



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

**ANTALYA İL MERKEZİNDE 1. BASAMAK
SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURAN YAŞLI
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE
REHABİLİTASYON İHTİYAÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan Hüseyin AVCI

Antalya, 2011



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

**ANTALYA İL MERKEZİNDE 1. BASAMAK
SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURAN YAŞLI
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE
REHABİLİTASYON İHTİYAÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan Hüseyin AVCI

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hakan YAMAN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2011

“Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 2011.04.0103.006 Proje No ile desteklenmiştir”

TEŞEKKÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği asistanlık eğitimim boyunca sundukları bilimsel, verimli ve destekleyici ortam için değerli hocam, Sayın Prof.Dr. Hakan Yaman ve Yrd.Doç.Dr. Melahat Akdeniz'e,

Rotasyonlarım nedeniyle anabilim dallarında eğitim alma fırsatı bulduğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi, Acil Tıp, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Kardiyoloji Anabilim Dallarının öğretim üyeleri, asistan ve çalışanlarına,

Tezime olan katkı ve destekleri için Doç. Dr. Nehir Samancı Karaman, Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve Araştırma Görevlisi Selen Bozkurta, Yrd.Doç.Dr. Yeşim Yiğiter Şenol'a, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekim ve personele, Aile Hekimliği Anabilim Dalı çalışanlarına, her türlü yakın ilgi ve desteklerini esirgemeyen Tıp Fakültesi Dekanlığı İnsan Kaynakları Şubesi çalışanlarına,

Bu günlere gelebilmem için maddi manevi hiç bir fedakarlıktan kaçınmayan canım annem, babam ve kardeşlerime, asistanlık eğitimim süresince destek ve sevgilerini hep yanımda hissettiğim sevgili eşim Sema Avcı ve oğullarım Yusuf Çağan ve Asım Çağatay'a ve buraya ismini yazamadığım ancak tüm süreç boyunca bana destek olan değerli hocalarım ve tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Kısaltmalar Dizini	iii
Tablolar Dizini	iv
Grafikler Dizini	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık Kavramı	4
2.2. Türkiye ve Dünyada Demografik Değişim	5
2.3. Yaşlılık ve Rehabilitasyon	8
2.4. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi	8
2.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	10
2.6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	11
2.7. Sağlık Hizmetlerinin Ekolojisi	12
2.8. 65 Yaş Üstü Bireylerde Sağlık Hizmetlerinin Ekolojisi	13
2.9. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği	14
2.10. Yaşlılık, Aile Hekimliği ve GeroFam Kavramı	17
2.11. Yaşlılık, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Biyopsikososyal Yaklaşım	19
2.12. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçekleri	21
2.13. Geriyatrik Değerlendirme	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırma Projesi	27
3.2. Araştırma Bölgesi	27
3.3. Örneklem Büyüklüğü	27
3.4. Veri Toplama Formu	27
3.5. Verilerin Toplanması	29
3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	29

3.7. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler ve Araştırmanın Kısıtlılıkları	29
3.8. Verilerin Analizi	29
4. BULGULAR	30
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	30
4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Algıları	30
4.3. Katılımcıların İşlevsel Kapasiteleri ve Yaşam Kalitesi Skorları	33
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR	59
7. ÖZET	61
8. ABSTRACT	63
9. KAYNAKLAR	65
10. EKLER	68

KISALTMALAR DİZİNİ

AD	Anabilim Dalı
AH	Aile Hekimliği
AAF	Active Aging Framework
BB	Birinci Basamak
BP	Beden ağrısı
BPS	Biyopsikososyal Yaklaşım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
ES	Emekli Sandığı
GH	Genel sağlık anlayışı
GYEA	Günlük yaşamın enstrumantal aktiviteleri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
MCS	Mental özet skorlar
MH	Mental sağlık
PCS	Bedensel özet skorları
PF	Bedensel işlev
RE	Emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması
SF	Sosyal işlevsellik
SF-36	Short Form 36 items
SF-12	Short Form 12 items
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SO	Sağlık Ocağı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VT	Vitalite
YDBBM	Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians.

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılım oranları	34
4.2. Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi	36
4.3. Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi	39
4.4. Sosyal güvenceye göre yaşam kalitesi	41
4.5. Sosyoekonomik durumlarına göre yaşam kalitesi	45
4.6. Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi	47
5.1. 65 Yaş üzeri bireylerin yaşam kalitesi skorlarının Türkiye ortalaması ile karşılaştırılması	52

GRAFİKLER DİZİNİ

<u>Grafik</u>	<u>Sayfa</u>
2.1 Dünya nüfus piramidi: 2000 ve 2050	6
2.2 Yaş Piramitleri Türkiye 1935, 2000, 2020, 2050	7
2.3 Sağlık Hizmetlerinin Ekolojisi	13
2.4 Antalya ilinde 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık davranışları	14
4.1 Katılımcıların cinsiyete göre dağılım oranları	31
4.2 Katılımcıların yaş gruplarına genel sağlık algıları	31
4.3 Cinsiyete göre katılımcıların bir yıl öncesi ile genel sağlıklarını karşılaştırmaları	32
4.4 Yaş gruplarına göre katılımcıların bir yıl öncesi ile genel sağlıklarını karşılaştırmaları	33

1. GİRİŞ

İnsanların doğuştan yaşam beklentisinin giderek artması tüm dünyada demografik yapıyı değiştirmekte ve dünya nüfusu içinde yaşlıların oranı hızla artmaktadır. Tüm dünyada 2006'da 60 yaşın üzerindeki kişi sayısı 650 milyon iken, 2025'de bu sayının ikiye katlanarak 1.2 milyar olması beklenmektedir. 2050'ye kadar tüm dünyada 60 yaş üstü 2 milyar insanın olacağı öngörülmektedir (1).

Bizim ülkemizde hızla yaşlanmaktadır ve demografik yaşlanma hızı çok yüksek ülkeler arasındadır. Yaşı 60 ve üzerindeki 1960 dan bu yana %57, yaşı 80 ve üzerindeki %266 oranında artmıştır. Türkiye'yi toplumları yaşlı olan ülkelere ayıran en önemli özellik nüfusunun artmaya devam etmesidir (2). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) istatistiklerine göre 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısı 6,147 milyon civarındadır. Yaşlı kişi sayısının 2015'de 8 milyon 400 bin üzerinde; 2025 yılındaysa 12milyon kişinin üzerinde olması beklenmektedir (1). 2008 yılında yayımlanan WHO (Dünya Sağlık Örgütü) sağlık istatistiklerine göre Türkiye'de beklenen insan ömrü 71/75 yaş iken sağlıklı yaşam beklentisi 61/63 yaştır (3).

Demografik değişim ve gelişmelerin farkında olarak DSÖ 1999 senesini yaşlılar yılı ilan etmiş yaşlı bireyler için Birleşmiş Milletler (BM) İlkelerini yayınlamışlardır (4). Bu ilkelerde yaşlılar için yapılacak girişimlerde beş ana konunun dikkate alınması istenmiştir: bağımsızlık, katılım, bakım, kendine yeterlilik ve saygınlık. DSÖ'ya göre “Tüm ülkelerde, özellikle gelişmekte olan ülkelere, yaşlı kişilerin sağlıklı ve etkin kalmalarına yardım etmek için önlemler alınması lüks değil bir gerekliliktir.” Birleşmiş Milletler 2002 yılında Madrid'te Aktif Yaşlanma Çerçeve programını (Active Aging Framework = AAF) ilan etmiştir. Bu programla Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelere yaşlı kişilerin yaşam kalitelerini artırmak için gerekli önlemlerin alınması konusunda çağrıda bulunmaktadır (5).

Yapılan araştırmalar yaşlanan toplumlarda bakıma muhtaç yaşlıların sayısının arttığını göstermektedir (6). İlerleyen yaş ile birlikte, hepsi olmasa bile pek çok yaşlı birey bazı fiziksel bedensel yetilerini kaybetmektedirler. Bunun sonucunda içinde bulundukları sosyal konumları da değişmekte, üretkenlikleri azalmaktadır. Birçok yaşlı bu nedenle ya kendini izole etmekte ya toplumdan dışlanmakta ya da ihmal veya istismara maruz kalmaktadırlar (7, 8).

Yaşlanmaya bağlı yeti kayıpları ve düşkünlük ve engelliliğe neden olan etmenlerin kontrol edilmesi ya da olumlu yönde değiştirilmesi bireylerin sahip oldukları sağlık sermayelerini mümkün olduğunca korumaya yardımcı olurken, yaşamlarının daha uzun bir bölümünde toplumun etkin üyeleri olarak kalmalarını da sağlayabilmektedir. Bu kavram DSÖ tarafından aktif yaşlanma olarak nitelendirilir ve “insanların yaşlanırken yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım (ortaklık) ve güvenlik için fırsatları optimize etme süreci olarak tanımlanır” (7).

Yaşlı kişilerin toplumları içinde daha verimli ve bağımsız kalmalarını sağlamanın bir diğer yolu geriyatrik rehabilitasyondur. Geriyatrik rehabilitasyon her hastanın kendine özel gereksinimleri doğrultusunda planlandığında başarı şansının arttığı bir süreçtir. Bu plan için ön koşul geriyatrik hastanın işlevsel değerlendirmesinin yapılmasıdır (8). DSÖ yaşam kalitesini “içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılama düzeyi” olarak tanımlamaktadır (9). Günümüzde doğuştan yaşam beklentisinin artması ile artan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin korunabilmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

Sağlık sunumunun iyileştirilmesi için hastaların sağlık üzerindeki görüşlerini değerlendirmek için kullanılacak yöntemler özellikle son on yıl boyunca geliştirilmiştir. Bireylerin sağlıklı, bağımsız ve mutlu bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli olanakların sağlanması, sağlık hizmeti ve sosyal destek kaynaklarının değerlendirilmesi açısından yaşam kalitesinin ölçülmesi giderek artan bir önem kazanmaktadır. Bunun nedeni kamu sağlığının korunmasında hastaların katılımının esas olması ve kullanılan yöntemlerin geçerliliği ve etkinliğinin gösterilebilmesi için hastaların özel yöntemlerle görüşlerinin alınmasıdır (10,11).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yerine getirebilme düzeyi, bedensel yetersizlik durumu, yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental memnuniyeti ifade eder (12).

Sağlık sistemlerinin sürekli kapsamlı bakıma yönelimi yaşlı kişilerin gereksindikleri bakım için üçüncül yaklaşımdan çok birincil yaklaşımları vurgulamalıdır (13). Çünkü birinci basamak sağlık merkezi, yaşlı sağlığının ele alınabileceği topluma en yakın hizmet birimidir. Yaşlı bireyler çoğu sorunları için

birinci basamak sağlık kuruluşlarına müracatederler. Hekim yaşlı bireyin sözel olarak ifade etmediği başka problemleride belirleyebilmek için kişinin genel sağlığını ve işlevsel kapasitesini ve yaşam kalitesini değerlendirmelidir.

Yaşlı bireylerin klinik araştırma aşamaları tıbbi konular kadar işlevsel durum, psikolojik durum ve sosyal parametreleri de kapsamalıdır. Kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin faydaları artan tanı doğruluğu, gelişim gösteren mental ve fonksiyonel kapasite, hastane ve evde bakım ihtiyacında azalma ve artan hasta memnuniyetidir. Geriyatrik değerlendirme aşamaları kişinin şikayetlerinin araştırılması ile birlikte riskli davranışların belirlenmesi, danışmanlık desteği, tarama, kemoprofilaksi, aşılama gibi önleyici sağlık bakım girişimlerini, rehabilitasyonu, uzun süreli izlemi içermelidir (14,15).

Bu nedenlerle bu çalışmada Antalya il merkezinde, 1. basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlı hastaların yaşam kalitesi ve rehabilitasyon gereksinimlerinin değerlendirilmesi, yaşlı nüfusun artışı ile birlikte yaşlıların yaşam kalitelerinin korunması ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri için rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla gerekli verilerin toplanabilmesi, rehabilitasyon ihtiyacının ileri yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımının belirlenebilmesini sağlanabilmesi, yaşam kalitesi ve rehabilitasyona ihtiyaç duyulma düzeyinin Antalya ili aısından değerlendirilmesini sağlanabilmesi, alt yapı, insan gücü, sağlık politikaları ve yatırımlar için aydınlatıcı olabilmek, yaşlılara yönelik hizmetlerin önemli hedeflerinden biri olan günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın derecesini belirlenebilmesi, yaşam kalitesini arttırmak amacıyla mediko-sosyal hizmetlerin yapılmasına ve planlanmasına katkı sağlanması, her yaş döneminin sağlığını geliştirilmesi aısından, gecikmiş bir dönem olarak kabul edilmeden verilecek olan hizmet kalitesinin artırılmasının sağlanması, yaşlı nüfusun kendine özgü ihtiyaçlarına yönelik çalışmaları artırarak hizmet politikaları ve hasta hakları kriterlerinin belirlenmesine katkı sağlanması, toplum içinde sayıları her geçen gün artan yaşlı bireylerin daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmeleri için bundan sonra yapılacak olan araştırmalara veri sağlayabilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı

Yaşlanma bedensel, ruhsal ve sosyal tüm işlevlerde azalmaya neden olan geri dönüşü olmayan fizyolojik bir süreçtir. DSÖ yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yetisinde azalma olarak tanımlamaktadır. Bireyin yaşlanması ile bütün sistem ve organlarda yapısal fizyolojik değişimler görülmektedir. Yaşlıda görülen yapısal değişimler kişide özellikle kronik hastalıkların ortaya çıkma ihtimalini artırmaktadır. Ortaya çıkan sağlık sorunları ve sosyal sorunlar, bağımlılık, engellilik, düşkünlük ve bakıma muhtaçlık yaşlanma sürecinin özelliğidir (1). Hipertansiyon, kardiyovasküler problemler, serobrovasküler hastalıklar, diyabet, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları (KOA), maligniteler, kas-iskelet hastalıkları (artritler, osteoporoz vs.), mental sorunlar (demansiyel sorunlar ve depresyon) işitme ve görme sistemi hastalıkları yaşlanmayla beraber daha çok ortaya çıkan sağlık problemleridir (16). İşlevsellikte azalma, engellilik ve düşkünlük de yaşlanma ile ortaya çıkan durumlardır (17).

Yapılan araştırmalar yaşlanan toplumlarda bakıma muhtaç yaşlıların sayısının arttığını göstermektedir (6). İlerleyen yaş ile birlikte, hepsi olmasa bile pek çok yaşlı birey bazı fiziksel yetilerini kaybetmektedirler. Bunun sonucunda içinde bulundukları sosyal konumları da değişmekte, üretkenlikleri azalmaktadır. Birçok yaşlı bu nedenle ya kendini izole etmekte ya toplumdan dışlanmakta ya da ihmal veya istismara maruz kalmaktadırlar (7,8).

Yaşlanmaya bağlı yeti kayıpları ve düşkünlük ve engelliliğe neden olan etmenlerin kontrol edilmesi ya da olumlu yönde değiştirilmesi bireylerin sahip oldukları sağlık sermayelerini mümkün olduğunca korumaya yardımcı olurken, yaşamlarının daha uzun bir bölümünde toplumun etkin üyeleri olarak kalmalarını da sağlayabilmektedir. Bu kavram DSÖ tarafından aktif yaşlanma olarak nitelendirilir ve “insanların yaşlanırken yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım (ortaklık) ve güvenlik için fırsatları optimize etme süreci olarak tanımlanır” (18).

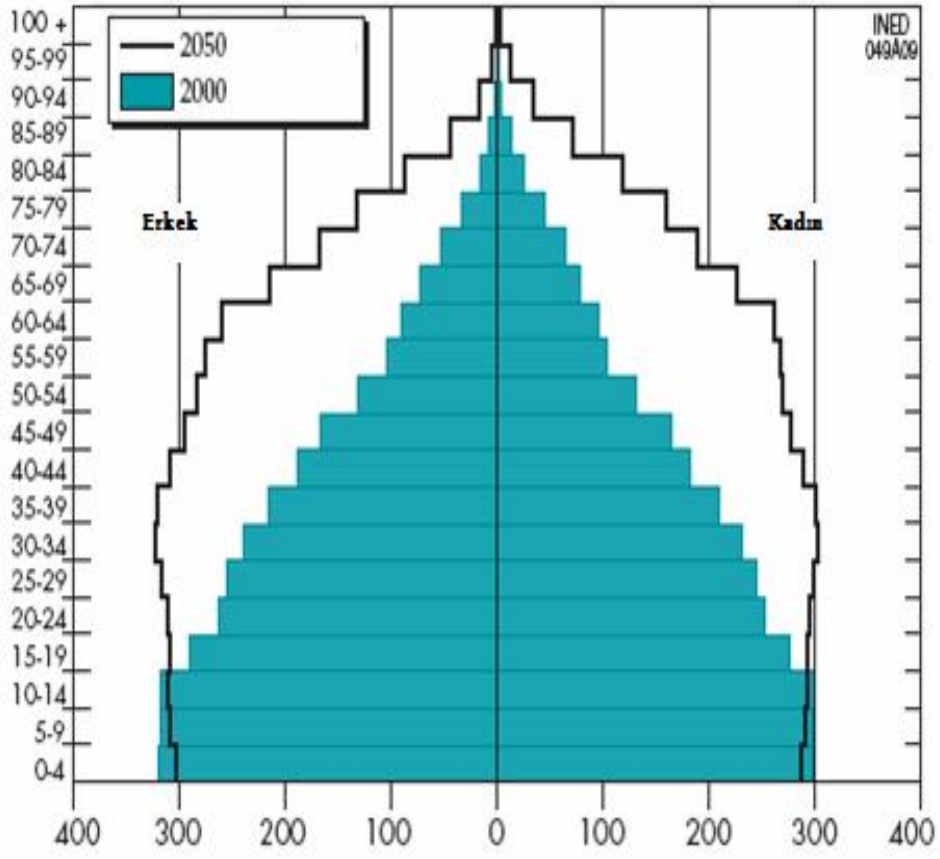
Yaşlanma, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Yaşlılardaki patolojik değişiklikleri anlayabilmek için yaşlanmanın normal seyrini bilmek gerekir. Genetik

özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin hastalıklar, travmalar ve stresle fizyolojik başa çıkma yollarındaki farklılıklar nedeni ile biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır. Normal yaşlanma sürecinde, zamana bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler, normal koşullar altında işlev kaybına neden olmazlar, ancak organ sistemlerinin rezervlerinde ve homeostatik kontrolde bir azalma söz konusudur ve bu nedenle vücudun çeşitli stres ve değişen koşullara adaptasyonu azalmaktadır (11).

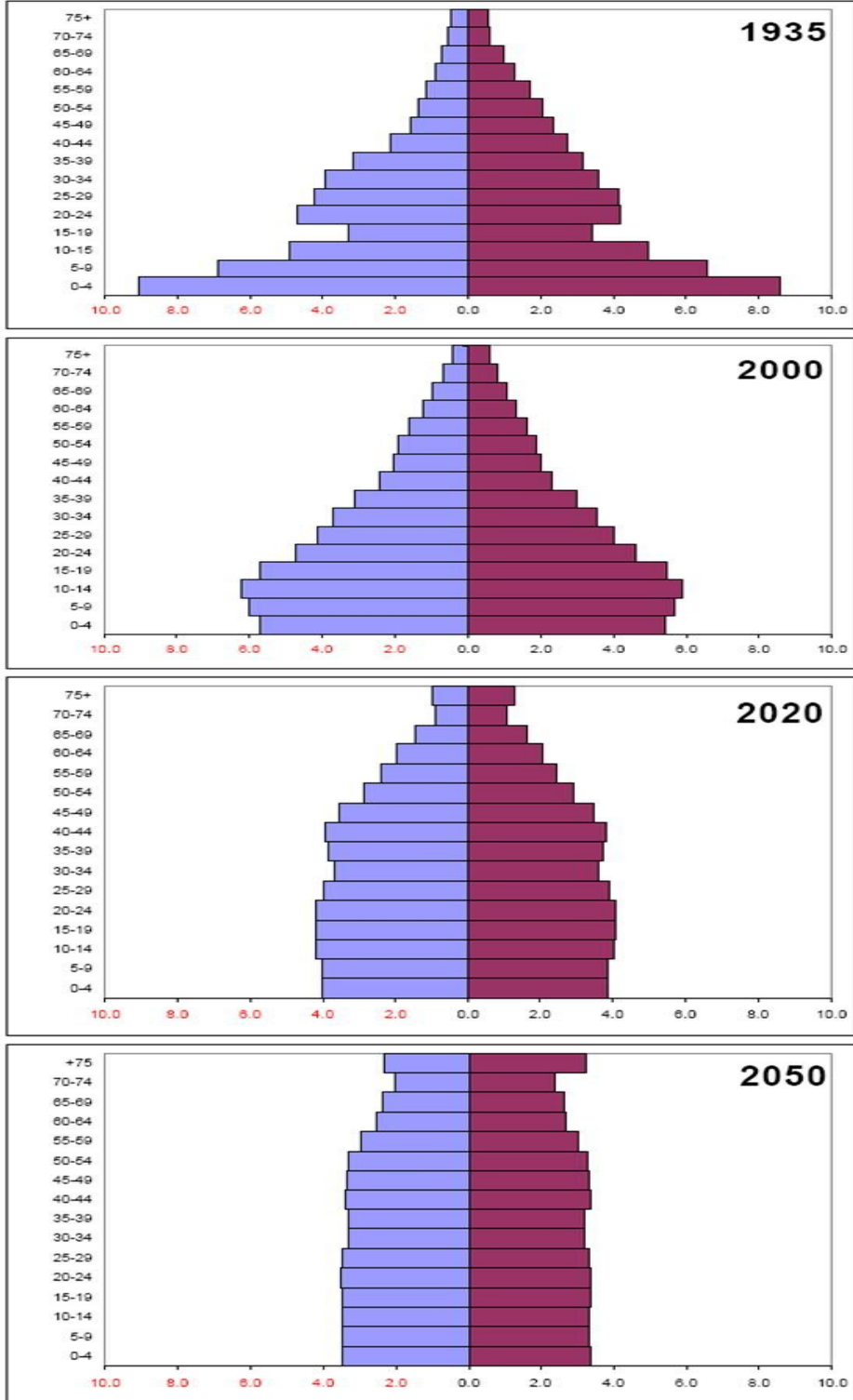
2.2. Türkiye ve Dünyada Demografik Değişim

İnsanların doğuştan yaşam beklentisinin giderek artması tüm dünyada demografik yapıyı değiştirmekte ve dünya nüfusu içinde yaşlıların oranı hızla artmaktadır. İnsanların doğuştan yaşam beklentisinin giderek artması insanlığın ve tıbbın başarısıdır. Dünyanın hızla yaşlanıyor olması bir gerçektir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) genel popülasyonu içinde 2030 yılına kadar 65 yaş ve üzeri nüfusun 65milyon, 2050 yılına kadar ise 80 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Tüm dünyada 2006'da 60 yaşın üzerindeki kişi sayısı 650 milyon iken, 2025'de bu sayının ikiye katlanarak 1.2 milyar olması beklenmektedir. 2050'ye kadar tüm dünyada 60 yaş üstü 2 milyar insanın olacağı öngörülmektedir. 2030'a kadar yaklaşık olarak Kuzey Amerikalıların %20'si, Avrupalıların %24'ü ve Asyalıların %13'ü 65 yaşın üzerinde olacaktır (1) (Grafik 2.1.).

Bizim ülkemizde hızla yaşlanmaktadır ve demografik yaşlanma hızı çok yüksek ülkeler arasındadır. Yaşı 60 ve üzerindeki 1960 dan bu yana %57, yaşı 80 ve üzerindeki %266 oranında artmıştır. Ülkemizin ise OECD ülkeleri içinde en hızlı yaşlanan ülkeler arasında bulunması dikkat çekicidir. Türkiye'yi toplumları yaşlı olan ülkelere ayıran en önemli özellik nüfusunun artmaya devam etmesidir (2). Devlet Planlama Teşkilatı 2005 verilerine göre 65 yaş ve üzerindeki kişiler 6,147 milyonu bulmaktadır. Bu sayının 2015'de 8 milyon 442 bin 700; 2025'de ise 12 milyon 55 bin 400 olması öngörülmektedir (1)(Grafik 2.2.). 2008 yılında yayımlanan DSÖ sağlık istatistiklerine göre Türkiye'de beklenen insan ömrü 71/75 yaş iken sağlıklı yaşam beklentisi 61/63 yaştır (3).



Grafik 2.1. Dünya nüfus piramidi: 2000 ve 2050 (19).



Grafik 2.2. Türkiye Yaş Piramitleri 1935, 2000, 2020, 2050 (20).

2.3. Yaşlılık ve Rehabilitasyon

Yaşlıların pek çoğunda nörolojik, ortopedik veya kardiyopulmoner bozulmalar başlamıştır ve bu bozulmaların her biri için ayrı ayrı tedavi ve rehabilitasyon programları gerekecektir. Bilinen rehabilitasyon uygulamalarından farklı olarak, yaşlılarda rehabilitasyonun amacı genel bir kötüye gidişin durdurulması ve olabildiğince geriye döndürülmesi olduğu için işlevsel restorasyona ve günlük yaşantıdaki bağımsızlığa yönelik uygulamalar daha karmaşık, daha yorucu ve zaman alıcıdır (12).

Doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı popülasyonun giderek artması; gerek bedensel yetilerin kaybı, gerekse bu yaş grubunda görülen kronik ilerleyici hastalıklara bağlı olarak gelişen işlev kayıpları geriyatrik rehabilitasyona verilen önemi daha da artırmaktadır. Yaşlı bireylerin kaybettikleri bedensel yetilerini tekrar kazandırmak, günlük yaşamda bağımsız veya en az bağımlı hale getirmek, bedensel, sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak rehabilitasyonun ana hedeflerini oluşturmaktadır (11).

Yaşlı kişilerin toplumları içinde daha verimli ve bağımsız kalmalarını sağlamanın ayrıca bir diğer yolu da geriyatrik rehabilitasyondur. Geriyatrik rehabilitasyon her hastanın kendine özel gereksinimleri doğrultusunda planlandığında başarı şansının arttığı bir süreçtir. Bu plan için ön koşul geriyatrik hastanın işlevsel değerlendirmesinin yapılmasıdır (10).

2.4. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

DSÖ yaşam kalitesini “içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılama düzeyi” olarak tanımlamaktadır (15). Yaşam kalitesi olgusu işlevsel durum ve statü, sağlık düşünce ve algısı, bireyin kendini mutlu hissetmesi, genel sağlık durumu, iyilik hali, duygusal ve ekonomik durum, psikolojik iyilik hali, sosyal destek ve iletişim becerisi ve beden ağrısı ve benzeri birçok kavramı içermektedir. Günümüzde doğuşta yaşam beklentisinin artması ile artan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin korunabilmesi önem kazanmaktadır. Üretken ve başarılı bir yaşlanma süreci için doğuşta beklenen yaşam süresinin uzun olmasının

tek başına eksik bir yaklaşım olduğu; buna ek olarak yaşanan yıllara yaşam katmanın bir başka ifadeyle anlam katmanın en az birincisi kadar önemli olduğu son dönemlerde benimsenen bir yaklaşımdır. Bu önemli gerekçeyle planlar, eylemler, stratejilerin kapsayıcılığının artması temel bir yaklaşım olmalıdır (21).

Yaşam kalitesinin belirgin olarak düştüğü durumların başında yaşlılık dönemi sayılabilir. Bireysel faktörlerin olumsuzluğu (cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi, vb), günlük etkinlik seviyesinde düşme, uyku problemleri, işlevsel problemler, hareket kapasitesinin azalması, fiziki problemlere bağlı düşme korkusu, engelliliğe yol açan diğer şartlar, akut ve kronik hastalıklar, yaşam kalitesini düşürmektedir (22).

Sağlık sunumunun iyileştirilmesi için hastaların sağlık üzerindeki görüşlerini değerlendirmek için kullanılacak yöntemler özellikle son on yıl boyunca geliştirilmiştir. Bireylerin sağlıklı, bağımsız ve mutlu bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli olanakların sağlanması, sağlık hizmeti ve sosyal destek kaynaklarının değerlendirilmesi açısından yaşam kalitesinin ölçülmesi giderek artan bir önem kazanmaktadır. Bunun nedeni kamu sağlığının korunmasında hastaların katılımının esas olması ve kullanılan yöntemlerin geçerliliği ve etkinliğinin gösterilebilmesi için hastaların özel yöntemlerle görüşlerinin alınmasıdır (15,23).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yerine getirebilme düzeyi, bedensel yetersizlik durumu, yaşamlarında algıladıkları bedensel, sosyal ve mental memnuniyeti ifade eder (24). Sağlık durumu ile işlevsel kapasite arasındaki ilişkiyi ve bu konularda kişinin kendisini nasıl algıladığını göstermek için kullanılmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. İşlevsel kapasite ise kişinin günlük yaşam aktivitelerinin sürdürebilmesi için gerekli olan kendine bakım, yemek yeme, giyinme, ev işleri, alış veriş yapma ve sosyal etkinliklerde kendine yetebilme kapasitesini gösterir.

2.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri temel sağlık (basic healthcare) hizmetlerinin hedeflerini gerçekleştiren birincil tıbbi hizmeti ifade eder. Toplumun ve bireyin sağlığını etkileyen çeşitli sektörleri ve faaliyetleri içerir, koruyucu, sağaltıcı, esenlendirici ve sağlığı geliştirici hizmetleri kapsar. American Institute of Medicine 1996 tanımında birincil bakım, “entegre, erişilebilir sağlık hizmetlerinin ve kişisel sağlık hizmet gereksinimlerinin hastalar ile sürdürülebilir bir ortaklık ile aile ve toplum bağlamında hizmet verebilen klinisyenler tarafından sunulması” olarak ifade edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri toplumdaki hastalıkları ve ölümleri önler, daha hakkaniyetli sağlık hizmeti sağlar ve bölgesel ve diğer sosyoekonomik farklılıkların sağlık üzerindeki etkilerini azaltarak toplumun genel sağlık düzeyini yükseltirken sağlık harcamalarını azaltmaktadır (25).

Birinci basamak sağlık hizmetleri öncelikli ve gereksinim duyulan hizmetlere daha çok ulaşılabilirlik sağlar, daha nitelikli sağlık hizmeti ve koruyucu sağlığa verilen önemi artırır, sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisini sağlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sinerjik etkisi gereksiz ve potansiyel olarak zararlı olan ikincil bakım sağlık hizmetini azaltmadaki önemli rolü bulunmaktadır (26).

Her 10.000 kişi başına düşen birinci basamak hekim sayısı arttıkça tüm nedenlere bağlı mortalite oranları azalmakta, algılanan sağlık düzeyi yükselmekte, hem yoksul hemde kırsal bölgelerde sağlık göstergelerini iyileştirerek bölgesel eşitsizlikleri azaltmaktadır (25).

Düzenli izlem altında olanlarda izlenmeyenlere göre 5 yıllık ölümlülük oranı daha düşük, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı daha düşük; ve izlem altındakilerin daha sağlıklı oldukları tesbit edilmiştir. 10.000 nüfus başına düşen birinci basamak hekim sayısı, 100 hastane yatağı başına düşen hekim sayısına göre mortalite oranları ile daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. İspanya, Kanada, Küba, ABD ve Kosta Rika’da düzenli birincil bakım hekim izleminin çeşitli sağlık göstergelerini çok olumlu etkilediği ve hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerde güçlü birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun genel sağlık seviyesini artırdığı tespit edilmiştir (25).

2.6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

1978 yılında gerçekleştirilen Alma'Ata Konferansında dünyadaki herkesin sağlığını korumak ve geliştirmek için, sağlık ve kalkınmada görevli personelin ve dünya toplumlarının harekete geçmesi gerektiği vurgulanmış ve aralarında ülkenmizinde bulunduğu 134 ülkenin imzası ile Alma'Ata Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirge ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oaranında yararlanabilmesini sağlayacak, birincil bakım hizmetlerine öncelik verilerek kişilerin yaşam kalitelerinin ve sağlık standartlarının yükseltilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle 1980 lerden itibaren dünya genelinde 1. basamak sağlık hizmetleri sağlık sağlık sunum modellerinin odak noktasın haline gelmiştir. Temel özellikleri arasında hiç koşul ve şartsız ilk başvuru noktası olması, hastalık temelli değil birey temel alan sürekliliği olan hizmet verilmesi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyonu da içeren kapsayıcı ve bütüncül bir yapıda olması, kendi içinde ve basamaklar arasında koordinasyon noktası olması, aile ve toplum merkezli olması sayılabilir.

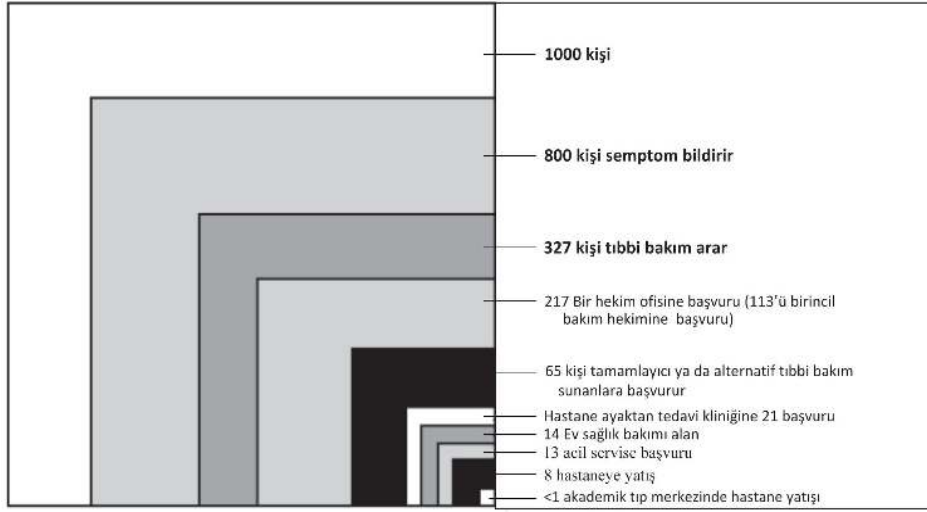
Amerikan Board of Family Practice aile hekimliğinin birinci basamak yaklaşımını 6 madde ile özetlemiştir (27).

1. İlk başvuru noktasındaki hizmet sunum şekli olarak, hastanın sağlık hizmet sistemi içersine giriş noktasını oluşturur.
2. Hastalıkta ve sağlıkta, hastalara uzun süreli hizmet sunum ilkesiyle, hizmetin devamlılığı sağlanır.
3. İçine geleneksel temel branşlardan gerekli olanları alan geniş kapsamlı bir hizmet sunar.
4. Hastanın ihtiyacı olan tüm sağlık hizmetleri için koordinasyonu sağlar.
5. Hastaların takibi ve toplumun sağlık problemlerinin çözümü açısından sürekli bir sorumluluk taşır.
6. Yüksek düzeyde hastalığa değil kişiye yönelik bir hizmet gerçekleştirir.

2.7. Sağlık Hizmetlerinin Ekolojisi

Belirli bir popülasyon da yaşayan bireylerin sağlık davranışlarının incelenmesini içerir. 1961’de White tarafından yapılan Sağlık bakımının ekolojisi ilk araştırmalardandır. White ve ark. belirledikleri popülasyonda kendini hasta veya rahatsız hissedenlerin sağlık arama davranışlarını incelemişlerdir.

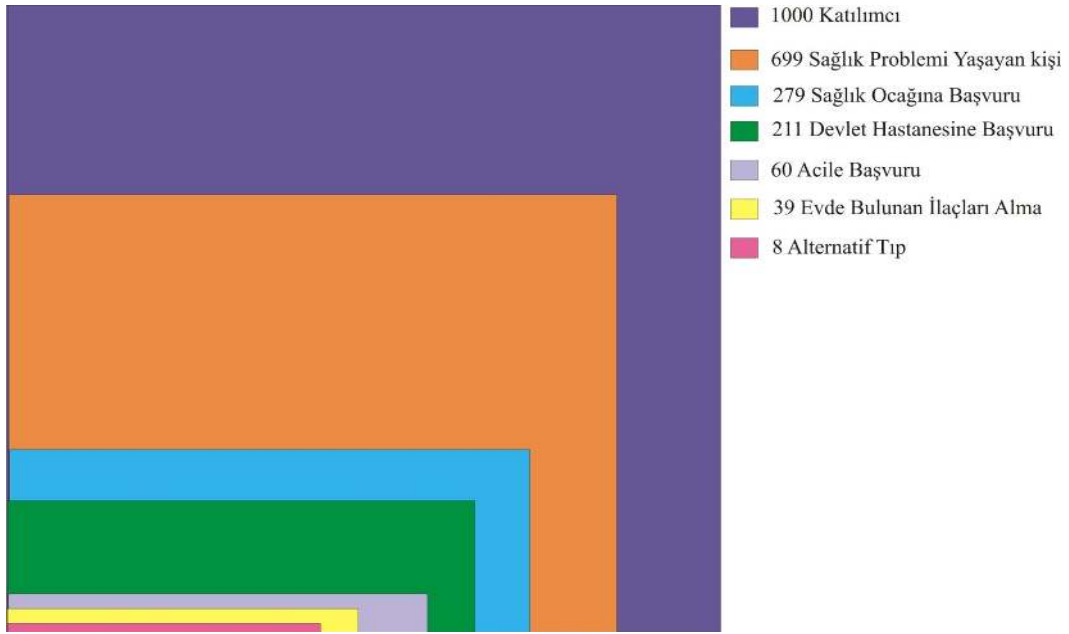
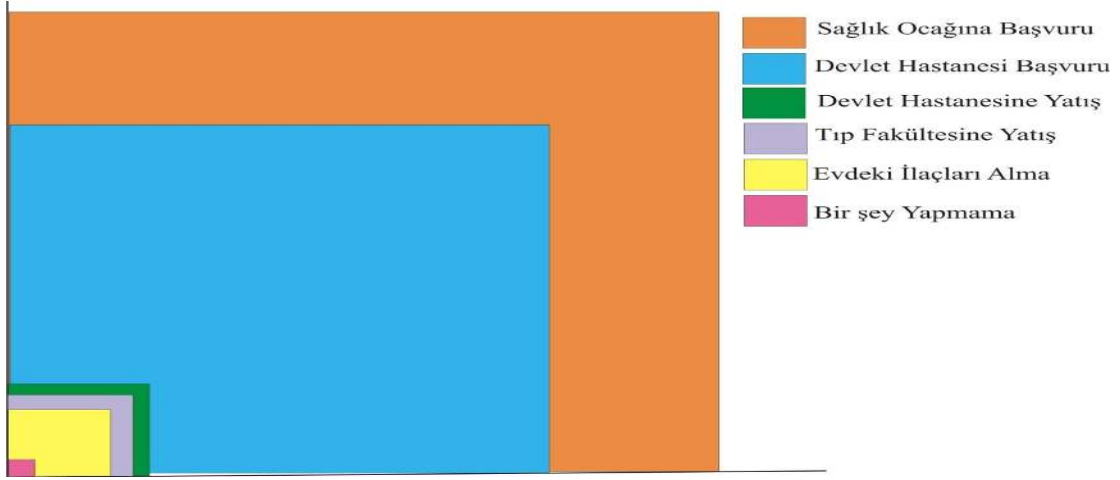
White, Williams ve Greenberg erişkin popülasyonun, ortalama bir aylık ‘sağlık hizmetlerini kullanımlarını’ göstermek için oluşturdukları şekilde, sağlık birimini kullanan kişi sayısını çalışma popülasyonuna bölüp 1000 ile çarparak sonuçlarını bulmuşlardır. White ve ark. hasta merkezli ve toplum temelli bir vizyonla tıbbi bakımın ekolojisini tanımlayarak sağlık hizmetinde yeni bir bakış açısı yaratmışlardır. Onları bu araştırmaya teşvik eden durum, hastanelerden veya polikliniklerden alınan taraflı örneklemeler ile çizilen tablo yerine, sağlık hizmeti kullanımına daha uygun, kullanılabilir ve geliştirilebilir bir bakış açısı yaratmaktır. White’ın bu araştırmasına göre ortalama bir ay içinde 1000 yetişkin kişiden 850 birey bir sağlık problemi yaşadığını belirtmiştir. Sağlık problemi yaşadığını belirten 850 bireyden 327 birey tıbbi bakım için bir sağlık kuruluşuna müracaat etmiştir. Tıbbi bakımı talebeden 327 bireyden 217’si bir doktor ofisine (113 birey birinci basamak hizmet veren bir doktor ofisine) müracaat etmiştir. Bu bireylerin 65’i alternatif tıp veya bir tamamlayıcı tıba başvurmuştur. 21 birey ayakta hastanede hizmeti görmüş, 13 birey acil servis başvurusunda bulunmuş; 8 bireyde hastanede yatırılarak tedavi edilmiştir. Yalnız bir kişi üniversite hastanesinde yatırılarak tedavi edilmiştir. Bu veriler sağlık bakım hizmetleri içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin genel durumunu ortaya koymaktadır (28).



Grafik 2.3. Sağlık Hizmetlerinin Ekolojisi (29).

2.8. 65 Yaş Üstü Bireylerde Sağlık Hizmetlerinin Ekolojisi

White, Williams ve Greenberg erişkin popülasyonun, ortalama bir aylık 'sağlık hizmetlerini kullanımlarını' göstermek için oluşturdukları araştırmalarının bir benzeri Antalya ilinde yaşlı bireylerin sağlık arama davranışlarını araştırmak için gerçekleştirilmiştir. Yaşlılarda Sağlık Bakımının Ekolojisi konulu araştırmaya katılan 65 yaş ve üstü katılımcılarından (n=997) %70,1'inin son bir ay içinde sağlık sorunu yaşadığı, %29,9'unu yaşamadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin 699'u sağlık problemi yaşamış, 279'u mevcut sağlık sorununu çözmek için sağlık ocağı hekimine başvurmuş, 211'i hastanede ayaktan tedavi almış, 8'i alternatif tıp denemiş, 39'u evde bulunan ve daha önce doktor tarafından reçete edilen ilaçları kullanmıştır. 60 kişi acil poliklinik başvurusunda bulunmuş, 7'sinin acilden ilgili bölüme yatırılarak, 53'ünün ayaktan tedavi aldığı saptanmıştır (30). 65 yaş üzeri bireyler toplumun %7'sini oluşturmalarına rağmen 1. basamak sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetinin %20'sini almaktadırlar.



Grafik 2.4. Antalya ilinde 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık davranışları (30).

2.9. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Dr. Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Alma'Ata Bildirgesi ile tüm devletler tüm vatandaşların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için birincil sağlık bakımını geliştirmek için çalışmalara başlamışlardır. Üretilmek istenilen hizmetlerin bu alanda eğitilmiş uzmanlar tarafından sağlanması istenmiş ve dünyada

birçok ülkede ulusal sağlık sistemlerinde reform hareketleri başlamıştır. Temel sağlık hizmetleri sağlık sisteminin merkezine yerleştirilmiştir (28).

Dünya Aile Hekimleri Birliği WONCA'nın Avrupa olan WONCA-Avrupa 2002'de AH/GP (Aile Hekimliği/ Genel Pratisyen) tanımını yapmıştır (1,2). WONCA - Avrupa'nın tanımına göre aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.

Temel özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

1. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
2. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
3. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
4. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
5. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
6. Rahatsızlıkların ve hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
7. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
8. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
9. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
10. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
11. Sağlık sorunlarını bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

“AH/GP’ler birey, cinsiyet, yaş ve hastalık ayrımı yapmadan tıbbi bakım ihtiyacı olan her kişiye sürekli ve kapsamlı bakım sağlayan kişisel hekimlerdir. Her zaman hastalarının özerkliğine saygı duyarlar, topluma karşı mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının ve hastalıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. AH/GP’ler mesleki yükümlülüklerini, hastalık ve hastalık kaynaklarını önleyerek, sağlığı iyileştirerek, sağaltım sağlayarak, tıbbi bakım desteği vererek ya da rahatsızlıklarda azalma sağlayarak gerçekleştirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.” (31,32).

Sağlık bakım sistemlerin de maliyet etkinlik, kalite ve eşitliğin ortaya konulmasında ana görev aile hekimidir. Bu sorumluluğu yerine getirmek için, aile hekimi hasta bakımında ileri düzeyde yeterli olmalı ve birey ve toplum sağlığı arasında bağlantı kurmalıdır. Her ülkenin kendi özgün koşulları olması nedeniyle modern sağlık sistemlerinde aile hekimin rolü ve yeri, her ülkede toplumun gereksinimlerine uygun olarak sürekli değişir. Aile hekimliği çağdaş birincil sağlık bakımı sunma felsefesidir. Aile hekimleri bu ilkelere uygun olarak sağlık hizmeti sunduklarında basamaklanmış sağlık bakım hizmeti içerisinde, sağlık sisteminin odağında yer alan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışarak Dünya Sağlık Örgütü’nün 21.yüzyıl hedeflerine yönelebilir. Birinci basamak sağlık kuruluşları, yaşlı sağlığının ele alınabileceği topluma en yakın hizmet birimidir (33). Bireye yönelik sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler, evde bakım, ikinci ve üçüncü basamak tedavi almış hastaların ayaktan ve/veya evinde izlemine gerçekleştirirler. Kanıta dayalı çağdaş tıp uygulamaları ile kendilerine bağlı nüfusun sağlığını geliştirirler (28).

2.10. Yaşlılık, Aile Hekimliği ve GeroFam Kavramı

Aile hekimliği çağdaş birincil sağlık bakımı sunma felsefesidir. Aile hekimleri bu ilkelere uygun olarak sağlık hizmeti sunduklarında basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, sağlık sisteminin merkezinde yer alır (28). Birleşmiş Milletler ve DSÖ yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma üzerine çalışmalarının bir parçası olarak DSÖ tarafından yaşlı dostu birincil bakım sağlık merkezleri projesi başlatılmıştır (5). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi (YDBBM) projesi Madrid’de yaşlanma üzerine 2. Dünya Kongresi vesilesi ile 2002’de yayımlanan Dünya Sağlık Örgütü’nün Etkin Yaşlanma Çerçeve Programı ilke ve kavramları üzerine inşa edilmiştir (5). Birincil bakım merkezlerinin giderek artan yaşlı nüfusa etkin sağlık hizmeti sunabilmesi için hizmet sunum biçimi ve yapılarında bazı değişiklikler yapması gerekmektedir. Aile hekimliği ve gerontoloji bilim dalları iş birliği yaparak Birleşmiş Milletler ve DSÖ’nün çağrısına yanıt verebilir. Yaşlı bilimi anlamına gelen gerontoloji, yaşlanma olaylarının biyolojik, sosyolojik, ekonomik ve çevresel bütün yönlerini bilimsel yöntemlerle inceleyen bir bilimdir. Geriyatri, sosyal gerontoloji, geropsikiyatri, biyogerontoloji, gerofarmakoloji, finansal gerontoloji, gerontolojik bakım, gerontoloji rehabilitasyon bakımı gibi pek çok pek alt alanı içerir. Aile hekimliği kendine özgü bir sağlık bakım felsefesi olan bir tıp disiplini. Aile hekimleri birey, cinsiyet, yaş ve hastalık ayrımı yapmadan tıbbi bakım ihtiyacı olan her kişiye sürekli ve kapsamlı bakım sağlayan kişisel hekimlerdir. Bu bağlamda yaşlı kişiler aile hekimlerinin sağlık bakımı verdiği önemli bir gruptur. Aile hekimleri yaşlı kişilerin sağlıklarını geliştirmeyi ve toplum içinde bağımsız ve onurlu bir yaşam sürmelerini sağlamayı görev kabul ederler. Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü yaşlı nüfusun giderek arttığına dikkat çekerek yaşlı kişilerin yaşam kalitelerini artırmak için gerekli önlemlerin kişiler yaşlanmadan önce başlatılması için gerekli önlemlerin alınması çağrısında bulunmuştur. Aile hekimliğinin biyopsikososyal yaklaşımı ilke edinen bir disiplin oluşu, birincil bakım hizmetleri sunması, ilk temas noktası olması, ev ziyaretleri yapması gibi temel bazı özellikler kendisini toplum içerisinde yaşlı sağlığı bakımını vermede önemli bir konuma sokmaktadır. GeroFam kavramı bu bağlamda demografik değişime ilişkin engellerin ve sorunların aşılmasında önemli bir öngörünün ürünüdür (1).

Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA aile hekimlerinin öncelikli hizmet alanı olan birincil bakımın dört temel özelliğini vurgular:

1. Her yeni gereksinim için ilk erişim noktası olma
2. Uzun süreli kişi odaklı (hastalık değil) bakıma odaklanma
3. Pek çok sağlık gereksinimi için kapsamlı bakım sunma
4. Bakımın koordinasyonunu yapma

Bu dört temel özellik dünyada birçok birincil sağlık bakımı kurumlarının yaşlı bakım programlarının da temelini oluşturur (31). Yaşlı kişilerin sağlık bakımı arama davranışları erişim, transport, sağlık merkezinin yaşlı dostu olması, kendisini tanıyan, sağlık sorunlarını bilen ve gereksindiği hizmetleri koordine edecek bir hekiminin olmasından olumlu yönde etkilenmektedir. Sorunlar kronikleşmeden yardım arama davranışı artmaktadır. Yaşlı dostu bir birincil bakım sağlık merkezi ve hekim pek çok sağlık sorunu olan yaşlıların tedavilerine uyumlarını da artırmakta ve daha uzun süre etkin kalmalarını sağlamaktadır (1).

WONCA, aile hekimliğinin tanımında yaşam döngüsü yaklaşımına da vurgu yapar. Bakımın sürekliliği kavramı içinde kişisel bakımın döllenme öncesi dönemle başlatılmasını ve ölüm sonrası yaş döneminin sonuna kadar sürdürülmesini önerir. Bu öneri demografik değişim ve gelişmelerin farkında olarak Birleşmiş Milletlerin 2002 yılında Madrid’de ilan ettiği Aktif Yaşlanma Çerçeve programı (Active Aging Framework=AAF) ile örtüşmektedir. Bu program Aktif Yaşlanma politikasının özünü oluşturmaktadır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından, yaşlı kişilerin yaşam kalitelerini artırmak için gerekli önlemlerin kişiler yaşlanmadan önce başlatılması konusundaki çağrısıdır. Bu çağrının karşılığı aile hekimliğinin temel ilkelerinden olan kapsamlı ve sürekli bakımla, doğum öncesi dönemden başlayan ve ömür boyu süren etkin yaşlanma yaklaşımı ile karşılanabilir (5). 65 yaş üzeri bireyler toplumun %7’sini oluşturmalarına rağmen 1. Basmak sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetinin %20’sini almaktadırlar. Demografik değişim aile hekimlerinin bakım verdiği popülasyonu da etkileyecektir. Kendisine bağlı nüfus içinde yaşlı kişilerin oranı da artacaktır. Aile tarafından bakılan yaşlıların çoğalacağı da dikkate alınınca, aile hekimleri yaşlanma ve yaşlılıkla bağlantılı durumlarla giderek daha fazla karşılaşacaktır (1).

Aile hekimleri sürekli ve bütüncül yaklaşım ve aile yönelimli bakım sunma bağlamında yaşlı aile üyeleri olan ailelere bakım sunarlar. Yaşam döngüsü yaklaşımı içinde hastanın ve aile üyelerinin bakımında etkili bir role sahiptirler. Aileler için destekleyicilik, savunuculuk, danışmanlık yaparlar. Aile yönelimli bakım bağlamında bakıcıların bedensel ve ruhsal sağlığının yaşlıların sağlığında, sağlıklarını sürdürmelerinde etkileri olduğunun bilinciyle kendi hastası olmasa bile aile bakıcılarına da bakım sunarlar. Aile hekimleri, yaşlısına bakan bireylerin durumlarını, bakılan yaşlılar tarafından aile içinde yaratılan baskıları, bakıcı ve bakılan arasındaki ilişkileri, bakımlarda ortaya çıkma olasılığı bulunan şiddet ve kötüye kullanımları, bakıcı konumundaki “çiftlerin” sosyal izolasyona uğrama risklerini dikkate almalıdırlar (1).

Bu nedenle aile hekimlerinin yaşlanmanın sadece sağlık boyutu ile ilgili değil ailesel ve sosyal tüm boyutları ile ilgili bilgi sahibi olması gerekir. Yaşlı bakımı bir ekip yaklaşımı içinde sunulduğunda hem yaşlılar hem de aileler ve bakım verenler için çok daha kaliteli hizmet sunulması mümkündür. Bu amaçla gerontoloji ve aile hekimliği disiplinleri arasında iş birliğinin başlatılması önemlidir (1).

2.11.Yaşlılık, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Biyopsikososyal Yaklaşım

Biyopsikososyal Yaklaşım (BPS) yaklaşım hekimlerin klinik soruna hastalarının biyolojik, psikolojik ve sosyal verilerini etkili bir şekilde, bir arada değerlendirerek yaklaşımları demektir. Hastalık merkezli biyomedikal yaklaşımın aksine, hasta merkezli yaklaşım olan BPS hastayı bir bütün olarak ele alıp, onu, yaşam öyküsü, sorunları, ailesi ve fiziksel çevresi ile değerlendirmektir. Bu yaklaşımda hekim hasta ile birlikte çalışarak öncelikleri ve hastalığın yönetiminde rollerin belirlenmesini sağlar. Biyomedikal yaklaşım ise hastalık odaklıdır yalnızca hastalık olgusu ile ilgilenip anormal biyomedikal oluşumları kontrol altına alabilmek için hasta üzerinde otorite kurar. 1970’lere dek, biyomedikal model, tıp okullarında öğretilen ana çerçeveydi. Biyomedikal modelin temelinde, hastalıkların ölçülebilir biyolojik değerlerle açıklanabileceği görüşü vardı. Bu nedenle tedavi girişimleri biyolojik ve fizyolojik faktörlere hedefleniyordu. Ancak sıklıkla bu model ile hem hekimin uygulamaları, hem de hastanın hastalık yaşantısının gerçekleri arasında şaşırtıcı bir ilişkisizlik olduğu görülüyordu. Zamanla hastaların yaşamlarında

biyolojiden daha fazlasının olduğu anlaşıldı. Psikolojik (algısal ve duygusal), sosyal (aile, toplum, ekonomi), kültürel ve moral faktörlerin etiyolojide önemli olduğu belirlendi ve biyopsikososyal yaklaşımda hastaların tedaviye daha olumlu yanıt verdikleri görüldü.

Biyopsikososyal yaklaşımı ilk kez 1980’de George Engel dile getirmiştir. İnsanlar normal ve anormal davranışları ile biyopsikososyal bir varlıktır. Biyopsikososyal yaklaşım sorunu biyolojik, sosyal ve ruhsal tüm bileşenleri ile değerlendirmeyi gerektirir. Bu kavram hastalığın ve sağlığın biyolojik, sosyal ve psikolojik değişkenlerin karmaşık etkileşimleri ile biçimlenen ve hiç birinin bir diğerinden bağımsız değerlendirilemeyeceği kabul edilir. Kişi yaşam döngüsü içindeki durumuna bağlı olarak iş ya da sosyal yaşamında olumsuzluklar, aile ve toplumla ilişkilerde sorunlar yaşayabilir. Sorun çözme becerileri yeterli ise stres çözülür ve sağlıklılık devam eder. Sorun çözme becerileri yetersiz ya da sorun için uygun değilse stres artar ve kişi kendini sağlıksız hisseder. Bu durumda ya sosyal destek ağlarını kullanır ya da somatik bir yakınma ile bir hekime başvurur. Genellikle ilk başvuru noktası birinci basamak sağlık kurumlarıdır.

Hastasını etkili olarak iyileştirmek isteyen hekim, hastanın stresinin sorununa olan etkisinin farkında olarak hastası ile empatik ve destekleyici bir ilişki kurarak hastanın yakınması ile ilgili gerekli psikososyal bilgiyi alabilir ve gerekli müdahaleyi yapabilir. Bunun için hastanın da hekimi ile işbirliği yapması ve kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmesi ve sağlık bakımına katılması gerekir. Zorlayıcı yaşam koşulları altında yaşayan kişiler bedensel belirtiler ortaya serebilir, yaşadıkları endişe çökkünlük sonucu fiziksel belirtilerle hekime başvurabilirler. Sorunun altında yatan zorlu yaşam koşulları çözülmeden hastanın bedensel belirtileri iyileştirilemez. Strese dayanma gücü de biyolojik, psikolojik ve sosyolojik nedenlerden etkilenir.

Yaşlı bireyler biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak daha kırılgan bir gruba oluşturur ve biyopsikososyal nedenlerle oluşabilecek patolojilere karşı daha savunmasız durumdadırlar. Bu nedenle diğer bireylerde olduğu gibi 65 yaş üzeri bireylere biyopsikososyal yaklaşımın sergilenmesi başarı şansını artıracaktır. Aile hekimleri korumanın tedaviden daha etkili ve maliyet etkin olduğunun bilinci ile bakım sağlarlar. “Daha iyi tıbbi olanaklarla” yaşlılıkta hastalıkları önlemek, daha

gelişmiş, daha iyi tıbbi teknoloji sayesinde yaşlı nüfusta kronik ve ruhsal sorunları azaltmak mümkün değildir. Aksine çoğaldıkları görülmektedir. Bunun ardında bireysel davranışlar (örn. oturgan yaşam), sosyal çevrenin başarısızlığı (örn. yalnızlaşma, izolasyon vs.), ekonomik etmenler (örn. yoksulluk) ve fiziksel çevre vardır (32). DSÖ yaşam biçimi değişikliklerinin önemine vurgu yaparken sağlıklı bir yaşam için sadece davranışları değil aynı zamanda varlığın (ya da toplumun) sahip olduğu şansları ve olanakları da dikkate almak gerektiğini belirtmiştir (5). Bunlar bir kültürün toplumsal değerlerinin ve geleneklerinin dikkate alınmasını gerekli kılmaktadır. Toplumsal değerler içinde “yaşlılara saygı” gibi çeşitli konseptler yer almaktadır. Aile hekimleri, gerontolojik bakış açısı ile sosyal, kültürel, fiziksel, ekonomik etmenlerin sağlık ve hastalıkla ilgili bağlantıları hakkında ne kadar kapsamlı bilgilere sahip olurlarsa, yaşlı hastalarına ve onların bakımıyla ilgilenen aile fertlerine o kadar daha iyi yardım edebilirler (1).

2.12. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçekleri

Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, özellikle kronik hastalıklarda önemlidir. Hastalığın özelliklerine ve ciddiyetine göre kullanılan seçim kriterleri değişir.

Kullanılan ölçütün kolay okunabilir olması ve bireylerce doldurulması, tamamlanması için gerekli sürenin 60 dakikadan az olması ve puanlamasının göreceli olarak kolay olması gerekmektedir. Yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulama şeklinin seçimi (yüz yüze görüşme, telefon, posta yolu ile vs) her yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajlara sahip olması nedeniyle dikkatle yapılmalıdır (34). Buna bağlı olarak yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerde de çeşitlilik söz konusudur.

Yöntemsel ve kuramsal dayanaklarına göre profil ölçekler ve tercihe dayalı ölçekler, uygulandıkları popülasyona göre ise herkese uygulanabilen genel yaşam kalitesi ölçekleri ve belirli hastalığı olanlara uygulanabilen hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri olarak ayrılmaktadır.

Jenerik ölçekler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki

karşılaştırmalara olanak sağlamalarıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler.

Hastalığa özgü ölçekler ise belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak her ölçeğin skorum sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skorum sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir.

SF-36 (Short Form 36 items) ve kısa şekli SF-12 (Short Form 12 items) ile DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL ve kısa şekli WHOQOL-BREF en sık kullanılan genel ve profil ölçeklerdendir (22). 1994 yılında geliştirilmiş olan ve belirli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın son dört hafta için yaşam kalitesini değerlendiren SF 12 yaşlılar tarafından daha kolay anlaşılabilir bir ölçektir. Tümü SF-36 Sağlık Anketi'nden seçilmiş olan 12 sorudan oluşmaktadır. SF-12 fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, duygusal rol, us sağlığı, sosyal işlevsellik ve canlılık alt bileşenlerinden oluşmaktadır ve her ögenin evet/hayır cevaplarına göre değişen Likert ölçek tipinde farklı bir puanlaması vardır (35).

Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36 Short Health Survey) Kısa Sağlık Ölçeği; yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve ark. tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur(36). Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilir. Otuz altı maddeden oluşur ve sekiz boyutta ölçüm sağlamaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (4 madde), ağrı (2 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), mental sağlık (5madde), emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (3 madde), enerji (4 madde) ve genel sağlık anlayışıdır (5 madde). Değerlendirme, bazı maddeler dışında Likert tipi ile yapılmakta ve son dört hafta gözönünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler yaşam kalitesini 0 ile 100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü durumu belirtirken, 100 iyi sağlık durumunu ifadeetmektedir (37). Bu alt ölçeklerin, bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin

değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (38). SF 36 mobilitayı etkileyen kronik durumlarda uygulanabilir (39). SF 36'nın fonksiyonel durumu değerlendiren pek çok boyutu vardır ve rehabilitasyonda uygulanabilirliği mevcuttur (21).

2.13. Geriyatrik Değerlendirme

Kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin çok boyutlu tanısal değerlendirme, tedavi ve uzun süreli izlem için plan yapma, tedavi ve rehabilitasyon için düzenleme, birincil bakımı ve vaka yönetimini kolaylaştırma, uzun süreli bakım gereksinimlerini saptama, sağlık bakımı için kaynakları en iyi şekilde kullanmayı içeren kısa ve uzun süreli amaçları vardır. Kapsamlı geriyatrik değerlendirme standart tıbbi değerlendirmeden farklıdır. Karmaşık sorunları olan hassas yaşlı kişiler, yaşlının fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi üzerine yoğunlaşmayı gerektirir (40).

Kapsamlı geriyatrik değerlendirme birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilir olmasına karşın diğer disiplinlerden uzman hekimlerce yapılabileceğine ilişkin yaygınlaşmış düşünce vardır (40). Yaşlı bireyler çoğu sorunları için birinci basamak sağlık kuruluşlarına müracatederler. Hekim yaşlı bireyin sözel olarak ifade etmediği başka problemleride belirleyebilmek için kişinin genel sağlığını ve işlevsel kapasitesini ve yaşam kalitesini değerlendirmelidir (30). Yaşlı bireylerin tıbbi değerlendirme aşamaları medikal konuların yanında değişik bir yaklaşımla fonksiyonel kapasite, psikolojik durum ve sosyal parametreleri de değerlendirmelidir. Yaşlı kişilerin tıbbi değerlendirilmesi için ayrıntılı laboratuvar gereksinimi olmadığından BB sağlık kurumlarında da yapılabilir (40).

Farklı kliniklerde yapılan 25'den fazla klinik çalışma ve bir yeni meta analiz kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin hasta bakımı ve klinik sonuçları iyileştirdiğini göstermiştir (22). Kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin yararları daha fazla tanı doğruluğu, iyileşen mental ve işlevsel durum, azalmış ev bakımı kullanımı, azalmış hastane bakımı gereksinimi ve hasta memnuniyetidir. Yaşlı kişilerin çoğu bu kapsamlı değerlendirmeden yarar görürler, ancak hassas ve hasta kişiler daha fazla yararlanır. Değerlendirme aşamaları yalnız hasta ile görüşmeyi değil, koruyucu girişimleri, danışmanlık verilmesini, riskli davranış ve durumların belirlenmesi, rehabilitasyonu ve tedaviyi ve uzun süreli takibi kapsamalıdır (15).

Yapılan kapsamlı geriyatrik değerlendirmelerde işlevsel durum hastalık ile birlikte kötüleşiyorsa hasta ileri araştırmalar için bir üst basamağa yönlendirilmelidir. İşlevsel kapasite değişmeksizin yalnızca hastalık artıyorsa çoğunlukla birinci basamak çalışanları tarafından takip edilebilir. Fakat şiddetli, ani ve/veya işlevsel kapasitede artan bir yetersizliği bulunan hastalar değişik branşlardan uzmanları da bulunduran bir ekiple kapsamlı geriyatrik değerlendirme için yönlendirilmelidir. Düzenli tarama ve geriyatrik değerlendirme sırasında yeni yetersizlikler saptandığı zaman da kapsamlı geriyatrik değerlendirme önerilmelidir. Kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin dört temel alanı fiziksel sağlık durumu, fonksiyonel kapasite, mental sağlık durumu, sosyal ve çevresel etmenlerdir (40).

Genel geriyatrik değerlendirme işlevsel kapasitenin ve fonksiyonel kapasiteyi oluşturan temel etmenlerin araştırılması ile başlar. Birey günlük yaşamsal aktiviteleri ve günlük yaşamın enstrumantal aktiviteleri (GYEA) iki bölümde inceleyebileceğimiz bu değerlendirmede günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde (kişinin yemek yeme, giyinme, banyo yapma, tuvalet ve transfer gibi kendi kendine bakabilme aktiviteleri) yardımsız gerçekleştirip gerçekleştirilemediğine bakılır. Bu günlük yaşamsal aktiviteleri yapamayan ya da zorlanan hastalar çoğunlukla bakıcı desteğine ihtiyaç hissederler. Günlük yaşamın enstrumantal aktiviteleri ağır ev işleri, işe devam etme, finans yönetimi, eğer kişi bir evde bağımsız olarak kalabiliyorsa evin gereksinimlerini karşılamayı içerir. Birinci basamakta çalışan hekimler işlevsel kapasiteyi değerlendirmek için geliştirilmiş olan çeşitli enstrumanları hastalarına uygulayarak hastalarının işlevsel durumlarını belirleyebilirler ve hastanın ne konuda yardıma ihtiyacı olduğunu belirleyebilirler. Değerlendirme sonuçları yaşlı bireyin sağlık hizmet planında, hastalıkların yönetiminde, hastalarının ve bakıcılarının eğitilmesine yön verir ve bakımı hizmetlerinin uygulanabilirliğini artırır (15).

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve enstrumantal günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlikler olduğunda genellikle hastanın çevresi ve sosyal durumu hakkında daha fazla bilgiye gereksinim olur. Hastanın bakıcısının kim olduğu (aile üyeleri ya da ücretli bakıcı), hastanın sosyal ilişkilerinin genişliği, sosyal aktivite düzeyi yetersizlikleri yönetmek için kullanılan yaklaşımları etkileyecektir. Bu tür bilgiler hastadan ve/veya ailesinden ya da formal bakıcısından alınabilir.

Günlük yaşam aktiviteleri ve enstrumantal günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra daha yüksek aktivite düzeyleri olan egzersiz, uçakla bağımsızca seyahat edebilme, kendi başına tatile çıkabilme gibi alanlar da araştırılmalıdır.

Pek çok sağlık bakım profesyoneli fizik sağlığı tanımlanmış tanıların geleneksel bir sorun listesini ve semptom komplekslerini derleyerek ölçer. Hekimlerin çoğunluğu hastalanmış bireyler için hastalığın şiddet ve buna bağlı gelişen yetersizliklerin değerlendirilebilmesi için değişik ölçekler bulunduğunu bilmektedir. Geniş kapsam içeren, hastalık ve bağlı patolojilere özgü ölçeklerin bir kısmı iş yapabilme, iş görememe, yetersizliğin seviyesini belirleyebilme ve bilinen bir hastalığa bağlı olabilecek uygunsuz koşulları belirleyebilmeyi sağlar. Bu ölçeklerin bir kısmı akciğer fonksiyonlarını belirleyebilme ve/veya fizyoloji laboratuvarlarındaki yapılabilen ölçüm ve değerler gibi niceliksel özelliktedir (21).

Psikolojik sağlık ölçümleri mental durumun ve duygulanımın ölçülebilir iki majör alt alanını içerir. Mental fonksiyonları değerlendirmek için güvenilir çok sayıda tarama testi bulunmaktadır. En sık kullanılanlar arasında Folstein Minimental durum testi, Yesavage geriyatrik depresyon skalası, Hamilton depresyon skalası sayılabilir. Bazen özel psikiyatrik semptomlar (örn. Paranoya, delüzyonlar, davranış bozuklukları) psikolojik değerlendirmede dikkate alınır. Yaşlı kişilerde unutkanlık sorunu sık görülen ve nörolojik hastalıkların bir bulgusu olması yanı sıra depresyonun bir belirtisi de olabileceği için özellikle değerlendirilmesi gereken bir semptomdur. Yaşlı bireylerde depresyon ve bağlı semptomların tanınması ve tedavisi işlevsel kapasiteyi artırır ve yaşlı bireyin yaşam kalitesinde ve bağımsızlığında artışa neden olur (40).

Sosyal ve çevresel faktörler karmaşık ve komponentlerinin heterojen oluşu edeniyle halen en az ölçülebilen alandır. Bireyin sosyal ve çevresel destek kaynaklarını, sosyal ve çevresel etkileşim alanlarını, özel ihtiyaçlarını, yaşlının içinde bulunduğu çevrenin yaşlı için uygunluğunu kapsar. Bu faktörleri belirleyebilmek için çok sayıda materyal vardır fakat hiç biri yeterli ölçüm niteliklerinde değildir ve klinikte kullanım alanları kısıtlıdır. Bu alandaki eksiklik DSÖ'nün yaşlı dostu sağlık merkezleri için geliştirmeye çalıştığı enstrumanlar içinde var olan fizik ortamın değerlendirilmesi enstrumanları ile karşılanabilir. Bu enstrumanlar yaşlı kişilerin yaşadıkları ortamın uygunluk ve güvenliği için

yapılabilecekleri içermesi yanında özgün olarak bu kişilerin öncelikli olarak sağlık bakımı aldığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı kişilerin daha kolay ve güvenlik içinde sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli yapılanmaların bir örneğini sunmaktadır (21,25,40).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Projesi

Bu tez projesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 04 Ocak 2011 tarih ve 13 no'lu karar ile kabul edilmiştir.

3.2. Araştırma Bölgesi

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından koordine edilerek Antalya İlinde Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık merkezlerinde (Aile Sağlığı Merkezleri) yürütülmüştür.

3.3. Örneklem Büyüklüğü

31.12.2009 tarihli TÜİK verilerine göre, Antalya il nüfusu 1.919.729 olup, mevcut nüfus içerisinde 65 yaş ve üzeri birey sayısı 121.173 olarak belirlenmiştir. Ülkemiz nüfus bilgileri ışığında yaklaşık %7 oranında yaşlı nüfus varlığı görülmektedir. İl merkez nüfusu aynı yılın TÜİK verilerine göre 955.573'tir. Bu değer % 6,3'ünün yaşlı nüfus olduğu ve sayısal büyüklüğünün ise 66.890 olduğu hesaplanmıştır. Bu nedenle örneklem büyüklüğü, evren sayısının bulunduğu durumlarda kullanılan formül ile hesaplanmıştır. Yanılma payının 0.05 olduğu test gücünün %95 olarak alındığı çalışmada örnekleme çıkarılacak birey sayısı 100 kişi olarak belirlenmiştir. Ancak örnekleme dahil olabilecek birey sayısını artırmak yoluyla olabildiğince çok yaşlı bireye ulaşılarak yaşam kalitesi ve rehabilitasyon gereksinimi hakkında bilgi toplamak hedeflendiğinden 1410 kişiye erişilerek gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Formu

Anket formu; sosyodemografik bilgiler, SF-36 (Kısa form-36) ölçeği içeren 3 sayfadan oluşmaktadır.

Anketin ilk bölümü sosyodemografik verileri içerecek şekilde hazırlandı. Burada araştırmaya katılan bireye; isim, cinsiyet, doğum tarihi, eğitim düzeyi,

medeni durum, sosyal güvence, kendisi ve ailesinin sosyoekonomik durumunu nasıl tanımladığı, (varsa) telefon numarası ve bağlı bulunduğu aile sağlığı merkezi soruldu.

3.4.1. SF 36 (Short Form-36, Kısa Form-36)

Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36 Short Health Survey) Kısa Sağlık Ölçeği; yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve ark. tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (41).

Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilir. Otuz altı maddeden oluşur ve sekiz boyutta ölçüm sağlamaktadır. Bunlar; bedensel işlevsellik (PF=physical functioning) (10 madde), bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (RP=role limitation due to physical problems) (4 madde), beden ağrısı (BP=bodily pain) (2 madde), sosyal işlevsellik (SF=social functioning) (2 madde), mental sağlık (MH=mental health) (5 madde), emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (RE=role limitation due to emotional problems) (3 madde), vitalite (VT=energy and vitality) (4 madde) ve genel sağlık anlayışıdır (GH=general perception of health) (5 madde). SF-36'nin genel popülasyonda uygulanmış regresyon analizi mevcut olan, bedensel (SF36-PCS= Physical summary component scale) ve mental (SF36-MCS= Mental summary component scale) durum değerlendirme ölçeği mevcuttur. Değerlendirme, bazı maddeler dışında likert tipi ile yapılmakta ve son dört hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Yaşam kalitesi alt değerleri yaşam kalitesini 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü durumu ifade ederken, 100 iyi durumu ifadeetmektedir (37). Bu alt ölçeklerin, bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (38). SF 36 mobilitayı etkileyen kronik durumlarda uygulanabilir (39). SF 36'nın işlevsel durumu değerlendiren pek çok boyutu vardır ve rehabilitasyonda uygulanabilirliği mevcuttur (39).

3.5. Verilerin Toplanması

Mart-Nisan 2011 tarihleri arasında belirlenen Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran, çalışma kriterlerine uyan 65 yaş üstü bireylerle yüz yüze görüşme yapıldı. Her görüşmenin başında görüşülen kişiye anket ve çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek aydınlatılmış onamları alındı. Veri toplama formunun uygulama süresi ortalama 10-12 dakika olup; anketörler tarafından doldurulmuştur.

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Bu çalışmaya, anket sorularına yanıt verebilme uyumu olmayan ve ankete katılmayı reddeden hastalar alınmamıştır.

3.7. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler ve Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma geriyatrik yaş grubu hastalar üzerinde yapılması nedeniyle zaman zaman iletişim problemleri yaşanmış ve anket formları beklenenden uzun sürede doldurulabilmiştir. Anket sorularına yanıt verebilme uyumu olmayan ve ankete katılmayı reddeden hastalar çalışmaya alınmamıştır. Bu çalışma yalnızca birinci basamak sağlık kuruluşların da yapılmış ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlı bireylere ait verileri içermektedir. Toplum bazında genelleme yapılmadan önce bu durumun dikkate alınması gerekir.

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler, kodlama rehberi kullanılarak bilgisayar ortamına aktarıldı ve “SPSS for Windows 19.0” istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. Mann Whitney U, Kruskal Wallis, iki yönlü Manova testleri kullanılmıştır. Regresyon analizi modeli kurularak sosyo-demografik değişkenlerin anlamlılığı hesaplanmıştır. Verilerin iç ve dış tutarlılıkları gözden geçirildi. Hatalı girişler düzeltildi, gerektiğinde yeniden kodlama yapıldı. Kesitsel analitik tip çalışmamızda veri istatistiksel olarak değerlendirilmiş; nicel veri ortalama ve standart sapmalarıyla gösterilmiştir. Elde edilen veriler istatistiksel olarak çözümlenmiştir. P değeri için anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma kriterlerine uyan ve ankete katılmayı kabul eden 1411 kişiye anket uygulanmıştır. Katılımcılardan 730'u (%51.7) erkek, 681'i (%48.3) bayandır.

Eğitim durumlarına göre 321 (%22.7) kişi okur yazar değil, 729 (%51.7) kişi ilk okul mezunu, 75 (%5.3) kişi ortaokul mezunu, 125 (%8.9) kişi lise mezunu, 161 (%11.4) kişi üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılar medeni durumlarını 1053(%74.6) kişi evli, 24 (%1.7) bekar, 329 (%23.3) dul olarak belirtmiştir. 5 (%0.4) kişide bu soruya cevap vermemiştir.

Katılımcılar sosyal güvence durumlarını en çok 598 (%42.4) kişi ile SSK, 386 (%27.4) kişi ile emekli sandığı, 305 (%21.6) kişi ile BAĞKUR, 44 (%3.1) kişi ile yeşil kart, 38 (%2.7) kişi ile özel veya diğer olarak belirtmiştir. Kırk (%2.8) kişi sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir.

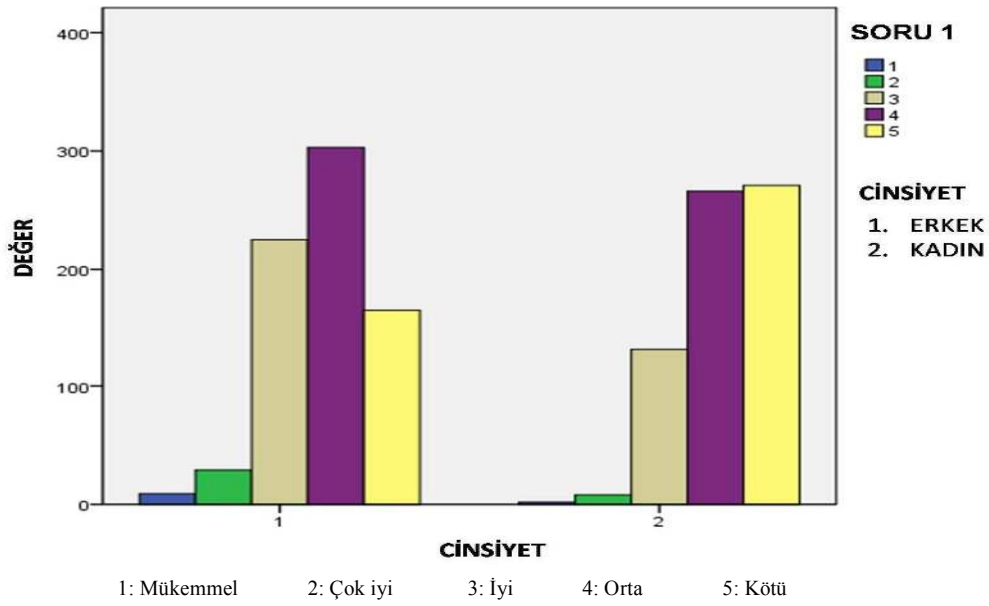
Araştırmaya katılan bireyler ekonomik durumlarını en çok 879 (%62.3) kişi ile orta olarak nitelendirmiştir. Bunu 384 (%27.2) kişi ile kötü ve 145 (%10.3) kişi iyi olarak nitelendirmiştir. 3 (%0.2) kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Katılımcılar yaş gruplarına göre incelendiğinde 65-69 yaş grubunda 684 (%48.5), 70-74 yaş grubunda 324 (%23), 75-79 yaş grubunda 233 (%16.5) ve 80 yaş üzeri 170 (%12) kişi bulunmaktaydı, ortalama yaş 71.6 ± 5.86 (65-95) yıldır.

4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Algıları

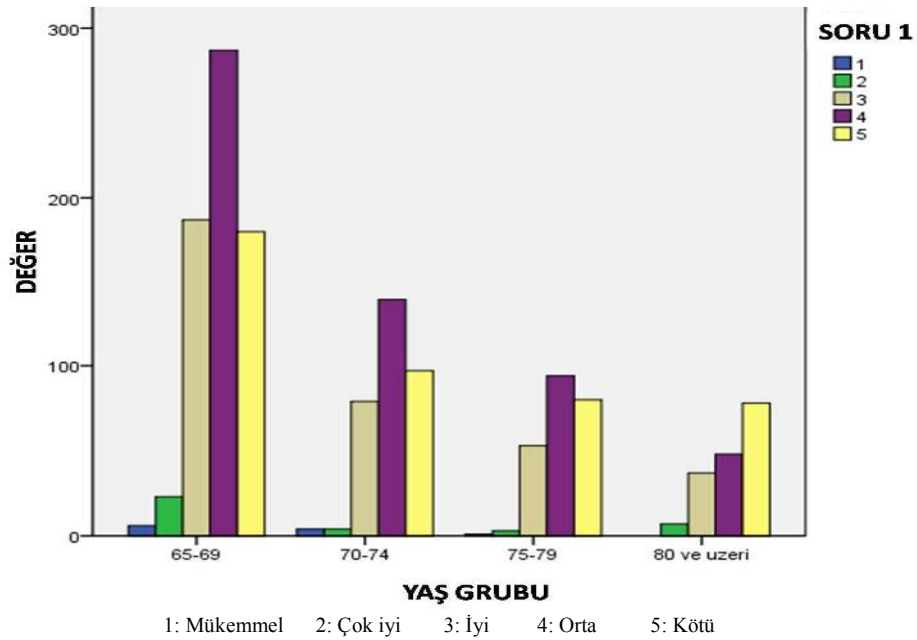
Katılımcılar “genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna 560 (%40.3) kişi ile orta olarak nitelendirmişlerdir. Bunu 435 (%30.8) kişi ile kötü takip etmektedir. İyi olarak nitelendiren kişi sayısı 356 (%25.2) olurken, 37(%2.6) çok iyi, 11 (%0.8) kişi ile mükemmel olarak ifade etmiştir. 3(%0.2) kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Cinsiyetlere göre genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna erkekler daha çok orta ve iyi cevabını verirken kadınlarda orta ve kötü olarak gerçekleşmiştir ($P<0.05$).



Grafik 4.1. Katılımcıların cinsiyet göre genel sağlık algıları.

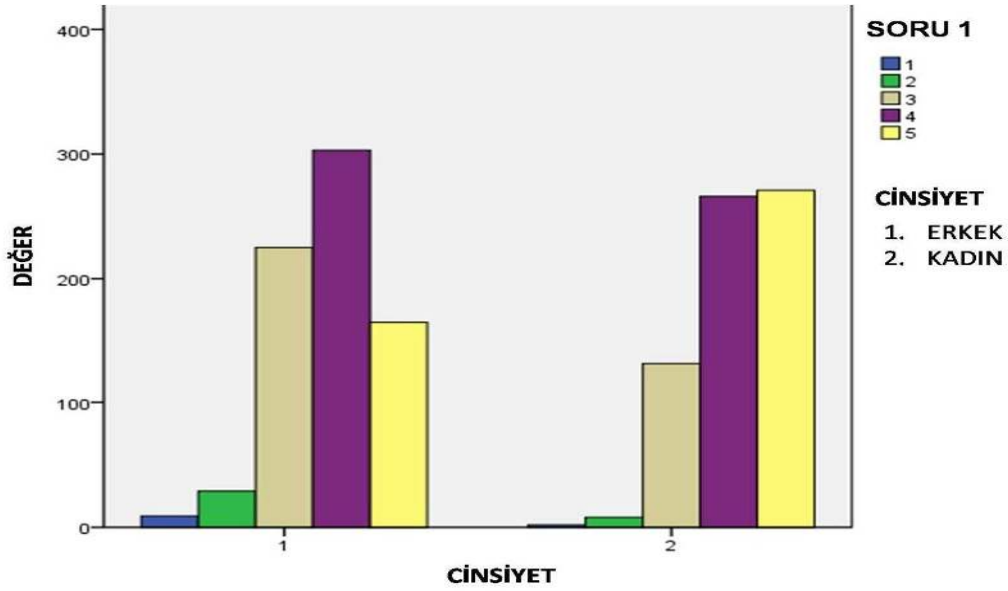
Katılımcıların yaş gruplarına göre “genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna yaşla birlikte artan oranda olumsuz cevap vermektedirler.



Grafik 4.2. Katılımcıların yaş gruplarına göre genel sağlık algıları.

Katılımcıların bir yıl öncesi ile genel sağlıklarını karşılaştırmaları istendiğinde, en fazla 543 (%38.5) kişi ile geçen seneden biraz daha kötü cevabı alınırken, bunu 521 (%36.9) kişi ile geçen sene ile aynı cevabı almıştır. 239 (%16.9) kişi ise geçen seneye göre çok daha kötü cevabını vermiştir. Sırasıyla 86 (%6.1) ve 20 (%1.4) kişi geçen seneye göre biraz daha iyi ve geçen seneye göre çok daha iyi cevabını vermişlerdir. 2 (%0.1) kişi bu soruya cevap vermemiştir.

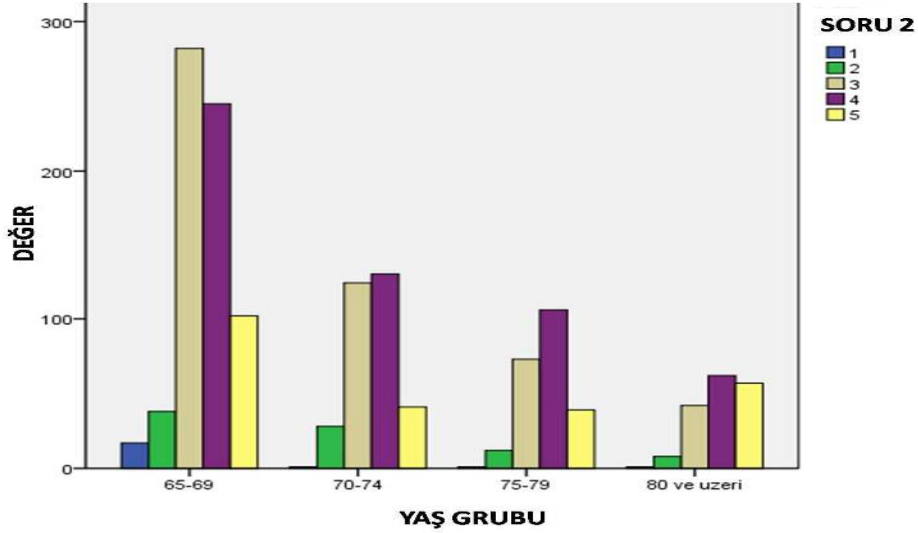
Cinsiyete göre katılımcıların bir yıl öncesi ile genel sağlıklarını karşılaştırmaları istendiğinde kadınların erkeklere oranla daha fazla geçen yıla göre kötü ve geçen yıla göre çok daha kötü cevabı vermişlerdir($P<0.05$).



1: Geçen seneden çok daha iyi 2: Geçen seneden daha iyi 3: Geçen sene ile aynı 4: Geçen seneden çok daha kötü 5: Geçen seneden çok daha kötü

Grafik 4.3. Cinsiyete göre katılımcıların bir yıl öncesi ile genel sağlıklarını karşılaştırmaları.

Yaş gruplarına göre katılımcıların bir yıl öncesi ile genel sağlıklarını karşılaştırmaları istendiğinde yaşın artması ile birlikte olumsuz cevap oranı artmaktadır($P<0.05$).



1: Geçen seneden çok daha iyi 2: Geçen seneden daha iyi 3: Geçen sene ile aynı 4: Geçen seneden çok daha kötü 5: Geçen seneden çok daha kötü

Grafik 4.4. Yaş gruplarına göre katılımcıların bir yıl öncesi ile genel sağlıklarını karşılaştırmaları.

4.3. Katılımcıların İşlevsel Kapasiteleri ve Yaşam Kalitesi Skorları

Katılımcıların sırasıyla yaşam kalitesi skorları bedensel işlev (PF) 43.23 ± 31.809 , bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (RP) 24.28 ± 37.828 , beden ağrısı (BP) 43.14 ± 30.765 , genel sağlık anlayışı (GH) 46.94 ± 18.892 , vitalite (VT) 49.43 ± 21.894 , sosyal işlevsellik (SF) 50.47 ± 29.172 , emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (RE) 31.64 ± 42.994 , mental sağlık (MH) 61.40 ± 17.952 , bedensel özet skorları (PCS) 33.61 ± 11.427 ve mental özet skorlar (MCS) 42.34 ± 9.893 olarak gerçekleşmiştir.

Katılımcılar en düşük yaşam kalitesi skorlarını 24.28 ortalaması ile bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması alanında almışlardır. En yüksek puanları ise 61.40 puan ortalaması ile mental sağlık alanında almışlardır. Bedensel özet skorları da 33.61 ile mental özet skorlarının altında gerçekleşmiştir.

Cinsiyete göre yaşam kalitesi alt grupları incelendiğinde kadınlar bütün alt gruplarda erkeklere göre düşük puan almışlardır. ($P < 0.05$)

Tablo 4.1. Cinsiyete göre yaşam kalitesi.

	Cinsiyet	n	Median	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U p Değeri
PF ¹	1. Erkek	730	796,76	580837,50	0000
	Kadın	681	607,81	413917,50	
	Toplam	1411			
RP ²	Erkek	730	767,23	560079,50	0000
	Kadın	681	640,36	436086,47	
	Toplam	1411			
BP ³	2. Erkek	730	805,68	588150,00	0000
	Kadın	681	599,14	408016,00	
	Toplam	1411			
GH ⁴	Erkek	730	791,02	577445,00	0000
	Kadın	681	614,86	418720,97	
	3. Toplam	1411			
VT ⁵	Erkek	730	765,63	558913,00	0000
	Kadın	681	642,07	437253,00	
	Toplam	1411			
SF ⁶	Erkek	730	703,72	513712,50	0.826
	Kadın	681	708,45	482453,50	
	Toplam	1411			
RE ⁷	Erkek	730	753,91	550352,50	0.000
	Kadın	681	654,65	445813,50	
	Toplam	1411			

MH ⁸	Erkek	730	738,98	539455,50	0.002
	Kadın	681	670,65	456710,50	
	Toplam	1411			
PCS ⁹	Erkek	730	800,64	584465,00	0.000
	Kadın	681	604,55	411701,00	
	Toplam	1411			
MCS ¹⁰	Erkek	730	741,32	541165,50	0.001
	Kadın	680	667,04	453589,50	
	Toplam	1411			

¹PF = Bedensel işlev ²RP = Bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması ³BP = Beden ağırlığı ⁴GH = Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ⁵VT = Vitalite ⁶SF = Sosyal fonksiyon ⁷RE = Emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması ⁸MH = Mental sağlık ⁹PCS = Bedensel özet skorları ¹⁰MCS = Mental özet skorları

Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alt grupları incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça yaşam kaliteside bütün gruplarda dramatik olarak artmaktadır.($P<0.05$)

Tablo 4.2. Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi.

	Eğitim Durumu	n	Median Sıralar Toplamı	Kruskal Wallis p Değeri
PF ¹	4. Okur yazar Değil	321	539.80	0000
	5. İlkokul	729	700.27	
	6. Orta Okul	75	788.99	
	7. Lise	121	863.03	
	8. Üniversite	165	898.57	
	Toplam	1411		
RP ²	Okur yazar değil	321	617.29	0000
	İlkokul	729	689.47	
	Orta okul	75	751.33	
	Lise	121	792.35	
	Üniversite	165	869.57	
	Toplam	1411		
BP ³	Okur yazar değil	321	532.06	0000
	İlkokul	729	694.80	
	Orta okul	75	838.80	
	Lise	121	832.80	
	Üniversite	165	943.11	

	Toplam	1411		
GH ⁴	Okur yazar değil	321	542.61	0000
	İlkokul	729	710.00	
	Orta okul	75	723.93	
	Lise	121	858.16	
	Üniversite	165	887.17	
	Okur yazar değil	321		
	9. Toplam	1411		
VT ⁵	Okur yazar değil	321	590.94	0000
	İlkokul	729	684.89	
	Orta okul	75	794.34	
	Lise	121	853.79	
	Üniversite	165	875.10	
	Toplam	1411		
SF ⁶	Okur yazar değil	321	736.92	0.940
	İlkokul	729	677.15	
	Orta okul	75	747.75	
	Lise	121	723.33	
	Üniversite	165	742.08	
	Toplam	1411		
RE ⁷	Okur yazar değil	321	695.87	0.000
	İlkokul	729	704.09	
	Orta okul	75	699.21	

	Lise	121	783.53	
	Üniversite	165	877.22	
	Toplam	1411		
MH ⁸	Okur yazar değil	321	580.45	0.002
	İlkokul	729	679.62	
	Orta okul	75	805.58	
	Lise	121	839.96	
	Üniversite	165	925.39	
	Toplam	1411		
PCS ⁹	Okur yazar değil	321	571.43	0.000
	İlkokul	729	690.41	
	Orta okul	75	712.58	
	Lise	121	901.81	
	Üniversite	165	889.79	
	Toplam	1411		
MCS ¹⁰	Okur yazar değil	321	580.35	0.001
	İlkokul	729	677.52	
	Orta okul	75	738.97	
	Lise	121	812.20	
	Üniversite	165	982.50	
	Toplam	1411		

(RP=role limitation due to physical problems) (4 madde), beden ağrısı (BP=bodily pain) (2 madde), sosyal işlevsellik (SF=social functioning) (2 madde), mental sağlık (MH=mental health) (5 madde), emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (RE=role limitation due to emotional problems) (3 madde), vitalite (VT=energy and vitality) (4 madde) ve genel sağlık anlayışıdır (GH=general perception of health) .

Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi değerleri incelendiğinde en düşük puanları dul olarak belirten grubun aldığı gözlenmektedir. ($P<0.05$)

Tablo 4.3. Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi.

		n	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Ortalamanın Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
PF ¹	1	1052	46.13	32.496	1.002	44.16	48.09
	2	24	47.13	31.784	6.488	33.70	60.55
	3	329	34.17	27.658	1.525	31.17	37.17
	Total	1405	43.34	31.804	.848	41.68	45.01
RP ²	1	1053	27.05	39.523	1.218	24.66	29.44
	2	24	37.50	49.454	10.095	16.62	58.38
	3	329	14.82	28.870	1.592	11.69	17.95
	Total	1406	24.37	37.867	1.010	22.39	26.35
BP ³	1	1053	45.78	31.224	.962	43.89	47.67
	2	24	54.96	33.905	6.921	40.64	69.27
	3	329	34.13	27.124	1.495	31.19	37.07
	Total	1406	43.21	30.776	.821	41.60	44.82
GH ⁴	1	1053	48.15	19.245	.593	46.99	49.32
	2	24	54.46	22.392	4.571	45.00	63.91
	3	329	42.66	16.805	.926	40.84	44.49
	Total	1406	46.98	18.916	.504	45.99	47.97
VT ⁵	1	1053	51.20	21.837	.673	49.88	52.52
	2	24	55.58	19.201	3.919	47.48	63.69
	3	329	43.43	21.319	1.175	41.12	45.74
	Total	1406	49.46	21.923	.585	48.31	50.61
SF ⁶	1	1053	52.70	28.956	.892	50.95	54.45

	2	24	52.71	34.301	7.002	38.22	67.19
	3	329	43.41	28.485	1.570	40.32	46.50
	Total	1406	50.53	29.189	.778	49.00	52.05
RE ⁷	1	1053	35.36	44.250	1.364	32.68	38.03
	2	24	40.63	49.213	10.045	19.84	61.41
	3	329	19.58	35.844	1.976	15.69	23.46
	Total	1406	31.75	43.029	1.148	29.50	34.00
MH ⁸	1	1053	62.39	17.838	.550	61.31	63.47
	2	24	65.00	16.650	3.399	57.97	72.03
	3	329	58.05	18.052	.995	56.09	60.01
	Total	1406	61.42	17.957	.479	60.48	62.36
PCS ⁹	1	1011	34.73	11.692	.368	34.01	35.46
	2	24	37.56	13.078	2.669	32.04	43.08
	3	325	29.88	9.544	.529	28.84	30.92
	Total	1360	33.62	11.435	.310	33.02	34.23
MCS ¹⁰	1	1052	43.06	9.774	.301	42.46	43.65
	2	24	40.94	15.870	3.240	34.24	47.64
	3	329	40.22	9.488	.523	39.19	41.25
	Total	1405	42.36	9.906	.264	41.84	42.87

1: Evli 2: Bekar 3: Dul

¹PF = Bedensel işlev ²RP = Bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması ³BP = Beden ağrısı ⁴GH = Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ⁵VT = Vitalite ⁶SF = Sosyal fonksiyon ⁷RE = Emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması ⁸MH = Mental sağlık ⁹PCS = Bedensel özet skorları ¹⁰MCS = Mental özet skorları

Katılımcıların sosyal güvencelerine göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde en yüksek puanları emekli sandığına bağlı olan grubun aldığı gözlenmektedir. En düşük puanlar ise yeşil kart grubu olarak gerçekleşmiştir. Sosyal güvence ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon olduğu ve $p<0.05$ değeri doğrultusunda aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Sosyal güvenceye göre yaşam kalitesi.

	n	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Ortalamanın Güven Aralığı		Minimum	Maksimum	
					Alt Sınır	Üst Sınır			
PF ¹	1	40	38.36	29.469	5.130	27.91	48.81	0	100
	2	386	50.09	33.280	1.694	46.76	53.42	0	100
	3	598	41.62	29.395	1.202	39.26	43.98	0	100
	4	305	42.28	32.933	1.886	38.57	45.99	0	100
	6	44	29.18	24.268	3.659	21.80	36.56	0	100
	7	35	22.00	33.677	5.692	10.43	33.57	0	100
	Total	1411	43.23	31.809	.847	41.56	44.89	0	100
RP ²	1	33	31.06	43.315	7.540	15.70	46.42	0	100
	2	386	32.46	42.303	2.153	28.23	36.69	0	100
	3	598	21.99	35.963	1.471	19.10	24.88	0	100
	4	305	21.20	35.315	2.022	17.22	25.18	0	100
	6	44	7.39	19.123	2.883	1.57	13.20	0	100
	7	36	11.53	31.754	5.292	.78	22.27	0	100

	Total	1411	24.28	37.828	1.007	22.31	26.26	0	100
BP ³	1	40	39.42	29.660	5.163	28.91	49.94	0	100
	2	386	51.47	32.304	1.644	48.24	54.71	0	100
	3	598	39.51	29.175	1.193	37.16	41.85	0	100
	4	305	43.98	31.059	1.778	40.48	47.48	0	100
	6	44	27.50	25.609	3.861	19.71	35.29	0	100
	7	36	31.72	21.816	3.636	24.34	39.10	0	100
	Total	1411	43.14	30.765	.819	41.54	44.75	0	100
GH ⁴	1	40	47.76	20.430	3.556	40.51	55.00	0	100
	2	386	50.37	20.493	1.043	48.32	52.42	0	100
	3	598	45.89	17.659	.722	44.48	47.31	0	100
	4	305	46.90	18.807	1.077	44.78	49.02	0	100
	6	44	40.16	14.091	2.124	35.88	44.44	10	100
	7	36	37.50	19.343	3.224	30.96	44.04	0	100
	Total	1411	46.94	18.892	.503	45.95	47.93	0	100
VT ⁵	1	40	42.93	25.000	4.352	34.07	51.79	7	92
	2	386	54.34	22.404	1.140	52.09	56.58	5	100
	3	598	49.16	21.385	.874	47.45	50.88	0	100
	4	305	47.20	20.687	1.185	44.87	49.53	0	100
	6	44	41.39	19.707	2.971	35.39	47.38	0	100

	7	36	37.64	22.630	3.772	29.98	45.30	0	100
	Total	1411	49.43	21.894	.583	48.29	50.57	0	100
SF ⁶	1	40	48.41	26.197	4.560	39.12	57.70	0	100
	2	386	58.59	32.111	1.634	55.37	61.80	0	100
	3	598	47.16	28.270	1.156	44.89	49.43	0	100
	4	305	49.30	26.642	1.525	46.29	52.30	0	100
	6	44	35.80	21.666	3.266	29.21	42.38	0	100
	7	36	45.13	18.250	3.042	38.95	51.30	13	100
	Total	1411	50.47	29.172	.777	48.95	51.99	0	100
RE ⁷	1	40	26.51	41.625	7.246	11.75	41.27	0	100
	2	386	43.58	46.664	2.375	38.91	48.25	0	100
	3	598	29.19	41.635	1.703	25.85	32.54	0	100
	4	305	24.61	38.732	2.218	20.25	28.98	0	100
	6	44	8.70	25.982	3.917	.80	16.59	0	100
	7	36	38.89	49.441	8.240	22.16	55.62	0	100
	Total	1411	31.64	42.994	1.145	29.40	33.89	0	100
MH ⁸	1	40	61.52	20.366	3.545	54.29	68.74	28	100
	2	386	66.09	18.332	.933	64.25	67.92	0	100
	3	598	60.25	16.854	.689	58.90	61.60	0	100
	4	305	60.28	18.491	1.059	58.20	62.36	12	100

6	44	54.00	17.264	2.603	48.75	59.25	24	100
7	36	51.39	14.058	2.343	46.63	56.15	25	100
Total	1411	61.40	17.952	.478	60.47	62.34	0	100
PCS ⁹								
1	40	33.78	11.511	2.004	29.70	37.87	15	57
2	382	36.07	12.105	.619	34.85	37.29	15	63
3	558	32.75	10.723	.454	31.85	33.64	0	72
4	301	33.78	11.487	.662	32.48	35.08	16	62
6	44	27.89	6.972	1.051	25.77	30.01	17	51
7	36	25.38	10.143	1.691	21.95	28.81	13	57
Total	1411	33.61	11.427	.310	33.00	34.22	0	72
MCS ¹⁰								
1	40	40.86	10.842	1.887	37.02	44.71	25	62
2	386	45.52	10.356	.527	44.48	46.55	15	70
3	597	41.64	9.661	.395	40.87	42.42	0	67
4	305	40.67	9.331	.534	39.62	41.72	4	65
6	44	37.90	7.210	1.087	35.71	40.09	24	56
7	36	42.10	7.754	1.292	39.48	44.72	27	57
Total	1411	42.34	9.893	.263	41.83	42.86	0	70

1: Yok 2: Emekli Sandığı 3: SSK 4: Bağkur 5: Özel Sigorta 6: Yeşil Kart 7: Diğer

¹PF = Bedensel işlev ²RP = Bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması ³BP = Beden ağrısı ⁴GH = Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ⁵VT = Vitalite ⁶SF = Sosyal fonksiyon ⁷RE = Emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması ⁸MH = Mental sağlık ⁹PCS = Bedensel özet skorları ¹⁰MCS = Mental özet skorları

Katılımcıların ifade ettikleri sosyoekonomik durumlarına göre yaşam kalitesi puanları en düşük kötü sosyoekonomik durum belirtenlerde gerçekleşmiştir. Sosyoekonomik durumunu iyi olarak ifade edenlerin yaşam kalitesi puanlarında dramatik iyileşme gözlenmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Sosyoekonomik durumlarına göre yaşam kalitesi.

		n	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Ortalamanın Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
PF ¹	1	145	54.99	32.863	2.729	49.60	60.39	0	100
	2	878	47.12	33.541	1.132	44.90	49.34	0	100
	3	384	30.14	21.744	1.110	27.96	32.32	0	100
	Total	1408	43.23	31.809	.847	41.56	44.89	0	100
RP ²	1	145	42.18	46.317	3.846	34.58	49.79	0	100
	2	879	26.78	39.209	1.322	24.19	29.38	0	100
	3	384	11.98	25.400	1.296	9.44	14.53	0	100
	Total	1408	24.28	37.828	1.007	22.31	26.26	0	100
BP ³	1	145	59.57	31.207	2.592	54.45	64.69	0	100
	2	879	50.08	28.744	.970	48.18	51.99	0	100
	3	384	21.06	22.860	1.167	18.77	23.36	0	100
	Total	1408	43.14	30.765	.819	41.54	44.75	0	100
GH ⁴	1	145	56.24	23.136	1.921	52.44	60.04	0	100
	2	879	47.12	19.081	.644	45.85	48.38	0	100
	3	384	43.12	15.150	.773	41.60	44.64	0	100
	Total	1408	46.94	18.892	.503	45.95	47.93	0	100
VT ⁵	1	145	58.31	25.264	2.098	54.16	62.46	0	100
	2	879	48.34	22.115	.746	46.87	49.80	0	100

	3	384	48.77	19.128	.976	46.85	50.69	0	100
	Total	1408	49.43	21.894	.583	48.29	50.57	0	100
SF ⁶	1	145	68.13	28.423	2.360	63.47	72.80	0	100
	2	879	56.39	26.335	.888	54.64	58.13	0	100
	3	384	30.46	25.185	1.285	27.93	32.98	0	100
	Total	1408	50.47	29.172	.777	48.95	51.99	0	100
RE ⁷	1	145	51.17	47.989	3.985	43.30	59.05	0	100
	2	879	35.53	44.488	1.501	32.58	38.47	0	100
	3	384	14.84	30.059	1.534	11.82	17.86	0	100
	Total	1408	31.64	42.994	1.145	29.40	33.89	0	100
MH ⁸	1	145	66.76	20.883	1.734	63.33	70.19	0	100
	2	879	62.33	18.057	.609	61.13	63.52	0	100
	3	384	57.31	15.658	.799	55.74	58.88	0	100
	Total	1408	61.40	17.952	.478	60.47	62.34	0	100
PCS ⁹	1	145	38.52	12.142	1.008	36.53	40.52	5	62
	2	879	35.02	11.709	.395	34.25	35.80	0	72
	3	384	27.96	7.675	.417	27.14	28.78	15	57
	Total	1408	33.61	11.427	.310	33.00	34.22	0	72
MCS ¹⁰	1	145	47.11	11.878	.986	45.16	49.06	15	70
	2	879	43.02	9.718	.328	42.37	43.66	0	67
	3	384	38.96	8.326	.425	38.12	39.79	3	65
	Total	1408	42.34	9.893	.263	41.83	42.86	0	70

1: İyi 2: Orta 3: Kötü

¹PF = Bedensel işlev ²RP = Bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması ³BP = Beden ağrısı ⁴GH = Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ⁵VT = Vitalite ⁶SF = Sosyal fonksiyon ⁷RE = Emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması ⁸MH = Mental sağlık ⁹PCS = Bedensel özet skorları ¹⁰MCS = Mental özet skorları

Katılımcılar yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puanları dikkate alındığında yaşın artması ile birlikte yaşam kalitesi oranları düşmektedir($P<0.05$).

Tablo 4.6. Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi.

		n	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Ortalamanın Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
						Alt Sınır	Üst Sınır		
PF ¹	65-69	683	51.40	30.178	1.155	49.13	53.67	0	100
	70-74	324	41.74	31.918	1.773	38.25	45.22	0	100
	75-79	233	35.01	30.800	2.018	31.03	38.98	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	24.49	28.119	2.157	20.23	28.74	0	100
	Total	1411	43.23	31.809	.847	41.56	44.89	0	100
RP ²	65-69	684	31.06	39.987	1.529	28.06	34.06	0	100
	70-74	324	23.59	38.818	2.157	19.35	27.84	0	100
	75-79	233	14.06	31.027	2.033	10.05	18.06	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	12.32	28.285	2.169	8.04	16.61	0	100
	Total	1411	24.28	37.828	1.007	22.31	26.26	0	100
BP ³	65-69	684	46.21	31.136	1.191	43.87	48.55	0	100
	70-74	324	44.31	30.599	1.700	40.97	47.66	0	100
	75-79	233	39.26	30.804	2.018	35.28	43.23	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	33.89	27.184	2.085	29.78	38.01	0	100
	Total	1411	43.14	30.765	.819	41.54	44.75	0	100

GH ⁴	65-69	684	51.02	18.058	.690	49.66	52.37	0	100
	70-74	324	44.73	20.211	1.123	42.52	46.93	0	100
	75-79	233	43.65	17.140	1.123	41.44	45.86	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	39.27	18.030	1.383	36.54	42.00	0	100
	Total	1411	46.94	18.892	.503	45.95	47.93	0	100
VT ⁵	65-69	684	53.58	20.802	.795	52.01	55.14	0	100
	70-74	324	46.92	22.647	1.258	44.45	49.40	0	100
	75-79	233	46.23	21.999	1.441	43.39	49.07	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	41.90	21.291	1.633	38.68	45.12	0	100
	Total	1411	49.43	21.894	.583	48.29	50.57	0	100
SF ⁶	65-69	684	55.09	29.539	1.129	52.87	57.30	0	100
	70-74	324	50.89	28.782	1.599	47.74	54.04	0	100
	75-79	233	45.20	28.429	1.862	41.53	48.86	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	38.32	24.651	1.891	34.59	42.06	0	100
	Total	1411	50.47	29.172	.777	48.95	51.99	0	100
RE ⁷	65-69	684	39.65	44.660	1.708	36.29	43.00	0	100
	70-74	324	29.43	42.679	2.371	24.76	34.09	0	100
	75-79	233	22.08	39.015	2.556	17.05	27.12	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	16.75	34.251	2.627	11.56	21.93	0	100
	Total	1411	31.64	42.994	1.145	29.40	33.89	0	100
MH ⁸	65-69	684	64.38	16.064	.614	63.17	65.58	12	100

	70-74	324	59.42	19.741	1.097	57.27	61.58	0	100
	75-79	233	59.20	18.886	1.237	56.76	61.64	0	100
	80 ve 80 ⁺	170	56.24	18.290	1.403	53.47	59.01	0	100
	Total	1411	61.40	17.952	.478	60.47	62.34	0	100
PCS ⁹	65-69	656	36.12	11.447	.447	35.24	37.00	5	72
	70-74	316	33.29	11.329	.637	32.03	34.54	15	59
	75-79	225	30.64	10.689	.713	29.23	32.04	0	62
	80 ve 80 ⁺	166	28.31	9.591	.744	26.84	29.78	15	57
	Total	1411	33.61	11.427	.310	33.00	34.22	0	72
MCS ¹⁰	65-69	684	43.83	9.840	.376	43.09	44.56	3	70
	70-74	324	41.58	10.243	.569	40.46	42.70	15	67
	75-79	233	41.25	9.721	.637	40.00	42.51	0	63
	80 ve 80 ⁺	169	39.32	8.602	.662	38.01	40.63	15	64
	Total	1411	42.34	9.893	.263	41.83	42.86	0	70

¹PF = Bedensel işlev ²RP = Bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması ³BP = Beden ağrısı ⁴GH = Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ⁵VT = Vitalite ⁶SF = Sosyal fonksiyon ⁷RE = Emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması ⁸MH = Mental sağlık ⁹PCS = Bedensel özet skorları ¹⁰MCS = Mental özet skorları

Katılımcılara birkaç yüz metre yürümenin kendilerini ne kadar kısıtladığı sorulduğunda, katılımcıların 528 (%37.4) evet çok kısıtlıyor, 339 (%24.0), evet hafif kısıtlıyor, 527 (%37.3) hayır kısıtlamıyor cevabı vermiştir.

Katılımcılara kendi kendine yıkanmanın, kendi kendine giyinmenin, günlük öz bakımlarının kendilerini ne kadar kısıtladığı sorulduğunda, katılımcıların 123 (%8.7) evet çok kısıtlıyor, 305 (%21.6) evet hafif kısıtlıyor, 970 (%68.7) hayır kısıtlamıyor cevabı vermiştir.

Katılımcılara son dört hafta içinde ne kadar bedensel ağrı hissettikleri sorulduğunda, katılımcıların 190 (%13.5) hiç hissetmediğini, 203 (%14.4) çok az hissettiğini, 482 (%34.2) orta derecede ağrı hissettiğini, 243 (%17.2) çok ağrı hissettiğini, 276 (%19.6) çok şiddetli ağrı hissettiğini ifade etmiştir.

Katılımcılara son dört hafta içinde fiziksel ağrının günlük işlerine ne kadar engel olduğu sorulduğunda, katılımcıların 237 (%16.8) hiç engel olmadığını, 223 (%15.8) çok az engel olduğunu, 483 (%34.2) orta derecede engel olduğunu, 250 (%17.7) çok engel olduğunu, 206 (%14.6) ileri derece engel olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılar “son dört hafta içinde kendinizi çökmüş ve karasamsar hissettinizmi?” sorusuna, 71 (%5) her zaman, 251 (%17.8) çoğu zaman, 534 (%37.8) bazen, 336 (%25.9) çok nadir, 184 (%13.0) hiçbir zaman cevabını vermiştir.

Katılımcılar “son dört hafta içinde mutlu bir insan mıydınız?” sorusuna, 352 (%24.9) her zaman, 662 (%46.9) çoğu zaman, 279 (%19.8) bazen, 93 (%6.6) çok nadir, 23 (%1.6) hiçbir zaman cevabını vermiştir.

Katılımcılara “son dört hafta içinde fiziksel sağlıkları veya duygusal problemlerinin sosyal aktivitelerine (arkadaş, akraba ziyareti vs.) ne kadar engel oldu?” sorusuna, 112 (%7.9) her zaman, 318 (%22.5) çoğu zaman, 419 (%29.7) bazen, 266 (%18.9) çok nadir, 260 (%18.4) hiçbir zaman cevabını vermiştir.

Katılımcılara “sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum” ifadesinin kendileri için ne kadar doğru yada yanlış olduğu sorulduğunda, 66 (%4.7) tamamen doğru, 117 (%8.3) çoğunlukla doğru, 274 (%19.4) bilmiyorum, 325 (%23.0) çoğunlukla yanlış, 626 (%44.4) tamamen yanlış cevabını vermiştir.

5. TARTIŞMA

Yaşlanma, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin hastalıklar, travmalar ve stresle fizyolojik başa çıkma yollarındaki farklılıklar nedeni ile biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır. Dünyanın hızla yaşlanıyor olması insanların doğuştan yaşam beklentisinin giderek artması tüm dünyada demografik yapıyı değiştirmekte ve dünya nüfusu içinde yaşlıların oranı hızla artmaktadır. Günümüz gerçeğinde hızla artan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin korunabilmesi önem kazanmaktadır. Üretken ve başarılı bir yaşlanma süreci için doğuştan beklenen yaşam süresinin uzun olması tek başına eksik bir yaklaşım olmakta; yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin de uzayan ömürle birlikte korunabilmesi için gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bir durum tespiti ve ihtiyaçların belirlenmesi niteliğindeki çalışmamızda yaşlılık ile birlikte fonksiyonel kapasitede de ve yaşam kalitesi değerlerinde de dramatik olarak düşüşler gözlenmektedir.

Yaşın artması ile birlikte yaşam kalitesi azalmaktadır. 65-69 yaş grubun da bedensel işlev (PF) ortalamaları 51.40 iken 80 yaş üzerinde bu değer 24.49 olarak gerçekleşmektedir. Yine aynı şekilde diğer yaşam kalitesi alt ölçeklerinde önemli ölçüde düşüşler gözlenmektedir. En az düşüş 65-69 yaş grubun da 64.38 ve 80 yaş üzerinde 56.24 değerleri ile mental sağlık (MH) alanında gerçekleşmektedir.

Değişkenlerden yaş grubu, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim durumu, güvence durumu, medeni durum ile regresyon uygun modeli oluşturulmuştur. Kısa form 36'nın iki alt komponenti olan PCS ve MCS ile cinsiyet (C), ekonomik durum (EK), eğitim durumu (EG) değişkenlerinin anlamlı olduğu saptanmış. Olasılıklar oranı dikkate alındığında CEKEG değişkenine ait odds oranı 3,12 olarak bulunmuş, bu katsayısı, cinsiyeti kadın olanların, eğitimi düşük ve ekonomik durumu düşük olanların yaşam kalitesinin erkeklere, eğitim durumu iyi olanlara, ekonomik durumu iyi olanlara göre 3.12 kat daha kötü olduğunun göstergesi olarak kabul edilmiştir.

65 yaş üzeri bireylerin İzmir Sf 36 Türkiye geçerlilik çalışması ortalaması (yaş ortalaması 42.9±14.7; n=1279) ile karşılaştırıldığında bütün alanlarda dramatik düşüş gözlenmektedir (Tablo 5.1) (p<0.0001).

Tablo 5.1. 65 yaş üzeri bireylerin yaşam kalitesi skorlarının İzmir Sf 36 Türkiye geçerlilik çalışması ortalaması ile karşılaştırılması.

Değişkenler	65 yaş üstü bireyler	İzmir SF 36 Türkiye Geçerlilik çalışması ortalaması N:1279 ⁽⁴²⁾
PF	43.23	83.8
RP	24.28	86.3
BP	43.14	82.9
GH	46.94	71.6
VT	49.43	64.5
SF	50.47	91.0
RE	31.64	90.1
MH	61.40	71.0
PCS	33.61	49.7
MCS	42.34	49.6

Çalıştır ve ark. SF 36 anket formunu, Muğla il merkezinde yaşayan, %41.9'unun 65-69 yaş grubunda, %50.7'sinin erkek, %43.4'ünün ilköğretim mezunu, %26.2'sinin SSK'lı, %52.6'sının 303 milyon ve altı gelire sahip, %63.6'sının eşiyle beraber yaşamakta olduğunu saptadığı 1047 yaşlı bireye uygulamış ve yaşlıların yaş, cinsiyet, öğrenim, sosyal güvence, ekonomik durum, birlikte yaşadığı kişi durumlarıyla yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit etmiştir. Yaşlıların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlara bakıldığında; en yüksek 54.34 ± 45.95 ortalamasının “rol güçlüğü (duygusal)”nda, en düşük 36.53 ± 16.23 ortalamasının “vitalite” alt ölçeğinde olduğunu saptamıştır (43).

Araştırmamızda ise, yaşlı bireylerin %48.5'inin 65-69 yaş grubunda, %51.7'sinin erkek, %51.7'si ilköğretim mezunu, %42.4'sinin SSK'lı, %27.2'sinin maddi durumunun kötü olduğu, %74.6'sının eşiyle beraber yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (RE) 31.64 ± 42.994 , vitalite (VT) 49.43 ± 21.894 olarak tespit edilmiştir. En yüksek özet skor; mental sağlık (MH)

61.40±17.952, en düşük özet skor ise; bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (RP) 24.28±37.828 alanında görülmüştür. Vitalite skorunun, Çalıştır ve ark.'larının skorundan farklı olması, çalışmamızda ekonomik düzey, sosyal güvence düzeyi ve mental sağlık ortalamalarının yüksek olmasına, emosyonel skor farklılığı ise eğitim düzeyi ve mental sağlık ortalamasının bu çalışmadan yüksek olmasına bağlanmaktadır.

Kılıçoğlu ve Yenilmez, Eskişehir'de bir huzurevinde kalan yaş ortalaması 72.69 olan 61 yaşlıya uyguladıkları SF 36 anketi sonucunda elde ettikleri bulguları, fiziksel rol 52.2 ±27.0, rol kısıtlılığı (Fiziksel) 66.6 ±46.0, ağrı 67.5 ±24.5, sağlığın genel algılanışı 60.5 ±21, canlılık 56.5 ±21.6, sosyal fonksiyon, 73.9 ±23.5, rol kısıtlılığı (Emosyonel) 74.4 ±39.3, ruh sağlığı 63.9 ±18.9, şeklinde skorlamıştır (44).

Çalışmamızda ise katılımcıların sırasıyla yaşam kalitesi skorları bedensel işlev (PF) 43.23±31.809, bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (RP) 24.28±37.828, beden ağrısı (BP) 43.14±30.765, genel sağlık anlayışı (GH) 46.94±18.892, vitalite (VT) 49.43±21.894, sosyal işlevsellik (SF) 50.47±29.172, emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (RE) 31.64±42.994, mental sağlık (MH) 61.40±17.952, olarak tespit edilmiştir.

Çalışmalar arasındaki fark yaş ortalamaları ve skorları belirleyen alt grupların bu ortalamadan etkilenmesine bağlanmaktadır. Aynı çalışmada, özellikle günlük işlerde zorlananların, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, sağlığın genel olarak algılanması ve enerji alanlarında yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmış ve eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı, ancak medeni hal ve yaş arasında (fiziksel fonksiyon hariç) yaşam kalitesini etkilemesi yönünden korelasyon bulunamamıştır .

Bulgularımız açısından medeni hal ve yaş açısından $p<0.05$ olarak anlamlı tespit edilmiş, yaşa bağlı yaşam kalitesi düşerken, eşi ile yaşayanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak Kılıçoğlu ve Yenilmez' in çalışmalarında medeni durumun yaşam kalitesiyle ilişkisinin değerlendirilmesinde, evli olanların oranının sadece % 10.3 olması eşin varlığı veya yokluğunun etkisinin değerlendirilmesini güçleştirmiştir.(44) Yaş ile ilgili bağıntının ise çalışma grubundaki birey sayısı ve yaş ortalamasının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Koçoğlu ve Akın, SF 36 ile, Konya kent merkezinde farklı iki mahallede 400 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık bileşeni için yaş, hanede yaşayan birey sayısı, mahalle aylık gelir ve sınıfsal konum gibi sosyoekonomik göstergelerin; yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık bileşeni için cinsiyet, doğum yeri, mahalle, sağlık güvencesi, gelir ve algılanan ekonomik durumun belirleyici olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmamız; fiziksel sağlık bileşeni için yaş, sosyoekonomik düzey, sosyal güvence skorlarını ($p < 0.05$) ve mental sağlık bileşeni yönünden ise cinsiyet ekonomik düzey skorlarını anlamlı bulmuştur ($p < 0.05$). Bu yönlerden, Koçoğlu ve Akın'ın çalışmalarına paralel sonuçlar elde edilmiştir (45).

Hawthorne ve Osborne Avustralya'da 3010 katılımcı üzerinde yaptıkları araştırma da 80⁺ de daha fazla olmak üzere, sağlık skorlarının yaşa bağlı olarak düştüğünü tespit etmişlerdir. Bu durum araştırmamızla paralellik göstermektedir (46)

Tsai ve ark. Tayvan'da SF 36 kullanarak 4424 katılımcı üzerinde çalışmış, çok değişkenli analizlerde, kadınların sosyal fonksiyon hariç, erkekler, SF-36'nın tüm ölçeklerde anlamlı olarak düşük puan almışlardır ($p < 0.05$). Yükseköğretim, canlılık / enerji ve ruh sağlığı ölçekleri dışındaki tüm ölçeklerde alınan puanlarda artış ile ilişkili bulunmuştur (47).

Araştırmamızda ise özellikle ileri yaşlarda kadınlar tüm skorlamalarda daha düşük puan almışlardır. Tsai ve ark.'nın çalışmaları ile bulgularımız arasındaki farkın iki ülke koşullarının değişkenliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşlılıkla birlikte işlevsel kapasite ve yaşam kalitesindeki bu düşüşten en fazla 80 ve üzeri yaştakilerin ve özellikle kadınların (Tablo 4.1), sosyo ekonomik durumunu kötü olarak ifaden kişilerin (Tablo 4.5), yeşil kartlıların (Tablo 4.4), medeni durumu dul olanların (Tablo 4.3), eğitim durumu düşük olanların (Tablo 4.2) etkilendiği gözlenmektedir. Bu durum kadınların, ileri yaşlı yaşlıların, sosyoekonomik durumu kötü olanların, eğitim düzeyi düşük olanların daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu grupların daha ayrıntılı çalışma ve araştırmalara gereksinimleri olabilir.

Yaşlıların yaklaşık 1/3'i 435 (%30.8) kişi genel sağlıklarını kötü, %40.3 kişi orta olarak nitelemektedir. İyi, çok iyi ve mükemmel olarak nitelendirenlerin oranı %29.0 dır. Bir yıl öncesine göre genel sağlıklarını değerlendirilmesi istendiğinde

enfazla 543 (%38.5) kişi ile geçen seneden biraz daha kötü ve 239 (%16.9) kişi ile geçen seneye göre çok daha kötü cevabını vermişlerdir. Yaşlıların yarısından fazlası (%55.4) genel sağlık durumlarının bir yıl öncesine göre kötüye gittiğini ifade etmektedirler. Bu veriler yaşlıların büyük çoğunluğunun sağlık problemleri yaşadığını ve yıllar ilerledikçe sağlık problemlerinin arttığını göstermektedir. Bu yaşlılıkla birlikte beklenen bir durum olamasına rağmen rakamların büyüklüğü dikkat çekicidir.

Yaşlılara birkaç yüz metre yürümenin kendilerini ne kadar kısıtladığı sorulduğunda, katılımcıların 528 (%37.4) evet çok kısıtlıyor, 339 (%24.0), evet hafif kısıtlıyor ve kendi kendine yıkanmanın, kendi kendine giyinmenin, günlük öz bakımlarının kendilerini ne kadar kısıtladığı sorulduğunda, katılımcıların 123 (%8.7) evet çok kısıtlıyor, 305 (%21.6) evet hafif kısıtlıyor cevabı vermiştir. Bu veriler yaşlıların yaklaşık %60'ının ev dışı işlerde tam yada kısmi bağımlılığı olduğunu ve yine yaşlıların günlük öz bakım gibi ev içi işlerde %30'lar oranında tam ya da kısmi bağımlılığı olduğunu düşündürmektedir.

Yaşlılara son dört hafta içinde ne kadar bedensel ağrı hissettikleri sorulduğunda %70.8 oranında orta ve üzeri derecede bednsel ağrı hissettiklerini ifade etmişlerdir, %70.8'in içinde bulunan %19.6'sı bu ağrıyı çok aşırı şiddetli ağrı olarak ifade etmiştir. Son dört hafta içinde fiziksel ağrının günlük işlerine ne kadar engel olduğu sorulduğunda, katılımcıların % 67'si orta ve üzeri derece engel olduğunu ifade etmiştir. Bu oranlar ağrının yaşlılardaki işlev ve yaşam kalitesi kaybı nedenlerinden biri olabileceğini göstermektedir. Yaşlılardaki ağrı kaynaklarının ana nedenlerinden biri kas iskelet sistemidir. Kas iskelet sistemi ve ağrının rehabilitasyonunun kişinin fonksiyonel kapasitesini artırması ve yaşam kalitesini yükseltmesi beklenebilir.

Yaşlılar “son dört hafta içinde kendinizi çökmüş ve karasamsar hissettinizmi?” sorusuna %61.6 oranında evet cevabını vermiştir. Yaşlıların zaman zaman depresif ve karamsar ruh halinin ön planda olduğunu düşündürmekle birlikte, “sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum” ifadesinin kendileri için ne kadar doğru yada yanlış olduğu sorulduğunda %67.4 oranında yanlış cevabını vermiştir. Bu durum yaşlıların büyük çoğunluğunun gelecekte umutlu olduğunu düşündürmektedir. Bu oranların depresif hastaların daha az sağlık hizmet arayışı bulunması ve gözden

kaçması yine aynı şekilde demansiyel problemleri bulunan hastaların daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurması veya sağlık hizmeti alamamalarından etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Yaşlılar “son dört hafta içinde bedensel sağlıkları veya duygusal problemlerinin sosyal etkinliklerine (arkadaş, akraba ziyareti vs.) engel oldumu ?” sorusuna %60.1 oranında evet cevabını vermiştir. Yaşlıların fiziksel ve duygusal problemlerinin, yaşlıların sosyal hayatlarını da büyük oranda etkilemekte olduğu ve yaşlı bireylerin günlük yaşama katılımını azalttığını düşündürmektedir. Bu durum yaşlı bireyleri toplumdan uzaklaştırmakta, izole etmekte ve kendi içlerine kapanmalarına sebep olmaktadır. Toplumdan olan bu uzaklaşma pek çok sorunuda beraberinde getirmektedir. Yaşlı için bu durum bir kısır döngüye dönüşmekte fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitelerini daha da düşürmektedir. Bu durum toplumun yaşlının bilgi, tecrübe ve deneyimlerinden yararlanma imkanını azaltmakta ve toplumda iş gücü ve değer kaybına yol açmaktadır. İşlevsel kapasitesi ve yaşam kalitesi daha da azalan yaşlı zamanla toplum tarafından desteklenmesini gerektirmekte bu durumda toplum için artan yük oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesi alt değerleri incelendiğinde bedensel bileşenlerdeki düşüşün ruhsal bileşenlerden daha fazla olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeni yukarıda bahsedildiği gibi yaşlılıktaki ana problemlerden olan demans ve depresyonun daha çok ikinci veya üçüncü basamakta tedavi edilmesi yada hizmete başvurmama veya ulaşamamaları nedeniyle verilere yansımaları olabilir. Türk toplum yapısından kaynaklanan “tevekkül” anlayışıda ruhsal problemlerin daha çok kabullenilmesini sağlamış olabilir.

Bedensel bileşenlerde ki düşüş en fazla bedensel nedenlere bağlı işlev kaybı ve bedensel nedenlere bağlı rol kısıtlanması alanında olduğu görülmektedir. Bedensel pek çok problem kas iskelet sistemi hastalıkları, kronik hastalıklar ve bunlara bağlı ağrıyı içermektedir. Bu hastalıkların çoğunluğu tedavi edilebilir, kontrol altında tutulabilir ve rehabilite edilebilir. Dülgeroğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında geriatrik yaş grubundaki olguların rehabilitasyon programlarından fayda gördüklerini göstermiştir. Yaşlıların bedensel nedenlere bağlı işlev kayıpları rehabilitasyon programları ile azaltılabilir, mevcut kapasite korunabilir ve yaşam kaliteleri artırılabilir. İşlevsel kapasitesi artan yaşlı bireylerin topluma destek oranları ve

bağımsızlıkları artar, daha mutlu ve doyurucu bir hayat yaşamının yanında aile bireyleri, sağlık sistemi ve toplum üzerinde oluşturdıkları baskı azalabilir. Dünyada görülen demografik değişim nedeniyle bu baskının azaltılması sağlıklı toplum yaşamı için kaçınılmaz gözükmektedir. Bu nedenle yaşlılar birinci basamak sağlık kurumlarına ilk başvurularında mümkünse geriyatrik değerlendirmeye tabi tutulmalıdırlar. Bu geriyatrik değerlendirmenin yaşam kalitesi ölçeklerini içermesi faydalı olabilir. Yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulanan toplumun yapısına göre düzenlenmesi bu ölçeklerin işlevselliğini artırabilir. Bu nedenle topluma özel geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçeklerinin yaşlı bireyler için standardizasyonu sağlanmalıdır. Bu sayede yaşam kalitesi ölçekleri toplumsal göstergeler olmanın yanında bireysel uygulamalarda da kullanılabilir. Sağlık çalışanı yaşlının hangi alanlarda yaşam kalitesi düşüşü yaşadığını ve işlevsel kayıplarını değerlendirebilir ve buna yönelik ileri girişimlerde bulunabilir.

Yaşlı bireyler büyük oranda sağlık sisteminden faydalanma ve giriş kapısı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadırlar. Yaşlı kişilerin sağlık bakımı arama davranışları erişim, transport, sağlık merkezinin yaşlı dostu olması, kendisini tanıyan, sağlık sorunlarını bilen ve gereksindiği hizmetleri koordine edecek bir hekiminin olmasından olumlu yönde etkilenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlılar açısından kullanılmasında daha avantajlıdır. Çünkü doğası gereği birinci basamak sağlık hizmetleri daha ulaşılabilir, daha konforludur. Hiç koşul ve şartsız ilk başvuru noktası olması, hastalık temelli değil birey temel alan sürekli olan hizmet verilmesi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyonu da içeren kapsayıcı ve bütüncül bir yapıda olması, kendi içinde ve basamaklar arasında koordinasyon noktası olması, aile ve toplum merkezli olması ana özelliklerini oluşturur. Yaşlı dostu bir sağlık merkezi ve hekim pek çok sağlık sorunu olan yaşlıların tedavilerine uyumlarını da artırmakta ve daha uzun süre etkin kalmalarını sağlamaktadır (1).

Yaşam kalitesi göstergeleri ayrıntılı incelendiğinde yaşam kalitesinin kişinin yaşı, sağlı kadar sosyoekonomik durumu, medeni hali, eğitim düzeyi gibi sosyokültürel faktörlerden de etkilendiği görülmektedir. Bazı grupların (kadınlar, ileri yaşlı yaşlılar, sosyoekonomik durumu kötü olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar) daha fazla risk altında olduğu da gözlenmiştir. Yaşlı bireyler biyolojik, psikolojik ve

sosyolojik olarak daha kırılgan bir grubu oluşturur ve biyopsikososyal nedenlerle oluşabilecek patolojilere karşı daha savunmasız durumdadırlar. Bu nedenle yaşam kalitesi ve sorunları yalnız yaş ve genel sağlık parametreleri ile değerlendirilemez, biyopsikososyal bir yaklaşım gerektirir. Biyopsikososyal yaklaşım hekimlerin klinik soruna hastalarının biyolojik, psikolojik ve sosyal verilerini etkili bir şekilde, bir arada değerlendirerek yaklaşımları demektir. Bu nedenle diğer bireylerde olduğu gibi 65 yaş üzeri bireylere biyopsikososyal yaklaşımın sergilenmesi başarı şansını artıracaktır. Birinci basamak sağlık kuruluşları biyopsikososyal yaklaşımın uygulanması açısından avantajlı sağlık birimleridir, hastalarını, bedensel ve sosyal çevrelerini, bireyi etkileyen etmenleri uzun süreli gözlem şansları mevcuttur.

Pek çok etmen birinci basamak sağlık kuruluşlarını yaşlı sağlığında önemli bir konuma getirmektedir. Mevcut hali ile birinci basamak poliklinik hizmetlerinin önemli bir oranını yaşlı hastalar oluşturmakta olup demografik değişimle birlikte zaman içinde yaşlı sağlığı hizmetlerinin sağlık sistemi üzerinde ve birinci basamak sağlık hizmetleri üzerindeki yükü artacaktır. Bu nedenle hızlı bir şekilde yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve birinci basamak çalışanlarının yaşlı sağlığı konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Yaşlı sağlığı hizmetleri sadece poliklinik hizmeti olarak algılanmamalı, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve koordinasyon sağlayıcı rolü güçlendirilmelidir. Yaşlı sağlığı konusunda iyi eğitilmiş personel ve organize edilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri yaşlanan toplumun sağlık sistemi üzerinde yapacağı baskıyı önemli oranda azaltmakla birlikte, bireylerin daha tatminkar ve mutlu bir yaşam sürmesini sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR

Üretken ve başarılı bir yaşlanma süreci için doğuştan beklenen yaşam süresinin uzun olması tek başına eksik bir yaklaşım olmakta; yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin de uzayan ömürle birlikte korunabilmesi için gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

65 yaş üzeri bireylerin İzmir Sf 36 Türkiye geçerlilik çalışması (yaş ortalaması 42.9 ± 14.7 ; $n=1279$) ile karşılaştırıldığında bütün alanlarda dramatik düşüş gözlenmektedir (Tablo 5.1). ($p<0.001$)

Yaşlılıkla birlikte işlevsel kapasite ve yaşam kalitesindeki bu düşüşten en fazla 80 ve üzeri yaştakilerin ve özellikle kadınların, sosyo ekonomik durumunu kötü olarak ifaden kişilerin, yeşil kartlıların, medeni durumu dul olanların, eğitim durumu düşük olanların etkilendiği gözlenmektedir. Bu durum kadınların, ileri yaşlı yaşlıların, sosyoekonomik durumu kötü olanların, eğitim düzeyi düşük olanların daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu grupların daha ayrıntılı çalışma ve araştırmalara gereksinimleri olabilir.

Veriler yaşlıların yaklaşık %60'ının ev dışı işlerde tam yada kısmi bağımlılığı olduğunu ve yine yaşlıların günlük öz bakım gibi ev içi işlerde %30'lar oranında tam ya da kısmi bağımlılığı olduğunu düşündürmektedir. Son dört hafta içinde fiziksel ağrının günlük işlerine ne kadar engel olduğu sorulduğunda, katılımcıların % 67'si orta ve üzeri derece engel olduğunu ifade etmiştir. Bu oranlar ağrının yaşlılardaki işlev ve yaşam kalitesi kaybı nedenlerinden biri olabileceğini göstermektedir. Yaşlılardaki ağrı kaynaklarının ana nedenlerinden biri kas iskelet sistemidir. Kas iskelet sistemi ve ağrının rehabilitasyonunun kişinin işlevsel kapasitesini artırması ve yaşam kalitesini yükseltmesi beklenebilir.

Yaşam kalitesi alt değerleri incelendiğinde bedensel bileşenlerdeki düşüşün ruhsal bileşenlerden daha fazla olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeni yukarıda bahsedildiği gibi yaşlılıktaki ana problemlerden olan demans ve depresyonun daha çok ikinci veya üçüncü basamakta tedavi edilmesi yada hizmete başvurmama veya ulaşamamaları nedeniyle verilere yansımaları olabilir. Yaşlıların bedensel nedenlere bağlı işlev kayıpları rehabilitasyon programları ile azaltılabilir, mevcut kapasite korunabilir ve yaşam kaliteleri artırılabilir. İşlevsel kapasitesi artan yaşlı

bireylerin topluma destek oranları ve bağımsızlıkları artar, daha mutlu ve doyurucu bir hayat yaşamının yanında aile bireyleri, sağlık sistemi ve toplum üzerinde oluşturdıkları baskı azalabilir. Yaşlı sağlığı konusunda iyi eğitilmiş personel ve organize edilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri yaşlanan toplumun sağlık sistemi üzerinde yapacağı baskıyı önemli oranda azaltmakla birlikte, bireylerin daha tatminkar ve mutlu bir yaşam sürmesini sağlayacaktır.

7. ÖZET

Yaşlanma, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Dünyanın hızla yaşlanıyor olması insanların doğuştan yaşam beklentisinin giderek artması tüm dünyada demografik yapıyı değiştirmekte ve dünya nüfusu içinde yaşlıların oranı hızla artmaktadır. Günümüz gerçeğinde hızla artan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin korunabilmesi önem kazanmaktadır. Üretken ve başarılı bir yaşlanma süreci için doğuştan beklenen yaşam süresinin uzun olması tek başına eksik bir yaklaşım olmakta; yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin de uzayan ömürle birlikte korunabilmesi için gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bir durum tespiti ve ihtiyaçların belirlenmesi niteliğindeki çalışmamızda yaşlılık ile birlikte fonksiyonel kapasitede de ve yaşam kalitesi değerlerinde de dramatik olarak düşüşler gözlenmektedir. En fazla yaşam kalitesindeki azalma bedensel sorunlara bağlı rol kısıtlaması [(RP) 24.28 ± 37.828] alanında görülmekte, en az (61.40 ± 17.952) değerleri ile mental sağlık (MH) alanında gerçekleşmektedir. Bedensel özet skorları (PCS) 33.61 ± 11.427 ve mental özet skorlar (MCS) 42.34 ± 9.893 olarak gerçekleşmiştir. Yaşlıların yaklaşık 1/3'i 435 (%30.8) kişi genel sağlıklarını kötü olarak nitelemekte ve yaşlıların yaklaşık %60'ının ev dışı işlerde tam yada kısmi bağımlılığı olduğunu ve yine yaşlıların günlük öz bakım gibi ev içi işlerde de %30'lar oranında tam ya da kısmi bağımlılığı olduğunu düşündürmektedir. Yaşam kalitesi göstergeleri ayrıntılı incelendiğinde yaşam kalitesinin kişinin yaşı, sağlıklı kadar sosyoekonomik durumu, medeni hali, eğitim düzeyi gibi sosyokültürel faktörlerden de etkilendiği görülmektedir. Bazı grupların (kadınlar, ileri yaşlı yaşlılar, sosyoekonomik durumu kötü olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar) daha fazla risk altında olduğu da gözlenmiştir. Bu nedenle yaşlılar birinci basamak sağlık kurumlarına ilk başvurularında mümkünse geriyatrik değerlendirmeye tabi tutulmalıdırlar. Bu geriyatrik değerlendirmenin yaşam kalitesi ölçeklerini içermesi faydalı olabilir. Bu sayede yaşam kalitesi ölçekleri toplumsal göstergeler olmanın yanında bireysel uygulamalarda da kullanılabilir. Sağlık çalışanı yaşlının hangi alanlarda yaşam kalitesi düşüşü yaşadığını ve fonksiyonl kayıplarını değerlendirebilir ve buna yönelik ileri girişimlerde bulunabilir.

Yaşlı bireyler büyük oranda sağlık sisteminden faydalanma ve giriş kapısı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadırlar. Yaşlı dostu bir sağlık merkezi ve hekim pek çok sağlık sorunu olan yaşlıların tedavilerine uyumlarını da artırmakta ve daha uzun süre etkin kalmalarını sağlamaktadır. Yaşlı sağlığı konusunda iyi eğitilmiş personel ve organize edilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri yaşlanan toplumun sağlık sistemi üzerinde yapacağı baskıyı önemli oranda azaltmakla birlikte, bireylerin daha tatminkar ve mutlu bir yaşam sürmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, Yaşlılık, Geriyatri, Rehabilitasyon, Birincil Bakım, Aile Hekimliği.

8. ABSTRACT

The evaluation of the need of rehabilitation and life quality of whose old patients who use primary health care service in the city of Antalya.

Ageing can be defined as chronic and the universal process which lead to decreasing of all functions and can be seen for all living beings. World's ageing, people's increasing expectation about life from birth are changing the demographic structure of the whole world and the population of old people is getting bigger. In our era's reality the rapid increasing of the old people population's life quality become very important. It is an insufficient approach to consider the life will be long in order to have a productive and successful life span which is supposed from birth ; the necessary workings (work required) should be done to to protect old people's life quality with longing life. In a case study and our work to get the needs, it is dramatically observed that there are some decrease on the functional capacity and life quality together with becoming old. The most reduction part is seen in the role restriction [(RP) 24.28 ± 37.828] because of the phsical decreasing, the least (61.40 ± 17.952) value is happened with mental health (MH) areas. Physical conculude scores (PCS) 33.61 ± 11.427 and mental conclude scores (MCS) 42.34 ± 9.893 are (happened) like that. 1/3 of old people, 435 (30.8%) people, are indicated that their general health conditions are bad and about 60% of old people think that they are totally or partly dependent out of the house and again old people's indoor labours like daily care are totally or partly dependent. When the indicator of life quality are deeply searched, the life quality is effected by person's age, health and also social-economic situation, marital status, educational background and social-cultural effects. Some groups (women, older age people, people who have bad social-economy situations, bad level of education) are at the risk mostly. Because of this reason if it is possible old people should be taken geriatric evaluation when they apply to the first-step medical institutions. This geriatric evaluation can be useful when it involves life quailty scale. So this scales can be used for personal practice

and society's signs. Medical employee (staff) can evaluate in which areas the old person's life quality decrease and functional losses and for this can attempt forward.

Old people mostly use primary health care service as entrance and make use of medical system. The medical centre as a friend of elderly people and doctor provide harmony for old people with their treatments and make it efficient longly. Well-educated personnel about medical and organized first-level medical service decrease the pressure on the system in an ageing country and will make the people much more satisfied and have a happier life.

Key words: Quality of Life, Aging, Geriatrics, Rehabilitation, Primary Health Care, Family Medicine.

9. KAYNAKLAR

1. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. Gerofam Kavramı: Önümüzdeki Demografik Değişime Yönelik Bir Çözüm Önerisi. Gerofam 2010; 1(1): 1-5.
2. Tufan İ. Türkiye'nin Yaşlılık Yüğü Gerçekten Hafif midir? Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu Antalya:Gero yayınları: 4. Araştırma-İnceleme Dizisi 3, 2007.
3. WHO Statistical Information System (WHOSIS), 2008. Turkey: data and statistics Erişim: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=61710> erişim tarihi: 12.12.2010.
4. International Year of Older persons. 1999. United Nations Principles for Older Persons: To add life to the years that have been added to life. Erişim: (<http://www.un.org/esa/socdev/iyop>), Erişim tarihi: 12.12.2010
5. Active Ageing - A Policy Framework. Geneva: WHO.2002. Erişim: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Erişim tarihi: 12.12.2010.
6. Karagöz M, Yaşlı ve Adli Tıp. GeroFam 2010; 1: 97-110.
7. Yaman H, Akdeniz M. Etkin yaşlanma: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış. STED 2009; 17(6); 12-3.
8. Yağcı İ, Geriatrik Rehabilitasyon ve 5N-1K. Erişim:http://www.geriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=geriatrikrehabilitasyonve_5N-1K#content. Erişim tarihi: 12.12.2010
9. The World Health Organization. Quality Of Life (Whoqol) – Bref. 2004. Erişim. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf. Erişim tarihi 17.12.2010.
10. Wensing M, Elwy G. Research on Patients' Views in the Evaluation and Improvement of Quality of Care, Qual Saf Health Care 2002; 11: 153
11. Wensing M, Elwy . Methods for incorporating patients' views in health care, Education and Debate, BMJ 2003; 326: 877–9.
12. WHOQOL; Progame on Mental Health-Measuring Quality of Life. 1997. url:http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Erişim tarihi:24.12.2010.
13. Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı 2008. Çeviri Editörü: Yaman H, Çeviren: Akdeniz M. www.ailehek.org. Erişim tarihi 17.12.2010.
14. Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıta dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2009; 13(1): 27-38.
15. Kanevetçi Z. Yaşlı Dostu Sağlık Ocağı Projesinin Antalya İlinde Sağlık Ocaklarında Çalışılması, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Bitirme Tezi 2008, Antalya.

16. Tufan I, Yaman H, Arun Ö. Disability in Turkey: Suggestions for overcoming. *International Social Work* 2007; 50; 839.
17. WHO, The Toronto Declaration, on the Global Prevention of Elder Abuse, 2002, Cenevre.
18. The World Health Organization. Quality Of Life (Whoqol) – Bref. 2004. Erişim. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf. Erişim tarihi 17.12.2010.
19. Pison G. Population ageing will be faster in the South than in the North. *Population & Societies* 2009; No.457: 1-4.
20. DPT: Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Yayın no. DPT: 2741. 2007.
21. Hoenig H, Nusbaum N, Brummel-Smith K. Geriatric rehabilitation: State of the art. *JAGS* 1997; 45: 1371-81.
22. Abrams WB, Beers MH, Berkov R. The Merck Manuel of Geriatrics ikinci baskı 1995 205-24
23. Akdeniz M, Yaman A, Tufan İ, Yaman H. “Yaşlılık ve Engellilik” STED. 2009;18(5): VII-X.
24. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A , Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2: 51.
25. Starfield B. Shi L. Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health http://www.jhsph.edu/bin/k/a/2005_MQ_Starfield.pdf Erişim Tarihi:17.4.2011
26. Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti. (primary care), 23.Ekim.2007 11. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi* <http://halksagligi.pamukkale.edu.tr/kongre/SUNUMLAR/erhan.eser.ppt> Erişim Tarihi:11.4.2011
27. Racker RE. Essentials of Family Practice, W.B Saunders Company, 1993, USA
28. Yaman H. Ungan M. Akdeniz M. Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi GeroFam 2010.1.(1)
29. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 200; 28: 344(26): 2021-5.
30. Çeviren Y. Antalya İlinde Yaz Döneminde Yaşlılarda Sağlık Ekolojisi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,Yayımlanmamış Uzmanlık Bitirme Tezi, 2010, Antalya.
31. Frank C, Seguin R. Care of the elderly training, Implications for family medicine. *Can Fam Physician* 2009;55:510-14
32. Cannon G. Comments on the draft WHO / FAO report “Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases” http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfao_cmi_geoffrey.pdf Erişim tarihi:01.04.2010

33. UNDP. *Human Development Report*, Oxford University Press, NY 1995.
34. Weinberger ER, Nagle B, Hanlon JT, Samsa Gp, Schmader K. Landsrnan PB, Uttech KM, Cowper PA, Cohen HJ, Feusser JR. Assessing health related quality of life in elderly outpatients; telephon versus face to face administration. *JAGS* 1994; 42: 1295-99.
35. Loretz L. Primary Care Tolls for Clinicians, 11;p:342, 2005, USA.
36. Ware JE, Snow KK, Kosinski M. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center. 1993.
37. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
38. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. SF-36'nın Türkçe için Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1999.
39. Hays RD, Hahn H, Marshall G. Use of the SF-36 and other health related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; (Suppl 2) 83: 4-9
40. Yaman H, Akdeniz M. Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları: DSÖ Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı, www.ailehekk.org. Erişim tarihi 17.12.2010.
41. Ware JE, Snow KK, Kosinski M. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center. 1993.
42. Demiral. *BMC Public Health* 2006, 6 : DOI 247: 10.1186/1471-2458-6-247
43. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H. Cantürk A. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi* 2006; 9(1): 30-33.
44. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi, *Düşünen Adam* 2005; 18(4): 187-95.
45. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi, Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, *DEUHYO ED* 2009; 2(4): 145-54.
46. Hawthorne G ve Osborne R: Population norms and meaningful differences for the Assessment of Quality of Life (AQoL) measure. *Aust N Z J Public Health* 2005; 29: 136-42.
47. Tsai SY, Chi LY, Lee LS: Health - related quality of life among urban, rural, and island community elderly inTaiwan. *Journal of the Farmosan Medical Association* 2004; 103(3): 196-220.

10. EKLER

Ek: Anket Formu.

YAŞAM KALİTESİ VE REHABİLİTASYON İHTİYACI DEĞERLENDİRME ANKET FORMU

1. Anket sıra no:.....

2. Ad-soyadı:

3. Cinsiyeti: ☐ 1. Erkek ☐ 2. Kadın

4. Doğum tarihi (yıl):

5. Eğitim düzeyi: ☐ 1. Okur-yazar değil ☐ 2. İlkokul ☐ 3. Ortaokul
☐ 4. Lise ☐ 5. Üniversite

7. Medeni durumu: ☐ 1. Evli ☐ 2. Bekar ☐ 3. Dul

8. Sosyal güvencesi: ☐ 1. Yok ☐ 2. Emekli Sandığı ☐ 3. SSK
☐ 4. BAGK. ☐ 5. Özel Sigorta ☐ 6. Yeşil Kart
☐ 7. Diğer:.....

9. Kendinizin ve ailenizin sosyoekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?
☐ 1. İyi ☐ 2. Orta ☐ 3. Kötü

10. Telefon numaranız:

11. Bağlı Bulunduğunuz Aile Hekimliği Merkezi:

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin.

1. Genel sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? Bir kutucuğu işaretleyiniz.

Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınıza şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?
Bir kutucuğu işaretleyiniz.

Geçen seneden çok daha iyi	☐
Geçen seneden biraz daha iyi	☐
Geçen sene ile aynı	☐
Geçen seneden biraz daha kötü	☐
Geçen seneden çok daha kötü	☐

3. Aşağıdaki sıradan bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir kutucuğu işaretleyiniz.

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	☐	☐	☐
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek gibi ev işleri ya da bowling, golf v.b. sporları yapmak	☐	☐	☐
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşınak	☐	☐	☐
d. İki, üç kat merdiveni çıkmak	☐	☐	☐
e. Tek kat merdiveni çıkmak	☐	☐	☐
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	☐	☐	☐
g. Bir kilometreden fazla yürüyebilmek	☐	☐	☐
h. Birkaç yüz metre yürüyebilmek	☐	☐	☐
i. Yüz metre yürüyebilmek	☐	☐	☐
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	☐	☐	☐

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız nedeniyle günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir kutucuğu işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda azalma	☐	☐
İstediginizden daha az miktar işin tamamlanması	☐	☐
İşin ya da diğer aktivitelerin çeşidinde azalma	☐	☐
İş ya da diğer aktiviteleri yaparken performansta azalma	☐	☐

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (sinirli yada depresyonda hissetmek gibi) nedeniyle günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir kutucuğu işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda azalma	☐	☐
İstediginizden daha az miktar işin tamamlanması	☐	☐
İşin ya da diğer aktivitelerin çeşidinde azalma	☐	☐

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir kutucuğu işaretleyiniz.

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Biraz ☐ Oldukça ☐

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel ağrı hissettiniz? Bir kutucuğu işaretleyiniz.

Hiç ☐ Çok az ☐ Az ☐ Orta derecede ☐ Çok ☐ Çok şiddetli ☐

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir kutucuğu işaretleyiniz.

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çok ☐ İleri derecede ☐

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir kutucuğu işaretleyiniz.

	Her Zaman	Nerdeyse Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi yaşam dolu hissediyormusunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Çok sınırlı mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Çok enerjiniz var mı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Kendinizi çökünüş ve karamsar hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Mutlu bir insan mıydınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir kutucuğu işaretleyiniz.

Her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazı zamanlarda ☐ Çok az zaman ☐ Hiçbir zaman ☐

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir kutucuğu işaretleyiniz.

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	☐	☐	☐	☐	☐
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	☐	☐	☐	☐	☐
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	☐	☐	☐	☐	☐
d. Sağlığım mükemmel	☐	☐	☐	☐	☐