasıdır (156).

Polifarmasi nedeniyle görülen zararlı etkiler sonucu yaşlılarda hastaneye yatma oranı yükselmektedir. Kadınlar erkeklerden daha fazla ilaç kullanır fakat polifarmasi her iki cinste aynı orandadır. Yaşlı popülasyonda polifarmasi oranı %23 ile %39 arasındadır. Polifarmasi ile ilgili asıl problem ilaca bağlı yan etkiler ve ilaç etkileşimleridir (170,177).

3.11.1. Polifarmasiyi Azaltmak İçin neriler

- 1- Her muayeneye kullanmakta olduğu bütün ilaçlarını (reçetesiz ilaçlar da dahil) getirmesi söylenmeli,
- 2- Bütün ilaçların jenerik isimlerini ve hangi sınıftan olduğunu belirlemeyi alışkanlık edinmeli,
- 3- Yazılacak ilacın klinik endikasyonu kesin olmalı,
- 4- Yazılacak ilacın yan etki profili belirlenmeli,
- 5- İlaç farmakolojisinde ve farmakokinetiğinde meydana gelen değişikliklerin yaşlıda ilaç yan etkisini nasıl arttırdığı bilinmeli,
- 6- Klinik olarak faydası olmayan herhangi bir ilaç kesilmeli,

- 7- Klinik endikasyonu olmayan ilaçlar kesilmeli,
- 8- Daha az toksik olanlarla tedavi etmeye gayret edilmeli,
- 9- Mümkmn olduğu kadar ‘tek hastalık, tek ilaç, günde bir kez’ prensibi uygulanmalıdır (166,168).

Toplumun giderek yaşlanması ile akut ve kronik hastalıkların oranı dolayısıyla kronik ve çoklu ilaç kullanımını artmıştır. Çoklu ilaç kullanımına bağı olarak yaşlılarda hastalık ve ölümler gibi önemli sonuçlar görülmektedir.

Ülkemizde yaşlı risk grubuna yönelik hizmetlerin ve bakım olanaklarının sistemli ve örgütlü bir şekilde ele alınması gerekir. Mevcut huzurevlerinde yaşayan yaşlıların durumlarının analiz edilmesi ve sağlıklı yaşlanma ve bakım açısından bireysel ve kolektif çabaların artırılması gereklidir. Bu çalışma Elazığ, Malatya ve Kayseri illerinde bulunan huzurevlerinde yaşayan yaşlıların ilaç kullanma davranışları ve bunlara etkili olabileceği düşünülen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini Elazığ, Malatya ve Kayseri huzurevlerinde kalan 60 yaş üstü (n=310) kişiler oluşturmuştur. Herhangi bir örneklem seçilmeden ulaşılabilen 255 kişi (cevaplılık oranı %82.2) çalışmaya dahil edilmiştir. 55 kişi görüşmeyi kabul etmeme, koopereasyon sağlanamama ve iletişime engel olacak işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyonlarda bozukluk sebebiyle araştırma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmaya katılan 60 yaş üstü kişilerin %60.8'i (n=155) Kayseri huzurevinde, %19.6'sı (n=50) Elazığ huzurevinde ve %19.6'sı (n=50) Malatya huzurevinde bulunmaktadır.

Çalışma grubuna dahil edilme kriteri 60 yaş ve üstü olmaktır. Çalışmada hariç tutulma kriterleri ise;

- Kooperasyon sağlanamayacak derecede bedensel rahatsızlığı olmak
- İletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyonlarında bozukluk olmak
- Görüşmeyi kabul etmemektir.

Çalışmaya alınan yaşlı gruba araştırmacı tarafından, literatür taranarak hazırlanan anket formu uygulanmıştır (Ek1). Ankete başlamadan önce katılımcılar, anket hakkında ve alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiştir. Katılımcıların ad ve soyadları ankete net ve doğru bilgilerin verilebilmesi açısından kayıt edilmemiştir.

Anketler araştırma kapsamına alınan kişilerle yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Sorular her bir kişiye tek tek, anlaşılır bir ses tonu ile okunmuş ve cevaplar kaydedilmiştir.

Kullanılan ilaçlar kardiyovasküler sistem, sinir sistemi, sindirim sistemi-metabolizma, kas iskelet sistemi, duyu organları, hematolojik sistem, solunum sistemi, endokrin sistem, genitoüriner sistem, genel antienfektifler, dermatolojik, antineoplastik ilaçlar olarak gruplandırılmış ve bu sınıflama Nobili'nin "Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflaması" esas alınarak yapılmıştır (178).

Gastrointestinal, renal, hepatik, hematolojik, aşırı duyarlılık ve deri reaksiyonları, santral sinir sistemi üzerine etkiler ve diğer yan etkilere ait belirtiler hastaların ifadelerine dayanarak sorgulanmıştır.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Değerlendirme Komisyonu ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan (SHÇEK) gerekli izinler alındıktan sonra araştırmanın saha çalışması Nisan-Haziran 2010 tarihlerinde üç ayda tamamlanmıştır.

Elde edilen veriler istatistiksel paket programında yüzdeler, ortalama ve X^2 (ki-kare) analizleri ile değerlendirilmiştir. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların (n=255) yaş ortalaması 72.7±8.2 (min:60, max:100) olup, yaşlılara ait bazı demografik özellikler Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler (n=255)	Sayı	%
Yaş grubu		
60-69 yaş	101	39.6
70-79 yaş	98	38.4
80 yaş ve üzeri	56	22.0
Cinsiyet		
Kadın	90	35.3
Erkek	165	64.7
Yerleşim yerleri		
İl	117	45.9
İlçe	56	22.0
Köy	82	32.1
Medeni durum		
Evli	26	10.2
Bekâr	51	20.0
Dul/boşanmış	178	69.8
Öğrenim durumu		
Okur- yazar değil	85	33.3
Okur-yazar	72	28.2
İlkokul	72	28.2
Orta/lise	19	7.5
Üniversite	7	2.7
Sosyal güvence		
Yeşil Kart	59	23.2
SSK	58	22.7
Bağ-kur	23	9.0
Emekli sandığı	22	8.6
Sosyal güvencesi olmayan	93	36.5

Araştırma kapsamındaki yaşlıların buldukları illerin dağılımı Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Buldukları İllere Göre Dağılımı

Buldukları İl	Sayı	%
Kayseri	155	60.8
Elazığ	50	19.6
Malatya	50	19.6
Toplam	255	100.0

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların huzurevine yerleşmeden önceki mesleklerinin dağılımı Tablo 5’te verilmiştir. Erkeklerin %44.8’i (n=74) çiftçi, kadınların %96.7’si (n=87) ev hanımıydı.

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Yerleşmeden Önceki Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
İşçi	1	1.1	56	33.9
Çiftçi	-	-	74	44.8
Memur	2	2.2	15	9.1
Serbest	-	-	20	12.2
Ev hanımı	87	96.7	-	-
Toplam	90	100.0	165	100.0

Huzurevine yerleşmeden önce erkek yaşlıların %40.0’ı (n=66) 11-20 yıl arasında çalışmıştı (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Yerleşmeden Önce Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

Çalışma yılı	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
1-10 yıl	-	-	6	3.6
11-20 yıl	1	33.3	66	40.0
21-30 yıl	1	33.3	65	39.4
31 yıl ve üstü	1	33.4	28	17.0
Toplam	3	100.0	255	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların maaş alma durumlarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Maaş Alma Durumlarının Dağılımı

Maaş Durumu	Sayı	%
Doğrudan maaş	79	31.0
Başkasından kalan maaş	22	8.6
Yaşlılık maaşı	46	18.0
Almayan	108	42.4
Toplam	255	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların aylık geliri ortalama 452.7±275.4 TL idi. (min:90 TL, max:1400 TL). Yaşlıların aylık gelir durumlarının dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Aylık Gelir Durumlarının Dağılımı

Aylık gelir*	Sayı	%
379 TL ve altı	47	32.0
380 TL ve üstü	100	68.0
Toplam	147	100.0

*Gelir durumu 2009 bağ-kur tarım emeklisi (çiftçi) aylığına göre sınıflandırılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların %61.2’si (n=156) huzurevine herhangi bir ücret ödememekteydi (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Ücret Ödeme Durumlarına Göre Dağılımı

Ücret ödeme	Sayı	%
Evet	99	38.8
Hayır	156	61.2
Toplam	255	100.0

Ücret ödeyenlerin %80.8'si (n=80 kişi) 200-399 TL arasında ödeme yapmaktaydı.

Araştırmaya katılan yaşlıların %55.7'si (n=142) çocuk sahibiydi (Tablo 10). Çocuk sahibi olanların %69.9'u 2-4 arası, %30.1'i 5 ve üstü çocuğa sahipti.

Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuk sahibi olma durumu	Sayı	%
Evet	142	55.7
Hayır	113	44.3
Toplam	255	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların %70.2'si (n=179) huzurevine yerleşmeye kendileri karar vermişti (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Yerleşmeye Karar Verme Durumlarına Göre Dağılımı

Huzurevine yerleşme kararı	Sayı	%
Kendi	179	70.2
Kendi ve 1. derece yakını	57	22.4
Kendi ve 2. 3. derece yakını	10	3.9
Köylüsü, arkadaşı, vs.	9	3.5
Toplam	255	100.0

Araştırmaya katılan kadın yaşlıların %37.8'i (n=34) huzurevinde 1-12 aydan beri kalmakta idi (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Kalma Sürelerinin Dağılımı

Huzurevinde kalma süresi (ay)	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
1-12	34	37.8	66	40.0
13-24	21	23.3	35	21.2
25-36	9	10.0	18	10.9
37-48	7	7.8	19	11.5
49 ve üzeri	19	21.1	27	16.4
Toplam	90	100.0	165	100.0

Yaşlıların huzurevinde kalmaktan memnun olma durumlarının dağılımı

Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Memnuniyet durumu*	Sayı	%
Çok memnun	71	27.8
Memnun	137	53.8
Orta memnun	47	18.4
Toplam	255	100.0

* Memnuniyet durumunu az olarak belirten yaşlı olmamıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların %2’sinin (n=5) kurumda kendileri ile beraber kalan bakıcıları vardı. Yaşlıların özel bakıcıya gereksinim duyma durumlarının dağılımı Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Özel Bakıcıya Gereksinim Duyma Durumlarına Göre Dağılımı

Özel bakıcı gereksinimi	Sayı	%
Çok	6	2.4
Orta	17	6.7
Az	98	38.4
Hiç	134	52.5
Toplam	255	100.0

Çalışmamızda yaşlıların %91.0'i (n=232) herhangi bir kronik hastalığa sahipti. Kronik hastalıkların dağılımı Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı

Kronik hastalıklar *	Sayı	%
Hipertansiyon	142	55.2
Romatizma	74	29.0
Diabet	80	31.4
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)	56	22.0
Aterosklerotik kalp hastalığı (ASKH)	56	22.0
Üriner sistem		
GİS	12	4.7
Osteoporoz	8	3.1
Serebrovasküler hastalık (CVH)	3	1.2
Diğer	11	4.3

*Diğer (Göz, Kulak, Kanser, Guatr hastalıklarından oluşmuştur).

* Sorulara birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler "n=255" üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların kullandıkları ilaç gruplarının dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandıkları İlaçların Dağılımı

İlaç grupları	Sayı	%
Analjezik ve antiinflamatuvar (kas-iskelet)	110	43.1
Antibiyotikler	9	3.5
Antihipertansifler		
Vitaminler ve nutrisyonel preparatlar	5	2.0
Gastrointestinal sistem	53	20.8
Kardiyovasküler sistem	38	14.9
Solunum sistemi	36	14.1
Oftalmik preparatlar	10	3.9
Otik preparatlar	1	0.4
Psikiyatrik	23	9.0
Santral sinir sistemi	5	2.0

* Sorulara birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler "n=255" üzerinden alınmıştır.

Araştırmamıza katılan yaşlıların %87.8'i (n=224) birden fazla ilaç kullanmakta idi. (Tablo17).

Tablo 17. Araştırmaya Kapsamına Alınan Yaşlıların Birden Fazla İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Birden fazla ilaç kullanım durumu	Sayı	%
Evet	224	87.8
Hayır	31	12.2
Toplam	255	100.0

Çalışmamızdaki yaşlıların %98.4'ü (n=251) kullandıkları ilaçların hekim tarafından önerildiğini ifade etmişlerdir (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların İlaçlarını Öneren Kişilere Göre Dağılımı

Kimin önerdiği	Sayı	%
Hekim	251	98.4
Hemşire	1	0.4
Arkadaş veya akraba	3	1.2
Toplam	255	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların ilaçlarını önerilen şekilde kullanma durumları Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların İlaçlarını Önerilen Şekilde Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Kullanma durumu	Sayı	%
Önerilen şekilde kullanıyor	248	97.3
Önerilen şekilde kullanmıyor	7	2.7
Toplam	255	100.0

Tablo 20'de ilaçlarını önerilen şekilde kullanmayan yaşlıların, kullanmama nedenlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 20. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandıkları İlaçlarını Önerilen Şekilde Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı

Kullanmama nedeni	Sayı	%
Birden fazla ilaç alıyor ve karıştırıyor	1	14.2
İlaç almayı unutma	3	42.9
İlaç almayı önemsememe	3	42.9
Toplam	7	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların %95.3'ünün (n=243) kullandığı ilaçların yan etkisini bilmediği bulunmuştur (Tablo21).

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandığı İlaçların Yan Etkisini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Yan etki bilme durumu	Sayı	%
Evet	12	4.7
Hayır	243	95.3
Toplam	255	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların %93.7'si (n=239) ilaçların prospektüsünü okumuyordu. % 41.2'si (n=105) prospektüs okumaya gerek olmadığını belirtti. Bu dağılım Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Prospektüs Okumama Nedenlerine Göre Dağılımı

Prospektüs okumama nedenleri	Sayı	%
Yazılan ifadeleri anlamama	76	29.8
Görme problemi	16	6.3
Okuma bilmeme	43	16.5
Gerek yok	104	41.2
Toplam	255	100.0

Tablo 23'de yaşlıların kullandığı ilaçların kendilerine yan etki yapma durumları verilmiştir.

Tablo 23. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandığı İlaçların Kendilerine Yan Etki Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

Yan etki yapma durumu	Sayı	%
Evet	44	17.3
Hayır	211	82.7
Toplam	255	100.0

Sağlık personelinin kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi vermediğini ifade eden yaşlıların oranı %70.2 (n=179) idi. Bu değerler Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandığı İlaçlar Hakkında Sağlık Personelinin Bilgi Verme Durumlarına Göre Dağılımı

Sağlık personelinin bilgi verme durumu	Sayı	%
Veriyor	76	29.8
Vermiyor	179	70.2
Toplam	255	100.0

Tablo 25’de araştırma kapsamına alınan yaşlıların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgileri kimlerden aldıklarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 25. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kullandıkları İlaçlar Hakkında Bilgiyi Sağlık Personelinden Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Bilgi veren kişi	Sayı	%
Hekim	34	44.7
Hemşire	42	55.3
Toplam	255	100.0

Kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi alan yaşlıların %51.3’ü (n=39) ilaçların kullanma zamanı, %30.3’ü (n=23) kullanma amacı, %7.9’u (n=6) ilaç dozu ve %6.6’sı (n=5) ilaç yan etkisi hakkında eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %58.4’ü (n=149) sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir (Tablo26).

Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımları

Sağlık durumu	Sayı	%
Çok iyi/ iyi	149	58.4
Orta	92	36.1
Kötü / çok kötü	14	5.5
Toplam	255	100.0

Yaşlıların %97.6'sı (n=249) sağlık hizmetini hekimden almak istediğini belirtmiştir. Bu değerler Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Sağlık Hizmetini Almak İstedikleri Personelin Durumuna Göre Dağılımı

Sağlık personeli	Sayı	%
Hekim	249	97.6
Hemşire	6	2.4
Toplam	255	100.0

Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyetlerine göre eğitim durumlarının dağılımı Tablo 28'da verilmiştir.

Tablo 28. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

Öğrenim durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Okur-yazar değil	54	63.5	31	36.5	85	33.3
Sadece okur-yazar	27	37.5	45	62.5	72	28.2
İlkokul mezunu	7	9.7	65	90.3	72	28.2
Ortaokul/lise/üniversite mezunu	2	7.7	24	92.3	26	10.3
Toplam	90	35.3	165	64.7	255	100.0

* Ortaokul/lise ve üniversite mezunları birleştirilmiştir.

$$X^2=59.116$$

$$SD=3$$

$$p<0.05$$

Tablo 29’da yaşlıların herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre ilaç kullanma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 29. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Herhangi Bir Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

Herhangi bir kronik hastalık	İlaç kullanma durumu					
	Bir ilaç kullanan		Birden fazla ilaç kullanan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	216	93.1	16	6.9	232	91.0
Yok	8	34.8	15	65.2	23	9.0
Toplam	224	87.8	31	12.2	255	100.0

$X^2=66.64$ $SD=1$ $p<0.05$

Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyetlerine göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 30. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

İlaç sayısı	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	3	3.4	28	17.0	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	48	53.3	109	66.0	157	61.6
5 ilaç ve üstü kullanan	39	43.3	28	17.0	67	2.62
Toplam	90	35.3	165	64.7	255	100.0

$X^2=25.84$ $SD=2$ $p<0.05$

Araştırmaya katılan yaşlıların medeni durumlarına göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı Tablo 31’de görülmektedir.

Tablo 31. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Medeni Durumlarına Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

İlaç sayısı	Medeni durum							
	Evli		Bekâr		Dul/boşanmış		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	3	11.5	13	25.5	15	8.5	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	18	69.2	30	58.8	109	61.2	157	61.6
5 ve üstü ilaç kullanan	5	19.3	8	15.7	54	30.3	67	26.2
Toplam	26	10.2	51	20.0	178	100.0	255	100.0

$$X^2=13.60 \quad SD=4 \quad p<0.05$$

Tablo 32’de yaşlıların öğrenim durumlarına göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 32. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Öğrenim Durumlarına Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

İlaç sayısı	Öğrenim durumu							
	Okur- yazar değil		Sadece Okur- yazar		Herhangi bir eğitim almış		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	6	7.1	6	8.3	19	19.4	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	49	57.6	45	62.5	63	64.3	157	61.6
5 ilaç ve üstü kullanan	30	35.3	21	29.2	16	16.3	67	26.2
Toplam	85	33.3	72	28.2	98	38.5	255	100.0

$$X^2=13.79 \quad SD=4 \quad p<0.05$$

Araştırmaya katılan yaşlıların huzurevine yerleşmeden önce yaşadıkları yerleşim yerlerine göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı Tablo 31’de görülmektedir.

Tablo 33. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevine Yerleşmeden Önce Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

İlaç sayısı	Yerleşim yeri							
	İl		İlçe		Köy		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	15	12.8	6	10.7	10	12.2	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	76	65.0	34	60.7	47	57.3	157	61.6
5 ilaç ve üstü kullanan	26	22.0	16	28.6	25	30.5	67	26.2
Toplam	117	45.9	56	22.0	82	32.1	255	100.0

$$X^2=2.00 \quad SD=4 \quad p>0.05$$

Araştırmaya katılan yaşlıların sosyal güvencelerine göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı Tablo 34’de görülmektedir.

Tablo 34. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Sosyal Güvencelerine Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

İlaç sayısı	Sosyal güvence									
	SSK		Bağ-kur		Emekli sandığı		Sosyal güvencesi olmayan*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	6	10.3	3	13.0	5	22.7	17	11.2	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	37	63.8	15	65.2	10	45.5	95	37.3	157	61.6
5 ilaç ve üstü kullanan	15	25.9	5	21.7	7	31.8	40	15.7	67	26.2
Toplam	58	22.8	23	9.0	22	8.6	152	59.6	255	100.0

*Sosyal güvencesi olmayan ile yeşil kart bir arada değerlendirildi.

$$X^2=8.65 \quad SD=8 \quad p>0.05$$

Tablo 35’de yaşlıların yaş gruplarına göre durumlarına göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 35. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

İlaç sayısı	Yaş grupları							
	60-69 yaş		70-79 yaş		80 yaş ve üstü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	11	10.9	16	16.3	4	7.1	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	69	68.3	53	54.1	35	62.5	157	61.6
5 ilaç ve üstü kullanan	21	20.8	29	29.6	17	30.4	67	26.2
Toplam	101	39.6	98	38.4	56	22.0	255	100.0

$$X^2=6.26$$

$$SD=4$$

$$p>0.05$$

Tablo 36’da yaşlıların en son yapmış oldukları işe göre ilaç kullanma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 36. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların En Son Yapmış Oldukları İşe Göre İlaç Kullanma Davranışlarının Dağılımı

İlaç sayısı	Meslek											
	İşçi		Çiftçi		Memur		Serbest		Ev hanımı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	11	19.3	11	14.9	4	23.6	3	15.0	2	2.3	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	34	59.6	53	71.6	9	52.9	13	65.0	48	55.2	157	61.6
5 ilaç ve üstü kullanan	12	21.1	10	13.5	4	23.5	4	20.0	37	42.5	67	26.2
Toplam	57	22.4	74	29.0	17	6.7	7.8		87	34.1	255	100.0

$$X^2=28.07$$

$$SD=8$$

$$p<0.05$$

Araştırmaya katılan yaşlıların aldıkları ilaç sayısına göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı Tablo 37’de görülmektedir.

Tablo 37. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Aldıkları İlaç Sayısına Göre Kullandıkları İlaçların Yan Etki Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

İlaç sayısı	Yan etki yapma durumu					
	Yapıyor		Yapmıyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 ilaç kullanan	2	4.8	29	13.6	31	12.2
2-4 ilaç kullanan	18	42.9	139	65.3	157	61.6
5 ilaç ve üstü kullanan	22	52.3	45	21.1	67	26.2
Toplam	42	16.5	213	83.5	255	100.0

$$X^2=18.16 \quad SD=2 \quad p<0.05$$

Tablo 38’de yaşlıların cinsiyetlerine göre kullandıkları ilaçların yan etki yapma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 38. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Kullandıkları İlaçların Yan Etki Yapma Durumlarının Dağılımı

Yan etki yapma durumu	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	20	22.2	22	13.3	42	16.5
Hayır	70	77.8	143	86.7	213	83.5
Toplam	90	35.3	165	64.7	255	100.0

$$X^2=3.34 \quad SD=1 \quad p>0.05$$

Araştırmaya alınan yaşlıların cinsiyet dağılımına göre kullandıkları ilaçların adlarını bilme durumları Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Kullandıkları İlaçların Adlarını Bilme Durumlarının Dağılımı

İlaç adı bilme durumları	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	1	1.1	15	9.1	16	6.3
Hayır	89	98.9	150	90.9	239	93.7
Toplam	90	100.0	165	100.0	255	100.0

$$X^2= 6.30 \quad SD= 1 \quad p<0.05$$

Araştırma kapsamına alınan yaşlı erkekler, kadınlara oranla sağlıklarını daha iyi hissettiklerini ifade ettiler (Tablo 40).

Tablo 40. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarının Dağılımı

Sağlıklarını hissetme durumları	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi/ çok iyi	37	24.8	112	75.2	149	58.4
Orta	46	50.0	46	50.0	92	36.0
Kötü/ çok kötü	7	50.0	7	50.0	14	5.6
Toplam	90	35.3	165	64.7	255	100.0

$$X^2= 17.18 \quad SD= 2 \quad p<0.05$$

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim düzeylerine göre sağlıklarını algılama durumlarının dağılımı Tablo 41’da verilmiştir.

Tablo 41. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Eğitim Düzeylerine Göre Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı

Sağlıklarını algılama durumları	Okur yazar değil		Sadece okur yazar		* Herhangi bir eğitim almış		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi/ çok iyi	41	7.5	33	22.1	75	50.3	149	58.4
Orta	35	8.0	35	38.0	22	23.9	92	36.0
Kötü/çok kötü	9	4.3	4	28.6	1	7.1	14	5.6
Toplam	85	33.3	72	28.2	98	38.5	255	100.0

*Herhangi bir okulu bitirenler birleştirilmiştir.

$$X^2=25.34 \quad SD=4 \quad p<0.05$$

Tablo 42’de yaşlıların yaş gruplarına göre sağlıklarını algılama durumları verilmiştir.

Tablo 42. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı

Sağlıklarını algılama durumları	Yaş grupları						Toplam	
	60-69 yaş		70-79 yaş		80 yaş ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi/ çok iyi	63	42.3	57	38.3	29	19.5	149	58.4
Orta	36	39.1	34	37.0	22	23.9	92	36.0
Kötü/çok kötü	2	14.3	7	50.0	5	35.7	14	5.6
Toplam	101	39.6	98	38.4	56	22.0	255	100.0

$$X^2=4.870 \quad SD=4 \quad p>0.05$$

Araştırmaya katılan yaşlıların sosyal güvencelerine göre sağlıklarını algılama durumları Tablo 43’de verilmiştir.

Tablo 43. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Sosyal Güvencelerine Göre Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı

Sağlıklarını algılama durumları	Sosyal Güvence					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi/ çok iyi	101	67.8	48	32.2	149	58.4
Orta	53	57.6	39	42.4	92	36.0
Kötü/çok kötü	8	57.1	6	42.9	14	5.6
Toplam	162	63.5	93	36.5	255	100.0

$$X^2=2.803 \quad SD=2 \quad p>0.05$$

Tablo 44’de cinsiyete göre kurumda kalmaktan duyulan memnuniyet durumları gösterilmiştir.

Tablo 44. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyet İle Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumlarının Dağılımı

Memnuniyet durumları* (n=255)	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Çok memnun	32	35.6	39	23.6
Memnun	42	46.7	95	57.6
Orta memnun	16	17.8	31	18.8
Toplam	90	100.0	165	100.0

*Az memnun, hiç memnun olmayan yoktur.

$$X^2= 4.29 \quad SD= 2 \quad p>0.05$$

Tablo 45’de yaşlıların huzurevinde yaşamaktan duydukları memnuniyetin yaş gruplarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 45. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Yaşamaktan Duydukları Memnuniyetin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Memnuniyet durumları	Yaş grupları					
	60-69 yaş		70-79 yaş		80 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok memnun	24	23.8	35	35.7	12	21.4
Memnun	53	52.5	47	48.0	37	66.1
Orta memnun	24	23.7	16	16.3	7	12.5
Toplam	101	100.0	98	100.0	56	100.0

$$X^2=8.699 \quad SD=4 \quad p>0.05$$

Araştırmaya katılan yaşlılarda yaşamaktan duydukları memnuniyetin eğitim durumlarına göre dağılımları verilmiştir (Tablo 46).

Tablo 46. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Eğitim Düzeyi İle Kurumda Kalmaktan Memnun Olma Durumlarının Dağılımı

Memnuniyet durumları	Eğitim düzeyi						Toplam	
	Okur-yazar değil		Okur-yazar		* Herhangi bir eğitim almış			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok memnun	30	35.3	19	26.4	22	22.4	71	27.8
Memnun	45	52.9	39	54.2	53	54.1	137	53.8
Orta memnun	10	11.8	14	19.4	23	23.5	47	18.4
Toplam	85	100.0	72	100.0	98	100.0	255	100.0

*Herhangi bir okulu bitirenler birleştirilmiştir.

$$X^2=6.228 \quad SD=4 \quad p>0.05$$

Çalışmaya katılan yaşlıların huzurevinde kalma süresi ile huzurevinde kalmaktan duydukları memnuniyet Tablo 47’de verilmiştir.

Tablo 47. Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Huzurevinde Kalma Süresi İle Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumlarının Dağılımı

Memnuniyet durumları	Huzurevinde kalma süresi (ay)									
	1-12		13-24		25-36		37-48		49 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok memnun	24	24.0	15	26.8	9	33.3	6	23.1	17	37.0
Memnun	50	50.0	32	57.1	14	51.9	15	57.7	26	56.5
Orta memnun	26	26.0	9	16.1	4	14.8	5	19.2	3	6.5
Toplam	100	100.0	56	100.0	27	100	26	100.0	46	100.0

$$X^2=9.988 \quad SD=8 \quad p>0.05$$

6. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 72.7 ± 8.2 olarak bulundu (min:60, max:100). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ortalaması 75.0 ± 6.2 olarak bulunmuştur (19). İzmir Gürçeşme Zübeyde Hanım huzurevinde yapılan çalışmada da yaş ortalaması 72.8 ± 6.1 olarak bulunmuştur (162). Türkiye’de 2000 yılı için beklenen yaşam süresi ortalama 70.4 yıl, 2003 yılı için 70.9, 2005 yılı için 71.3, 2006 yılı için erkeklerde 69.1 kadınlarda 74.0, ortalama 71.5 yıldır. 2010-2050 yılları için beklenen yaşam süresi tahminlerine bakıldığında ise 2010 yılı için ortalama 72.0, 2050 yılı için 77.3 yıl olarak gösterilmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmada bulunan sonuçlar ülkemizde beklenen yaşam süresinden yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların %35.3’ü kadın, %64.7’si erkek idi (Tablo 3). Bayık ve arkadaşlarının İzmir huzurevinde yaptıkları çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların %55.5’i erkek, %44.5’i kadındır. Bu çalışmada da erkek oranı çalışmamızda olduğu gibi yüksek bulunmuştur (149). Ülkemizde ve yurtdışındaki çalışmalarda huzurevinde yaşayan yaşlılar arasındaki cinsiyet dağılımı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir. Özellikle gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda daha yüksek kadın oranları bildirilmesine karşılık ülkemizde yapılan birçok çalışmada, erkek oranının daha yüksek bildirilmesi dikkat çekicidir (177). Ülkemizde huzurevlerinde yapılmış olan diğer çalışmalarda da erkek yüzdesi fazla bulunmuştur (85,132,179). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu 2001 kayıtlarında, Türkiye genelinde de huzurevlerinde kalanların %61’nin erkek, %9’nun kadın olduğu bildirilmektedir (132). Bu oranlar çalışmamız ile uyumludur. Bu sonuçlar; ülkemizde yaşlılık döneminde erkeklerin öz bakımlarını

sağlamada kendilerini daha yetersiz hissedip, yalnız yaşamak istememeleri, huzurevini daha fazla tercih etmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Huzurevinde kalan bireylerin huzurevine yerleşmeden önce %45.9'u il merkezinde, %22.0'nin ilçe ve %32.1'nin köy'de yaşadığı bulundu (Tablo 3). Bayık ve arkadaşlarının 2004 tarihinde İzmir'de yapmış oldukları çalışmalarında ise bizim çalışmamızdan farklı bulgular elde edilmiştir. En uzun yaşadıkları yerleşim birimi olarak yaşlıların %64.0'ı il merkezinde, %36.0'ı ilçe/ köy olarak belirtmiştir. Bu farklılık çalışmamızın Doğu Anadolu Bölgesi'nde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamıza katılan yaşlıların %69.8'inin dul/boşanmış olduğu görülmüştür (Tablo 3). Ergün'ün Adana huzurevinde yapmış olduğu çalışmada yaşlıların %84.1'nin (16), Bahar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yaşlıların %74.6'sının (105), Altay ve arkadaşlarının Samsun huzurevinde yapmış olduğu çalışmada yaşlıların %73.2'nin (17) dul/boşanmış olduğu bulunmuştur. Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında farklı olarak dul oranı %36.8 olarak saptanmıştır (95). Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi huzurevine yerleşmede dul/boşanmış kişilerin yalnız kalmak istememeleri, beraber yaşayacak hayat arkadaşlarının olmaması gibi nedenler etkili olabilir. Ayrıca dul oranının yüksek olması yaşlılara sağlanan sosyal desteğin yetersizliği şeklinde de yorumlanabilir.

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların öğrenim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında okur-yazar olmayanların oranı %33.3, sadece okur-yazar oranı %28.2 ve üniversite mezunu oranı %2.7 olarak bulundu (Tablo 3). Bölükbaş'ın yürüttüğü çalışmada okur-yazar olmayanların oranı %61.7, okur-yazar oranı %5, ortaokul mezunu oranı %5 olarak bulunmuştur (109). Uncu ve

arkadaşlarının Bursa huzurevinde yapmış oldukları çalışmada % 83.4'ünün eğitim almamış veya yalnızca ilkokul mezunu olduğu, %16.6'sı ortaokul, lise veya yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür (128). Yapılan diğer çalışmalar bizim çalışmamızın sonucu ile uyumluluk göstermektedir. Yaşlılarda temel eğitim almayanların sıklığı bu araştırmada ve diğer çalışmalarda yüksek bulunmuştur. Ülkemizde önceki yıllarda eğitim olanaklarının yeterli olmaması ve özellikle kız çocuklarının okula gönderilmemesi nedeniyle yaşlı nüfusta temel eğitim almayanların yüzdesi yüksektir. Kadınlarda temel eğitim almayanların yüzdesinin daha yüksek olması kadınların bu konuda dezavantajlı bir durumda olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda yaşlıların %36.5'inin hiçbir sosyal güvencesi olmaz iken, %22.7'sinin SSK, %9.0'unun Bağkur, %8.6'sının Emekli Sandığı bulunmaktadır (Tablo 3). Karaca'nın Denizli huzurevinde yapmış olduğu çalışmasında yaşlıların %65.7'sinin hiçbir sosyal güvencesi yokken, %8.6'nın Emekli sandığı, %17.1'inin SSK, %8.6'nın Bağ-Kur bulunduğu saptanmıştır (138). Uncu'nun çalışmasında da yaşlıların %35.2'sinin sosyal güvencesi olmadığı bildirilmiştir (128). Bu bulgular da bizim bulgularımız ile benzerdir. Günümüzde ülkemizin sosyo-ekonomik yapısında görülen hızlı değişim, sosyo-kültürel yapısının da değişmesine yol açarak, ailenin işlevi ve yaşam tarzında da önemli değişimler meydana getirmiştir. Bu süreçte yaşlının aile içindeki yeri, önemi, gücü ve otoritesi önemli ölçüde azalmıştır. Özellikle sosyal güvencesi olmayan, maddi güvenceden yoksun, yoksul ve kimsesiz yaşlıların bakım sorunu geleneksel üretim ilişkilerinin değişmesine paralel olarak geleneksel yardım anlayışını aşmıştır. Ayrıca maddi durumları iyi olmalarına karşın ilerlemiş yaşları dolayısıyla sakin

bir yaşamın özlemini duyan, çevresindekilere ve diğer yakınlarına herhangi bir konuda yük olmak istemeyen bireylerde dinlenebilecekleri çeşitli kurumlara ihtiyaç duymaktadır. Bu veriler sosyal güvencesi olmayan yaşlıların huzurevinde yaşama kararını etkilediğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda yaşlıların huzurevine yerleşmeden önceki yaptıkları işler incelendiğinde erkeklerin %44.8'i çiftçi, %33.9'u işçi ve %9.1'i memur, kadınların %96.7'sinin ev hanımı olduğu bulundu (Tablo 5). Karaca'nın yapmış olduğu çalışmada da kadınlar arasında ev hanımı olanların oranı oldukça yüksek bulunmuş, erkeklerde ise ilk sırayı çiftçiler almıştır (138). Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur. Buradan huzurevinde kalan kadınlar arasında ev hanımlarının ve erkekler arasında çiftçilerin yüksek olması bize sosyal statü eksikliğini ve ekonomik özgürlüğün olmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Yaşlıların maaş durumlarına bakıldığında maaş alanların %57.6, maaş almayanların %42.4 olduğu bulundu (Tablo 7). Bingöl ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşlıların %80.0'inin maaş aldığı bulunmuştu (5). Özkömür ve arkadaşlarının Karamürsel' de yapmış oldukları çalışmada yaşlıların %58.0'nin geliri olup, %42.0'sinin geliri yoktu (106). Bu bulgular bizim çalışmamız ile uyumludur. Bu sonuçlar ışığında ekonomik gelire sahip olan yaşlıların yalnız kalmak istememeleri ve yaşamlarını daha rahat idame ettirmeleri açısından huzurevinde kalmayı tercih ettiklerini göstermektedir.

Araştırmamızda yaşlıların aylık gelir dağılımları incelendiğinde %32.0'si 379 TL ve altı, %68.0'i 380TL ve üstü gelire sahipti (Tablo 8). Ayrancı ve arkadaşlarının Eskişehir' de yapmış oldukları çalışmada yaşlıların %56.0'sının

350 TL ve altı, %44.0'ünün 350 TL ve üstü gelire sahip oldukları bulunmuştu (97).

Çalışmamızda yaşlıların %55.7'sinin çocuk sahibi olduğu bulundu (Tablo 10). %69.9'u 2-4 arası, %30.1'i 5 ve üstü çocuğa sahipti. Konak ve arkadaşlarının Sivas'ta yapmış oldukları çalışmada yaşlıların %38.4'sinin çocuk sahibi olduğu, %25.6'ünün çocuk sahibi olmadığı görülmektedir (11). Khorshid ve arkadaşlarının (129) İzmir'de iki farklı huzurevinde yapmış olduğu çalışmada ve Berberoğlu ve arkadaşlarının (136) çalışmasında yaşlıların büyük çoğunlunun çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur. Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda hızlı değişimler olmuştur. Tarımsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru hareket geniş aileleri çekirdek aileler halinde bölmeye zorlamıştır. Aile yapısındaki değişme özellikle yaşlıyı çocuklarından ayrı yaşamaya itmiştir. Böylelikle yaşlının ailedeki yeri ve ilişkileri önemli değişikliklere uğramıştır (11). Yapılmış olan çalışmaların sonuçları doğrultusunda çocuğu olan yaşlıların huzurevine daha fazla oranda yerleşme eğiliminde oldukları söylenebilir.

Çalışmamızda yaşlıların huzurevine yerleşmeye karar verme durumlarına bakıldığında %70.2'sinin kalmaya kendisinin karar verdiği bulundu (Tablo 11). Literatürde bireylerin, ölüm ve hastalık gibi nedenlerle yaşadıkları psikolojik yıkımların yanı sıra, aile ve arkadaşların kaybıyla gelen yalnızlık, ilgilenecek kimsenin olmaması, ekonomik problemler ve çekirdek aile yapısının giderek artmasının getirdiği sorunlar gibi nedenlerden dolayı huzurevini tercih ettikleri belirtilmektedir (41). Çimen ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılan grubun tamamının kendi isteği ile bakım merkezinde kalmakta olduğu

saptanmıştır (3). Berberoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bu oran %77.0 olarak bulunmuştur (136). Bulunan değerler çalışmamızla paralellik göstermektedir. Sonuçta huzurevinde kalan yaşlıların çoğunluğunun huzurevine gelmeden önce kendi evlerinde yaşadıkları, daha sonrasında yalnız evde kalma imkânları olmadığı için başka yerlere gitmeden buraya geldikleri ya da yakını ve tanıdıkları vasıtasıyla buraya yönlendirildikleri görülmektedir.

Araştırmamızda yaşlıların kurumda kalma sürelerinin dağılımına bakıldığında kadınların %37.8'inin, erkeklerin %40.0'ının 1 yıl ve daha az süreyle, kadınların %21.1'inin, erkeklerin %16.4'ünün 5 yıl ve üstü zaman aralığında kurumda yaşamakta olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Altıparmak'ın yaptığı bir çalışmada, yaşlıların %87,7'sinin on yıldan daha az süredir huzurevinde yaşamakta olduğunu bulmuştur (179). Bir başka çalışmada bu oran 4-6 yıl olarak bulunmuştur (41). Aylaz ve arkadaşlarının Malatya huzurevinde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %30.6'sı 1-2 yıl, %43.5'i 5 yıl ve üzeri zaman aralığında huzurevinde kalmakta olduğu gösterilmiştir (40). Bizim çalışmamız da bu çalışmayla uyumludur. Bunu son yıllarda huzurevine olan talebin arttığı yönünde yorumlamak mümkündür.

Çalışmamızda yaşlıların huzurevinde kalmaktan memnun olma durumları incelendiğinde %27.8'inin çok memnun, %53.8'sinin memnun, %18.4'ünün orta düzeyde memnun olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Aylaz ve arkadaşlarının Malatya huzurevinde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %41.8'inin çok memnun, %45.5'inin memnun ve %12.7'sinin orta düzeyde memnun olduğu bulunmuştur (40). Bayık ve arkadaşlarının (42), Çimen ve arkadaşlarının (3) ve Bölükbaş ve arkadaşlarının (109) çalışmasında da memnuniyet oranları yüksek

bulunmuştur. Huzurevinde kalan yaşlıların çoğunluğu burada yaşamaktan memnundurlar. Bu oranların yüksek olması, yaşlıların kurum içindeki bakımlarının sağlanması ve sosyal güvencelerinin olması, kendi yaşlılarından oluşan bir toplulukta yaşamaları, memnuniyet düzeylerinin artmasına etken olabilir.

Araştırmamızda yaşlıların %2.4'ü özel bakıcıya çok gereksinim duyarken, %52.5'inin hiç gereksinim duymadığı bulundu (Tablo 14). Bayık ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise yaşlıların %4.7'si çok, %61.3'ü ise özel bakıcıya hiç gereksinim duymamaktadır (149). Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur. Yaşlıların huzurevinde kalırken özel bakıcıya gereksinim duymamaları kurumda kalırken ihtiyaç duydukları bütün gereksinimlerinin huzurevi çalışanları tarafından karşılanmasından kaynaklanıyor denebilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %91.0'nin birden fazla kronik hastalığı vardı. En sık görülen kronik hastalıklar arasında ilk üç sırayı hipertansiyon, romatizma, diyabet almaktaydı (Tablo 15). Diker'in çalışmasında ilk üç sırayı hipertansiyon, kalp hastalığı, romatizma oluşturmaktaydı (175). Bilir ve arkadaşlarının (180) ve Uncu ve arkadaşlarının da Bursa'da yapmış olduğu çalışmada ilk sırayı hipertansiyon almaktadır (128). Çalışmamızda, kronik hastalıklar sıralamasında hipertansiyonun ilk sırada yer alması çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Ergün ve arkadaşlarının Adana huzurevinde yapmış olduğu çalışmalarında ise sık görülen hastalıklarda ilk sırayı KOAH almakta idi (16).

Çalışmamızda yaşlıların kullandıkları ilaçlara bakıldığında ilk üç sırayı; antihipertansifler, analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar, endokrin sistem

ilaçları yer almaktadır (Tablo 16). Yapılan çalışmalarda yaşlıların kullandığı ilaçlar arasında ilk sırayı antihipertansifler, bunu analjezikler ve endokrin sistem ilaçları aldığı görülmüştür (151,156). Bu bulgular bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Yaşlılarda esansiyel hipertansiyon hastalığının sık görülmesi nedeniyle ilk sırada antihipertansif ilaçların yer alması beklenen bir durumdur. Yine osteoartrit gibi hastalıkların görülme sıklığının yaşla birlikte artış göstermesi analjezik/antiinflamatuvar ilaçların ikinci sırada kullanılma gereksinimini açıklamaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlıların %87.8'nin birden fazla ilaç kullandığı bulundu (Tablo 17). Arslan ve arkadaşlarının 23 ilde bulunan huzurevlerinde yapmış oldukları çalışmada yaşlıların %71.8'i birden fazla ilaç kullanmakta idi (158). Seçkin ve arkadaşlarının (150), Bayık ve arkadaşlarının (149), Dişçigil ve arkadaşlarının (176) çalışmalarında yaşlıların birden fazla ilaç kullanımının sık görüldüğü belirtilmiştir. Bu bulgular çalışmamız ile uyumludur. Epidemiyolojik çalışmalar yaşlı nüfusta çoklu ilaç kullanımının genç nüfusa göre 3-4 kat daha fazla olduğunu ortaya koymakta ve bu durum istenmeyen ilaç etkileri kadar ilaç etkileşim riskini de arttırmaktadır (151).

Çalışmamızda yaşlıların %98.4'ü ilaçlarını hekim tavsiyesi üzerine kullanmaktaydı (Tablo 18). Bayık ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların %84.2'si hekim önerisi ile halen herhangi bir ilacı sürekli kullanmakta olduğu saptanmıştır (149). Bunun nedeni olarak huzurevlerinde yaşlıların sürekli hekim gözetiminde olması, ihtiyaç halinde hemen hekime danışılması ve hemşire denetiminde ilaçların zamanında ve doz atlanmadan alınmasının sağlanması olduğu söylenebilir. Ancak yapılan çeşitli çalışmalarda ülkemizde hastalarınca

hekime danışılmadan başkalarının tavsiyesi ile eczaneden ilaç alınması, evde ilaç depolama, benzer şikâyetler ortaya çıktığında daha önceki deneyimlere göre evlerde bulunan ilaçların danışılmadan alınması, hekime gidilmişse yazılan reçetenin zamanında alınmaması, ilaçların uygun dozda ve hekimin tavsiye ettiği süre içinde kullanılmaması sık görülen akılcı olmayan ilaç kullanım sorunları olarak saptanmıştır (181).

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların tümüne yakın kısmı (%97.3) ilaçlarını önerilen şekilde kullanmaktaydı (Tablo 19). Özbek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların tedaviye uyum sıklığı %83.0 olarak bulunmuştur (151). Bu bulgu çalışmamızı desteklemektedir. Yaşlıların tedaviye uyumlu olma nedenleri arasında huzurevinde kalan yaşlıların ilacını düzenli kullanması konusunda verilen profesyonel desteğin yeterli olmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Ertürk'ün çalışmasında yaşlıların %74.0'ı ilaçlarını önerilen şekilde kullanmadıkları bulunmuştur (163). İlaçların yaşa özgü oluşturduğu farmokodinamik ve farmokokinetik etkiler hakkında yeterli bilginin olmaması, birden fazla ilaç kullanımı, ilaçların yan etkileri, yüksek ilaç maliyetleri ve sağlık çalışanlarının yaşlılığa özgü tedavi ve bakım konusundaki yetersizlikleri yaşlılarda ilaç kullanımını daha da önemli hale getirmektedir. Bunun yanında yaşlılığa bağlı oluşan fiziksel yetersizlikler ve buna eşlik eden çeşitli kronik hastalıklar yaşlıların ilaç kullanma davranışlarını etkilemektedir (151).

Yaşlıların kullandığı ilaçların yan etkisini bilme durumlarının dağılımı incelendiğinde %95.3'ü ilaçların yan etkilerini bilmediğini belirtti (Tablo 20). Yapılan bir başka çalışmada da bu oran yüksek bulunmuştur (152). Eski ve Pınar'ın yürüttüğü çalışmada yaşlıların ilaç kullanımı ile ilgili yan etkilerini

bilmeme oranı yüksek (%94.2) bulunmuştur (164). Bu bulgu bizim çalışmamızla orantılıdır. Buradan yola çıkarak yaşlıların kullandıkları ilaçların yan etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını söyleyebiliriz.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların ilaç prospektüslerini okumama durumları incelendiğinde %93.7'sinin prospektüs okumamakta olduğu görülmektedir (Tablo 21). Solmaz'da (156) bu oranı %80.8, Arslan ve Eşer'in çalışmasında (162), ilaç prospektüsü okumama oranı %81.7 olarak bulmuştur. Bu bulgular çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Yaşlıların ilaç prospektüsünü okumama nedenleri incelendiğinde %41.2'si gerek olmadığını, %29.8'i yazılan ifadeleri anlamadığı, %16.5 okuma bilmediği ve %6.3'ü görme probleminin olduğunu belirtti (Tablo 22). Solmaz ve arkadaşlarının (156) ve Arslan ve arkadaşlarının (158) çalışmalarında da benzer sonuçlar göze çarpmaktadır. Bu bulgulara dayanarak prospektüsteki yazıları terimsel anlamları dışında herkesin anlayabileceği türden olmasının gerektiği söylenebilir. Ayrıca yaşlıların çoğunluğunun ilaç prospektüsünü okumaya gerek duymaması yönünden önemli bir bulgudur.

Çalışmamızda yaşlılar kullandıkları ilaçların kendilerine yan etki yapmadığını (%82.7) belirtti (Tablo 23). Bizim çalışmamıza benzer olarak Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşlıların %73.3'ü kullandıkları ilaçların kendilerine yan etki yapmadığını ifade etmiştir (158). Solmaz ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların %90.8'i kullandıkları ilaçların kendilerinde yan etki yaptığını belirtmiştir (156). Bu bulgular çalışmamızla uyumluluk göstermemektedir. Araştırmalar arasındaki farklılığın, yaşlıların bireysel

özelliklerinden, tanılarında ve kullandıkları ilaç sayısından, ilaç türlerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Yaşlıların kullandıkları ilaçlarla ilgili sağlık personeli tarafından bilgi verme durumları incelendiğinde %70.2'si bilgi almadığını ifade etti (Tablo 24). Bizim çalışmamızla benzer olarak; Eski ve Pınar'ın çalışmasında yaşlıların %62.5'ine kullanılan ilaçla ilgili bilgi verilmediği bulunmuştur (164). Çalışmamızdan farklı olarak Solmaz ve arkadaşlarının (156) ve Dolu'nun (182) çalışmasında kullanılan ilaçlarla ilgili bilgi alma oranları yüksek bulunmuştur.

Yaşlıların kullandıkları ilaçlarla hakkında bilgileri kimlerden aldıkları sorulduğunda; %55.3'ü hemşireden, %44.7'si hekimden aldıklarını ifade ettiler (Tablo 25). Hacıhasanoğlu ve arkadaşları çalışmalarında yaşlıların %65.0'ı hemşire ve hekimden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (173). Yapılmış olan diğer çalışmalarda sonuçlar bizim çalışmamızdan farklı bulunmuştur. Bu bilginin daha çok hekimler tarafından verildiği saptanmıştır (162,182).

Çalışmamızda, katılımcılara genel sağlık durumunu nasıl algıladıkları sorulduğunda %58.4'ü çok iyi/iyi, %36.1'i orta ve %5.5'i kötü/çok kötü olarak değerlendirdi (Tablo 26). Baykan'nın çalışmasında katılımcıların %49.1'i sağlıklarını çok iyi olarak yorumlamıştır (56). Top ve arkadaşlarının çalışmasında (41) yaşlıların %50.6'sı, Özbek'in çalışmasında (151) yaşlıların %66.0'sı sağlık durumlarını orta derecede algıladıklarını belirtmiştir. Kişilerin inançları ve günlük yaşamındaki sınırlılıklar tedaviye uyumun belirlenmesinde önemlidir.

Araştırmaya katılan yaşlılara sağlık hizmetini kimden almak istersiniz sorusuna vermiş olduğu cevaplarda %97.6'sı hekim, %2.4 hemşire cevabını verdiler (Tablo 27). Bayık ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları bir çalışmada ise

bizim çalışmamızdan farklı olarak %48.2 oranla hemşireden bakım almak istedikleri cevabı alınmıştır (149). Bu farklı sonucun nedeni olarak Türkiye'nin doğusunda yaşayan kişilerin, hekime hemşireden daha çok güven duymalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlılarda, herhangi bir kronik hastalığı olmayan fakat birden fazla ilaç kullanan yaşlı oranı daha yüksek (%65.2) bulunmuştur (Tablo 29, $p<0.05$). Epidemiyolojik çalışmalarda da yaşlı nüfusta çoklu ilaç kullanımının genç nüfusa göre 3-4 kat fazla olduğu ortaya konulmuştur (156).

Çalışmamızda cinsiyete göre polifarmasi değerlendirildiğinde bu oran kadın yaşlılarda (%43.3), erkek yaşlılara oranla daha fazla bulunmuştur (Tablo 30, $p<0.05$). Arslan ve arkadaşlarının (158) ve Seçkin ve arkadaşlarının çalışmasında (150) da benzer sonuçlar bulunmuştur. Kadın ve erkek arasındaki bu farklılığın nedeni olarak kadının sosyal yaşamdaki statüsünün getirmiş olduğu sorumluluklar, doğum yapma ve anne olmak diyebiliriz.

Araştırmaya katılan yaşlılarda medeni duruma göre ilaç kullanımına bakıldığında, dul/boşanmış olan yaşlı bireylerin polifarmasi açısından daha riskli olduğu bulunmuştur (Tablo 31, $p<0.05$). Bu da dul olmanın ileri yaşta ve yalnız yaşama durumu ile ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulduğunda, yaş ile ilgili bulguları destekleyen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerde eğitim düzeyi düşük olanlarda polifarmasi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 32, $p<0.05$). Düşük öğrenim düzeyinde ve okur-yazar olmayan yaşlıların ilaç kullanma yetisinde sorun yaşama yönünden risk grubu olduğu düşünülmektedir (177).

Uskun ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde ilaç kullanımını yüksek (%52.9) bulunmuştur (184).

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların huzurevine yerleşmeden önce yaşadıkları yerleşim yerlerine göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı incelendiğinde daha çok köyde yaşamış olan yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının yaygın olduğu görülmüştür (Tablo 33, $p>0.05$). Bu durum, köyden gelen yaşlıların eğitim seviyesinin daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma grubuna dahil edilen yaşlıların sosyal güvencelerine göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımına bakıldığında sosyal güvencesi olan grup ile olmayan grup arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo 34, $p>0.05$). Uskun ve arkadaşlarının çalışmasında (184) sosyal güvenceye sahip olmayanların daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu durum sosyal güvencesi olmayanların ilaçlarını almak için resmi reçeteye ihtiyaç duymadıklarının ve ilaç satın almaya daha kolay ulaşmalarının bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların yaş gruplarına göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı incelendiğinde yaş ilerledikçe polifarmasinin arttığı bulunmuştur (Tablo 35, $p>0.05$). Diker'in çalışmasında da polifarmasi yaşla beraber artış göstermiştir (175). Dolayısıyla yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının önemli bir problem olduğu bulunmuştur.

Yaşlıların en son yapmış oldukları işe göre ilaç kullanma davranışlarının dağılımı incelendiğinde polifarmasi en fazla ev hanımlarında görüldüğü saptanmıştır (Tablo 36, $p<0.05$). Akıcı ve arkadaşlarının çalışmasında da polifarmasinin sıklıkla ev hanımlarında görüldüğü bulunmuştur (153).

Çalışmamızda yaşlıların aldıkları ilaç sayısına göre kullandıkları ilaçların yan etki yapma durumlarının dağılımı incelendiğinde polifarmasinin yan etki yapma

oranını etkilediği bulunmuştur (Tablo 37, $p<0.05$). Arslan ve arkadaşlarının (158) ve Eski ve arkadaşlarının çalışmaları (164) çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir. Çok sayıda ilaç kullanımı ilaç yan etkilerinin artmasına ve istenmeyen ilaç etkileşimlerine neden olur (171).

Yaşlıların kullandıkları ilaçların kendilerine yan etki yapma durumlarına bakıldığında, kadınlarda erkeklere oranla yan etki yapma durumu fazla bulundu (Tablo 38, $p<0.05$). Akıcı ve arkadaşlarının çalışmasında yan etki kadınlarda erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (152). Bu farklılık kadınların erkeklere oranla daha fazla ilaç kullanmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyetlere göre kullandıkları ilaçların adlarını bilme durumları karşılaştırıldığında erkekler kadınlara göre kullandıkları ilacın adını daha iyi bildiği saptandı (Tablo 39, $p<0.05$). Topbaş ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptıkları çalışmada cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır (157).

Cinsiyete göre sağlık durumlarını değerlendirilmeleri istendiği zaman, erkekler kadınlara göre sağlıklarını daha iyi olarak değerlendirdiler (Tablo 40, $p<0.05$). Özcebe ve arkadaşlarının (63), Ayrancı ve arkadaşlarının çalışmasında (97) da erkekler kadınlara göre sağlıklarını daha iyi hissetmekteydiler. Kadınların kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri sırasında daha olumsuz ifadeler kullanmaları, yaşam boyunca sosyal aktivitelerinin erkeklere oranla daha kısıtlı kalmış olmasına, öğrenim seviyelerinin daha düşük olmasına ve halen ev hanımı olarak çalışıyor olmalarına bağlanabilir. Ayrıca çalışılan bölgenin sosyokültürel yapısı göz önüne alındığında, görüşülen bazı kadınların çok kez gebe kalmış ve

çok çocuk bakmış olabilecekleri, dolayısı ile genel sağlık durumlarının erkeklere oranla daha kötü olabileceği de düşünülmektedir.

Araştırmadaki yaşlıların eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıklarını kötü düzeyde algılamalarının azaldığı bulundu (Tablo 41, $p<0.05$). Bayık ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (149). Bu bulgular bizim çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir.

Yaş gruplarına göre sağlıklarını algılama durumları değerlendirildiğinde, yaşın artmasıyla beraber sağlıklarını iyi olarak algılamaları azaldığı görüldü (Tablo 42, $p>0.05$). Ayrancı ve arkadaşlarının (97), Özcebe ve arkadaşlarının (63) yapmış olduğu çalışmalarda yaşın artmasıyla beraber sağlıklarını iyi olarak algılamaları azaldığı gösterilmiştir. Yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının ve komplikasyonlarının artmasının yanı sıra, yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerde sağlığın kötü hissedilmesine neden olmaktadır. Bu durum yaşlılık sürecinin doğal bir sonucu olarak değerlendirilmekle beraber, kronik hastalıkların ve fiziksel aktivitedeki kısıtlılıkların iyi rehabilite edilmemiş olabileceği ihtimalini de düşündürmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak yaş ilerledikçe sağlık algısının düştüğü söylenebilir.

Çalışma kapsamına alınan yaşlıların sosyal güvencelerine göre sağlıklarını algılama durumlarına bakıldığında, sosyal güvencesi olmayanların olanlara göre sağlıklarını daha kötü hissettikleri bulundu (Tablo 43, $p>0.05$). Ayrancı ve arkadaşlarının (97) ve Özcebe ve arkadaşlarının (63) çalışmalarında sosyal güvencesi olmayanların sağlıklarını daha kötü hissettikleri bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayan yaşlıların sağlık durumlarını kötü belirtmeleri, bu grubun

maddi olanaklarının yetersiz olması nedeni ile sağlık kurumlarına gidememelerine ve hastalıklarının yeterli düzeyde tedavi edilememesine bağlanabilir.

Cinsiyete göre huzurevinde kalmaktan duyulan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde kadınların genel olarak daha memnun olduğu görüldü (Tablo 44, $p>0.05$). Çimen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma bizim çalışmamız ile uyumludur (3). Bayanların huzurevinde kalmaktan memnun olması yaşlıları ile bir arada olmaktan ve kendilerini bu çatı altında güvende hissetmelerinden kaynaklanabileceği şekilde yorumlanabilir.

Yaş'a göre huzurevinde kalmaktan duyulan memnuniyet düzeyi karşılaştırıldığında, 80 yaş ve üzeri yaş grubunun daha memnun olduğu bulundu (Tablo 45, $p>0.05$). Çimen ve arkadaşlarının çalışmasında da daha yaşlı grubun daha memnun olduğu bulunmuştur (3).

Eğitim düzeyi ile kurumda kalmaktan duyulan memnuniyet düzeyi değerlendirildiği zaman, okuryazar olmayanlar ve herhangi bir eğitim alanlar arasındaki benzer bir ilişki bulundu (Tablo 46, $p>0.05$). Çimen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe memnuniyetin azaldığı, ancak gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (3).

Huzurevinde kalma süresi ile huzurevinde kalmaktan duyulan memnuniyet arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo 47, $p>0.05$). Çimen ve arkadaşlarının çalışması bizim çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir. Çalışmada huzurevinde kalma süresi uzadıkça memnuniyet düzeyi azalmıştır ancak istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (3).

Sonuç olarak; Elazığ, Malatya ve Kayseri huzurevlerinde yaşayan yaşlıların ilaç kullanma davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada bulguların incelenmesi sonucunda aşağıdaki veriler elde edilmiştir;

- Yaşlı bireylerin büyük bir oranının (%64.7) erkek yaşlı oldukları,
- Yaşlı bireylerin ortalama 60-100 yaş grubuna dahil oldukları, daha çok şehir yerleşimli oldukları
- %33.3'ünün hiç okula gitmemiş oldukları,
- % 36.5'inin sosyal güvenceye sahip olmadıkları,
- % 69.8'nin eşleri ölen ya da boşanmış yaşlılar oldukları,
- Yaşlıların huzurevine yerleşmeden önce yaptıkları işlerin dağılımına bakıldığında erkeklerin büyük bir oranının (%44.8) çiftçilikle uğraştıkları, kadınların ise (%96.7) ev hanımı oldukları,
- Yaşlıların %42.4'ü maaş almadıkları, yine yaşlıların büyük oranda (%61.2) huzurevinde kalırken herhangi bir ücret ödemedikleri,
- Yaşlıların %55.7'sinin çocuk sahibi oldukları, %17.3'ünün beş ve üzerinde çocuğa sahip oldukları,
- Yaşlı bireylerin (%70.2) huzurevine yerleşmeye kendilerinin karar verdikleri,
- Yaşlıların büyük bir oranda (%53.8) huzurevinde kalmaktan memnun oldukları,
- Yaşlıların birden fazla kronik hastalığa sahip oldukları ve yaşlılarda hipertansiyon oranının yüksek olduğu,
- Yaşlıların % 90.6'sının birden fazla ilaç kullandıkları,

- Kadın ve erkek yaşlıların kullandıkları ilaçlarda ilk üç sırayı analjezikler, antihipertansifler ve endokrin sistem ilaçların yerini aldıkları,
- Yaşlılara (%98.4) kullandıkları ilaçların hekim tarafından önerildiği,
- Büyük bir oranın (%97.3) ilaçlarını önerilen şekilde kullandıkları,
- Yaşlıların yüksek oranda ilaçların yan etkisini bilmedikleri,
- Yaşlıların %93.7'sinin kullandıkları ilaçların prospektüslerini okumadıkları,
- %41.2'sinin prospektüs okumaya gerek duymadıkları,
- %82.7'sinin kullandıkları ilaçların kendilerine yan etki yapmadığını söyledikleri,
- Yaşlılara (%70.2) sağlık personelinin kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi vermedikleri,
- Yaşlıların %58.4'ünün sağlık durumlarını çok iyi/iyi olarak değerlendirdikleri,
- %97.6'sının sağlık hizmeti almak istedikleri personelin hekim olmasını belirttikleri saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlıların genelinin birden fazla kronik hastalığı olması nedeniyle hemşire ve hekim tarafından rutin sağlık kontrollerinin yapılması sağlanmalıdır,
- Yaşlıların çoğunluğu birden fazla ilaç aldığı için ilaçların zamanında alınması ve karıştırılmaması açısından hemşireler tarafından gözetim altında olması sağlanmalıdır,

- Yaşlıların hastalıklarının tedavisinde ilaç kullanımının önemi konusunda hekim ve hemşire tarafından bilgilendirilmelidir,
- Prospektüslerin ve ilaç kutularının yaşlıların görebileceği puntolarla, anlayabilecekleri sözcüklerle yazılmasının sağlanması, ilaç prospektüslerini okuma alışkanlığını geliştirmeye yönelik eğitim verilmelidir,
- Huzurevlerinde çalışan bakıcılara yaşlı bakımı ve tedavisi hakkında özel eğitim verilmesi sağlanmalıdır,
- Yaşlıların sahip oldukları kronik hastalıklarla ilgili olarak kişisel ilgileri geliştirilmeli, kullandıkları ilaçları doğru ve düzenli kullanmaları sağlanmalıdır,
- Yaşlıların boş zamanlarını geçirebilecekleri sosyal aktiviteler yaygınlaştırılmalıdır.
- Yaşlı bireylerin en sık yaptıkları hatalı ilaç kullanım davranışları ilacı almayı unutma, yanlış ilaç kullanma, ilacı yanlış dozda ve yanlış zamanda kullanma olduğundan hemşirenin yaşlı bireylere ilaç tedavisi hakkında eğitim yapması gerekmektedir.

Yaşlılarda polifarmasinin önlenmesi amacı ile planlanacak eğitim programlarına ışık tutması açısından kapsamlı araştırmaların yapılması yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- 1- Erci B. (1992) Yaşlılığa uyumu güçlendiren faktörler. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı Ankara. 68-90.
- 2- Altay B. Avcı İA. (2009) Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. Türk Geriatri Dergisi 12: 147-155.
- 3- Çimen M. Soydan F. Çetin M. (2010) Bir özel bakım merkezinde kalanların verilen hizmetlerden memnuniyet durumlarının araştırılması. Gülhane Tıp dergisi 52: 104-111.
- 4- Şimşek BY. (2007) Huzurevi çalışanlarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin araştırılması. Ankara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 1-5.
- 5- Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaş EG. (2010) Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi 25:169-176.
- 6- Özen D. (2008) Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul.
- 7- Birol L. (1993) Yaşlılık ve yaşlı hasta bakımı. İç Hastalıkları Hemşireliği, Geliştirilmiş 4. Baskı, Ankara, 18-24.
- 8- Güler Ç. (1998). Yaşlılıkta tanımlar ve yaşlanma üstüne söylenenler. Türk Geriatri Dergisi 1: 105.
- 9- Göksoy, T. (2004). Geriatrik rehabilitasyon. Klinik Aktüel Tıp, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 4:39-47.
- 10- Ardahan, M. (2010). Yaşlılık ve huzurevi. Aile ve Toplum dergisi Ocak-Şubat-Mart, 25-32.
- 11- Konak A, Çiğdem Y. (2005) Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Mayıs. 29 (1) :23-63.
- 12- Seviğ Ü. (1992) Sağlıklı Yaşlanma İçin Temel Sağlık Alışkanlıklarının İncelenmesi. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, Başbakanlık-SHÇEK Basımevi, Ankara, 149-151.
- 13- Özkes M. (2006) Yaşlıların günlük yaşam aktivite düzeylerinin bellek performansları üzerindeki etkisi. Ege Eğitim Dergisi 2:27-41.
- 14- Dikmenoğlu, N. (1997) Yaşlıda Fizyolojik Değişiklikler. Kutsal, YG, Çakmakçı, M, Ünal, S(Ed):Geriatri cilt. Hekimler Yayın Birliği Ankara,; 1:23.

- 15- Beğer T. (1998) Yaşlanma ve Yaşlılık. Beğer t (Ed): Geriatrik Hasta ve Sorunları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayınları. İstanbul. Kaya Basımevi. 9 :9-10.
- 16- Ergün UGÖ, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçi E, Akpınar E. (2003). Adana huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 6:89-90.
- 17- Altay B, Avcı İA. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Tıp Dergisi 36:275-282.
- 18- Fadiloğlu Ç, Tokem Y (2004). Geriatrik rehabilitasyonda hemşirenin rolü, Türk Geriatri Dergisi, 7:241-246.
- 19- Yıldırım S, Özgür G, Gümüş AB. (2007) Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 23:93-103.
- 20- Güler Ç. (1997) Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Geriatri I, Editörler: Y. Gökçe Kutsal., M Çakmakçı., S Ünal. Hekimler Yayın Birliği, Medicoğraphics Ajans Ve Matbaası, Ankara.
- 21- Koca H. (1994) Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 22- Uncu Y. (2003) Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi; 6:31-37.
- 23- Çirput H. (1997) İstanbul Kentinde Farklı Sosyoekonomik Ve Kültürel Düzeylerde Yaşlılık İle İlgili Sorunlar. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 24- Dik A, Yenice Z, Tanlı S. (2004) Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine katkısı, Aktüel Tıp Dergisi Geriatri Özel Sayısı, 9:51-53.
- 25- Gümrah A. (1992) Yaşlılık. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Semineri, Elazığ.
- 26- Yaşlılığa genel bakış www.huzurevleri.org.tr/docs Erişim: 15.06.2011
- 27- Aysan F, Özben Ş. (2004) Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlının kullandığı başa çıkma stratejileri. Ege Eğitim Dergisi, 2:1-12.

- 28- Nahçıvan N, Demirezen E, Erdoğan S. (2005) Birinci basamakta yaşlılarda depresyon ve ilişkili faktörler: sosyo-demografik özellikler, deneyimlenen sosyal kayıplar, sağlık sorunları ve iyilik durumu, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Yayını, Trabzon.
- 29- Gökçe KY. (2005) Yaşlanan dünya ve yaşlanan insan. Sağlıklı yaşlanma. Genişletilmiş ikinci baskı. Ankara: Geriatri Derneği Yayınları. 8:2-4.
- 30- Davis BO, Holtz N, Davis JC. (1985) Postreproductive Physiology. The Aging Process. Charles E (Ed): conceptual Human Physiology. Merill Publishing Company, Columbus, Ohio 5:565.
- 31- Toprak İ, Soydal T, Bal E. (2002). Yaşlı Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 32- Bahar G, Bahar A, Savaş HA. (2009) Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 4 (12):85-98.
- 33- Yılmaz DA. (2003) Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık tezi (basılmamış). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı, Ankara. 4:45-51.
- 34- Davison GC, Neale JM. (1998) Yaşlanma ve psikolojik bozukluklar. Öktem F(Çev. Ed). Anormal Psikoloji. Yedinci baskı Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 471-510.
- 35- Büken NÖ, Büken E (2003). Yaşlanma olgusu ve tıp etiği. Türk Geriatri Dergisi, 6:75-78.
- 36- Soyuer F, Soyuer A. (2008) Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15:219-224.
- 37- Durgun B, Tümerdem Y. (1999) Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Türk Geriatri Dergisi, 2:115-120.
- 38- Ek S. (2007) Geriatri hizmetleri üzerine genel bir değerlendirme: Ankara ili örneği. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi. 60-61,124-132.
- 39- Akdemir N. (1992) Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma. Hacettepe Üniversitesi H.Y.O. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı. Ankara, 379-384.
- 40- Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. (2005) Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12:177-183.

- 41- Top ÜF, Saraç A, Yaşar G. (2010) Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 13:14-22.
- 42- Bayık A. (2000). Physical And Psychosocial Health Problems Of Elderly Residents Living In Nursing Home. International Public Health Congress” Health 21 In Action” October 8-12, İstanbul.
- 43- Dişçigil G. (2009) Geriatrie sık karşılaşılan sorunlar. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 3:7-13.
- 44- Durak M. (2004) Yaşadığı Ortamda Yaşlıya Hizmet Modeli. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi Yayını, Ankara.
- 45- Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 31:367-373.
- 46- Anderson RN, Smith BL. (2005) Deaths: Leading Causes for 2002. National Vital Statistics Report March 7; 53.
- 47- Beers Mh, Berkow R. (1995) Organ Systems: Cardiovascular Disorders. Merck Manuel Of Geriatrics. Merck& Co. 425-522.
- 48- Büyükcoşkun A.(1990) Yaşlı bireyin sorunları ve bakım gereksinimlerinin saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- 49- Soygür H. (2000) Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psikolojik değerlendirme. Demans Dizisi, 1:32-40.
- 50- Yazıcı R. (1994) Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 51- Er D. (2009) Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4:131-144.
- 52- Göka E, Aydemir Ç. (2000). Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım, Demans Dizisi, 1:5-26.
- 53- Terakye G, Güner P. (1997) Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: yaşlılık. Kriz Dergisi, 5:95-101.
- 54- Şahin M, Yalçın M. (2003) Huzurevinde veya kendi evinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Türk Geriatri Dergisi, 6:10-13.

- 55- Karakuş S, Süzek H, Atay ME. (2003). Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. Muğla Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11:39-51.
- 56- Baykan Z, Naçar M, Çetinkaya F. Kayseri Büyükşehir Belediyesi Huzurevindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesi. <http://www.akadgeriatri.org/> Erişim tarih: 30.07.2010
- 57- Aştı N. (2004) Yaşlı ruh sağlığı ve bakımı. Yaşlı Bireyin Bakımı Paneli Sunumu, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya.
- 58- Kırdı N, Cavlak U, Meriç A. (1992) Doğal Çevrelerinde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi. "Sağlıklı Yaşlanma", Uluslar Arası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 26-27 Kasım 1992, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, Ankara, 130-138.
- 59- Fadiloğlu Ç, Esen A, Karadakovan A.(1992) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sağlık Durumlarının İncelenmesi. "Sağlıklı Yaşlanma", Uluslar Arası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 26-27 Kasım 1992, Başbakanlık SHÇEK Basımevi, Ankara, 138-148.
- 60- Yıldız M. (2001). Dindarlık ve ölüm kaygısı. tasavvufi yaklaşım ve günümüz üniversite öğrencileri, Journal Of Religious Culture, 43:1-7.
- 61- Fessman N, Lester D. (2000) Loneliness And Depression Among Elderly Nursing Home Patients. Int J Aging Hum Dev, 51:137-141.
- 62- Abrams Rc, Teresi Ja Butin Dn. (1992) Depression İn Nursing Home Residents. Clin Geriatr Med, 8:309-322.
- 63- Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakıoğlu E, Yılmaz N. (2003) Ankara gülveren sağlık ocağı bölgesi anadolu mahallesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 6:22-26.
- 64- Toprak Y, Soydal T, Bal E. (2002) Yaşlı Sağlığı. Ankara. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 8-12.
- 65- Göktaş K, Özkan İ. (2006) Yaşlılarda depresyon. Türkiye'de Psikiyatri, 8:3.
- 66- Tamam L, Öner S. (2001) Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi, 1:50-60.
- 67- Danışman IG, Aydın G. (2001) Huzurevinde yaşayan yaşlıların benlik-algılarının yordanmasında sosyo demografik özellikler ve algılanan sosyal desteğin rolü. Aile ve Toplum Dergisi Ocak-Şubat-Mart 2001, 7:69-80.

- 68- Mete S, Gökdoğan F. (1992) Elazığ yöresindeki yaşlı bireylerin yaşlılığı algılayışları. III. Ulusal Hemşirelik Sempozyumu Ankara.
- 69- Koşar, G. Nesrin. (1996) Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı. İkinci baskı. Ankara: Şafak Matbaacılık.
- 70- Durgun B. (1999) Yaşlılık Ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler, İstanbul: Belbim yay 8:190-191.
- 71- İmamoğlu, E. (1991) Yaşlıların Sosyal Psikolojisi, Türk Aile Ansiklopedisi, Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayını. 8-10.
- 72- Tufan, İ. (2002) Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık, İstanbul: Aykırı Yayıncılık. 80.
- 73- Tanju B. (1998) Yaşlanma ve yaşlılık. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu 12-13 Kasım, İstanbul. 9-13.
- 74- Eker E. (1998) Yaşlılık Psikiyatrisi. Güleç C, Köroğlu E.(Eds). Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara. 1263-1290.
- 75- Pekcan H. (2000). Yaşlılık. Erkan G, Işıkhani V.(eds). Antropoloji ve Yaşlılık. 51-54.
- 76- Sütölk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. (2004). Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Türk Geriatri Dergisi. 7:148-151.
- 77- Bilir N. Türkiye Ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler (2006). Arıoğul S. (Editör). Geriatri Ve Gerontoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 3-9.
- 78- Yaşlanma 2002 Uluslar Arası Eylem Planı. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf>. Erişim tarih: 15.01.2011
- 79- Ölüç F. (2007) Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne.
- 80- Erkılıç M, Aydoğdu F, Aslan D, Kutsal YG. (2006) Yaşlının evi ve çevresi. Ankara.
- 81- Candansayar S. Yaşlanma ve ruh sağlığı: sağlıklı yaşlanma. <http://www.geriatri.org.tr/pdfler/yaslininevison.pdf.et>. Erişim tarih: 15.01.2011
- 82- Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri:2005, Özet. <http://www.oecd.org/dataoecd/55.pdf>. Erişim tarih: 15.01.2011

- 83- Uysal A. (2002). Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum Dergisi, Nisan-Haziran: 2:5-10.
- 84- Akın B, Seviğ U, Karataş N. (2001) Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi, I. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:33-39.
- 85- Doğan S, Aksüllü N. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 5:76-84.
- 86- Yıldırım KY. (2005) Yaşlı istismarı ve önlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 167-174.
- 87- Duyar İ. (2005). İnsanda yaşlılığın evrimi, Türk Geriatri Dergisi,. 8:209-214.
- 88- Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. (2004). Dünya’da ve türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri, Türk Geriatri Dergisi,. 7:105-110.
- 89- Karahan A, Güven S. (2002)Yaşlılıkta evde bakım, Türk Geriatri Dergisi, 5:155-159.
- 90- Taşocak G. (1991) Hemşirelik disiplini yönünden yaşlılığa yaklaşım, Hemşirelik Bülteni, 9-10.
- 91- Arıoğul S. (2009) Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal & Nobel. Editör Prof. Dr. Servet Arıoğul. Türkiye’ de ve Dünya’ da Yaşlılarda Demografik Özellikler. 3-5.
- 92- Türkiye nüfus ve sağlık araştırması TNSA2003 planlaması. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/.../TNSA2003.Pdf>.
- 93- Türkiye nüfus ve sağlık araştırması TNSA 2008 planlaması. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/.../TNSA_2008_Sonuclar_Adana.pdf. Erişim tarihi: 10.06.2011
- 94- Gözüm S, Tan M. (2003) Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları, Türk Geriatri Dergisi, 6:14-21.
- 95- Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S, Cansel N, Virit O, Savaş HA. (2007) Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi yaşlılık psikiyatrisi birimine başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:179-185.
- 96- Daştan A.(2005) Sağlıklı Yaşlanmak. TC Sağlık Bakanlığı Yayın Organı. SB Diyalog. 11.
- 97- Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. (2005) Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. Sted, 14; 5:113.

- 98- Vançelik S. (1997). Yaşlılık sorunları ve bu dönemde verilmesi gerekli olan hizmetler. Toplum Hekimliği Bülteni. 18:9-11.
- 99- DİE, DPT (1994). Türkiye'nin Nüfus Projeksiyonları.
- 100- Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay FB. (2006) Yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri: Pamukçu kasabası, Balıkesir Sted 15;11:199-201.
- 101- Tümerdem Y. (2006) Gerçek yaş. Türk Geriatri Dergisi, 9:195-196.
- 102- Mollahaliloğlu S. Türkiye'de Sağlığa Bakış (2007). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 710. Bölük Ofset Matbaacılık Ltd Şti, Ankara.
- 103- Durgun BÇÇ (1997) Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Türk Geriatri Dergisi, 2: 115-120.
- 104- Coşkun M. (1998). Samsun il merkezinde yaşayan yaşlıların sürekli kaygı düzeyleri ve bazı sosyoekonomik etmenleri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- 105- Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G.(2005) Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:227-239.
- 106- Özkömür ME, Mas N, Acımış NM, Eris O, Mas R, Yazıcı C, Kocabıyık N. (2006) Karamürsel ilçesinde yaşayan yaşlıların sosyal yaşama ilişkin özellikler,. Sted 15(5):82-87.
- 107- Öz F. (2002) Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz Dergisi. 10:17-28.
- 108- Kısıl A, Beşer A. (2009) Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bullentin, 8:357-364.
- 109- Bölükbaş N, Arslan H.(2003). Huzurevinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi, Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Düşünen Adam Dergisi, 16:235-239.
- 110- Onat Ü, Çevik BB. (2006) Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmet Veren Kuruluşlar Ve Özellikleri. Arıoğul S (Editör). Geriatri Ve Geriontoloji'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 67-67.
- 111- Karaduman A. (2003) Yaşlıya sunulan sosyal hizmetlerin organizasyonu, II. Ulusal Geriatri Kongresi Bildiri Kitabı, 20-24 Ekim, Antalya.

- 112- Martinson IM, Widmer AG, Portilloc J. (2002) Home Health Care Nursing, Second Edition, W.B. Saunders Company.
- 113- Koçer A, Uysal A. (2008) Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri ve evde bakım. Aile ve Toplum Dergisi. Ocak-Şubat-Mart 121-128.
- 114- Özkan Ö. (2000) Finans boyutu ile evde sağlık hizmetleri neyin alternatifi, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran .15:3.
- 115- 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı Giriş Bölümü, İstanbul, 24-26 Eylül 1998.
- 116- Okumuş H, (2002). III. Basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı bakımı, I. Ulusal Geriatri Kongresi Bildiri Kitabı, 30 Ekim-3 Kasım, Belek, Antalya.
- 117- Bilge Y. (2007) Ölüm sürecini standardize edilmesi ile hospiz yaklaşım tarzının ilişkisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 60:110-115.
- 118- Toyler CR, Lillis C, Lemane P, Lynn Pİ. (2008) Fundamentals Of Nursing The Art And Science Of Nursing Care, Sixth Edition, Tokyo.
- 119- Aştı N, (2002). Çeşitli yönleri ile geriatik bakım: bakım hizmetleri ve hemşirenin rolü, I. Ulusal Geriatri Kongresi Bildiri Kitabı, 30 Ekim- 3 Kasım, Antalya.
- 120- Sheltered Housing, www.cityoflondon.gov.uk, Erişim tarih: 17.01.2011
- 121- Onat Ü, Tufan B. (2003). Yaşlanma ve sosyal hizmet, II. Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, 9-12 Nisan, Denizli.
- 122- Bahar A, Parlar S. (2007) Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2:4-5.
- 123- Karahan A, Güven S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım, Türk Geriatri Dergisi. 5:155-159.
- 124- Akdemir N.(2003). Evde bakım. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Türk Geriatri Vakfı Yayını, Antalya.
- 125- Akbayrak N. (1994). Yaşlılık Sorunları. GATA Tıp Akademisi Yayınları, Ankara.
- 126- Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. (2001). Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönden değerlendirilmesi. Türk geriatri dergisi. 3:106-112.
- 127- Çekal N. (2006) Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Beslenme Servisi Örgütünden Memnuniyet Durumları. Aile Ve Toplum Dergisi Temmuz-Ağustos-Eylül. 43-53.

- 128- Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. (2002) Bursa Huzurevi Yaşlılarının Sosyodemografik Özellikleri Ve Sağlık Tarama Sonuçları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 28: 65-69.
- 129- Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar Ş. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Geriatri Dergisi. 7: 45-50.
- 130- Danış MZ. (2006). "Toplum temelli bakım anlayışı", Özveri Dergisi, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm>, Erişim tarih: 17.01.2011
- 131- Doğan F. (2006) Evde bakım ve tedavi hizmetleri ve sağlık politikamızdaki Yeri, Ed: Fadilloğlu Ç., Doğan F., Ertem G., Evde Bakım, İzmir.
- 132- Danış MZ, Tufan AB. (2003). Küçük grup bakım modeli beypazarı-sekli yaşlılar köşkü örneği, Ed: Kalıncara V., II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı, Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği Yayını, Horoz Medya Yayınevi, Denizli. 217-225.
- 133- Akın G. (2006) Yaşlı ve Toplum. Her Yönüyle Yaşlılık'ta. Ankara: Palme Yayıncılık. 72-75.
- 134- Öztürk O. (1994) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 5. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 567.
- 135- Lehr U.(1990) Yaşlanmanın Psikolojisi. Çev: B.Çotuk, N. Eryar, Bilimsel ve Teknik yayınları Çeviri Vakfı Yayın, İstanbul, 507.
- 136- Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A.(2002). Edirne huzurevinde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. Türk Geriatri Dergisi, 5:144-149.
- 137- Akdemir N, Çınar Fİ, Görgülü Ü. (2007) Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi, 10:215-222.
- 138- Karaca F. (2005) Huzurevinde kalan yaşlıların hayata bakış açıları ve gelecekle ilgili beklentileri. Aile ve Toplum Dergisi. Nisan-Mayıs-Haziran, 50-72.
- 139- TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Hizmetleri, <http://www.shcek.gov.tr> Erişim tarih: 20.08.2010
- 140- Sertbaş G., Bahar A. (2003). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşlılığa ilişkin görüşleri ve sosyal uyumlarının değerlendirilmesi, Hemşirelik Forumu, 6:33-39.

- 141- Katz IR, Smith BD (1995) Psychiatric Aspects Of Longterm Care. Comprehensive Textbook Of Psychiatry, 2. Cilt, 6. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams&Wilkins, 2622-2627.
- 142- Zarit SH, Dolan MM, Leitsch SA (1998) İnterventions İn Nursing Homes And Other Alternative Living Settings. Clinical Geropsychology, IH Nordhus, GR Vandenbos, S Berg (Ed), Washington DC, American Psychological Association, 329-344.
- 143- İçli G. (2004). Huzurevinde kalan yaşlılar üzerine bir araştırma. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 1:5-24.
- 144- Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007. (Ed: Mollahaliloğlu S) T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 710. Bölük Ofset Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara.
- 145- Karataş S. (1990). Yaşlılıkta yaşam doyumu ve etkileyen etmenler, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, 8;(1-3):105-114.
- 146- Türel G. (2009). Yaşlılıkta kente katılım. V. Ulusal Yaşlılık Kongresi. Sivas. 277-285.
- 147- Arpacı F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.
- 148- Arpacı F, Ersoy AF. (2008). Evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşamaya ilişkin görüşleri. Aile ve Toplum Dergisi. Temmuz-Ağustos-Eylül. 87-97.
- 149- Bayık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş. (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Türk Geriatri Dergisi, 5:68-74.
- 150- Seçkin Ü., Bodur H., Kutsal YG (1998). Yaşlılarda ilaç tüketimi. Türk Geriatri Dergisi, 1:36-38.
- 151- Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş (2006). Yaşlılarda tedaviye uyum. Türk Geriatri Dergisi, 9:177-181.
- 152- Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı Ş, Oktay Ş. (2001) Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 4:100-105.
- 153- Akıcı A. (2006) Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutu. Türk Geriatri Dergisi. Özel Sayı, 19-27.
- 154- Güner P, Güler Ç. (2002) Yaşlıların ev güvenliği ve denetim listesi. Türk Geriatri Dergisi, 5:150-154.

- 155- Ellidokuz H, Ellidokuz E, Uçku R, Aydın Ü. (2005) kurumda ve evde yaşayan yaşlılarda sağlık durumu değerlendirilmesi. Sağlık Ve Toplum Dergisi. 15:40-44.
- 156- Solmaz T, Akın B. (2009) Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. Türk Geriatri Dergisi, 12:72-81.
- 157- Topbaş M, Yarış F, Çan G. (2003) Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi?: trabzon'da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. Ege Tıp Dergisi. 42:85-90.
- 158- Arslan Ş, Atalay A, Kutsal YG. (2000) Yaşlılarda ilaç tüketimi. Türk Geriatri Dergisi, 3:56-60.
- 159- Karadakovan A. (1992) Yaşlılarda ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. Ege Üniversitesi HYO Dergisi, 8:97-106.
- 160- Evcik D, Kızılay B. (2001) Geriatrik hastalarda el kavrama ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlik düzeyi ile ilişkisi. Türk Geriatri Dergisi, 4:11-14.
- 161- Oktay Ş, Akıcı A. (2001) Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci. Türk Geriatri Dergisi, 4:127-133.
- 162- Arslan GG, Eşer İ. (2005) Yaşlılara verilen eğitimin ilaç kullanım uyumuna etkisinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi, 8:134-140.
- 163- Ertürk A. (2005) Huzurevindeki yaşlıların ilaç kullanım hataları ve etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- 164- Eski Ö, Pınar R. (2005) Kardiyovasküler problemi olan yaşlılarda ilaç kullanım hatalarının izlenmesi. Türk Geriatri Dergisi, 8:141-147.
- 165- Erenmemişoğlu A. (2006) Yaşlılarda ilaç kullanımını etkileyen farmakokinetik değişiklikler. Türk Geriatri Dergisi. Özel Sayı. 29-32.
- 166- Kutsal YG. (2006) Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı. 37-44.
- 167- Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğer T. (1999) Yaşlıda ilaç kullanımı, Türk Geriatri Dergisi, 2:33-38.
- 168- Erdinçler DS . (1998) Yaşlıda ilaç kullanımı, Sendrom, 10:35-40.
- 169- Kaymakçalan Ş, (1982) Yaşlılık ve ilaçlar. Türkiye Klinikleri Dergisi. 23:205-215.

- 170- Tunca M. (2006) Yaşlılarda ilaç etkileşimleri ve klinik önemi. Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı, 45-48.
- 171- Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Kutsal YG, Yücel M. (2000) Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel- kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi, 3:6-10.
- 172- Korkmaz M. (2006) Yaşlılıkta İlaç Kullanımı ve Polifarmasi. Fadiloğlu Ç (Ed). İleri Geriatri Hemşireliği. Metam Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir. 77-89.
- 173- Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. (2010). Birinci basamakta 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylere verilen ilaç eğitiminin ilaç yöntemleri üzerine etkisi. Türk Geriatri Dergisi, 13:99-104.
- 174- Arslan GG, Eşer İ. (2005) Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergis., 29:147-157.
- 175- Diker J. (2000) Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi, 3(3):91-97.
- 176- Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO. (2006) Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Türk Geriatri Dergisi, 117-121.
- 177- Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. (2006) Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:232-239.
- 178- Nobili A, Tettamanti M, Frattura L. (1997) Drug use by the elderly in Italy. Ann Pharmacother. 31:416-422.
- 179- Altıparmak S. (2009) Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 23:159-164.
- 180- Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö.(2002) Ankara'da Altındağ sağlık ocağı bölgesi mahallesi'nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. Türk Geriatri Dergis., 5:97-102.
- 181- Vançelik S, Çalıköğlü O, Güraksın A, Beyhun E. (2006) Erzurum il merkezi'ndeki erişkinlerin ilaç kullanım davranışları ve ilişkili faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni. 25 (2):33-38.

- 182- Dolu Çİ. (2008) Yaşlı bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik programı yüksek lisans tezi. Ankara Ekim .
- 183- Dudak AH, Çakıl E, Aykut M., Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y.(2006) Kayseri il merkezinde yaşlıların mediko-sosyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. Türk Geriatri dergisi. 9 :202-212.
- 184- Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, kişiöğlü AN.(2004). Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı. Sürekli tıp eğitimi dergisi, 12(12):441-454.

8. EKLER

HUZUR EVİNDE KALAN KİŞİLERİN İLAÇ KULLANMA DURUMLARI

Bu araştırma yaşlılık döneminde önemli bir sağlık sorunu olan ilaç kullanımını saptamak amacı ile huzurevlerinde yaşayan yaşlıların ilaç kullanma davranışlarını ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılacaktır. Değerli katılımcılar, ankete ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız. Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

1- Bulduğunuz il:

2- Cinsiyetiniz?

1- Kadın 2- Erkek

3- Yaşınız?.....

4- Medeni Durumu?

1- Evli 2- Bekar 3- Dul/ Boşanmış

5 - Öğrenim Durumu?

1- Okur-yazar değil
2- Okur-yazar
3- İlkokul mezunu
4- Ortaokul/ Lise mezunu
5- Yüksekokul/ Fakülte mezunu

6- Buraya gelmeden önce yerleşim yeri neresi idi?

1- İl 2- İlçe 3-Köy

7- Sosyal güvenceniz nedir?

1- Yeşil kart 2- SSK 3- Bağ-Kur 4- Emekli Sandığı
5- Özel Sigorta 6- Diğer (.....)

8- En son yaptığınız iş nedir?

9- Kaç yıl bu işte çalıştınız?

- 10- Maaş durumunuz (geliriniz) nedir?
1- Doğrudan maaş 2- Başkasından kalan maaş
3- Almıyorum 4- Diğer
- 11- Aylık geliriniz ne kadar? (Almayanlar cevaplamayacak)
..... TL
- 12- Bu kurumda kaç yıldan beri yaşamakta sınız? yıl
- 13- Bu kurumda kaldığınız süre boyunca herhangi bir ücret ödüyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
- 14- Evet ise ne kadar ücret ödüyor sunuz? TL
- 15- Çocuk sahibimi siziz?
1- Evet 2- Hayır
- 16- Kaç tane çocuğunuz var?Kız,Erkek
- 17- Evli olan çocuk sayınız?Kız, Erkek
- 18- Kuruma yerleşmeye karar vermenizde kim etkili oldu?
1- Kendiniz
2- Kendiniz ve 1. derecede yakınınız
3- Kendiniz ve 2.3. derecede yakınınız
4- Diğer (köylüsü, arkadaşı, vs..)
- 19- Bu kurumda kalmaktan ne kadar memnun sunuz?
1- Çok memnun 2- Memnunun 2- Orta memnun
3-Az memnun 4-Hiç memnun değil
- 20-Bu kurumda kalırken özel bakıcıya gereksinim duyuyor musunuz?
1- Çok 2- Orta 3- Az 4- Hiç
- 21- Sizinle beraber kalan bakıcınız var mı?
1- Evet 2- Hayır
- 22- Daha önceden teşhis edilmiş kronik bir hastalığınız var mı?
1- Hipertansiyon
2- Romatizmal Hastalık
3- Aterosklerotik Kalp ve Damar Hastalığı(ASKDH)
4- Diabetes Mellitüs
5- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
6- Serebravasküler Hastalık
7- Guatr
8- Kanser (.....)
9- Yok

1- Diğer (.....)

23- Őu an hangi ilacı kullanmakta sınız?

- 1- Analjezik ve Antiinflamatuvar ilaçlar (kas-iskelet)
- 2- Antibiyotikler
- 3- Antihipertansiflar
- 4- Vitaminler ve Nutrisyonel Preparatlar
- 5- Endokrin Sistem ilaçları
- 6- Gastrointestinal Sistem ilaçları
- 7- Genitoüriner Sistem ilaçları
- 8- Kardiyovasküler Sistem ilaçları
- 9- Oftalmik Preparatlar
- 10- Otik Preparatlar
- 11- Solunum Sistemi ilaçları
- 12- Santral Sinir Sistemi ilaçları
- 13- Psikiyatrik ilaçlar
- 14- Diğer(.....)

24- Őu an birden fazla ilaç kullanıyor musunuz?

- 1- Hayır
- 2- Evet

25- İlaç kullanıyorsanız kaç tane (21.Soru Evet ise)

26- Kullandığınız ilaçların adını biliyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

27- Evet ise ilaçların adı:

.....
.....
.

28- Kullandığınız ilaçları kim önerdi?

- 1- Doktor
- 2- Hemşire
- 3- Eczacı
- 4- Arkadaş, akraba
- 5- Diğer

.....

29- Kullandığınız ilaçları önerilen Şekilde kullanıyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

30- Cevabınız hayır ise nedeni nedir?

- 1- Birden fazla ilaç kullandığı için karıştırıyor
- 2- İlaı almayı unutuyor
- 3- Önemsemiyor
- 4- Diğer (.....)

31- Kullandığınız ilaçların yan etkilerini biliyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

32- Prospektüs okur musunuz?

- 1- Evet 2- Hayır

33- Prospektüs okumama nedeni nedir?

- 1- Yazılan ifadeleri anlamama 2- Görme problemi 3- Okuma bilmeme
4-Gerek yok

34- Kullandığınız ilaçlar size yan etki yapıyor mu?

- 1- Evet 2- Hayır

35- Kullanmakta olduğunuz ilaç hakkında sağlık personeli size bilgi verdi mi?

- 1- Evet 2- Hayır

36- Evet ise hangi konuda eğitim aldınız?

- 1- Doz 2-Zaman 3- Süre 4- Kullanım amacı 5- Yan etkileri
6- İlaç etkileşimleri 7- Diğer (.....)

37- Eğitimi kimden aldınız?

- 1- Doktor 2- Hemşire 3- Eczacı 4- Akraba veya arkadaşı
5- Diğer (.....)

38- Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyor sunuz?

- 1- Çok iyi 2- İyi 3- Orta 4-Kötü 5- Çok kötü

39- Sağlık hizmetini kimden almak ister siniz?

- 1- Doktor 2- Hemşire 3- Fizik tedavi uzmanı 4- Psikolog
5- Diğer (.....)

9. ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Antalya’ da doğdum. İlköğretim ve lise eğitimimi Serik’te tamamladım. 1998-2003 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda lisans eğitimimi tamamladım. 2003-2004 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde yoğun bakım hemşiresi olarak görev yaptım. Halen Fırat Üniversitesi hastanesinde yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktayım. Evli ve bir çocuk annesiyim.