

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**"BİRİNCİ BASAMAKTA SUNULMASI PLANLANAN YAŞLI SAĞLIĞI
İZLEM MODELİ İLE İLGİLİ OLARAK HİZMETİ ALANLARIN VE
SUNANLARIN GÖRÜŞ, BEKLENTİ VE ÖNERİLERİ"**

UZMANLIK TEZİ
DR. SEVİL BABUŞ

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. ERHAN ESER

KASIM, 2017

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**"BİRİNCİ BASAMAKTA SUNULMASI PLANLANAN YAŞLI SAĞLIĞI
İZLEM MODELİ İLE İLGİLİ OLARAK HİZMETİ ALANLARIN VE
SUNANLARIN GÖRÜŞ, BEKLENTİ VE ÖNERİLERİ"**

UZMANLIK TEZİ
DR. SEVİL BABUŞ

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. ERHAN ESER

KASIM, 2017

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın başlaması aşamasında bana göstermiş olduğu akademik destek için danışmanım Prof. Dr. Erhan Eser'e teşekkür ederim. Yapılan görüşmeler sırasında katılımcılara ulaşmam konusunda bana destek olan başta Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürü Uzm.Dr. Müjde Şerifhan İlgün olmak üzere Şehzadeler İlçe Sağlık müdürlüğü çalışanlarına ve Şehzadeler bölgesindeki Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve beni her seferinde güler yüzle karşılayan hekiminden ebesine tüm sağlık personeline teşekkürü bir borç bilirim. Araştırmanın saha aşamasında gerek katılımcılara ulaşma aşamasında gerek görüşmeler sırasında bana destek olan Uzm.Dr. Saliha Ünal'a, Araş.Gör.Dr. Berna Bilgin Şahin'e ve Araş.Gör.Dr. Çağlar Söğüt'e çok teşekkür ederim. Emeklerinin ve varlıklarının değerini asla ödeyemeyeceğim sevgili eşim Salim Babuş'a ve minik oğlum Ege Babuş'a bana göstermiş oldukları sevgi, saygı ve destek için minnettarım.

Manisa, 2017

Sevil Babuş

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Yaşlılarda kullanılan erken tanı yöntemleri.....	15
Tablo 2. Manisa Şehzadeler EATSM'ye bağlı ASM'lerde yaşlıların sayısı ve nüfusa oranı	19
Tablo 3. Odak grup görüşmelerine katılan katılımcıların dağılımı.....	20
Tablo 4. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeye katılan sağlık profesyonellerinin dağılımı	21
Tablo 5. Çalışmaya katılan 65 yaş ve üstü kişilerin sosyodemografik özellikleri.....	31
Tablo 6. Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özellikleri..	33
Tablo 7. Sağlık profesyonellerinin niteliksel veri analizinde dikkate alınan özellikleri	34
Tablo 8. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri.....	35
Tablo 9. Bakım verenlerin niteliksel veri analizinde dikkate alınan özellikleri	36
Tablo 10. Yaşlılık Teması.....	37
Tablo 11. Yaşlılık teması özet tablosu.....	52
Tablo 12. Yaşlılık sorunları teması	54
Tablo 13. Yaşlılık sorunları temasının özet tablosu.....	68
Tablo 14 . Sağlık hizmetleri teması	69
Tablo 15. Sağlık hizmetleri teması özet tablosu	94
Tablo 16. Risk grubu teması	97

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1.Sağlıklı yaşlanmanın bileşenleri.....	9
Şekil 2. Niteliksel analiz süreci.....	28
Şekil 3. Niteliksel analizde tümevarım süreci.....	28
Şekil 4. Araştırmanın zaman çizelgesi.....	29
Şekil 5. Çalışmaya katılan grupların dağılımı.....	30

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BM: Birleşmiş Milletler

AGE: Avrupa Yaşlı Halk Platformu

AB: Avrupa Birliği

MNA: Mini nutrisyonel değerlendirme

BKİ: Beden kitle indeksi

HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü

EATSM: Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SP: Sağlık profesyoneli

BV: Bakım veren

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
TABLO DİZİNİ	II
ŞEKİL DİZİNİ	III
KISALTMALAR DİZİNİ	IV
İÇİNDEKİLER	V
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Yaşlılık.....	3
2.1.1. Yaşlılığın değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler.....	3
2.1.2. Yaşlı sağlığı konusunda Politikalar ve Programlar	5
2.1.3. Bir risk grubu olarak yaşlılar	10
2.1.4. Türkiye’de yaşlılara hizmet veren kurumlar	11
2.1.5. Türkiye yaşlı nüfusu sorunları.....	13
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Niteliksel çalışma yöntemlerinin kullanımı	16
3. GEREÇ YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırma bölgesi	18
3.3. Araştırmada görüşülecek kişiler ve seçimi	18
3.3.1. Odak grup görüşmelerine katılacak kişilerin seçimi	19
3.3.2. Derinlemesine görüşmeye katılacak kişilerin seçimi.....	20
3.4. Görüşme yeri, süresi ve ortam özellikleri	21
3.4.1. Odak grup görüşmeleri.....	21
3.4.2. Derinlemesine görüşme.....	22
3.5. Araştırmanın temel değişkenleri	22
3.6. Araştırmanın veri toplama gereçleri	23
3.6.1. Odak grup ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme görüşmeci formları.....	23
3.6.2. Odak grup ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme katılımcı formları	25
3.7. Veri toplama aracı	25
3.8. Görüşme teknikleri	25

3.8.1. Odak grup görüşmesi	25
3.8.2. Yarı yapılandırılmış Derinlemesine görüşme.....	26
3.9. Araştırma verilerinin analizi	26
3.9.1. İçerik analizi ve ile ilgili kavramlar	27
3.10. Etik konular ve araştırma izinleri	28
3.11. Araştırmanın zaman çizelgesi.....	29
4.BULGULAR.....	30
4.1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri.....	30
4.1.1. 65 yaş üstü kişiler	30
4.1.2. Sağlık profesyonelleri	32
4.1.3. Bakım verenler.....	34
4.2. Çalışmanın niteliksel bulguları.....	36
4.2.1.Yaşlılık.....	36
4.2.2. Yaşlılık sorunları	53
4.2.3. Sağlık hizmetleri.....	69
4.2.4.Yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınması.....	95
5. TARTIŞMA	98
6. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI	108
7. SONUÇ	109
8. ÖNERİLER	110
9. ÖZET	111
10. ABSTRACT.....	112
11.EKLER	113
11.1 ODAK GRUP YAPISININ ÖZETİ.....	113
11.2. ÇEKİRDEK KONU REHBERİ.....	115
11.3 GÖRÜŞMECİ FORMLARI	116
11.3.1. ODAK GRUP GÖRÜŞME FORMU.....	116
11.3.2. SAĞLIK PROFESYONELİ YARI YAPILANDIRILMIŞ DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU	120
11.3.3. BAKIM VEREN YARI YAPILANDIRILMIŞ DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU	121
11.4. KATILIMCI FORMLARI	122
11.4.1. SAĞLIK PROFESYONELİ KATILIMCI FORMU	122
11.4.2. 65 YAŞ ÜSTÜ KATILIMCI FORMU	123
11.4.3. BAKIM VEREN KATILIMCI FORMU	124
11.5. ETİK KURUL ONAYI.....	125
12. KAYNAKÇA	126

1. GİRİŞ

Son 50 yılda en büyük demografik değişim nüfusun yaşlanmasıdır. Bilimdeki ilerlemeyle birlikte antibiyotiklerin keşfi enfeksiyon hastalıklarından ölümleri azaltırken, teknoloji alanındaki gelişme ile erken tanı ve tedavi imkanları artmış, insanların eğitim imkanlarının artması toplumların sağlık alanında farkındalıklarını arttırmıştır. Erken ölümler azalmış, ana ve çocuk sağlığı göstergeleri iyileşmiştir. Bunların sonucu olarak insan ömrü uzamış ve doğumda beklenen yaşam süreleri artmıştır(1). Doğurganlıktaki düşüşün yaşlı nüfusun artmasındaki en temel belirleyici olduğu söylenebilir(2). TÜİK verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78, her iki cinsiyette 2015 yılı için erkeklerde 75.3 ve kadınlarda 80.7 yıldır(3).

Yaşlanma, kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden değişime uğramasıdır. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı çevresel faktörlere uyum sağlama yeteneğinin azalması olarak tanımlamıştır(4). Dünya'nın birçok gelişmiş ülkesi kronolojik olarak 65 yaş üstünü yaşlı kabul etmektedir(5). Birleşmiş Milletler, standart sayısal bir ölçüt olmamakla birlikte, yaşlı nüfusa atıfta bulunurken 60 yaş üstünü kullanmaktadır.

Dünya genelinde diğer yaş gruplarına göre daha hızlı artan yaş grubunu, 65 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Dünya genelinde 1960'larda %4.9 olan yaşlı nüfusu, 2016'ya gelindiğinde %8.4'e yükselmiştir(6). 2017 yılında dünyada yaşlıların sayısının 962 milyon olduğu, 2025 yılında bu sayının 1,2 milyar, 2040 yılında 1.3 milyar, 2050 yılında 2 milyar olacağı öngörülmektedir(7). Demografik dönüşüm sürecinde olan ülkemizde 2016 yılı itibariyle yaşlı nüfus oranı %8,3 olmuştur(3). Son 5 yılda yaşlı nüfus oranımız %17.1 artmıştır. Birleşmiş Milletler'in (BM) tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının yüzde 8 ile 10 arasında olması o ülke nüfusunun 'yaşlı', yüzde 10'un üzerinde olması ise 'çok yaşlı' olduğu anlamına gelmektedir(8). Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2'ye yükseleceği ve 'çok yaşlı' nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir(3).

Bu çalışmanın amacı birinci basamakta yaşlılara verilen hizmetlerle ilgili olarak hizmeti kullanan yaşlılar ve yaşlılara bakım verenler ile hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin bu hizmetler hakkında görüş, beklenti ve önerilerini ortaya koymaktır. Alanda risk grubu izlemlerinde(gebe, bebek ve çocuk izlemleri) birçok problemle karşılaşmaktadır(lojistik, personel eğitim yetersizliği vs.). Ayrıca bu çalışmanın Sağlık Bakanlığı tarafından ilerde planlanacak yaşlı sağlığı izlem modeli için artalan bilgisi oluşturarak, izlem planlamasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Araştırma yapılan bölgede çalışmaya katılanların sağlıklı yaşlanma konusundaki bakış açılarını ortaya koyacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık

Yaşlanma yaşlılık ile başlayan bir dönem değil, doğumdan itibaren başlayan bir süreçtir. Yaşlılığın biyolojik, kronolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak birçok tanımı bulunmaktadır. Kronolojik yaşlanma: Kişilerin takvim yılına göre yaşlanmasını anlamına gelir. Biyolojik yaşlanma: Hücre sayısında azalma, hücrelerin fonksiyonlarında azalma, organ fonksiyonlarının azalması ve böylece vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişime uğraması anlamına gelir. Psikolojik yaşlanma: Zeka, hafıza gibi alanlarda fonksiyonların azalması ile birlikte davranış değişikliklerinin de ortaya çıktığı yaşlanmadır. Sosyolojik yaşlanma: Bireyin sosyal olarak toplumda rol ve statüsünün değişmesiyle ortaya çıkan sosyal işlerinde gücünün ve yeteneğinin azalarak kaybolmasıyla ortaya çıkan yaşlanmadır(9). Kronolojik yaşı günümüzde yeterli bilgi vermemesi nedeniyle yaşlanmanın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönlerinin de ele alınması gerekmektedir(10). Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) yaşlanmayı kronolojik yaşa göre sınıflandırmaktadır. 65-74 yaş arası genç yaşlı; 75-84 yaş arası orta yaşlı; 85 yaş ve üstüne de çok yaşlı tanımı kullanılmaktadır(11).

2.1.1. Yaşlılığın değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler

2.1.1.1. Demografik ölçütler

1. Doğumda beklenen yaşam süresi: Bir bireyin doğduğu andan itibaren yaşaması beklenen ömrüdür. Bu gösterge hayat tabloları yolu ile elde edilir. Doğumda beklenen yaşam süresi ülkelerdeki sosyoekonomik gelişmişlik seviyelerini, yaşam kalitesini ve ölümlülük seviyelerini ölçmekte kullanılan çok önemli bir göstergedir.
2. 65 yaş üzerinde beklenen yaşam süresi: 65 yaşına gelmiş bireylerin bu yaştan sonra beklenen ortalama yaşam süreleridir.
3. 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı: Bir toplumda 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa bölünmesiyle elde edilir.

4. 85 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı: Bir toplumda 85 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa bölünmesiyle elde edilir.
5. Medyan(Ortanca) yaş: Nüfus yaşa göre sıralandığında ortada kalan yaş olup, nüfusu iki eşit parçaya böler.
6. Yaşlı bağımlılık oranı: Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısıdır(12).
7. Yaşlılık indeksi: Yaşlıların iyi olma durumlarını ölçmek için çeşitli göstergelerden yararlanılır. Örnek olarak: Maddi iyilik, fiziksel iyilik, sosyal iyilik ve duygusal iyilik göstergeleri verilebilir(13).

2.1.1.2. Mortalite(Ölüm) ölçütleri

1. 65 yaş ve üzeri nüfusta ölüm hızı: 65 yaş ve üzeri ölümlerin, 65 yaş ve üzeri nüfusa bölünmesiyle elde edilir.
2. 65 yaş ve üzeri orantılı ölüm hızı: 65 yaş ve üzeri ölümlerin tüm ölümler içindeki payıdır.
3. 65 yaş ve üzeri nüfusta ölüm nedenleri

2.1.1.3. Morbidite (hastalık) ölçütleri

1. 65 yaş ve üzeri nüfusta kronik yeti yitimi sıklığı
2. 65 yaş ve üzeri nüfusta belirli hastalıkların sıklığı

2.1.1.4. Hastalık yükü ölçütleri

1. Yaşam yılı kaybı (YLL): Erken ölümlere bağlı kaybedilmiş yıllar
2. Yeti yitimine bağlı kaybedilmiş yıllar (YLD)
3. Yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları (DALY): Yeti yitiminin ortaya çıkmasından itibaren geçen yıllar ile erken yaşta meydana gelen ölümlere bağlı kaybedilen süreyi bir ölçütte bir araya getirerek göstermektir. $DALY = YLL + YDL$
4. Doğumda sağlıklı yaşam yılı beklentisi (HALE)(12)

2.1.2. Yaşlı sağlığı konusunda Politikalar ve Programlar

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında 5. hedef doğrudan yaşlı bireyle ilgiliyken, 13. hedef sağlıklı ortam olanağı sağlamaya ilişkin düzenlemeler getirmektedir(14). 1994 Yılında Kahire’de yapılan, Türkiye’nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu konferansta aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir(15).

DSÖ’nün Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı ile sağlıklı ve güçlü yaşlılık dönemi temellerinin yaşamın ilk yıllarında atıldığı kabul edilerek; bireysel ve toplumsal yaşlanma ile ilgili anahtar öncelikler üzerinde odaklanılması için politikacılara yol gösterecek pratik bir araç olması amaçlanmıştır. Yaşlanma sürecindeki özellikler ve sorunlar göz önünde bulundurularak, ülkelerdeki farklı durumlara uyarlanabilecek çözüm önerileri geliştirilmiş, bu öneriler üç başlıkta düzenlenmiştir: 1)Yaşlılık ve kalkınma, 2)Yaşlılıkta sağlık ve iyi olma durumunun artırılması, 3)Güvenli, kolaylaştırıcı, destekleyici çevrelerin sağlanmasıdır(16).

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı arttırmaya odaklanmaktadır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma sağlıklı yaşlanmanın göstergelerindendir(17). 2003 yılında İsveç Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü, Avrupa Komisyonu desteği ile WHO, AGE, EuroHealthNet ve üye devletlerin kamu sağlık kurumları, bakanlıklar ve üniversiteler dahil olmak üzere on iki ortakla Avrupa Birliği(AB) Halk Sağlığı Programı kapsamında “Sağlıklı Yaşlanma” projesi başlatıldı. Bu proje kapsamında ana başlıklar belirlenerek, yaşlı sağlığı hizmetlerinde koruyucu hekimliğin ön planda olması vurgulanmıştır. Ayrıca hızla yaşlanan toplumlarda en önemli sosyal risklerin başında doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte bakıma muhtaçlık riskinin artması gelmektedir(18). Bu konuda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın yayınladığı “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı

Uygulama Programı” nda yaşlının mümkün olduğunca evinde, yakın çevresinden koparılmadan, ihtiyaçlarının karşılanarak bakımlarının sağlanması gerektiği belirtilmiştir(17).

Sağlık Bakanlığı’nın “2015-2020 Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı” nda yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma hedeflenmekte, bu hedeflere ulaşmada da öncelikli olarak koruyucu, önleyici, teşhis ve tedavi edici, izlem ve rehabilitasyona ilişkin bütüncül yaklaşım içinde sağlık hizmeti verilmesi planlanmaktadır(19).

2.1.2.1. 2015-2020 Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı

Ülkemizde yaşlı nüfustaki artışa uygun olarak sağlık sistemi cevabının geliştirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesine benzer olarak Avrupa Sağlıklı Yaşlanma Strateji ve Eylem Planı (2012- 2020) ve Sağlık 2020 hedeflerine paralel olarak, ülkemizin hedef ve stratejilerinin hayata geçirilmesi amacıyla 2015 yılında yayınlanmıştır. Eylem planında hedef ve stratejilerin önceliği, paydaş kurum ve kuruluşlar ile yürütülecek destekleyici çalışmaların temel çerçevesi belirlenmektedir. Birinci strateji “Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma” iken dördüncü strateji “İzlem ve değerlendirmenin güçlendirilmesi”dir. İzlem stratejisinin etkinlik bölümünde yaşlılara yönelik izlem programlarının oluşturulması gerekliliğinden ve yaşlı sağlığı izlem formlarının gebe ve çocuk izlem formları gibi Aile Hekimliği Bilgi Sistemi(AHBS)’nde yer alması gerektiğinden bahsedilmektedir. 2017 ekim ayı itibariyle henüz uygulamaya geçilmemiştir.

2.1.2.2. Dünyada yaşlı sağlığı programları

Geçtiğimiz yüzyılda büyük dünya savaşlarının ardında dünyada pek çok ülkede üretken nüfus sayısı azaldı. Böylece Avusturya, İsveç, Almanya gibi birçok ülke demografik dönüşüm sürecine 1970’lerde girdiler. Günümüzde, toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkelerin başında Japonya(%25.06), Almanya(%21.45), İtalya(%21.25), İsveç(%19.91) ve Finlandiya(%19.94) gelmektedir(20). Pek çok ülke kendi gereksinimlerine göre yaşlı sağlığı programları uygulamaktadır.

Kanada 65 yaş üstü nüfusun yoğun olduğu ülkelerin başında gelir. 2015 verilerine göre 65 yaş üstü nüfus oranı %15.9'dur(20). 2041 yılında Kanada nüfusunun % 23 'ünün 65 yaş üzeri olması beklenmektedir (21). Kanada'da yaşlılar ile ilgili farklı sağlık modelleri bulunmaktadır. Bunlar; Aile hekimliği özel klinikleri, Evde bakım hizmetleri modeli, Paylaşılmış bakım modeli ve Entegre bakım sistemleridir. Birden fazla kronik hastalığa sahip düşkün hastalar için birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel hedefleri gereksiz hastane veya uzun süreli bakımdan kaçınarak hastaların günlük işlevlerini ve yaşam kalitesini artırmaktır. Onların bilgi ve becerileri göz önüne alındığında, yaşlı sağlığı uygulamalarında aile hekimleri ile birlikte tanımlanan modellerin çoğu önemli bir rol oynayabilir(22). Yaşlı nüfusun yoğun olduğu ülkelerden biri de İngiltere'dir. 2015 verilerine göre 65 yaş üstü nüfus oranı %17.26'dır(20). İngiliz geriatri derneği toplumda ve ayaktan hasta yönetimi için "Fit for Frailty" adında bir rehber önermektedir(23). Dernek , kırılğan olarak tanımlanan tüm yaşlı insanlar için kapsamlı geriatrik değerlendirmeye dayalı bütüncül tıbbi bir inceleme önermektedir. Bu bütüncül yaklaşım : tedaviyi optimize etmek için hastalıkları teşhis etmek; kanıta dayalı bir şekilde ilaç listelerini değerlendirme (ör: STOPP/START kriterleri); hastalığın etkilerini tanımlamak için yaşlı insanlar ve bakım verenler ile tartışılması; bireyselleştirilmiş bakım ve destek planı oluşturmak için yaşlı kişilerle çalışmayı içerir. İngiliz Geriatri Derneği mevcut araçlar kullanılarak kırılğan nüfus taramasını tavsiye etmemektedir(24). Yaşlı nüfusun yoğun olduğu ülkelerden Danimarka'da, 75 yaş ve üzerindeki kişiler için belediyeler, evde koruyucu hizmet ziyaretleri sunmakta, bu ev ziyaretlerini düzenlemek için en iyi yolu anlamak ve onun en önemli bileşenlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapmaktadır. (G)OLD ('Getting OLD the healthy way') ev ziyareti programı, toplum içinde yaşayan 75 yaş üstü kırılğan bireyler için uygulanmıştır(25). (G)OLD ev ziyaretleri basamaklı bir modeldir ve hemşire tarafından sürdürülür. Diğer bir programda (G)OLD dokümanları temelinde oluşturulan transmural bakımın geriatrik değerlendirmesi(TRAZAG) programıdır. TRAZAG programının temel amacı 75 yaş üstü kişilerin toplumda bağımsız olarak yaşamasıdır(26,27).

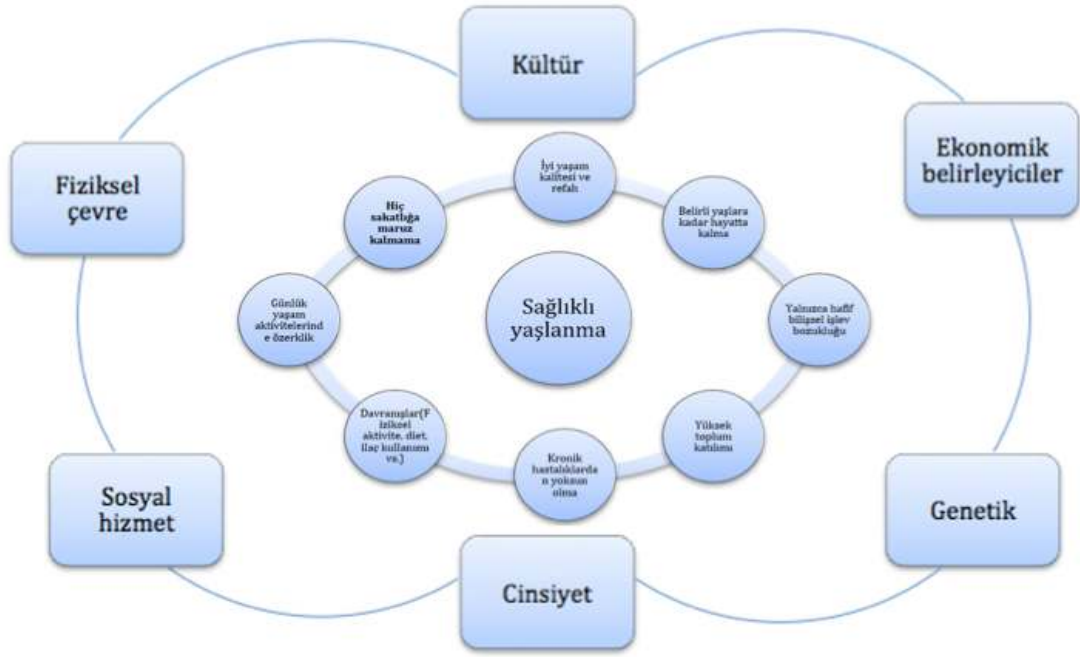
Gelişmiş ülkelerde sağlıklı yaşlanma konusunda birçok bakım programı yürütülmektedir. Belçika'da yürütülen programda hizmetin sürekliliği ön planda

iken(28), Fransa’da yürütülen entegre hizmet modeli olan COPA(yaşlılar için profesyonel bakım koordinasyonu) programında aile hekimi ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki koordinasyon ön plandadır(29).

2.1.2.3. Sağlıklı yaşlanma(Healthy ageing)

Yaşlanma 21. yüzyılda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en büyük sosyal ve ekonomik zorluklarından biridir. Bu problem sağlık ve istihdamın da içinde olduğu çoğu politika alanlarını etkileyecektir. Yaşlı insanların farklı sağlık gereksinimleri vardır. Bu yüzden yeterli sağlık hizmetini verebilmek için sağlık sistemlerinin adaptasyonu ve mali açıdan sürdürülebilir olması gerekmektedir. Sağlıklı yaşlanma, bireyin kendini yaşlılığa hazırlama sürecinde sosyal çevresini ve ilişkilerini canlı tutmak, sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler almak, bellek ve fiziksel işlevlerini geliştirici çabalar içinde olmak ve yaşama pozitif bakmasını becerebilmek anlamına gelmektedir(30).

Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın en temel göstergelerinden biridir. Araştırmalarda ve projelerde "sağlıklı yaşlanma", "başarılı yaşlanma" ve "aktif yaşlanma" ifadeleri giderek yaygınlaşmaktadır. DSÖ’ye göre aktif yaşlanma, insanların yaşlandıkça yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, katılımcılık ve güvenlik fırsatlarını en iyi duruma getirme sürecidir(31). Sağlıklı yaşlanma kişileri, aileleri ve toplumları çevreleyen çeşitli belirleyicilere bağlıdır. Fakat sağlıklı yaşlanmanın tek bir tanımı bulunmaması nedeniyle görülme sıklığı ve yaygınlığı hakkında net bir görüş yoktur(32). Sağlıklı yaşlanma tanımı içine dahil edilen alanlar; hiç sakatlığa maruz kalmadan belirli yaşlara kadar hayatta kalma, kronik hastalıklardan yoksun olma, günlük yaşam aktivitelerinde özerklik, refah, yüksek yaşam kalitesi, yüksek toplum katılımı, yalnızca hafif bilişsel işlev bozukluğu olmasıdır. Sağlıklı yaşlanma terimi Şekil 1’de görüldüğü gibi geniş bir yelpazede öngörü ve göstergelere sahiptir(32). Sağlıklı yaşlanmanın bir bileşeni olan toplum katılımı ve yaşam kalitesi çok öznel bir konudur ve büyük ölçüde kişisel ve çevresel faktörlerle ilişkilidir(18).



Şekil 1. Sağlıklı yaşlanmanın bileşenleri

Kişi ve toplum için yüksek öneme sahip sağlıklı yaşlanmayı bir sonuç değişkeni olarak ölçmek zor olduğu için politikalar ve programların belirlenmesinde sağlıklı yaşlanma bileşenlerinin tanımlanması gereklidir(33).

2.1.2.4. Yaşlılarda yaşam kalitesi

Yaşlılarda yaşam kalitesi değerlendirmeleri, gerek biyolojik yaşlanmanın doğrudan sonuçları(hastalıklar) ve gerekse bunların getirdiği bağımsızlık ve sosyal işlevlerdeki kısıtlılıklar nedeniyle önemli bir yere sahiptir(34). Rehabilitasyon uygulamaları arasında önemli yer tutan yaşam kalitesinin korunmasında temel yaklaşımlarda; fiziksel kapasitenin korunması, psikolojik iyiliğin ve sosyal iletişimin sağlanması, ekonomik koşulların göz önüne alınması gerekmektedir. Çok boyutlu bir yaklaşımdır ve özellikle kronik hastalıkların optimal tıbbi bakımında önemli yer tutmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı yaşam kalitesinde azalma, yeti kaybına neden olmaktadır. Yeti kaybının belirleyicileri arasında günlük yaşam aktiviteleri önemli yer tutmaktadır(35). Yaşlılarda yaşam kalitesi aktif yaşlanma kavramı ile birlikte ele alınır. Aktif yaşlanmayı, hastalıklardan korunma ve tedavi gibi sağlık hizmetleri yanında davranışsal, sosyal, psikolojik, çevresel ve ekonomik faktörler belirler.

Yaşlıların eğitimi, entelektüel gelişimi dolayısıyla topluma uyumu ve yaşam kalitesini geliştirir. Yaşlıların yaşam kalitesini yükselten toplumlar, sadece yaşlıların toplum üstündeki yükünü azaltarak değil, aynı zamanda onların ürettikleri topluma yararı olan çıktılardan yararlanarak toplumsal gelişmeyi hızlandırırlar.

2.1.3. Bir risk grubu olarak yaşlılar

Sağlık hizmet ihtiyacı toplumun değişik grupları arasında yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaşanılan bölge gibi bazı parametrelerden etkilenir. Kişilerin ihtiyaçlarına göre hizmetin eşit olmaktan çok hakkaniyetli olması gerekir. Özellikle sağlık hizmetlerinde hasta olma riski yüksek grupların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin daha fazla olması hakkaniyetli sayılır(36). Birinci basamakta riski yüksek gruplarda koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gerekir. Koruyucu hizmetleri planlarken risk gruplarının bilinmesi gerekir. Bu kapsamda ülkemizdeki sağlık hizmetlerinde 15-49 yaş grubu kadınlar, 5 yaş altı çocuklar, gebeler ve loğusalar risk grubu sayılmakta, birinci basamakta izlem programları ile değerlendirilmektedir.

Her geçen gün artan bir nüfusa sahip yaşlıların sağlık hizmeti kullanım ihtiyaçları artmaktadır. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin temeli koruyucu sağlık hizmetleri olmalıdır. Fakat yaşlılık gebelik, çocukluk çağı gibi kısa süreli bir süreç olmayıp, 65 yaş ve üstünden sonraki tüm yaşam dönemini kapsamaktadır. Bu yüzden yaşlılık da kendi içinde hizmet gereksinimi fazla olan alt gruplara ayrılmıştır(37). Yaşlılık dönemindeki risk grupları:

- (A) Çok yaşlı grup(80 yaş ve üzeri)
- (B) Yalnız yaşayanlar
- (C) Huzurevinde yaşayanlar
- (D) Çocuksuz yaşayanlar
- (E) Kronik bir hastalığı olanlar
- (F) Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çekenler
- (G) Sosyal kurumlardan destek almayanlar

2.1.4. Türkiye’de yaşlılara hizmet veren kurumlar

Türkiye’de yaşlılara hizmet veren kurumların başında kamu kurumları gelir. Hizmetler, sağlık kurumları, huzurevleri, yaşlı rehabilitasyon merkezleri, yaşlı bakım merkezleri, yaşlı dayanışma merkezleri adı altında kurulan kuruluşlarda verilmektedir. 2014-2018 dönemi onuncu kalkınma planında yaşlıların kendi çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde bakımını sağlamaya yönelik hizmetler çeşitlendirilerek yaygınlaştırılacak ve yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliği artırılması planlanmıştır(38). Ayrıca yaşlılar, engelliler ve çocuklar öncelikli olmak üzere toplumun farklı kesimleri için yaşanabilirliği artırmayı hedefleyen; fırsat eşitliğini ve hakkaniyeti gözeterek mekânsal planlama ve kentsel tasarım uygulamalarının hayata geçirilmesi hedeflenmiştir.

2.1.4.1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

633 sayılı kanun hükmünde kararname ile teşkilat yeniden yapılandırılmıştır(39). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ikiye bölünerek iki genel müdürlük kurulmuştur. Bu genel müdürlükler Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’dür. Genel müdürlüğün yaşlı hizmetleri ile ilgili iki dairesi bulunmaktadır: “Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı” ve “Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı”dır. Genel müdürlüğün görevleri yaşlılara sunulan hizmet modelleri geliştirmek, özürlü ve yaşlılara yönelik yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usul ve standartları belirlemek ve bunlara uyulmasını sağlamaktır.

2.1.4.1.1 Huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri

60 yaş ve üzeri yaşlı kişilere hizmet vermek amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak hizmet vermektedir. Bu huzurevlerinde yeme-içme, barınma, psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır.

2.1.4.1.2 Yaşlı hizmet merkezleri

2828 sayılı kanunda yaşlı hizmet merkezleri ve bu merkezlerde gündüz bakım ve evde bakım hizmeti verileceği hükümleri yer almaktadır(40). Buna göre,

yaşamını evde ailesi, akrabaları veya yalnız sürdüren yaşlılar ile demans , Alzheimer vb. hastalıkları olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmak, rehberlik, günlük yaşamda destek hizmetleri vermek, gerekirse aileleri ile fikir alışverişi ve dayanışma gibi yaşam kalitesini arttırarak gündüzlü bakım hizmeti sunmak amaç edinmiştir.

2.1.4.2. Belediyeler

1580 sayılı Belediye kanunu ilk defa belediyelere bakıma muhtaç kişilerin korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirmesi üzerine değişik illere aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır(41). Buna göre belediyeler yaşlılara yönelik farklı sosyal yardım yöntemleri uygulamada serbesttir. Fakat denetim ve gözetimden Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sorumludur. Ayrıca yaşlıların toplu ulaşımdan ücretsiz yararlanmaları ve %40 ve üzeri engelliler için belediye hizmetlerinden gereken indirimlerin yapılması uygulamaları mevcuttur. Son yıllarda çeşitli belediyelerden tarafından evde bakım hizmetleri uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama ile kişisel bakım hizmeti, yaşadıkları ortamların temizlenmesi ve düzenlenmesi, rehabilitasyon hizmetleri, sağlıklı beslenme danışmanlık hizmetleri ve fiziksel aktivite olanakları sağlamaktadır.

2.1.4.3. Sağlık bakanlığı

Yaşlılara verilen hizmetlerde asıl sorumlu olan sağlık bakanlığıdır. Sağlık bakanlığının yaşlılara hizmet veren kurumlar arasında sorumlu olduğu hizmetler, tanı ve tedavi işlerinde yaşlılara gösterilen kolaylıklar ve hastanın bulunduğu yerde verilen yerinde sağlık hizmetleridir. Yaşlılara verilen en önemli hizmet evde sağlık hizmetleridir. Kurumsal bakımın maliyetinin yüksek olması nedeniyle ilk defa 2005 yılında evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik adında bir mevzuatla başlamıştır. Sağlık bakanlığına bağlı kuruluşların evde sağlık hizmeti uygulaması ilk defa 2010 yılında başlamış, 2015 yılında çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik ile hizmetin daha kapsamlı şekilde yürütülmesine karar verilmiştir(42). Yönetmeliğin amacı: ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve

rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemektir. 2015 yılında Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından verilen T tipi ve Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Devlet hastaneleri tarafından verilen H tipi evde sağlık hizmetleri birimleri kurulmuştur. 2017 yılında evde sağlık hizmetleri tamamen kamu hastaneler birliği kurumuna devredilmiştir.

2.1.4.4. Yaşlılara hizmet veren özel kurum ve kuruluşlar

Dernekler ve vakıflara ait kuruluşlar, azınlıklara ait kuruluşlar, gerçek kişilere ait kuruluşlar tarafından huzurevi hizmeti sunulabilmektedir. Bu kuruluşlarda normal bakım hizmeti verilebilmektedir. Özel huzurevi hizmetinde yaşlı sosyal fiziksel ve moral desteğe ihtiyaç duyan , akıl ve ruh sağlığı yerinde olup, kuruluş bakımına ihtiyacı olan en az 55 yaşındaki kişi olarak tanımlanır. Bu tanıma göre yaşlı kişi, kendi öz bakımını bağımsız şekilde yapabilen, bulaşıcı hastalığı olmayan, alkol ve madde bağımlılığı bulunmayan kişilerden olmak zorundadır(43).

2.1.5. Türkiye yaşlı nüfusu sorunları

2.1.5.1. Yaşlıların sağlık sorunları

Yaşlanmayla birlikte organlarda fonksiyon bozuklukları ortaya çıkmakta, bu bozukluklar beraberinde kronik hastalıkları getirmektedir. 65 yaş ve üzeri kişilerin %90'ında bir, % 15'inde ise dört veya daha fazla kronik hastalık bir aradadır(4). Özellikle diabet, astım, artrit ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı fiziksel fonksiyonları etkileyerek sağlıklı yaşlanma üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Yaşlılık dönemine özgü hastalıklar geriatrik sendromlar grubuna alınarak, inkontinans, uyku bozuklukları, malnutrisyon, deliryum, bası yaraları, ağrı ve düşmeler bu grupta değerlendirilmektedir. Geriatrik sendromların erken tanısı koruyucu önlemlerin alınması ve uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi açısından önemlidir. Geriatrik sendromlardan biri olan kırılğan yaşlı sendromu, fizyolojik değişikliklere bağlı hastalık, beslenme ve aktivite yetersizliği sonucu

birbiri ile ilişkili pek çok sistemde bozulma ile seyretmektedir. Kırılgan yaşlının farkındalığı konusunda hekimler dikkatli olmalıdır. Çünkü aktif olarak araştırılmadıkça belirgin olmayabilir(44).

2.1.5.2. Yaşlıların sosyal sorunları

Yaşlılıkla ilgili en yaygın sosyal sorunlar arasında genel yaşam standartlarının düşük olması, yoksulluk ve düşük gelir, sosyal güvenlik politikalarındaki değişiklikler, tek başına yaşayan yaşlı sayısındaki artış, uygun olmayan konut koşulları, aile bakımındaki azalmalar, yaşlı nüfusun yaşlanma belirtileri, yaşlılığa yönelik olumsuz görüşler ve olumlu rolleri kabullenme güçlükleri şeklinde sıralanabilir(45). Yaşlılıkta otorite kaybı, ekonomik düşkünlük, emeklilik gelir seviyesinin düşüklüğü, hayatın hızlı dönüşümü ve yaşlıların buna ayak uydurmadaki sıkıntıları, yoksulluk, yalnızlık gibi sorunlar da yaşlılıkta sık rastlanan sosyal sorunlardır. Ülkemizde sosyo-ekonomik yaşamdaki hızlı değişmeye paralel olarak sosyokültürel yapıdaki hızlı dönüşüm, ailenin işlevi ve yaşam tarzında önemli değişimler yaratmış, bu süreç de yaşlının aile içindeki yeri, önemi, gücü ve otoritesini geniş ölçüde azaltmıştır(46). Yalnızlık duygusu, beraberinde güvensizlik, korku, depresyon ve gelecek kaygısını getirmekte, bu kısır döngü yaşlının yaşamını olumsuz etkilemektedir. Yaşlının yaşadığı bölge, aldığı eğitim ve toplumsal statüsü doğrudan sosyoekonomik durumu ile ilişkilidir. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı 2015 yılında %32.6 iken yaşlı erkeklerin oranı ise %8.2'dir. Kentsel yaşamın yaygınlaşması ile toplumsal yapı değişmiş, yalnız yaşayan yaşlı sayısı artmıştır. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi, 2016 yılı sonuçlarına göre, toplam hane halklarının %5.4'ünü, toplam tek kişilik hane halklarının ise %36'sını tek kişilik yaşlı hane halkları oluşturdu. Ayrıca gelir ve yaşam koşulları araştırması sonuçlarına göre, yoksulluk oranı yaşlı nüfus için 2011 yılında %17 iken 2015 yılında %18.3'e yükselmiştir(3). Yaşlılığa bağlı ruhsal sorunlar da kentte kırdan daha fazla görülmektedir(47).

2.1.5.3. Yaşlı sağlığı ve koruyucu hekimlik

Birinci basamak yaşlı sağlığı hizmeti sunumunda sağlıklı yaşlanmayı temel alan bütüncül(koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri) bir

yaklaşım belirlenmelidir. Öncelikle hasta- hekim arasındaki iletişimin iyi olması gerekir. Güçlü bir iletişim sayesinde hekimin sunduğu koruyucu yaklaşımlar kapsamında öne çıkan bazı bileşenleri hastalara etkin bir şekilde aktarmak mümkün olur. Bunlar arasında yeterli ve dengeli beslenme, fizik aktivite, tütün kullanımından uzak bir yaşam, kazalardan korunma sayılabilir. Bunların yanı sıra; yaşlılık döneminde de aşılama/bağışıklama, ölüm ve hastalık hızlarını azaltabilmektedir(48). Yaşlılık döneminde yılda bir doz influenza aşısı, yaşam boyu tek doz polisakkarid pnömokok aşısı önerilmektedir(49). Erken tanı yöntemleri; yaşam kalitesini arttırmak, tedavi maliyetlerini düşürme, hastalıkların morbidite ve mortalitelerini azaltmak için kullanılmaktadır. Yaşlılarda kullanılan erken tanı yöntemleri Tablo 1’de gösterilmiştir(50).

Tablo 1. Yaşlılarda kullanılan erken tanı yöntemleri

Hastalık	Ülkemizde önerilen tarama
Hipertansiyon	Kan basıncı optimal düzeyde olanlarda (120-130/80-85mmHg) iki yılda bir, yüksek-normal (130-139/85-89 mm Hg) olanlarda en az yılda bir kez kan basıncı ölçümü ile tarama
Diabetes Mellitus	45 yaş üzeri herkes ve yüksek riskli grupta üç yılda bir tarama
Dislipidemi	35 yaşından büyük bütün kişilerde beş yılda bir, 75 yaşına kadar devam eden serum lipit profil taraması
Abdominal Aortik anevrizma	Hayatının bir döneminde sigara içmiş 65-75 yaş arası erkeklerde bir defaya mahsus USG ile tarama
Meme Kanseri	40-69 yaş arası bütün kadınlarda iki yılda bir mamografi ve hekim tarafından rutin klinik muayene ile tarama
Kolorektal Kanser	50-70 yaş grubundaki bütün bireylerde yılda bir gaitada gizli kan testi ve her on yılda bir kolonoskopi ile tarama
Osteoporoz	65 yaş üstü tüm kişilerde yılda bir kez biyokimyasal testlerin yapılması, 65 yaş üstü kadınlar ile 70 yaş üstü erkeklerde en az bir kez DEXA ile tarama

Çok yönlü geriatrik değerlendirme testleri	65 yaş ve üzerindeki bireylerde en az bir kez 'Çok yönlü Geriatrik Değerlendirme' ile tarama ve mümkün ise bu taramanın beş yılda bir kez tekrarlanması
Malnütrisyon	Beslenme durumunun saptanması için yılda bir BKİ ölçümü, MNA ile değerlendirme
Obezite	Beslenme durumunun saptanması için yılda bir BKİ ölçümü, Bel çevresi ölçümü ile değerlendirme ve takip, takiplerinde kilo verdiği saptanan kişilerin 3 aylık periyotlarla değerlendirilmesi

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Niteliksel çalışma yöntemlerinin kullanımı

Sağlık hizmetlerinde nitel araştırmalar, özellikle genel pratikte hekim-hasta etkileşimi ile ilgili konuları incelemek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Araştırmanın amacı ve eldeki kaynaklara bağlı olarak sosyal bilimlerde sıkça kullanılan niteliksel araştırma yöntemleri, sağlıkla ilgili davranışların, inançların, değerlerin anlaşılabilmesi ve müdahalelerin geliştirilebilmesi için önemli bir yere sahiptir(51). Niceliksel araştırmalarda belirli bir davranışın görülme sıklığı saptanırken, genellikle bu davranışa ve soruna yol açan nedenler, yönlendirmeler, inançlar ve değerleri tam olarak açıklamak her zaman mümkün olmamaktadır(52). Niteliksel çalışma sağlık hizmetini olumlu veya olumsuz etkileyen kültürel ve sosyal faktörlerin belirlenmesine yardımcı olabilir. Bu bilgiler, hizmet sunumunun geliştirilmesinde yardımcı olabilir(53). Klinik ve niteliksel araştırma görüşmelerinin çok farklı amaçları vardır. Doktor sorunu hastanın bakış açısından görmek isteyebilirse de klinik görev, uygun bir yönetim biçimi seçmek için bu sorunun uygun bir tıbbi kategoriye sığdırılmasıdır(54).

Niteliksel araştırmalarda kullanılan veri toplama yöntemleri çok sayıdadır. Patton'a göre nitelikli görüşmelerde iyi sorular açık uçlu, tarafsız, hassas ve görüşmelere açık olmalıdır(55). Görüşülen kişinin kolayca cevap verebileceği sorularla başlamak, daha zor veya hassas konularda ilerleyebilmek en iyisidir. Sıklıkla başvuru alan veri toplama yöntemleri derinlemesine görüşmeler ve odak grup

görüşmeleridir. Bunlardan derinlemesine görüşme, bireylerin deneyimlerine, tutumlarına, görüşlerine, şikayetlerine, duygularına ve inançlarına ilişkin bilgi elde etmede etkili bir yöntemdir. Derinlemesine görüşme yönteminin avantajları, incelenen konuyla ilgili olan davranışların gerçek nedenleri ve yapısal belirleyicileri hakkında daha sağlıklı bilgi alma olanağı sağlaması, katılımcıya konuların ve başlıkların ana hatlarını belirlemesinde ortam yaratması, daha derinlemesine ve detaylı bilgi sağlamasıdır. Dezavantajları ise, görüşmelerin başarılı ve verimli olabilmesi için gerekli olan konuya vakıf, araştırma ekibinin bir parçası olan, yalnızca mekanik olarak soru soran görüşmecilerin değil, yüksek beceriye sahip, iyi eğitilmiş görüşmecilerin bulunmasının her zaman mümkün olamamasıdır(56).

Sıkça kullanılan diğer yöntem odak grup görüşmeleridir. Bir kişinin tek başına davranışı ile grup içindeki davranışları arasında farklar vardır. Odak grupta kimlerin ve kaç kişinin yer alacağı sorusu araştırmanın konusu ile doğrudan ilişkilidir. Aynı sosyal gruptan, aynı eğitim düzeyinden ve benzer sosyal geçmişten gelen kişiler odak grupta yer alabilmektedir. Odak grup görüşmelerinin olumlu yanları arasında sosyal yönelimli bir araştırma yöntemi olması, formatın moderatöre inceleme sorusu sorma olanağı vermesi, görünüş ve içerik geçerliliğinin yüksek olmasıdır(57).

Triangulasyon: Bu yöntemde araştırmacı, çalışmasını güçlendiren kanıt sağlamak için birden fazla yöntem, kaynak, araştırmacı veya teori kullanmaktadır(53). Triangulasyon aynı fenomeni incelemek için farklı yollar sunar ve çalışmadan çıkan sonuçlar güven verir. Kaynakların ve analizin triangulasyonu olmak üzere iki temel triangulasyon şekli vardır(58). Sağlık Hizmetlerindeki araştırmalarda, hekimlerin, hastaların ve yöneticilerin görüşlerinin benzerliğini ve farklılığını saptamak için bu doğrulama yöntemini kullanılır(59).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; T.C Sağlık Bakanlığı Manisa ili Şehzadeler ilçesine bağlı Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi (EATSM) bölgesinde birinci basamakta yaşlıların takibi ve sağlık sorunlarının çözümü için nasıl bir yöntem uygulanması gerektiği hakkında 65 yaş üstü kişilerin, bu kişilere bakım verenlerin ve sağlık profesyonellerinin görüş, beklenti ve önerilerinin saptanmasına yönelik niteliksel bir araştırmadır. 65 yaş üstü kişilerde odak grup görüşmesi, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır.

3.2. Araştırma bölgesi

Bu araştırma bölgesi; T.C Sağlık Bakanlığı Manisa ili Şehzadeler ilçesine bağlı Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi'dir. Araştırmanın evreni ise Manisa ili Halk Sağlığı Müdürlüğü, Şehzadeler EATSM ve bu EATSM'ye bağlı ASM'ler ile Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan sağlık profesyonelleri, bu bölgeden hizmet alan 65 yaş üstü kişiler ve 65 yaş üstü kişilere bakım verenlerden oluşmaktadır.

3.3. Araştırmada görüşülecek kişiler ve seçimi

Araştırmada odak grup görüşmelerine katılacak 65 yaş üstü kişiler için kar topu örneklem yöntemi kullanılmıştır. Odak grup görüşmelerine katılacak 65 yaş üstü kişilerin iletişim kurmasına engel herhangi bir mental hastalığı olmamasına dikkat edilmiştir. Derinlemesine görüşmeler öncesinde EATSM Sorumlu hekimi ile görüşülmüş, araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Görüşülecek sağlık profesyoneli ve bakım verenlerle iletişime geçilmesine yardımcı olunmuştur. Katılımcılar gönüllülük esasına göre belirlenmiştir.

3.3.1. Odak grup görüşmelerine katılacak kişilerin seçimi

Çalışmanın başında 6 odak grup görüşmesi yapılması planlanmıştır. Bu gruplar kentsel, yarı kentsel ve kırsal olmak üzere 3 alt gruba ayrılmıştır. Odak grup görüşmelerinin yapılacağı bölgeleri seçerken Manisa Şehzadeler EATSM'ye bağlı ASM'lerde yaşlıların yoğun olarak yaşadığı yerler öncelikle tercih edilmiştir.

Tablo 2. Manisa Şehzadeler EATSM'ye bağlı ASM'lerde yaşlıların sayısı ve nüfusa oranı

Aile sağlığı merkezi	Yaşlı sayısı	Yaşlı nüfus oranı(%)
1 nolu ASM	2316	6.9
2 nolu ASM	3290	11.2
3 nolu ASM	1424	10.8
4 nolu ASM	894	4.9
5 nolu ASM	754	5.4
6 nolu ASM	266	6.3
7 nolu ASM	970	9.2
8 nolu ASM	103	3.4
9 nolu ASM	1606	11.1
10 nolu ASM	404	5.3
11 nolu ASM	455	12.0
12 nolu ASM	999	10.9
13 nolu ASM	52	4.8
Aşağı çobanisa ASM	1137	15.8
Karaağaçlı ASM	467	11.9
Karayenice ASM	501	19.0
Sancaklıbozköy ASM	623	20.8

Kentsel odak grup görüşmesine katılacak kişilerin seçimi için 3 ve 12 nolu ASM; yarı kentsel odak grup görüşmeleri için 5 ve 10 nolu ASM; kırsal bölge için Karayenice ve 4 nolu ASM aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ile görüşülmüş, 65 yaş üstü bireyleri davet etmeleri sağlanmıştır. Karayenice'ye bağlı Tilkisüleymaniye köyü, 4 nolu ASM'ye bağlı Yeni harmandalı köyü kırsal odak grup görüşmeleri için seçilmiştir. Odak grup görüşmesi için en az 4 en fazla 7 katılımcı ile görüşülmesi planlanmıştır. Katılımcı sayıları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3. Odak grup görüşmelerine katılan katılımcıların dağılımı

			SAYI(n)	YÜZDE(%)
Bölge	Kentsel	3 Nolu ASM(odak grup 2)	7	20.5
		12 Nolu ASM(odak grup 5)	5	14.7
	Yarıkentsel	5 Nolu ASM(odak grup 6)	5	14.7
		10 Nolu ASM(odak grup 3)	5	14.7
	Kırsal	4 Nolu ASM(odak grup 4)	6	17.7
		Karayenice ASM(odak grup 1)	6	17.7
Toplam			34	100.0

3.3.2. Derinlemesine görüşmeye katılacak kişilerin seçimi

3.3.2.1. Sağlık profesyonelleri

Sağlık profesyonelleri derinlemesine görüşmelerinde bölgesel farklılıklar göz önüne alınarak; kentsel, yarı-kentsel ve kırsal Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimlerinden ve aile sağlığı elemanlarından ikişer hekim ve birer aile sağlığı elemanı olmak üzere 9 kişi, toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinden (TSM hekimleri, Evde sağlık hizmeti sunanlar, hemşire, sağlık memuru vb.) 9 kişi ve Halk sağlığı müdürlüğünde çalışan sağlık yöneticilerinden de 4 kişi, Tıp fakültesinde 2 kişi olmak üzere toplam 24 kişi ile görüşülmesi planlanmıştır. Çalışmaya 22 sağlık çalışanı katılmıştır. Bunlardan altısı aile hekimi(aile hekimleri arasında da bir tanesi aile hekimi uzmanı);üçü aile sağlığı elemanı(iki ebe , bir ATT); sekizi TSM(bir halk sağlığı uzmanı, bir aile hekimliği uzmanı, bir pratisyen hekim, iki hemşire, iki ebe, bir sağlık memuru) çalışanı; üçü Halk Sağlığı müdürlüğü(iki hekim, bir ebe) çalışanı; ikisi de Tıp fakültesinde görevli öğretim üyesi idi.

Tablo 4. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeye katılan sağlık profesyonellerinin dağılımı

Çalışılan kurum		Sayı (n)	Yüzde(%)
	ASM	9	40.9
	TSM	8	36.4
	HSM	3	13.6
	Üniversite hastanesi	2	9.1
Toplam		22	100.0

3.3.2.2. Bakım verenler

Çalışmanın başında bakım verenler ile odak grup görüşmesi yapılması planlanmış fakat bakım verenlerin bakmakta oldukları kişileri yalnız bırakamadıkları için yerinde derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bakım verenler de kentsel, yarı kentsel ve kırsal olmak üzere 3 alt gruba ayrılmıştır. Bakım verenlere evde sağlık hizmetlerini kullanan 65 yaş üstü kişilerin bakım verenleri arasından ve aile hekiminin yönlendirmesi ile ulaşılmıştır. Toplam altı kişi ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

3.4. Görüşme yeri, süresi ve ortam özellikleri

3.4.1. Odak grup görüşmeleri

Araştırma kapsamında odak grup görüşmeleri kentsel ve yarı kentsel bölgede aile sağlığı merkezlerinde, kırsal bölgede köyün okulunda ve katılımcılardan birinin evinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme ortamının aydınlık ve sessiz olması sağlanmıştır. Görüşmeler herhangi bir nedenle kesintiye uğramamıştır. Katılımcılar görüşmelerin başında çekinik davranmış, görüşmeler ilerledikçe güven duyup görüşmelere aktif olarak katılmıştır. Görüşmeler ortalama 59:01±10:58 sürmüştür. Median görüşme süresi: 01:02:56 dır. Min: 42:20, max: 01:12:23 dür.

3.4.2. Derinlemesine görüşme

3.4.2.1. Sağlık profesyonelleri

Sağlık profesyonelleri ile görüşme öncesinde randevu alınıp, görüşme günü ve saatinde sağlık profesyonellerinin çalıştıkları yerde görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler çalan telefonlar ve iş akışının yoğun olmasıyla bazen kesintiye uğramıştır. Özellikle görüşmelerin mesai saati dışında olmasına çalışılmıştır. Fakat sadece bir aile hekimi ile mesai saati dışında bir kafede görüşme yapılmıştır. Görüşmeler ortalama $34:50 \pm 15:38$ sürmüştür. Median görüşme süresi: 31:40 dır. Min: 14:31, max: 01:09:25 dir.

3.4.2.2. Bakım verenler

Bakım verenler ile görüşme öncesi randevu alınmıştır. Ev ortamında görüşmeler gerçekleştirilmiş, görüşmeler sırasından herhangi bir olumsuzluk yaşanmamıştır. Görüşmeler ortalama $24:28 \pm 10:48$ sürmüştür. Median görüşme süresi: 22:32 dır. Min: 13:50, max: 36:06 dır.

3.5. Araştırmanın temel değişkenleri

Araştırmanın temel değişkenleri 6 kategoride toplanmıştır. Aktif yaşlanma kategorisinde her üç grup için yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma soruları bulunmaktadır. Hizmet kullanımı kategorisinde yaşlılara hizmeti kullanma deneyimi, aldığı hizmetle ilgili değerlendirmesi ve sağlık çalışanına güven; bakım verenlere evde sağlık hizmeti kullanımı deneyimi sorulmuştur. Yaşlı sağlığı izlem modelinde her üç grupta risk grubu ve verilecek hizmetin özellikleri soruları bulunmaktadır. Sosyal destek kategorisinde yaşlılara yaşlılara gereksinim duydukları sosyal destek alanları, ihmal, istismar ve şiddet soruları; bakım verenlere aile, arkadaş çevresi ve komşular ile sosyal ilişkiler soruları sorulmuştur. Mevcut sorunlar kategorisinde yaşlılara mevcut hizmet kullanımı sırasında yaşanan sorunlar; bakım verenlere bakım verme sürecinde karşılaştığı sorunlar; sağlık profesyonellerine ise birinci basamakta yaşanan sorunlar sorulmuştur. Son kategori olan hizmetin durumunda ise yaşlılara var olan hizmetler

konusunda bilgi sahibi olma soruları; bakım verenlere bakım verme nedeni ve bakım verdikleri hastanın hastalığı ve bağımlılık düzeyi ile ilgili sorular; sağlık profesyonellerine ise yaşlılara yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar sorulmuştur.

1. Aktif yaşlanma
2. Hizmetin kullanımı
3. Yaşlı sağlığı izlem modeli
4. Sosyal destek
5. Mevcut sorunlar
6. Hizmetin durumu

3.6. Araştırmanın veri toplama gereçleri

3.6.1. Odak grup ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme görüşmecileri formları

3.6.1.1. Odak grup görüşmecileri formları

Yaşlılar için hazırlanmış odak grup görüşme formu 4 bölümden oluşmaktadır. Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma bölümünde yaşlılara “Size göre Yaşlılık ne anlama geliyor?”, “Sağlıklı yaşlanma konusunda ne düşünüyorsunuz?”, “Günlük işlerinizi yardım almadan kendiniz yapabiliyor musunuz?”, “Günlük işleriniz dışında sosyal olarak neler yaparsınız?” ve “Yaşadığınız evin imkanları nasıl?” açık uçlu soruları soruldu. Sunulacak olan hizmetin özellikleri bölümünde “Yaşlılar sağlık sistemi içinde bir risk grubu olarak (ekstra hizmet) izlenmeli midir?”, “Fiziksel tıbbi durumunuzun hangi doktor tarafından izlenmesi gerekir?”, “Tek bir doktor mu birden fazla doktor tarafında mı izlenmek istersiniz?” ve “Alacağınız sağlık hizmetinin nasıl verilmesini tercih ederdiniz?” açık uçlu soruları soruldu. Sosyal destek bölümünde “Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?”, “Yaşamınızı idame ettirebilmek için maaşınız ne kadar olmalı?”, “Yaşlılara bakım verenler nasıl desteklenmelidir?” ve “Yaşlılara yönelik istismar, ihmal ve şiddete karşı neler yapılmalıdır?” açık uçlu soruları soruldu. Son bölüm olan sorunlar ve önerilerde “Gelecekte sizinle ilgili geliştirilmesini istediğiniz bir uygulama var mı?” ve “Sağlık çalışanlarına güveniyor musunuz?” açık uçlu soruları soruldu.

3.6.1.2. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme görüşmecisi formları

3.6.1.2.1. Sağlık profesyonelleri

Sağlık profesyonelleri için hazırlanmış yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu 4 bölümden oluşmaktadır. Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma bölümünde yaşlılara “Size göre yaşlılık ne anlama geliyor?” ve “Sağlıklı yaşlanma konusunda ne düşünüyorsunuz?” açık uçlu soruları soruldu. Sunulacak olan hizmetin özellikleri bölümünde “Yaşlılar bir risk grubu mudur? Neden?”, “Yaşlıların bir risk grubu gibi izlenmesi gerekli midir?”, “Bu izlemi TSM mi ASM mi vermelidir?”, “Hizmet tek hekim tarafından mı bir grup tarafından mı verilmeli?”, “Hizmet nerede verilmelidir?(evde, ASM’de) Neden?”, “İzlem süresi ne olmalıdır? İzlemde neler yapılmalı?”, “Verilen sağlık hizmeti kapsamı ne olmalı?” ve “Sizce yaşlıların karşılaştığı en sık sorunlar nelerdir?” açık uçlu soruları soruldu. Var olan hizmetler hakkında bilgi sahibi olma bölümünde “Ülkemizde verilen yaşlı sağlığı ile ilgili hizmetleri biliyor musun?” açık uçlu sorusu soruldu. Son olarak sorunlar ve çözüm önerileri bölümünde “Yaşlı sağlığı izlemi konusunda birinci basamakta yaşanabilecek en büyük kısıtlılıklar nelerdir?” açık uçlu sorusu soruldu.

3.6.1.2.2. Bakım verenler

Bakım veren yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu 6 bölümden oluşmaktadır. Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma bölümünde yaşlılara “Size göre Yaşlılık ne anlama geliyor?” ve “Sağlıklı yaşlanma konusunda ne düşünüyorsunuz?” açık uçlu soruları soruldu. Verdikleri hizmetin durumu bölümünde “Bakım verme nedeniniz nelerdir?”, “Hangi hastalığı olan bireye bakım veriyorsunuz?”, “Bu hastalık hakkında daha önce bilginiz var mıydı?”, “Bu hastalık bakım verdiğiniz kişiyi ve sizin yaşamınızı nasıl etkiliyor?”, “Bakmakta olduğunuz kişiyle iletişiminiz nasıl?”, “Bakmakta olduğunuz kişiyle herhangi bir akrabalığınız var mı?”, “Herhangi bir maddi destek alıyor musunuz?” ve “Bakmakta olduğunuz kişi günlük yaşamını nasıl idame ettirmektedir?”, “Günlük ihtiyaçlarını karşılayabiliyor mu?(bağımlılık düzeyi)” açık uçlu soruları soruldu. Sosyal destek bölümünde “Aile, arkadaş çevresi ve komşular ile sosyal ilişkileriniz nasıldır?”, “Aile ve arkadaşlar sosyal ilişkilere nasıl dahil edilmelidir?” açık uçlu soruları soruldu. Var olan hizmetin kullanımı

bölümünde “Evde bakım hizmetlerinden daha önce hiç yararlandınız mı?” açık uçlu sorusu soruldu. Sunulacak olan hizmetin özellikleri bölümünde “Sizce bakım verdiğiniz hastalara sağlık hizmeti nasıl planlanmalıdır?”, “Nerede , kim tarafından, nasıl izlenmelidirler?” ve “Tek bir doktor mu birden fazla doktor tarafında mı izlenmek istersiniz?” açık uçlu soruları soruldu. Son olarak sorunlar ve öneriler bölümünde “Bakım verme sürecinde karşılaştığınız sorunlar nelerdir?” açık uçlu sorusu sorulmuştur.

3.6.2. Odak grup ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme katılımcı formları

Görüşmeler başlamadan önce katılımcılara sosyodemografik sorular içeren katılımcı formları dağıtılmış. Bu formlarda odak grup görüşmelerine katılacak kişilere 12 soru; derinlemesine görüşmelere katılacak sağlık profesyonellerine 9 soru; bakım verenlere ise 13 soru sorulmuştur.

3.7. Veri toplama aracı

Görüşmeler sırasında Sony ICD-UX560 Dahili USB’li 4GB dijital ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmeler başlamadan önce yazılı aydınlatılmış onam alınmış, görüşmelerde ses kaydı yapılacağı anlatılmıştır. Ses kaydı yapılmasına hiç kimse itiraz etmemiştir.

3.8. Görüşme teknikleri

3.8.1. Odak grup görüşmesi

Odak grup görüşmeleri, önceden belirlenmiş yönergeler çerçevesinde gerçekleştirilen, bu yöntemin mantığına uygun olarak, görüşülen kişilerin öznelliklerini ön planda tutan, katılımcıların söylemine ve bu söylemin toplumsal bağlamına dikkat edilmesi gereken nitel bir veri toplama tekniğidir.

3.8.2. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme

Derinlemesine görüşme, araştırılan konunun bütün boyutlarını kapsayan daha çok açık uçlu soruların sorulduğu ve detaylı cevapların alınmasına imkan veren, yüz yüze, birebir görüşülerek bilgi toplanmasına imkan veren bir veri toplama tekniğidir. Karşıdaki kişinin duygu, bilgi, tecrübe ve gözlemlerine görüşme yoluyla ulaşılır.

3.9. Araştırma verilerinin analizi

Nitel veri analizi “Betimsel ve İçerik Analizi” olarak iki şekilde yapılabilmektedir(60). Betimsel analiz önceden kavramsal çerçevenin belirlenerek alt başlıkların oluşturulması ile verilerin yorumlanması iken, içerik analizi; önceden belirgin çerçeve olmadan elde edilen verilere göre derinlemesine yapılan bir araştırmadır.

Niteliksel araştırmalarda, olasılıklı örnekleme yapılmadan genellikle az sayıda kişiyle çalışılabileceği ve kesin sonuçlara varma ya da sonuçların topluma genellemesi kaygısı olamayacağı kabul edilmektedir(61). Niteliksel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniklerinin kullanıldığı bu çalışmada içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. Biası en aza indirmek için triangulasyon yöntemi kullanılmıştır. Sağlık Hizmetlerindeki araştırmalarda sıkça kullanılan kaynakların triangulasyon yöntemi(62) ile yaşlılar, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri ile görüşülmüştür. Görüşmeler sırasında ses kayıt cihazı ile toplanan nitel veriler araştırmacı tarafından dinlenerek metne çevrilmiştir.

İçerik analizinde bazı özel analiz teknikleri vardır. Bunlardan biri de bilgisayar destekli veri analiz tekniğidir. Önceden belirlenemeyen kod ve temaların ortaya çıkmasına olanak tanır. Metnin yeniden gözden geçirilmesi(sürekli) ve istendiğinde depolanmış bilginin aranmasına fırsat veren gerekli bir araçtır. Araştırmacının veriyi kolay ulaşabilecek kategoriler şeklinde kısaltmasına olanak tanır. Metnin bölümlerinin karşılaştırılmasına yardımcı olur. Kodların geliştirilmesine ve düzenlenmesine imkan tanır. Bu çalışmada niteliksel analiz programlarından Nvivo 7.0 paket programı kullanılmıştır.

3.9.1. İçerik analizi ve ile ilgili kavramlar

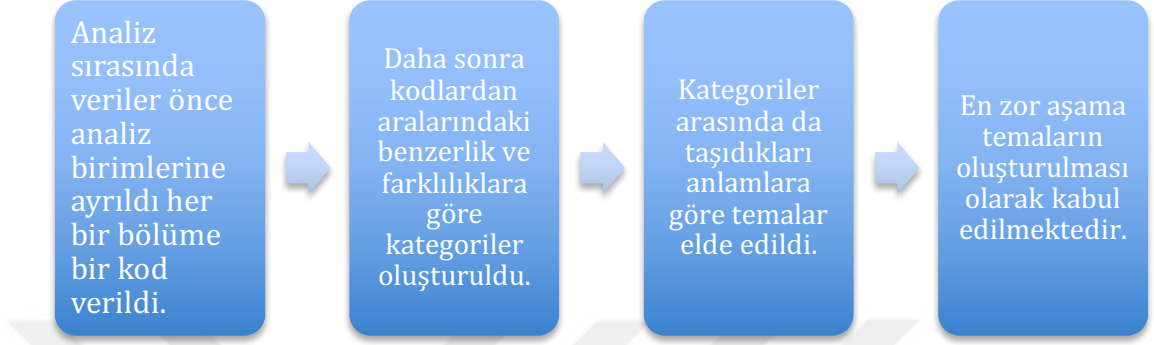
İçerik analizinde temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır(63). İçerik analizi ile ilgili kodlama, kod, kategori, tema kavramları bulunmaktadır.

- a) Kodlama: İçerik analizinin ilk aşaması verilerin kodlanmasıdır. Bu aşamada elde edilen bilgiler incelenerek, anlamlı bölümlere ayrılmaya ve her bölümün kavramsal olarak ne anlam ifade ettiği bulunmaya çalışılır. Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan bu bölümler, araştırmacı tarafından isimlendirilir. Diğer bir deyişle kodlanır.
- b) Kod: Veriler arasında yer alan anlamlı bölümlere ve olaylara ((bir sözcük, cümle, paragraf vb.) verilen anlamdır.
- c) Kategori: İçerik analizinde elde edilen kavramların birbirleriyle belirli bir tema altında sınıflandırılmasıdır.
- d) Tema: Kategorilerden oluşturulan üst kavramlardır. Yani kavramsal bir çerçeve veya kuramsal bir yapıdır.

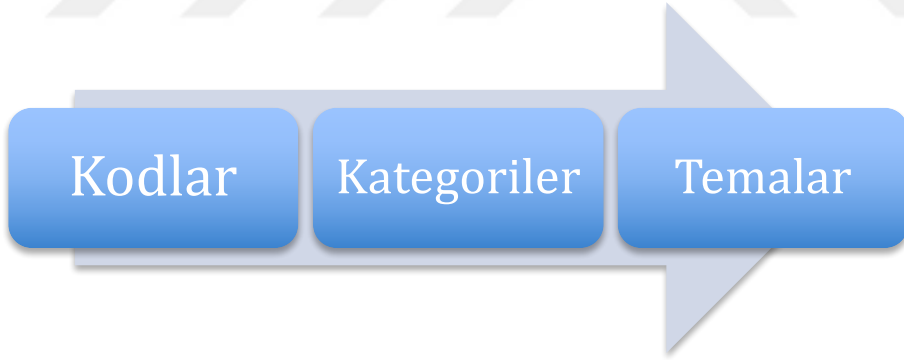
3.1.9.2. İçerik analizinin aşamaları

Niteliksel analiz süreci aşağıdaki şemada gösterilmiştir. Öncelikle ses kayıtlarından transkript edilen metinler içeriklerine kodlara ayrılır. Kodlar arasında benzerlik ve farklılıklara göre kategorilere ayrılır. Kategoriler de taşıdıkları anlamlara göre tema ana başlığı altında toplanır.

Şekil 2. Niteliksel analiz süreci



Şekil 3. Niteliksel analizde tümevarım süreci



3.10. Etik konular ve araştırma izinleri

Çalışmamız Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 12.10.2016 tarihli 336 Sayılı onayı ile Ocak 2016 - Ekim 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ayrıca alanda yapıldığı için MCBÜ Tıp Fakültesi ve Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü arasında imzalanan Şehzadeler EATSM protokolünün 3. bölüm 11. maddesine göre düzenlenen Eğitim ve Koordinasyon kurulundan 08/03/2016 tarihinde onaylanarak yürütülmesi için izin

alınmıştır.

3.11. Araştırmanın zaman çizelgesi

Araştırma zaman çizelgesi Şekil 4’ te sunulmuştur.

Şekil 4. Araştırmanın zaman çizelgesi

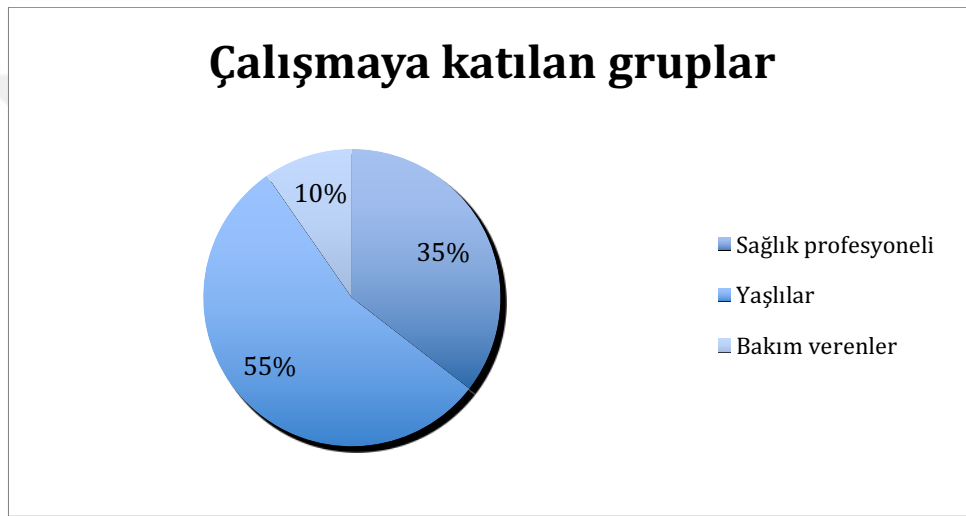
GÖREV VE AKTİVİTELER	2016												2017											
	OCAK	ŞUBAT	MART	NISAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	OCAK	ŞUBAT	MART	NISAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM		
Literature taraması																								
Araştırma önerisi																								
Görüşme formlarının hazırlanması																								
Etik kurul izninin alınması																								
Görüşmelerin yapılması																								
Ses kayıtlarının çözümlenmesi																								
Verilerin analiz edilmesi																								
Rapor yazılması																								
Araştırmanın sunumu																								

4.BULGULAR

4.1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri

Çalışma grubumuz sağlık profesyonelleri, yaşlılar ve yaşlılara bakım verenlerden oluşmaktadır. Çalışma grubunun %55'ini yaşlılar, %35'ini sağlık profesyonelleri ve kalan %10'unu bakım verenler oluşturmaktadır.

Şekil 5. Çalışmaya katılan grupların dağılımı



4.1.1. 65 yaş üstü kişiler

Çalışmada kırsal, yarı kentsel, kentsel bölgelerden ikişer odak grup görüşmesi olmak üzere toplam 6 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmelerine katılım minimum 5 maksimum 7 kişi olmuştur. Görüşmeye katılanların büyük çoğunluğu kadındır(%58.8). Katılımcıların çoğunluğu evli(%52.9), bir çoğunun mesleği Boratav'ın sınıflamasına göre(64) alt sosyal sınıfa ait(%70.5), çok büyük çoğunluğunun en az 3 çocuğu var(%91.1), eğitim durumunda ilkokul mezunu(%41.2) ve okuryazar olmayan(%38.2) benzer düzeylerde, sosyal güvencede büyük çoğunluğu SGK'lı(88.2), gelir düzeyinde ise %50 sinin geliri giderine eşitken, %35.3 ünün geliri giderinden azdır. Sağlık hizmet kullanımında % 5.9'u sağlık hizmetini son bir yılda hiç kullanmamıştır.

Tablo 5. Çalışmaya katılan 65 yaş ve üstü kişilerin sosyodemografik özellikleri

		SAYI(n)	YÜZDE(%)
Bölge	Kentsel	12	35.3
	Yarıkentsel	10	29.4
	Kırsal	12	35.3
Cinsiyet	Kadın	20	58.8
	Erkek	14	41.2
Medeni durum	Evli	18	52.9
	Bekar	2	5.9
	Dul	13	41.2
Meslek	Alt sosyal sınıf	24	70.5
	Üst sosyal sınıf	10	29.5
Çocuk varlığı	Var	31	91.1
	Yok	3	8.9
Eğitim durumu	Okur yazar değil	13	38.2
	Okur yazar	3	8.8
	İlkokul	14	41.2
	Lise	2	5.9
	Üniversite	2	5.9
Eş eğitimi	Okur yazar değil	8	23.5
	Okur yazar	6	17.6
	İlkokul	13	38.2
	Lise	3	8.8
	Üniversite	2	5.9
Sağlık güvencesi	Yok	3	8.8
	SGK	30	88.2
	Yeşil kart	1	2.9
Gelir düzeyi	Geliri giderinden fazla	5	14.7
	Geliri giderine eşit	17	50.0
	Geliri giderinden az	12	35.3
Sağlık kurumuna başvuru sıklığı	Sık sık	13	38.2
	Bazen	5	14.7
	Ara sıra	11	32.4
	Nadiren	3	8.8
	Hiç	2	5.9
Hastalıkları	HT	16	
	DM	6	
	KVH	11	

	GUATR	2	
	GLOKOM	2	
	BPH	2	
	KOAH	1	
Yaş ortalaması	73.9±6.0	Median:75	Min:65 max:85
Eş yaş ortalaması	67.8±10.0	Median:69	Min:45 max:85
Çocuk sayısı ortalaması	3.5±1.7	Median:3	Min:2 max:9

4.1.2. Sağlık profesyonelleri

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaklaşık %70'ini kadınlar oluşturmakta, büyük çoğunluğu evli (%81.8)'dir. Çalışmaya iki kentsel, iki kırsal, iki yarı kentsel olmak üzere toplam 6 bölgeden 6 aile hekimi ile 3 aile sağlığı elemanı katılmış, TSM'den katılım 8 kişi, Halk Sağlığı Müdürlüğünden katılım 3 kişi ve Üniversiteden katılım 2 kişi olarak gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılanların %36.4'ü yaşlı sağlığı konusunda bir eğitim(kurs, yüksek lisans, doktora gibi) almıştır. Çalışmaya çeşitli mesleklerden sağlık profesyoneli katılmış olup en fazla katılım hekimler ile olmuştur(%36.3). Meslekte geçirilen süre ortalaması 16.1±6.4'dir. Yaklaşık %80'i bir bilgiye ulaşmak istediğinde internetteki arama motorlarını kullanmaktadır.

Tablo 6. Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	15	68.2
	Erkek	7	31.8
Çalışılan kurum	ASM	9	40.9
	TSM	8	36.4
	HSM	3	13.6
	Üniversite hastanesi	2	9.1
Yaşlı sağlığı konusunda eğitim durumu	Var	8	36.4
	Yok	14	63.6
Eğitimin çeşidi	Kurs	3	37.5
	Ön lisans	2	25.0
	Doktora	3	37.5
Yaş ortalaması	38.9±7.4	Ortanca:38.5	Min:23 max:51
Meslekte geçirdiği süre	16.1±6.4	Ortanca:17	Min:4 max:26
Bilgiye ulaşma şekli	İnternetteki arama motorları	18	81.9
	İnternetteki akademik sayfalar	13	59.0
	Kitap, derleme, makale okuyarak	9	40.9
	Uzmanla danışarak	12	54.5

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin niteliksel veri analizinde dikkate alınan özellikleri Tablo 7’de verilmiştir. Sağlık profesyonelleri SP olarak kısaltılmış, konuşma numaraları birden başlanarak kodlanmıştır.

Tablo 7. Sağlık profesyonellerinin niteliksel veri analizinde dikkate alınan özellikleri

Katılımcı no	cinsiyet	Yaş aralığı	Meslek	Çalıştığı kurum	Geriatride eğitimi	Çalışma yılı
SP 1	Kadın	31-40	Aile hekimi uzmanı	ASM	Doktora	10
SP 2	Erkek	41-50	Aile hekimi	ASM	-	26
SP 3	Erkek	41-50	Pratisyen hekim	HSM	-	16
SP 4	Erkek	51-60	Aile hekimi	ASM	-	25
SP 5	Kadın	31-40	Aile hekimi uzmanı	TSM	-	7
SP 6	Kadın	41-50	Halk sağlığı uzmanı	TSM	-	17
SP 7	Kadın	31-40	Ebe	TSM	-	20
SP 8	Kadın	41-50	Hemşire	TSM	-	24
SP 9	Kadın	31-40	Pratisyen hekim	TSM	-	14
SP 10	Erkek	41-50	Aile hekimi	ASM	Kurs	20
SP 11	Kadın	41-50	Aile hekimi	ASM	-	25
SP 12	Kadın	31-40	Ebe	HSM	-	19
SP 13	Kadın	31-40	Ebe	ASM	-	11
SP 14	Kadın	31-40	Aile hekimi	ASM	-	23
SP 15	Kadın	21-30	Hemşire	TSM	Ön lisans	4
SP 16	Kadın	21-30	Ebe	TSM	Ön lisans	5
SP 17	Kadın	31-40	Ebe	ASM	-	17
SP 18	Erkek	31-40	Pratisyen hekim	HSM	Kurs	16
SP 19	Erkek	31-40	Sağlık memuru	TSM	-	17
SP 20	Kadın	41-50	Halk sağlığı uzmanı	Üniversite	Doktora	17
SP 21	Erkek	31-40	Aile hekimi uzmanı	Üniversite	Doktora	12
SP 22	Kadın	31-40	ATT	ASM	-	10

4.1.3. Bakım verenler

Çalışmaya kentsel, kırsal ve yarı kentsel bölgeden ikişer kişi olmak üzere toplam 6 kişi katılmıştır. Çoğunluğu kadın(%66.7) ve evli(%50)dir. Büyük

çoğunluğu alt sosyal sınıfa aittir(%83.3). Yaş ortalamaları 55.8 ± 9.2 'dir. Bakım verilen kişinin yaş ortalaması 85.5 ± 6.4 'dür.

Tablo 8. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri

		SAYI(n)	YÜZDE(%)
Bölge	Kentsel	2	33.3
	Yarı kentsel	2	33.3
	Kırsal	2	33.3
Cinsiyet	Kadın	4	66.7
	Erkek	2	33.3
Medeni durum	Evli	3	50.0
	Bekar	2	33.3
	Dul	1	16.7
Meslek	Alt sosyal sınıf	5	83.3
	Üst sosyal sınıf	1	16.7
Eğitim durumu	İlkokul	4	66.7
	Lise	1	16.7
	Yüksek okul	1	16.7
Sağlık güvencesi	Yeşil kart	1	16.7
	SGK	5	83.3
Gelir düzeyi	Geliri giderinden fazla	0	0.0
	Geliri giderine eşit	3	50.0
	Geliri giderinden az	3	50.0
Yaş ortalaması	55.8 ± 9.2	Ortanca: 56	Min:46, max:72
Bakım verilen kişinin yaş ortalaması	85.5 ± 6.4	Ortanca: 82	Min:80, max:96
Bakım verdikleri kişilerin hastalıkları	Alzheimer	1	
	Demans	1	
	Hipertansiyon	3	
	KVH	2	
	Prostat kanseri	2	
	Böbrek yetmezliği	1	

Bakım verenlerin niteliksel veri analizinde dikkate alınan özellikleri Tablo 9'da gösterilmiştir. Bakım verenler BV olarak kısaltılmış, görüşme sırasına göre birden altıya kadar kodlanmıştır.

Tablo 9. Bakım verenlerin niteliksel veri analizinde dikkate alınan özellikleri

Bakım veren no	Bölge	Yaş aralığı	Eğitim durumu	Bakım verdiği kişi ile yakınlığı	Bakım alanının yaşı
BV 1	Kentsel	41-50	Üniversite	Babası	82
BV 2	Yarı kentsel	51-60	Lise	Annesi	91
BV 3	Yarı kentsel	41-50	İlkokul	Babası	82
BV 4	Kırsal	51-60	İlkokul	Babası	96
BV 5	Kırsal	71-80	İlkokul	Eşi	82
BV 6	Kentsel	51-60	İlkokul	Babası	79

4.2. Çalışmanın niteliksel bulguları

Çalışmanın niteliksel analizi sonucunda 4 tema elde edilmiştir. Bulgular bu 4 ana başlık altında sunulacaktır. Bu başlıklar yaşlılık, yaşlılık sorunları, sağlık hizmeti ve yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınmasıdır. Her temanın sonunda analiz sırasında ortaya çıkan kodların özet tablosu sunulmuştur.

4.2.1.Yaşlılık

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara yaşlılığın onlar için ne ifade ettiği ve sağlıklı yaşlanma konusunda ne düşündükleri soruldu. Katılımcıların cevaplarından elde edilen kategoriler 3 alt tema altında birleştirildi: Yaşlılık algısı, yaşlılığı etkileyen başlıca etmenler ve sağlıklı yaşlanma. Bu alt temalar aşağıdaki tabloda görülen yaşlılık teması altında toplanmıştır.

Tablo 10. Yaşlılık Teması

Kategoriler	Alt tema	Tema
Yaşlılığın tanımı	Yaşlılık algısı	Yaşlılık
Yaşlılığa olumlu bakış		
Yaşlılığa olumsuz bakış		
Yaşlılık algısının zamanla değişimi		
Yaşlıların yaşlılığa bakışı		
Sosyoekonomik durum	Yaşlılığı etkileyen başlıca etmenler	
Yaşanılan bölgesinin yaşlılığa etkisi		
Toplumsal statü		
Yaşlı ve çevre		
Sağlıklı yaşlanma tanımı	Sağlıklı yaşlanma	
Sağlıklı yaşlanma kültürü		
Yaşlanma başarısı		
Sağlığı geliştirme		
Yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma		

4.2.1.1. Yaşlılık algısı

Katılımcıların yaşlılık konusunda verdiği cevaplar katılımcı gruplarına göre değişmektedir. Sağlık profesyonelleri yaşlılık kavramını kronolojik yaşa bağlı bir tanım olarak yaparken, bakım verenler bakmakta oldukları kişiyi düşünerek bu soruyu cevapladılar. Bu yüzden bakım verenler yaşlılığa olumsuz bakış açısına sahiptiler. Odak gruplarda ise kişiler içinde bulundukları sosyal, psikolojik ve kültürel durumlarına göre yaşlılıklarını değerlendirdiler. Bu yüzden kentsel, kırsal ve yarı kentsel odak grupların cevapları birbirinden farklıdır.

4.2.1.1.1 Yaşlılığın tanımı

Bu kategoride sağlık profesyonelleri yaşlılığı kronolojik olarak değerlendirdiler. Kimisi 65 yaş üstüne yaşlı derken, kimisi 70 kimisi de 80 yaş üstünü yaşlı olarak kabul ettiğini belirtti.

“Yaşlılık rakamsal bir şey değil. Aynı yaşlarda herkes aynı fonksiyonlarda olmuyor. Yaşlılık herhalde kendi ihtiyaçlarını gidermede sorunlar yaşamaya başladığınız andan ilerleyerek fonksiyonları yavaş yavaş kaybettiğiniz bir süreç.”

SP 11

“Bana göre yaşıllık 65 yaş üstündeki tüm vatandaşlar. Ama bedenen vücut organlarındaki fonksiyonların bozulması ile beraber ortaya çıkan bir durum.”

SP 14

“Dünya sağlık örgütünün 65 yaş sınırlamasını kabul etmiyorum. Çünkü kişinin fonksiyonları çok daha ileri yaşlarda bozulabilir. Fonksiyonlarının, reflekslerinin azaldığı, patolojik değişikliklerin gün yüzüne çıktığı bir dönem. Bazı kişilerde daha erken de olabilir. Yada yaş alma denen bir dönem olarak da adlandırılabilir. Ama yaşıllık daha çok fonksiyon kaybı.”

SP 20

“Sosyal çevremde izlediğim zaman 70’in üzeri yaşlı gibi.”

SP 3

“Ben 80 yaş üstüne genelde yaşlı diyorum. Dünya Sağlık Örgütünün yaşlı sınıflaması var tabi. İşte bende o sınıflamaya göre 65-75; 75-85; 85 yaş üstü sınıflamayı biliyorum. Sadece yaş alma değil. Ben bağımlılık olarak bakıyorum.”

SP 5

“65 yaş üstü olan sosyal fonksiyonlarını ve sağlıkla ilgili fonksiyonlarını diğer genç gruba göre yerine getiremeyen kişiler anlamına geliyor.”

SP 9

“Yaşıllık deyince ben daha çok 80 yaş üzerini anlıyorum. 80 yaş altını pek yaşlı olarak kabul etmiyorum. Erken yaşlı, orta yaşlı, geç yaşlı kavramı Türkiye’de pek oturmadı ama Türkiye’de 80 yaş üstü aşağı yukarı- yurt dışındaki 85 yaş üstü kavramı Türkiye’de 80 yaş üstü olabilir. Yaşıllık denildiğine ilk aklıma 80 yaş üstü geliyor.”

SP 21

4.2.1.1.2. Yaşlılığa olumlu bakış

Bazı sağlık profesyonelleri yaşlılığa karşı olumlu tutum içindeydiler. Yaşlılığı “deneyim, saygı görme ve ilerleme” olarak tanımladılar. Bakım veren katılımcılar yaşlılığa karşı olumlu bir ifade de bulunmadılar. Yaşlıların yaşlılığa karşı olumlu tutumları “Yaşlıların yaşlılığa bakışı” isimli kategoride gösterilmiştir.

“Yaşlılık deneyim anlamına geliyor benim için. Her açıdan deneyim. Psikolojik , sosyal, ekonomik, hayatı deneyimlemek anlamına geliyor. Ve deneyimlerinin sonuçlarını yaşıyorlar. Her yaşlı deneyimlidir. Çünkü yıllar insana birçok açıdan farklı bakış açıları katıyor.”

SP 1

“Müthiş tecrübeleri var. Verebilecekleri çok fazla bilgi var bize. Neden yararlanmayalım biz bunlardan.”

SP 11

“Yaşlılık hem fiziksel hem sosyal olarak ilerleme aslında.”

SP 12

“Yaşlılara saygı oluyor, o anlamda olumlu bir görüş var. Onların düşüncelerine başvurma, hayat tecrübesinden yararlanma gibi olumlu özellikleri de var yaşlının.”

SP 16

4.2.1.1.3. Yaşlılığa olumsuz bakış

Bakım verenler ve bazı sağlık profesyonelleri yaşlılığı “işlev kaybı, ekonomik ve bedensel bağımlılık ve sosyal izolasyon” olarak tanımlamışlardır. Yaşlıların verdikleri olumsuz yanıtlar “Yaşlıların yaşlılığa bakışı” adlı kategoride gösterilmiştir.

“Yaşlılık aslında güzel ama kimseye muhtaç olmadan yaşayınca çok güzel. Çünkü her görevini yapıyorsun artık kendi hayatın kendine kalıyor. Ama şartlardan dolayı öyle olmuyor. Yaşlılık zor bir durum. Başkasına muhtaç olmak zor.”

BV 1

“Yaşlılık demek kötü bir şey bence. Elden ayaktan düşmek. Ben babama da baktım 3 sene. İnşallah ben diyorum kendime bir şey olmaz. Çünkü sevmediğim bir şey yaşlılığı sevmiyorum. Kendim yapamadığım bir şeyi başkasından istemeyi sevmiyorum. Muhtaç olmayı sevmiyorum.”

BV 2

“Yaşlılık ele bakımlı, muhtaç kişiler. Son dönemlerde yaşlılık bu işte. Nasıl olabilir bakıma muhtaçsın birilerine muhtaçsın. Yani her gelenden bir medet beklersin. Yaşlılığın olumlu bir yönü de yok, ne olsun.”

BV 6

“Yaşlı deyince aklıma gittikçe kendi işini yapamayan kendi özel hayatını çekip çeviremeyen yani bir dinç yaşlı var bir de düşkün yaşlı var ben yaşlı deyince düşkün yaşlı anlıyorum Türkiye’deki bakış açısı o. Bakıma muhtaç kişi.”

SP 2

“Kendi işlerini kendi yapamayan kişiler. Kişisel bakımı olur, kişisel hijyeni olur. Günlük faaliyetleri. Mesela tuvalete gidememesi, banyo yapamaması, bunun yanı sıra alışverişini yapamaması sürekli birine bağımlı olmak bence yaşlılık.”

SP 5

“Türkiye de yaşlılık, gerçekten günlük yaşantısal basit ve yaşamda normalde gençken yapabildiğiniz şeylerin bir çoğunu zorlanarak yaptığınız ve bir çok zamanda çocuklarınıza ve başkalarına ihtiyaç duyduğunuz bir hal olarak görüyorum.”

SP 4

4.2.1.1.4. Yaşlılık algısının zamanla değişimi

Bakım verenler ve sağlık profesyonelleri yaşlılığı tanımlarken zamanla yaşlılık algısının ve sağlıklı olma ihtiyacının kuşaklar arasında değişime uğradığını bildirdiler.

“Ben yaşılanınca daha farklı bir hayat sürebilirken kendi ailemde daha farklı bir hayat sürebiliyorum. Çünkü benim babam ve annemin yanında kendi anne ve babaları vefat edene kadar oturdukları için tabi hayata bakış açıları onların bizden daha farklı. Onların beklentisi de daha farklı oluyor. Ben şimdi onların benden beklediği şeyleri kendi çocuğumdan bekleyemem kesinlikle. Çünkü hayat şartları, yaşanmışlıklar var.”

BV 1

“Yaşlılarda durum mesela şöyle kıyaslayayım dedemin yaşlılığı ile babamın yaşlılığı arasında bir fark olacak. Babam daha çok bilincinde, daha çok dengeli besleniyor, spor yapmaya çalışıyor. Tansiyon düşürmeye çalışıyor. Babam yaşlandığında belki dedem kadar fiziksel yönden kötü bir durumda olmayabilir.”

SP 15

“Daha önceleri yaşlılarda özellikler bu rahatsızlıkların daha az olduğunu gözlemledik son zamanlarda kırsal kesimde de çok fazla hastalık olarak şikayetler arttı. Hani derlerdi ya eski toprak eski toprak, hak eden eskiden eski topraklılar ama şimdi onlarda yeni toprak.”

SP 4

4.2.1.1.5. Yaşlıların yaşlılığa bakışı

Yaşlıların yaşlılığa bakışı aşağıda sunulmuştur. Olumlu bakış açısı ile “doğal bir süreç” ve “deneyim” olarak tanımlarken, olumsuz bakış açısında “işlev kaybı, bedensel ve ekonomik bağımlılık, sosyal izolasyon ve yalnızlık ile iç sıkıntısı” olarak tanımlamışlardır.

“...insan sıhhatli olursa ekonomik durumu yerinde olursa yaşlılık güzeldir.”

Odak grup 1, Erkek 76 yaş

“Özetle bilinen bir şey vardır. Yaşlılık deneyim, tecrübe, hayat darbesini yemiş kişidir. Her yaşlı mutlaka deneyimlidir. Ama acı ama tatlı günü vardır. Hayattan

gereken dersi almıştır. Olgunlaşmış, oturaklaşmıştır. Deneyimlerine istinaden tecrübe dolusu birikimli insandır.”

Odak grup 2, Erkek 80 yaş

“Yaşlı olmak hiç de iyi bir şey değil. İnsanın yalnız eli ayağı tuttuktan sonra her yaşın bir şeyi olduğu gibi yaşlılığında var iyi tarafları. Eğer çoluğun çocuğun iyiye sana saygı gösteriyorsa senden iyisi yok. Ama bir de daha kötöleri var onlar daha beter. Yaşlılık tabii bir şey. Yaşlılık gelecek şey, gelecek. Herkesin başına gelecek.”

Odak grup 5, Erkek 77

“Yaşlılık güzel şey. Huzurun olduktan sonra. Çoluğun çocuğun huzur olduktan sonra güzel. Hala çalışmıyorum ben.”

Odak grup 5, Erkek 70

“Şimdi kızım ben evvela çok şeyli bir kadındım. Çok güçlüydüm. Hem erkek hem kadındım. Emme yaş ola yaş ola hepsini unutuyon da yörümesini de kaybediyon. Söylenmesini de unutuyon bir insane deyiveriyon bir daha aklından gidiyor. Sonra geliyor. Seninki senden gidiyor.”

Odak grup 3, Kadın 82

“Gençlik gibi var mı anacım. Çalışırsın çabalarsın. Şimdi ne el tutuyor ne ayak. Sabah beri yatıyorum. Hiç bir şey canın istemiyor. Çok şükür elim ayağım tutuyor ama gün yüzü görmedim ben. 7 tane tarlalarda büyüttüm. Bezlerine altlarına bağladım. Ne mama gördüler ne bir şey gördüler.”

Odak grup 4, Kadın 82

4.2.1.2. Yaşlanmayı etkileyen etmenler

Yaşlılık tanımını değerlendirirken, yaşlıların içinde bulundukları sosyoekonomik durumu, yaşlıların yaşadıkları bölgeler arasındaki farkları ve yaşadıkları çevre ile toplumsal statüyü ortaya koymuştur.

4.2.1.2.1. Sosyoekonomik durum

Katılımcıların bu kategoride yaşlıların sosyoekonomik durumunu değerlendirdi. Sağlık profesyoneline göre sosyal devlet anlayışına göre yeterli emekli maaşı sağlanmalı, yaşlılar ise çalışma hayatından ayrıldıkları için verilen maaşa razı olup yaşamaya çalıştıklarını bildirdiler.

“Yaşlıların maaşları da sosyoekonomik duruma göre değişiyor. Bazılarını geliri yok bazılarını var ama aileleri ellerinden alıyor. Gelir sıkıntısı yok sağlık problemi var. Her çeşit grup var.”

SP 1

“Yaptıklarının karşılığını alması lazım hani emekli maaşı gibi. Niye emekli oluyoruz bugünler için. Düşündüğümüz zaman. Bu artık miadını doldurmuş köyüne gitmeli. Huzur içerisinde takılmalı, çok da sistemi zorlamamalı diye düşünülüyor. Büyük bir grup bu işleri planlayanlar böyle düşünüyor. ...devlet daha az emekli parası ödesem diye düşünüyor bence.”

SP 3

“Biz emekli maaşını alıyoruz yemeğe çalışıyoruz. Başka bir şey yapacak değiliz. Evimiz kira değil çok şükür. Evimiz doğal gazlı asansörlü. Bundan sonra ne istiyoruz. Bundan sonra yapacağımız bu.”

Odak grup 3, Erkek yaş 70

“... Eskiden tütün ekiyorduk çocuklar varken ama şimdi herkes evine gitti herkesin evi ayrı Manisa’da çalışıyorlar. Dedenin 40-50 tane tarlası var, icar veriyor başkasına. Onlar ekiyor 5-6 milyar seneliği geliyor. Karnesi yok. Aylığı yok. Yaştan bakılıyor doktora bir kere iki kere gitti doktora, gitmez doktora hiç maşallah. Gülüşüyoruz bazen oo 100 yaşına varmışsın işimiz iş diyoruz. Çünkü her şeyi biliyor ya. Bakıyoruz ya bu zamana kadar bakıyoruz.”

BV 5

4.2.1.2.2. Yaşanılan bölgenin yaşlılık üzerine etkisi

Bakım verenler ve sağlık profesyonelleri “göçün ve kentsel-kırsal bölge ayrımının” yaşlanma üzerinde etkili olduğunu düşünmektedir.

“Ben kendi memleketimde olsam babam bu kadar bana ihtiyaç duymazdı. Bağımlı olmazdı, ben daha rahat olurdum. Burada benden başka tanıdığı bir çevresi olmadığı için.”

BV 1

“Eskisine göre kırsal kesimle şehir arasında ki fark inanılmaz derecede azaldı. Ama 90'lara gidildiğinde inanılmaz uçurum vardı. Kırsal kesimdeki yaşlılarla benim şahit olduğum kentseldeki yaşlılarla. Şuan da bir fark yok gibi görüyorum. Kırsalda yaşam koşullarına uygun bir yaşlılık olmadığını düşünüyorum.”

SP 4

“Türkiye'deki kopukluk işte bu; ya çok kentleşme var; ya da çok kırsalda kalma var. Ara bir popülasyon yok bizde. Kentte hareket edemiyor, dinç yaşlanamıyor, kırsalda ekonomik özgürlüğü çok kısıtlanıyor, daha fazla yıpranıyor.”

SP 21

4.2.1.2.3. Toplumsal statü

Sağlık profesyonellerine göre yaşlanma toplumsal statü kaybını da beraberinde getiriyor. Hatta kadınlara göre erkeklerde bu statü kaybı daha fazla görülüyor.

“Devlet bu işi paran varsa gel ben sana bakarım yaşlılığında dememeli. Neticesinde bu insan hasbelkader devletine bir şekilde hizmet etmiştir. Vergisini vermiştir olanakları dahilinde. Son dönemlerinde de devletin bu durumda vatandaşına ücretsiz bazı hususlarda destek olması lazım.”

SP 19

“Bizde tabi kurt kocayınca koyunun maskarası olur derler. Güçlü olmayınca bizim gibi toplumlarda ekonomik olarak fiziksel olarak statü olarak çok zayıf bayır aşağı gidiyor. Kişi bir kenara konuyor, sen bunu hatırlamazsın bu şöyle pehlivandı zamanında bunu yerdi bunu içerdi denip efsane olarak kalıyor.”

SP 3

“Kadınlar bir şekilde iletişim kurup birbirleriyle gün gibi otobüsler tutup Manisa’dan etkinlik yapıp kendilerini oyuyorlar bir şekilde. Erkeklerde o hiç yok nerdeyse. Çalışabilecekleri son evreye ileri yaşa kadar çalışıp ondan sonra eve kapanyorlar. Kendileri huysuz bir ihtiyar gibi düşünülerek aman buda evde gitmiyor bende çıkamıyorum diye kadınların sızlandığı homurdandığı adam olarak devam ediyorlar hayatlarına.”

SP 11

4.2.1.2.4. Yaşlı ve çevre

Sağlık profesyonellerine göre yaşlılığı “ev ve çevre ergonomisi, çevre güvenliği” etkilemektedir. Buna göre yaşlılığı değerlendirirken bunları göz önünde bulundurmalıyız.

“İnsanlar evlerinde kalmak istiyorlar. Neden? Yaşlandıkça kapıyı aynı yer bulmak istiyorsunuz. Uyku sersemi başka evde kafanızı çarpıyorsunuz. Yani bazı şeyler ekstrapiramidal sistemle yapılıyor artık. Yeni bir ev yeni bir mekan.”

SP 11

“...tam yürüyemeyenler tekerlekli sandalye kullanıyorlar ya onlar için yollarda yada merdiven çıkma konularında ülkemiz biraz geri. Engelliler tekerlekli sandalye kullananlar o yönde zorluk çekiyorlar. Ona yönelik çevre şartları değişebilir. Binalara değişebilir.”

SP 17

“...oturduğu çevre güvenli mi, çevre koşulları değerlendirilebilir. Başına herhangi bir sıkıntı gelebilir. Yaşlıların ihmali istismarı da var. bunlara karşı açık bir yaşlı

mi? Evin ergonomisi değerlendirilebilir ev kazaları açısından. Belki bu bir yakınında çevresinde yaşayan birine öğretilip evde belirli düzenlemelere gidilebilir.”

SP 20

“Yaşlılara uygun düzenlenmesi lazım. Gidiyoruz yerler kaygan üstünde halı var. mesela bu düşmeye aday bir hasta. Yine Manisa’nın sorunu evlerde asansör yok. Merdivenlerden düşen, yuvarlanan çok fazla.”

SP 5

4.2.1.3. Sağlıklı yaşlanma

Yaşlılar ve bakım verenler sağlıklı yaşlanmayı “eli ayağı tutmak, kendi işini kendi yapmak” olarak algımlarken, sağlık profesyonelleri DSÖ’nün tanımını göz önünde bulundurarak değerlendirmişlerdir.

4.2.1.3.1. Sağlıklı yaşlanma tanımı

Sağlık profesyonelleri sağlık yaşlanmayı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi çocukluktan itibaren benimseyerek, tarama testlerini düzenli yaptırarak mümkün olduğunu ayrıca sağlıklı yaşlanma için bilişsel yeterlilikler ve çevresel olanakların gerekli olduğunu bildirdiler.

“Sağlıklı yaşlanma kişinin gençken hayatına sağlıklı devam etmesi. Mesela spor yapması, sağlıklı beslenmesi böylelikle yaşlılık zamanında da kendi vücudunu daha dinç hissetmesi.”

SP 17

“Sağlıklı yaşlanmak yaşlılığa hazırlanmak gibi. Nasıl olsa yaşlanacağız gibi zamanı geldiği zaman doğuma hazırlanan anneler gibi belli kilolara iniliyor belli diyetler yapılıyor. Folik asit kullanmak gerekiyorsa kullanıyorsun. Bizde bu trend yeni başlayacak. Önemli bir şey. Beslenmesi, uyku düzeni, fiziksel aktivitesini buna çevirecek. Yaşlılıkta yiyeceği içeceği, kullanacağı ilaçlar takipleri yapılabilecek tarama testlerinin yaptırıldığı bir dönem.”

SP 3

“Sağlıklı yaşlanma aslında eğitim düzeyi, sosyal yaşam ile alakalı. Hani atıyorum köyde kırsal kesimde tarımda çalışan insanlar daha çok yıprandıkları için ya da bilinçsiz oldukları için hani kentteki 60 yaşındaki bir kadınla, köydeki 60 yaşındaki kadın çok farklı olabiliyor. Bunun tam tersi de mümkün. Onlarda kas iskelet sistemi rahatsızlıkları belki daha az görülebiliyor. Hani aktiviteleri daha fazla olduğu için. D vitamini alma oranları daha yüksek olduğu için kemik erime oranları daha düşük olabiliyor.”

SP 7

“Sağlıklı yaşlanmak için kendimizi sosyal ortamdan uzaklaştırmamak lazım bence. İçimize kapanmamalıyız. Yaşlandım hayat benim için bitti dememeliyiz.”

SP 8

4.2.1.3.2. Sağlıklı yaşlanma kültürü

Sağlık profesyonelleri sağlık yaşlanmanın bir kültür olduğunu ve ülkemizde henüz gelişmediğini bildirdi.

“Sağlıklı yaşlanma için kişilerin bilgi sahibi olması lazım. Hiç önemsemiyorlar aslında gençlik dönemlerinde yaşlanacaklarını ama bir gün gelecek ve buna yatırım yapmaları gerektiğini daha iyi öğrenecekler. Ülkemizde sağlıklı yaşlanmıyoruz. Ülke olarak sağlıklı değiliz ki sağlıklı yaşlanalım. Bireysel olmaktan çok toplumsal olarak sağlıklı yaşlanamıyoruz. Bireysel çabaları olanlar var ama çok az.”

SP 1

“Sağlıklı yaşlanma daha sağlıklıyken ele alıp düzenli sporunuzu yapıyorsanız işte ne bileyim bilişsel olarak kitap okuma tiyatro sanat etkinlikleri gibi konserdir böyle bir entelektüel bir şekilde zihninizi besleyebiliyorsanız mümkün. Bir de öyle bir çevrede de oturmanız gerekiyor. Kendinizle aynı seviyede olmayan alt sosyal grupta yaşarsanız da o fonksiyonları kullanamazsınız.”

SP 11

“Sağlıklı yaşlanma evet olması gereken ama çok bilinçli ve aktif geçirilmesi gereken bir dönem. Ama bunu da bilen ekonomik olarak sosyal olarak imkanlara sahip olan insanlar eğitimsel olarak destekleyebiliyorlarsa kendilerini hani çevrede ona müsaitse imkanlarda müsaitse sağlıklı yaşlanmayı yaşayabiliyorsunuz. Ama diğer türlü yürüyüş yapmaya teşvik etmek değil kişinin içinden gelerek o ortamda yaşıyor olması gerekiyor. Az önce de dedim ya bizim toplumumuzda sen yaşlısın deyip el etek çektirilebiliyor.”

SP 12

“Kişi kendini depresif hissetmiyorsa, kendinin daha genç olduğunu düşünüyorsa pozitif düşünüyorsa buda çok etkiliyor diye düşünüyorum. Bu aslında yaşlandıktan sonra olacak bir şey değil, gençken kazanılmış edinilmiş bir davranış. Hayat felsefesi bu olmalı. Düzenli beslenme, spor, hayata karşı olumlu olma. Günümüzde bu pek mümkün değil. Gençken başlanmalı.”

SP 14

4.2.1.3.3. Yaşlanma başarısı

Katılımcılar yaşlılığı değerlendirirken yaşlanmanın aslında bir başarı olduğunu, herkesin yaşlanamadığını belirttiler.

“Yaşlılık bir ayrıcalık bir başarı. Herkes doğuyor ama herkes uzun yaşamıyor bu bir ayrıcalık. Sağlıklı olacak tabi. Ayakta kendi işini görebilecek kadar ben hayran oluyorum. Az önce 87 yaşında bir teyze motor gibi geldi gitti. 87 yaş 3 aylıktı.”

SP 10

“Annem sağlıklı yaşlandı. Şu ana kadar son 15 güne kadar kendisi her şeyini kendi görüyordu. Biz sadece bakkalına çakkalına gidiyorduk. Uzak yerlerine gidiyorduk. Marketine gidiyorduk. Diğer şeylerini kendi yapardı. Mesela 5.katta ablam var çorba yapardı indirirdi o iki gün o çorbayı içerdi. Çayını kendi demlerdi sütünü kendi pişirirdi. Sabahları süt içer.”

BV 2

“...yaş ilerlemesine rağmen kendi işlerini görmek yada dışarda sosyal işlerini de görebilecek durumda olan insanlarda var.”

SP 13

4.2.1.3.4. Sağlığı geliştirme

Katılımcılar sağlığı geliştirme kavramı içinde, yaşam biçimlerini değiştirmeyi, sağlıklarını korumayı ve sağlıklarını iyileştirmeyi amaçladıklarından bahsettiler.

“Aktif yaşlanma aslında çocukluk döneminde başlamalı. Çünkü doğduğumuz andan itibaren yaşlanma başlıyor aslında. Fonksiyonlarımızın bir kısmını yaşla birlikte kaybediyoruz. O yüzden çocukluk çağından itibaren yaşlılığa da yatırım yapmak gerekiyor.”

SP 20

“Sağlıklı yaşlanma bence daha bilinçli beslenerek, gençliğinde belli şeyleri düşünerek hareket etme. Gençlikten başlaması lazım. Hem maddi hem manevi tek yönlü değil. Bir çocuğunu kurtarmak bile sağlıklı yaşlanmanın anlamına geliyor. Ona muhtaç olmadan, kendi maddi özgürlüğün varsa. Çevrenden de çok kopmadan bence.”

BV 1

“Şimdi bakıyorum ben 70 yaşında insan dinç, kendine iyi bakan sporunu düzenli yapan, ne bilim aktif hayat içinde olan hiç 70 bile göstermiyor.”

SP 11

“Toplumsal olarak farkındalık hem medya, hem görsel ve yazılı basından onlar daha fazla okuyorlar. Onlara sizin suyunuzu kendinizin getirmeniz kötü bir şey değil hareket etmeniz için iyi denildiğinde oradan da bir uyarı oluşturulsa onlar kendi bilinçleriyle o bilinç altlarındaki şeyi yıkacaklar. Eylem planında tek taraflı gitmemek gerekiyor ya çok yönlü gitmek gerekiyor, multidisipliner yaklaşım çok önemli.”

4.2.1.3.5. Yaşlılara göre sağlıklı yaşlanma

Odak grup görüşmesi sırasında yaşlıların ortaya koyduğu sağlıklı yaşlanma ile ilgili görüşleri bu kategoride toplanmıştır. Yaşlılar sağlıklı yaşlanmayı sosyoekonomik durum, genetik yatkınlık ve dengeli beslenme ile özdeşleştirdi. Bazı katılımcılar sosyal olmanın sağlıklı yaşlanmanın koşulu olduğunu bildirdi.

“Allah herkese ömür versin ama sağlıklı ömür versin. Yatalak olup da 100 yaşına kadar yaşamanın anlamı yok. Hem çekiyorsun hem çektiriyorsun. Takdiri ilahi tabi isyankar olmayacaksın. Ama yaşlıyım deyip köşeye de çekilmeyeceksin. Hareketli herkes işine gücüne bakacak. Ben en ufak bir şeyi bahane ederim çıkarım . O bile benim havamı değiştirir.”

Odak grup 2, Kadın 65 yaş

“Valla sağlıklı yaşam için dikkat ediyorum bazı şeylere mesela eskiden beri 52 yılından 80’e kadar dağcılık yapmıştık. Şimdi her hafta davet ediyorlar. Kusura bakmayın diyorum. Böyle yukarı doğru çıkamam ne olur ne olmaz. Kalpte bir şey yok ama zorlamak istemiyorum vücudumu. Buna dikkat etmek lazım. Bu neden kaynaklanıyor, yaştan kaynaklanıyor. İyi bakmaksak vücuda zorlarsak bir yeri yırtabiliriz Hücrelerden birini patlatabiliriz damarları. İş yine bize düşüyor mutlu bir yaşam için.”

Odak grup 5, Erkek 79 yaş

“Ben sağlıklı yaşadığımı düşünüyom. Şanslı olduğumu düşünüyorum ne bir harp gördüm. Ne bir yoksulluk gördük ne bir şey gördük. Haydar bey dağcılık yapıyorum dedi ya bende avcılık yaptım çok. Bende onun dolaştığı dağların beş mislini dolaştım. Bunun gibi dolaşmamışımdır da. Ama genetik denen bir şey var. benim babam da kalp hastasıydı ondan öldü. Halam kalp hastalığından öldü. Dedem kalp hastalığından öldü. Hepsi 55 yaş altında öldüler. Benim bugün yaşı 78 bu genetik şeyden belki kalp hastası oldum bilmiyorum. Kalp ameliyatı geçirdim ama memnunum.”

Odak grup 5, Erkek 77 yaş

“Ben sağlıklıydım da. 2-3 senedir kalp hastası oldum. Daha önceden iyiydim. Gençliğimizde kendimize bakıyordum gene de. Çalışıyorduk ovada. Çalışmak çok iyi. İnsan evde durdukça oturdukça hasta oluyor. Gençlik gibi var mı yavrum.”

Odak grup 4, Kadın 65 yaş

“Benim hayatım güzel geçti. Yaşlılık gitti yani. Elin ayağın tutmaması. Vallahi sağlıklı yaşlanmadık. Sesim yoktur. 3 sene oldu. Gençliğimde kendime iyi bakayım dedim ama ne fayda. Allaha çok şükür. Ben tahmin ediyorum 85 olmuştur anne yaşıma ama nüfusa öyle geç yazılmış. 60 da askere gittim. 25-30 yaşımdaydım.”

Odak grup 6, Erkek 80 yaş

“Muş’da bir adam çıktı 120 yaşındadır ben gördüm. Ama dinçtir. Torunu olmuş onlar çökmüş ama bu dinçtir. Diyorlar nasıl durum. Ben bir keçi kesilince iki üç günde bitiriyorum diyor. Sağlıklıdır. İyi beslenirsek sağlıklı oluruz. İnsan yaşlı olduğu zaman kendi çocukları insandan nefret ediyor. Hiçbir şey kalmıyor. Herkes çekiliyor. Yaşlıyı öyle düşün.”

Odak grup 6, Erkek 69 yaş

Yaşlılık teması altında ortaya çıkan alt kodların özeti Tablo 11’de gösterilmiştir. Sağlık profesyonelleri yaşlılığı kronolojik yaş olarak tanımlarken, olumlu bakış açısı ile yaşlıların deneyimli olduklarını, fiziksel ve sosyal olarak en gelişmiş dönemde olduklarını ve toplum tarafından saygı gördüklerini belirttiler. Yaşlılar olumlu bakış açısı ile yaşlılığın doğal bir süreç olduğunu, yaşlıların deneyimli olduğunu ve yaşlılık döneminde sosyal olmaya zaman ayırabildiklerini söyledi. Bakım verenlere göre yaşlılığın olumlu bir özelliği yoktu. Yaşlılığa olumsuz bakış açısında her üç grupta yaşlılığın işlev kaybı ve bağımlılık anlamına geldiğini söyledi. Yaşlılığı etkileyen etmenlerde sağlık profesyonelleri ve bakım verenler yaşlılığın zamanla farklılaştığını söyledi. Her üç grup yaşlıların yoksullaştığını ve toplumsal statülerinin azaldığını bildirdi. Sağlıklı yaşlanma konusunda sağlık profesyonelleri literatür tanımına yakın cevaplar verdi. Yaşlılar ise sağlıklı

yaşlanmayı sosyoekonomik durum, genetik ve dengeli beslenme ile ilişkilendirmişlerdir. Sağlık profesyonelleri ve bakım verenler sağlık yaşlanmanın gençlikte kazanılmış sağlıklı olma davranışları ile ilgili olduğunu bildirdiler.

Tablo 11. Yaşlılık teması özet tablosu

	SAĞLIK PROFESYONELLERİ:	BAKIM VERENLER	YAŞLILAR
YAŞLILIK			
Tanım:	<65 yaş	--	--
Olumlu Bakış Açısı:	*Deneyim *Bedensel ve sosyal gelişme *Saygı Görme	--	*Doğal bir süreç *Deneyim *Sosyal etkileşim
Olumsuz Bakış Açısı:	*İşlev kaybı *Bağımlılık *Ekonomik bağımlılık ve istismar *Sosyal izolasyon *Engellilik	*İşlev kaybı *Bağımlılık	*İşlev kaybı *Sağlığın kaybı: -Bedensel bağımlılık -Ekonomik bağımlılık *Sosyal izolasyon ve yalnızlık *İç sıkıntısı (depresif duygu durum) *Bedensel ve psikolojik kayıp
Yaşlılığı etkileyen sosyal ve çevresel etkenler	Kuşak farkı : *yaşlılık algısını değiştirir ** Yaşlılarda sağlık algısını ve sağlığı geliştirmeyi değiştirir *Yoksulluk riski *Statü kaybı *Damgalanma (işe yaramazlık) * Toplumsal yapının ve çevrenin değişimine uyum sorunu *Sosyal güvence *Ev ve çevre ergonomisi	Kuşak farkı : *yaşlılık algısını değiştirir ** Yaşlılarda sağlık algısını ve sağlığı geliştirmeyi değiştirir *Yoksulluk riski *Statü kaybı *Göç nedeniyle ailenin parçalanması ve yaşanılan çevrenin değişimi	*Yoksulluk riski *Statü kaybı *Çevresel olanaklar *Sosyal alanlar

	*Çevre güvenliği		
Sağlıklı yaşlanma ve Sağlığı Geliştirme	*Sağlığı geliştirme programlarının daha başındayız *Spor egzersiz, Fizik aktivite *Sağlıklı beslenme *Uyku *Tarama testleri (2.koruma) *Sosyal entegrasyon sağlıklı yaşlanmanın önkoşuludur. *Türkiye’de sağlıklı yaşlanma kültürü (toplumsal olarak benimseme) yok. *Sağlıklı yaşlanma için bilişsel yeterlilikler ve çevresel olanaklar gerekir *Çocukluktan ve gençlikten sağlıklı yaşlılığa hazırlanma gerekir. Bu Türkiye’de bir sorun .	*Gençlikten sağlıklı yaşlılığa (maddi ve manevi olarak) hazırlanma gerekir.	<u>Sağlıklı yaşlanma :</u> *SED *Genetik *Çalış(a)mamak *Dengeli beslenme

4.2.2. Yaşlılık sorunları

Bu tema altında (1) Sosyal destek, sosyal sermaye, (2) Yaşlılarda karşılaşılan mediko-sosyal sorunlar ve (3) Hizmette yaşanabilecek sorunlar alt temaları bulunmaktadır. Her üç katılımcı grubu da sosyal destek ve sosyal sermaye alt temalarında sosyal çevreden bahsetmiştir. Bakım verenler ayrıca yaşlı ile iletişime değinmişlerdir. Yaşlılar ise bu temada ayrıca ev ergonomisi, sosyal güvence, bölgesel farklılıklar, maddi destekler, gelecek kaygısı ve yerel yönetimlerin kullanımı hakkında konuşmuşlardır. Sorunlar konusunda sağlık profesyonelleri sosyal problemlerden, sağlık sorunlarından, hizmette yaşanabilecek sıkıntılardan, mevcut sistemdeki sorunlardan ve yaşlı sağlığı konusundaki sağlık profesyonellerinin eğitim eksikliğinden bahsetmiştir. Yaşlılar ise sosyal ve sağlık sorunlarından, ihmal ve istismar konularından bahsetmiştir.

Tablo 12. Yaşlılık sorunları teması

Kategoriler	Alt temalar	Tema
Sosyal çevre ve imkanları	Sosyal destek, sosyal sermaye	Yaşlılık sorunları
Sosyal güvence ve gelecek		
Yerel yönetim kaynaklarının yeterliliği ve kullanımı		
Yaşlı ile iletişim		
Yaşlıya hizmet veren sosyal kurumlar		
Yaşlıların sosyal sorunları	Yaşlılarda karşılaşılan mediko-sosyal sorunlar	
Yaşlıların sağlık problemleri		
İhmal, istismar, şiddet		
Yaşlı sağlığı konusunda yaşanabilecek (zaman ve donanım gibi lojistik; izlem standardı eksikliği vb.) zorluklar	Sağlık hizmetinde yaşanabilecek sorunlar	
Yaşlı sağlığı konusunda sağlık profesyonellerinin bilgi ve uygulama eksikliği		

4.2.2.1. Sosyal destek ve sermaye

4.2.2.1.1. Sosyal çevre ve imkanları

Sosyal çevre ve imkanları kategorisinde sosyal yaşam ve yaşlıların yaşam alanları alt kategorileri bulunmaktadır. Bu kategoriler odak grup görüşmelerinden elde edilmiştir. Yaşlılar sosyal yaşam alanlarının azlığından, kahve, cami gibi alanların sosyal olmasından ve yaşlandıkça daha çok zamanları olmasından bahsetti.

“...toplumda bir eksiklik sosyal mekanlar yok gideceğimiz. Şimdi hanımefendinin gideceği sosyal bir mekan yok Manisa’da. Geçen gün CBU den profesör Serdar bey ve kazı başkanı Ali bey beni ziyaret etmek istediler. Nerde buluşalım. Kahveye mi gelelim diyorlar. Manisa da gidecek yer yok. Şehir kulübüne gelin orda buluşalım dedim. Şimdi bir misafir gelse gidecek yer yok.”

Odak grup 5, Erkek yaş 79

“Ben boş zamanlarımda camiye giderim. Hatip okurum kuran okurum. Başka bir yere gitmem. Camiye gide gele arkadaşlarımla görüşürüm öyle kahvelere gitmem. Komşular gelir gider.”

Odak grup 3, Erkek yaş 83

“Genç iken kimse kimseyi görmüyordu işten güçten. Şimdi herkes birbirine gidip geliyor. Daha fazla arttı.”

Odak grup 4, Kadın yaş 72

Yaşlılar ayrıca yaşadıkları çevrenin yaşlılığa uygunluğunu değerlendirdi ve zaman içinde gelişiminden bahsettiler.

“Bizden önce babalarımız dedelerimiz bizden evel ki nesil çok çile çekmiş. Ne banyosu ne tuvaletinden her şeyi kullanışsız. Soba yok... O zamanki kültürümüz öyleydi. Tuvalet banyo aynı yerde olmazdı. Kokar derlerdi ... ben gece kalkıp da yattığım yerde oraya tuvalete nasıl gideyim. Soğuk hasta oluruz zaten . ama ölen ölmüş babalarımız öyle çekmiş. Neden insanların yaşamı uzadı? Yaşanılır mı o şekilde bir hastalık alır gider insanı. Soğuktan banyonun tuvaletinin kullanışsız olmasından insanlar çok verem hastalığına yakalandı.”

Odak grup 1, Erkek yaş 76

“ 3. kata yaşıyorum ben zorlanıyorum. Asansörümüz yok. Zorlana zorlana çıkıyorum. Yaşlının evi zemin katlarda olmalı, asansörü olmalı.”

Odak grup 1, Kadın yaş 74

“Bizim evimiz yaşlıya uygun. Yerden giriyoruz eve. Yukardaydı evimiz. Orayı başkasına verdik alçak yere biz geçtik. Yukardaki merdiveni hiç çıkamıyoruz.”

Odak grup 3, Erkek yaş 85

4.2.2.1.2. Sosyal güvence ve gelecek

Odak grup görüşmelerinde yaşlılar sosyoekonomik durumlarından, sosyal güvencelerinden ve buna bağlı gelecek kaygısı taşıdıklarından bahsettiler. Sağlık profesyonelleri ise yaşlıların aldıkları maaşın yetersizliğinden bahsetti.

“Hacı yengenle ikimiz olsak benim maaşım yeter ikimize. Ama aylık alınca torun alıyor o alıyor kendi kendimiz olsa yetecek. İdare ederiz.”

Odak grup 1, Erkek yaş 69

“Şehir merkezinde otursan yetmez ama köy yerinde yeter maaşımız. Kira vermiyoruz. Başka şeylerimizde var bizim aylıklar bizim yetmez sadece. Çiftçiliğimiz var bizim. Aylık bir milyar yüz lira alırım ben. Elektrik su tüp yetmez. Oğlan ödüyor bizim masraflarımız. En azından 2-2,5 milyar olacak ki yetecek. Yan gelirlerimizde var bizim.”

Odak grup 1, Erkek yaş 76

“Devlet bize bir şey vermiyor ama verse her şeye razıyım. Benim torunlar var. dede sen dur biz hepimiz sana bakarız diyorlar. Bakın diyorum bende. Benim torun İzmir’e gitti orda evlendi. İzmir’den muşa gitti. Kocasının vazifesi var. benim torun şimdi bana bir şey olsun ta oradan buraya gelir. Torunlarım iyidir.”

Odak grup 3, Erkek yaş 85

“3 ayda bir aylık maaş alıyorum ben. 3 kardeşe bölünüyor. Valla ay ay tutmuyor. Yeter mi o aldığım bir ay yetmez tabi. Yetiştirmeye çalışıyorum.”

Odak grup 4, Kadın yaş 75

“Bir gün gelecek bizde yaşlanacağız. Allah gecinden versin sağlıklı sıhhatli olalım diye dua ediyoruz. Bizlerinde Kontrol altında olmamız gerekiyor. Ben hayatımda

üretime devam etmek istiyorum. Çünkü kitap yazıyorum. Bugün 16i kitabımın ISSN sini almak için uğraş verdim. Basıma hazır 5 kitabım var. Ben üretiyorum.”

Odak grup 5, Erkek yaş 79

“Bizim yaşlılar bakıyor aa bu Almanya’dan gelmiş diyor. Bizim ülkeye turist olarak gelmiş. İç geçiriyor. Benim de bu kadar param olsa bende böyle gezerim diyor. Yaşlanmışlar emekli halleriyle bir şey yapamıyor. Maaşlar çok düşüyor. Şuan ki hekim arkadaşlar bile emekli olunca ellerine geçecek parayı düşünüp emekli olmuyor. 65 inde çalışacak. 65 den sonra uzatmaları oynuyor.”

SP 3

4.2.2.1.3. Yerel yönetim kaynaklarının yeterliliği ve kullanımı

Yaşlılar belediyelerin hizmeti ve sosyal yardımlaşma derneklerinin yardımlarını kullandıklarından bahsettiler. Belediye otobüslerinin kırsala verdiği hizmetin memnuniyetini ve yaşlılar için uygun olduğunu bildirdiler.

“Ramazanlarda gıda getiriyorlar. Biz burada olmuyoruz o sırada almıyoruz. Biz aylık verdiği ne dua ediyoruz. Ben sakat aylığı alıyorum. Bu vaziyette çalışamayız ki. Allah bin kere razı olsun gene aylık bağladı. Bağlamasa bağlamaz.”

Odak grup 3, Kadın yaş 72

“Toplu taşıma araçlarını kullanıyoruz. Bu konuda ben bir soru yönelteyim size? Bunu neden sordunuz? Bir önerim var. genelde memnuniyet verici saygılı şoförler belediyenin toplu taşıma araçları. Bazı şoförlerin hor gördüğü ters davrandığı bedavacı bunlar dediği yaşlılar için. İnadına ani hareketle arabayı sürmek ani harekette fren yapmak ayakta olan insanı düşürmeye çalıştığını söylüyorlar bu nedenlerin gerekli yerlere ulaştırılması lazım.”

Odak grup 2, Erkek yaş 80

“Şimdi çıkan belediye otobüsleri daha alçak. Binebiliyoruz. Ötekinde dizlerde biraz problem olunca zorlanıyorduk.”

Odak grup 2, Kadın yaş 67

“Otobüs 3 köyden yolcu topluyor. Yeşilköy, Çavuşoğlu, Harmandalı. En son bizim köye uğruyor araba. Dolu geliyor zaten. Mecbur ayakta kalıyoruz sürte sürte. Kimse yer vermiyor.”

Odak grup 4, Kadın yaş 75

4.2.2.1.4. Yaşlı ile iletişim

Bakım verenlere bakmakta oldukları yaşlı ile iletişimlerinin nasıl olduğu sorusu soruldu. Hemen hemen hepsi aralarının iyi olduğunu söyledi.

“Aile de en iyi iletişimi olan şuan benim. Bana çok güveniyor. Ondan sonra ablama çok güveniyor. Biz olmadığımız zaman huzursuz ve hasta oluyor. Örneğin haftasonu benim yiğenim doğum yaptı yanına gitmek zorunda kaldım iki gün yatılı. Yengem 2 gün hasta yattı hiç kalmadı diyor. Yani kendine güveni yok. Daha önceden de güvenirdi bana ama şimdi bağımlı.”

BV 1

“İyi iletişimimiz. Bazen kızıyor beni huzurevine götürün iyi bakamıyorsunuz bana diyor. Komşular geliyor kızıyor bazen çok seslenme diye bundan iyi mi bakılırsın diyorlar. Ben bir saat bir yere gideyim yandık. Çocuklara gelinlere duman attırıyor. Ama kabullendik. Gelip geçiveriyor.”

BV 4

“Çok şükür iyi iletişimimiz. Yani iletişim kurabiliyoruz. Hastalığının alevlendiği dönemlerde zorlanıyorduk. Yemek yedirmekte zorlanıyordum. Bana sen ye diyordu kızgındı. Başka şeylerde zorlanıyorduk. Bir düzene binene kadar zorlanıyorsun. Sen ona alıştıyorsun o sana alışıyor.”

BV 6

4.2.2.1.5. Yaşlıya hizmet veren sosyal kurumlar

Sağlık profesyonelleri yaşlılara sunulan sosyal hizmetlerden bahsettiler. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının, kaymakamlıkların ve belediyelerin hizmetini duyduklarını bildirdiler.

“Aile ve Sosyal Politikalar yaşlılara bir aylık bağlıyor sanırım ama tam adını bilmiyorum. Özürlülerle özellikle çalışıyorlar. Vakıflar var. Kaymakamlığa bağlı sosyal dayanışma ve yardımlaşma vakfı var. Onun da bu konularda çalışmaları var.”

SP 13

“Belediyelerin felan yaptıkları şeyler var. yaşlıları ziyaret ayda yılda bir yiyecek yardımı bakım yardımı ondan sonra özürlülük oranlarına göre maaş bağlanıyor. Hani ücretsiz bir yerlere gitmeleri gelmeleri sağlanıyor diyelim.”

SP 15

“Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının özellikle bağımlılığı yüksek yaşlılar için ona bakan kişilere ödediği bir evde bakım ücreti var. bu nedenle de bakım ücretini verdikleri ailelere sık sık denetime gidiyorlar. Yaşlılara gerekli özeni gösteriyorlar mı. Üç ayda bir yada altı ayda bir gidip ihmal istismar var mı? Yaşlı hayatta mı? Bunlara bakıyorlar. En ufak bir adres değişikliği olsa 15 gün içerisinde 15 gün içerisinde haber vermeniz gerekiyor. 15 günü geçtiyse ve haber vermediyseniz maaş direkt kesiliyor. Bu şekilde yaşlılara ödemelere yapılıyor.”

SP 20

4.2.2.2. Yaşlılarda karşılaşılan mediko-sosyal sorunlar

4.2.2.2.1. Yaşlıların sosyal sorunları

Sağlık profesyonelleri yaşlıların karşılaştığı en büyük sosyal sorunun yalnızlık ve toplumdan geri çekilme olduğunu söyledi. Yaşlılar da odak grup görüşmesi sırasında yalnızlıktan ve ölüm korkusundan bahsettiler.

“Yaşlıların karşılaştıkları en büyük sorunlar yalnızlık ve ölüm korkusu. Kendi iyi ifade edememe. Hareketlerinde kısıtlılıklar oluyor.”

SP 18

“Yalnızlaşma, ölüm korkusu ya da hiç bir şeye yetememe her zaman dedikleri gibi gençlikten biraz ayırın yaşlılık da ihtiyacınız olacak derler. En büyük problem ne diye soracak olursanız o eski gücünü bulamama derim. Sağlık sorunları dışında bir şeylerle tek başına mücadele edememe bence.”

SP 12

“Hala o kadar yüksek bir işsizlik oranımız var ki toplumda annelerinin babalarının üstünden bakılmak için çaba harcıyorlar. O insanlar yaşlılıklarını yaşayamıyorlar ki. Çöküyorlar işte hem psikolojik açıdan hem fiziksel açıdan. Hayata dur ben dinleneceğim diyemiyorlar. Yükleri hafiflemiyor giderek artıyor.”

SP 15

“Yalnızlık bana zor geldi. Haliyle herkes yaşlanacak. Kendi işimi kendi yaparım. Kitap felan okuyorum.”

Odak grup 3, Kadın, yaş 80

“Ben daha yaşamak istiyorum . Tabi canımız çok tatlı değil. Ayağım ağrıyor. İnsanın bedeni sağlam olursa yaşlılık daha iyidir. Fakat ölüm var Allah biliyor ne zaman geleceğini.”

Odak grup 6, Erkek yaş 77

4.2.2.2.2. Yaşlıların sağlık problemleri

Birçok sağlık profesyoneline göre yaşlılarda görülen en büyük sağlık problemi hareket kısıtlılığı ve obezite.

“...Manisa'nın sorunu evlerde asansör yok. Merdivenlerden düşen yuvarlanan çok fazla. En fazla düşme sonucu kalça kırığı operasyonu olan yaşlılar, dizden opera olanlar, ayak bileğini kıranları görüyoruz.”

SP 5

“Bu çevredeki yaşlılar obez. Bu bölgedeki yaşlılar biraz tembel. Sabah erken gelen yok, geç uyanıyorlar. Çok fazla yürüyüş aktiviteleri falan yok, çıkayım da 10-15 dakika yürüyeyim diyen yok. Çok fazla obez hastamız yok ama yaşlıların geneli obez... Yaşlılarda en sık karşılaştığımız sorunlar şeker, tansiyon. Başka da bir ekstra tek tük geliyor. Depresyonu olan yaşlı çok fazla bu bölgede. Bilmiyorum akıl hastanesine yakın diye mi.”

SP 14

“En sık sorunlar bizim ülkemizde çok göz ardı edilen depresyon, demans. Bazen demans ve depresyon birbirine çok karışıyor kişinin çökkün olması, canının bir şey istememesi yaşlılıkla bir yorumlanıyor...Bazen kişinin ağır depresyonu demans gibi değerlendirilip demansla ilgili birçok ilaç alıyor ama alttaki o sorunu çözemediği için bazen bu tür problemler oluyor. Diğer düşmeler. Metabolik hastalıkları ile ilgili kullandığı ilaçlar metabolik durumunu bozabiliyor. Delirium bu hastalarda karşımıza çıkabiliyor. Denge problemleri, kas iskelet hastalıkları ve diğer kronik hastalıklarda yaşlılarda en sık karşımıza çıkan durumlar.”

SP 20

“Fiziksel rahatsızlıkları ağrı, idrar kaçırma , düşmeler. Bir yaşlı düştükten sonra kısır döngüye giriyor. Düşmemek için enden çıkmıyor. Evden çıkmadıkça daha hareketsiz oluyor...Ve inanılmaz obez bir toplumuz. İnsanlar obez olduklarının farkında değil. Obezite bir sürü şeye engel. 65 yaş üstünde bir obezi hareket ettiremiyorsun hadi diyemiyorsun. Diyosun da başlayamıyor. Hareket edemiyor hareket edemeyince kilo veremiyor. Kısır döngü. Diyabette çok fazla. Diyabet, hipertansiyon, hipotiroidi onun yanına eklenen astım, KOAH, polifarmasi, buna bağlı bir sürü sıkıntılar.”

SP 1

“Bir çok psikolojik sorunlarda ortaya çıkabiliyor. Depresyon, demans gibi. Bunların önlenmesi için daha erken yaşlarda bunun farkındalığını oluşturmak gerekiyor.”

SP 12

“Yaşlıların en sık karşılaştıkları sorunlar ortopedik sorunlar. Düşüyorlar .”

SP 3

4.2.2.2.3. İhmal, istismar, şiddet

Sağlık profesyonelleri yaşlıların daha çok ekonomik olarak istismar edildiğini söyledi. Bir sağlık profesyoneli hastalarından birinin başka bir ilde yaşayan oğlunun yanına gittiğinde oğlu tarafından fiziksel şiddet, ihmal ve istismara uğradığını, döndüğünde tanınmaz halde olduğunu çok zayıfladığını ve yürüyemediğini anlattı. Bu hasta için savcılıktan fikir aldığını söyledi.

“Yaşlılarda istismarla da karşılaşıyoruz. Savcıya gidip fikir danışmak istedim. Doktor hanım başınızı belaya sokmayın dedi. Bir öneride de bulunmadı. Çok travmatik şeyler var.”

SP 11

“Yaşlılarımdan çocukları ile birlikte yaşayan çok ama annenin emekli maaşından yararlanmaya çalışan işsiz çocukları tarafından yani o çocuklarla beraber yaşıyor. Aslında onlar evin reisi gibi, yaşlılar bakım veriyor.”

SP 15

“Akşam gördün mü televizyonda hacı abi ne kadar hayırsız evlat. Anasından babasından almış vekaleti 5 katlı apartmanı satmış başkasına. Babayla anayı müteahhit akşam dışarı attı. Hüngür hüngür ağlar bakarlar. Ne evlatlar var hem de ölü fiyatına vermiş kaybolmuş oğlan. Ne olacak şimdi o insanlar sokakta kaldılar . devlet şeyi altına girecek bu insanlar başka ne yapacaklar. Devlet bakacak onlara ilgilenecek.”

Odak grup 1, Erkek yaş 69

“Televizyonda görüyoruz geçen gün oğlu evleri sattı adamı dışarı attılar. Hiç olmazsa dama bir oda bir şey ayırmalıydılar. Emekli olmuş seni yetiştirmiş bıraktı onları meydana bundan sonra insanlar ne iş yapar nerelere gider.”

Odak grup 4, Kadın 72

4.2.2.3. Sağlık hizmetinde yaşanabilecek sorunlar

4.2.2.3.1. Yaşlı sağlığı konusunda yaşanabilecek zorluklar

Sağlık profesyonelleri yaşlı sağlığı konusunda mevcut problemleri ve ilerde yaşanabilecek sıkıntıları belirttiler. Bunlar: İzlem protokolü eksikliği, nüfus fazlalılığı, zaman kısıtlılığı, hizmetin ulaşılabilirliği, bakım veren sorunları, lojistik problemler, sağlık okuryazarlığı düşüklüğü .

“En büyük kısıtlılıklarımız netlik kazanmaması bence özellikle uygulama açısından. Net kriterler koyulmaması. Elimizdeki rehberler de çok genel kapsamlı yazılmış şeyler. Bunları nasıl bir değerlendirme ile kişi ve çalışana nasıl dönecek netlik kazanmalı sizde gittiğiniz yolu bu şekilde görmelisiniz... %4 ile %20 arasında değişen yaşlı nüfus farklarında herkes kendi önceliğini belirleyecek ona göre müdahaleler geliştirecekler... Bundan sonra artık hekimleri poliklinik hizmetlerinden uzaklaştırmak lazım.”

SP 12

“En büyük kısıtlılık yavrum ben gelemiyorum, yürüyemiyorum, kimsem yok zaten, beni buraya kim getirecek, sen çağırıp duruyorsun ama. Bu yaşlılar açısından en büyük problem. Benim kimim kimsem yok. Biz yetemeyiz zaten. Şuan gebe bebeğe anca yetişiyoruz...Yaşlı paraya yansısı ya da yansımaya performans olarak bir kişinin buna yetebileceğini düşünmüyorum. Gerçekten adam akıllı yapılacaksa ayrı bir kişi gerekir.”

SP 14

“En büyük sorunlar yaşlı yakınlarının yaşlılara bakmaması olacak. Bakıyorsa nitelikli bakmaması olacak. Yaşlı yakınlarının ve yaşlının tutumu hizmeti sunanlara zorluk çıkarabilir. Bazen oluyor yani evde sağlık ekibi eve gidiyor ama yaşlı yakını

memnun kalmıyor. Belki daha çok evde ameliyat yapılacaktı gibi sağlık hizmeti bekliyorlar ama evde yapılanlarda sınırlı oluyor. Bekletinin yüksek olması sorun.”

SP 16

“Bu merkezi kurduğumuz zaman kısıtlılıklarımız: araç desteği nakil için gerekebilir. Sonra personel sayısı önemli. Tıbbi müdahale ederken malzeme desteği önemli. Şuan evde sağlıkta bu sorunlar var; malzeme sıkıntısı, otoklavları bile yok spanç kullanıyorlar ama. Personel sıkıntısı var.”

SP 17

“En büyük sorunumuz nüfusumuzun fazla olması. Şuan aile hekimlerinin izlediği 4000 kişilik nüfusu düşünürsek %10 u yaşlı desek 400 kişi yapar. %20si yaşlı desek 800 kişi yapar. Öncelikle nüfusların azaltılması gerek. Ama o da ülke politikası. Hekim sayısı ile birlikte düşünüldüğünde çok da kolay bir şey değil. Diğer şey de yaşlıların bu sağlık hizmetine ulaşmayla ilgili sıkıntıları olabilir. Hani gelme birinci basamaktan hizmet alma, hizmete ulaşım ile ilgili önümüzde problem olabilir. Çünkü bunların bir kısmı hiç birinci basamağa gelmeden ikinci ve üçüncü basamaktan hizmet alabiliyorlar. İzlemimizin önündeki engellerden bir tanesi bu olabilir. Aynı gebe izlemlerinde olduğu gibi ben uzman hekime gidiyorum. Niye gelip ebeden hizmet alayımki. Tabi öyle şeyler mutlaka olacaktır.”

SP 20

“Toplumsal olarak sağlık okuryazarlığımız çok düşük. Alt yapıyı düzgün yapamazsak üzerine hiç bir temel çıkmamız mümkün değil. Ne yaşlı sağlığında ne aşılarla ne koruyucu sağlık hizmetlerinde ne koruyucu sağlık hizmetlerinde o bilinç oluşamadıktan sonra ki gitgide eğitim seviyesi düşüyor sosyokültürel yapı düşüyor gitgide işimiz zorlaşıyor kolaylaşacağına. Bir nesli eğittim gerisi kendi kendini eğitir diyemiyorsunuz maalesef. Gitgide kötüye gidiyor. Bunlar tabi ki en büyük kısıtlılıklar.”

SP 9

“Belki yaşlılar da sağlık okuryazarlığı çalışmaları yapabilirler. Ben yaşlandım artık durumunu kabul etmemek lazım. Bu da bir kültür müdür yoksa geçmiş yılların acısı mı çıkıyor bilemiyorum.”

SP 12

Sağlık profesyonelleri mevcut sistemde yaşadıkları sıkıntılardan bahsettiler. Bu sıkıntılara çözüm bulunmadan yeni bir izlem protokolünün eksik ilerleyebileceğini belirttiler. Nüfusun fazla olduğu, poliklinik hizmeti vermekten koruyucu sağlık hizmetlerine zaman ayıramadıkları gibi.

“Şuan ki mevcut koşullar içerisinde aile hekiminin poliklinik hizmetini bırakıp gerçekten tüm 65 yaş üstü nüfusunu gezmesi çok zor... Aile hekimlerinin üstünde de çok büyük yük var her geçen gün bir şeyler ekleniyor... Polikliniğe gömülmüş durumdalar. Dışarda çok hasta bekliyor. 11. Sıradaki poliklinik ve ilaç yazma görevi birinci sıraya oturmuş durumda.”

SP 9

“Nüfus düşmeli. Ben düşük nüfuslu bir bölgeye sahibim ama gene yetişemiyorum. (nüfusum 2000’lerde) sıfır başladığım için hepsini tanıyorum hepsi geliyor. Kimsenin yetişmesi şu şartlarda mümkün değil. Zaman zaman izne ayrıldığı zaman diğer doktor onun hastalarına da bakıyoruz .ama hastalar bu sefer herkesi sanıyor ASM de kendi hekimlerine gitmeyip diğer hekime de gelebiliyor. Gelme de diyemiyorsun zaman içinde tanışmış oluyorsun uyarıyorsun ben senin doktorun değilim onun sana söyleyecekleri vardır senin bilgilerini göremem diyorsun ama yaşlılar bun daha çok yapıyor. ASM’de 65 yaş üstü nüfus oranı %11 benim kendi bölgemde % 12-13 civarında. Gebe bebek nüfuslarım da diğer doktorlara göre ikinci sırada(3 doktor var)”

SP 1

“Burda yaşlılara bakıyorum. Evlatları evlatlık görevlerini ilaçlarını gelip yazdırmak olarak görüyorlar. Ekonomik çok büyük sıkıntıları var, sosyokültürel açıdan sıfır. Demin gelen teyzeyi duydunuz. Anlatamıyor derdini. 15 gündür göğüs ağrısı mide

ağrısı var saat 15:30 da geliyorlar. Ama bir şey olsa ortalık yıkılır. İnsanlar benden internet bakıp öğreniyor. Doktora götürdüm diyor. Hangi doktora götürdün ne şekilde götürdün bunlar aslında onlardan sorgulanmalı.”

SP 15

4.2.2.3.2. Yaşlı sağlığı konusunda sağlık profesyonellerinin bilgi ve uygulama eksikliği

Sağlık profesyonelleri eğitimleri sırasında yaşlı sağlığı konusunda yeterli eğitimi almadıklarını ve artan yaşlı nüfusu ile bu konuda eğitilmiş insan gücünün yeterli olmayacağına değindiler.

“Bir kere tıp fakültesinde yaşlı sağlığı konusunda hiç bir eğitim almıyoruz. Ben mesela aile hekimliği uzmanlık eğitim sırasında yaşlı sağlığı ile ilgili bir eğitim almadım tamamen sonrasında hobi olarak başladım doktora eğitimim ile ilgilendim.”

SP 1

“Zaten müfredata sonradan konu geriatri. Benim bildiğim artık ve dokuz eylülde. Ben oradan mezunum. Bir haftalık dersle olmaz bu. Bir meslek içi eğitim lazım. Doktorundan hemşiresine sağlık memuruna hasta bakıcısına A’dan Z’ye verilmesi gereken bir eğitim. Eğitimden önce bilinçlilik oluşturmak gerekecek. Önce farkındalığı oluşturacağız, sonra yol haritası çizilecek nasıl ne yapılabilir bunun finansmanı nasıl sağlanır. Nereye ne konur? Nasıl bölüştürülebilir. Ondan sonra bu izlem modeli geliştirilecek.”

SP 15

“Tıp fakültesinden böyle bir eğitim yok. Ben görmedim. Yeni mezun olanlar geriatrik dersler alıyorlar mı bilmiyorum. Keşke alsaydık ama. Anabilim dalı olan bir yerde bu konu da ders alınmaması çok saçma. Anca doktora ve yüksek lisans dersleri ile geriatri üzerinden eğitim alınabiliyor şuan. Gerçekten ders olmalı. Ama mezuniyet sonrası bir şey yapıyor muyuz hayır. O zaman mutlaka aile hekimlerine eğitim vermemiz lazım bu konuda. Ama bunu da dostlar alışverişte görüşsün bir gün

toplayalım herkesi anlatalım yaşlıları şeklinde değil. Sürekli eğitim olması lazım. Belki onlarla birlikte bu eğitimleri planlamalıyız belki eğitimcileri onlar arasından seçmeliyiz.”

SP 9

“Yaşlı sağlığı konusunda yeterli eğitim verilmeli. Bu YÖK ünde üstünde durduğu konulardan birisi. Tıp fakültelerinde risk gruplarının iyi öğretilmesi. Bunlardan biri de yaşlı. Hatta biz bunu karşılayacak şekilde kendi üniversitemizde multidisipliner staj yapmıştık ama kendi üniversitemizde bile bunu sürdürmekte başarılı olamadık.”

SP 20

“Müfredatta şuan da yaşlılarla ilgili eğitim veriliyor. Geriatri adı altında geriatri hemşireliği dersi var, geriatri bakımı var, ziyaretleri var. Üniversite de tıp eğitiminde de birinci basamak hizmetleri eksik kalıyor. Yönetim eğitimi eksik kalıyor. Herkes klinik çalışmaya yöneliyor. Ama hastalar koruyucu hekimliğin temelini oluşturan o kırsal hekimlik stajları ile bilmiyorum ne kadar doldurulabiliyor .”

SP 12

Yaşlılık sorunları temasının alt kategorileri gösteren özet tablo Tablo 13’de gösterilmiştir. Tüm katılımcılar yaşlıların ihtiyacı olan sosyal ortamlardan bahsettiler. Yaşlıların birçoğu evlerinin yaşlılığa uygun olduğunu, kentte yaşamın zor olduğunu belirtti. Birçoğu sosyal güvencelerinin bulunduğunu ve belediyenin hizmetlerinden yararlandıklarını anlattı. Yaşlıların karşılaştığı en sık sosyal ve sağlık sorunları değerlendirirken sağlık profesyonelleri kendi karşılaştıkları en sık sorunlardan bahsetti. Yaşlılar kendi sağlık ve sosyal problemlerini anlattılar. Yaşlı sağlığı konusunda yaşanabilecek sıkıntılarda sağlık profesyonelleri izlem protokolü eksikliği, nüfus fazlalığı, zaman kısıtlılığı, hizmete ulaşılabilirlik, bakım veren sorunları, lojistik problemler, sağlık okuryazarlığı düşüklüğü söyledi. Sağlık profesyonelleri yaşlı sağlığı konusunda sağlık profesyonellerinin eğitimlerinin eksik olduğunu belirtti. Mevcut sağlık sistemi içindeki sorunlar da hemen hemen benzerdi.

Tablo 13. Yaşlılık sorunları temasının özet tablosu

	SAĞLIK PROFESYONELLERİ:	BAKIM VERENLER	YAŞLILAR
Yaşlılık sorunları			
Sosyal destek ve sosyal sermaye sorunları	Sosyal çevreni farklılaşması Yalnızlık, Ölüm korkusu, Maddi istismar ve ihmal	*Sosyal çevrenin iki yönlü (olumlu-olumsuz) etkisi *İletişim	*Sosyal çevre imkanları *Ev ergonomisi *Sosyal güvence *Bölgesel farklılıklar *Maddi destek *Gelecek kaygısı *Yalnızlık, ölüm korkusu *İhmal, istismar ve şiddet *Yerel yönetim kaynaklarının yeterliliği ve kullanımı: Belediye hizmetleri
Sağlık Sorunları ve hizmette yaşanan sorunlar	<u>Sağlık sorunları:</u> *Hareket kısıtlılığı, *Obezite, *Depresyon, demans *Kronik hastalıklar *Düşmeler *Ağrı *İdrar kaçırma *Polifarmasi <u>Hizmette yaşanan sorunlar:</u> *İzlem protokol eksikliği, *Nüfus fazlalığı, *Zaman kısıtlılığı, Hizmete ulaşılabilirliği, *Bakım veren sorunları, *Lojistik problemler, *Sağlık okuryazarlığı yetersizliği <u>Mevcut sistemdeki sorunlar:</u> Zaman kısıtlılığı, nüfus fazlalılığı Yaşlı sağlığı konusunda profesyonellerin eğitim eksikliği	*Düşmeler	<u>Sağlık sorunları:</u> *Hareket kısıtlılığı, *Kronik hastalıklar *Düşmeler *Depresyon

4.2.3. Sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetleri teması altında “Mevcut sağlık hizmetlerinin özellikleri”, “Yaşlılar için sağlık hizmet modeli” ve “Bakım verenin özellikleri” alt temaları toplanmıştır.

Tablo 14 . Sağlık hizmetleri teması

Kategoriler	Alt Temalar	Temalar
Türkiye’de Yaşlı sağlığı ile ilgili Sağlık politikaları ve sunulan hizmetler	Mevcut sağlık hizmetlerinin özellikleri	Sağlık hizmetleri
Evde sağlık hizmetleri		
Dünya’da yaşlı sağlığı hizmetleri		
İlk başvuru ve süreklilik		
Verilecek hizmetin kapsamı		
Ekip çalışması ve eşgüdüm		
Hizmetin hasta ve sağlık çalışan tarafından kabulü		
Nasıl bir Yaşlı Sağlığı İzlem Modeli olmalı?	Yaşlılar için sağlık hizmet modeli	
Hizmeti sunan birim		
Hizmetin sunulduğu yer		
İzlem süresi		
İzlemin bileşenleri		
İzlemde bölgesel farklılıklar		
Bakım verme nedeni	Bakım verenin özellikleri	
Bakım verenin sosyal yaşamı		
Bakım verilen kişinin hastalığı		
Hastalık hakkında bilgi sahibi olma		
Yaşlıların bağımlılık düzeyi		
Yaşlıların bakım verene bakışı		

4.2.3.1. Mevcut sağlık hizmetlerinin 6zellikleri

Katılımcılara yaşı sağlığı ile ilgili var olan hizmetler konusunda bilgi sahibi olup olmadığı soruldu. Sağlık profesyonellerinin çoğu bu konuda bilgisi olmadığı s6yledi. Bilgisi olanların çoğu aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri personeli idi. Aile hekimleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın uygulamalarını, hizmeti kullanan yaşıllardan duyduklarını ve ihtiyacı olan yaşılları da bu konuda bilgilendirdiklerini s6ylediler. Üniversitedeki katılımcıların bu konuda bilgisi daha fazlaydı.

4.2.3.1.1. Türkiye'de yaşı sağlığı ile ilgili sağlık politikaları ve sunulan hizmetler

Sağlık profesyonellerine mevcut sistemde yaşı sağlığı konusunda sunulan hizmetler sorulduğunda belediyelerin sunduğu hizmetler, Aile ve sosyal politikalar bakanlığının sunduğu hizmetler, kaymakamlıkların sunduğu hizmetler ve Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinden bahsettiler.

“Belediyenin evde bakım hizmeti var. Bu sağlıktan çok, kişinin yapamadığı evinin temizliği hastanın kendi kişisel bakımı mesela tıraş edilmesi, banyo yaptırılması gibi. Aile ve Sosyal Politikalar yaşıllara bir aylık bağlıyor sanırım ama tam adını bilmiyorum. zürlülerle özellikle çalışıyorlar. Vakıflar var. Kaymakamlığa bağlı sosyal dayanışma ve yardımlaşma vakfı var. Onun da bu konularda çalışmaları var. O daha çok aynı yardım yapıyor. Kişisel başvuru ile yada çevresinden birini başvuru ile olabiliyor.”

SP 13

“Belediyelerin falan yaptıkları şeyler var. Yaşılları ziyaret ayda yılda bir yiyecek yardımı bakım yardımı ondan sonra zürlölük oranlarına göre maaş bağlanıyor.. Ondan sonra evde bakım hizmetleri bayağı gelişti belediyelerde buna biraz el attı. Elini taşın altına soktu ama bozulmuş bir şeyi onarmaya kalkmaktansa bir şeyi bozulmadan 6nceden yatırım yapmak çalışmak daha mantıklısı ama biz o treni kaçırdık. Yapılıyorsa da çok havada kalıyor bir şeyler.”

SP 15

“Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı daha çok kişisel bakımını yapamayan hastaların, kişisel bakımı için bakıcı veriyor, bakıcı parası veriyor, daha düşük yaşlılarla ilgili. Ama belediyelerde aşağı yukarı o formatta çalışıyor. Belediyelerin de yaşlı bakımı ile ilgili bir birimi var. Onlarda daha çok kişisel bakımını yapamayan yaşlılara destek veriyorlar. Gıda yardımları veriyorlar. Ama aile ve sosyal politikalarında belediyelerinde yaşlıların daha sağlıklı yaşam sürmesi ile ilgili bir çalışması yok. Sağlığını kaybetmiş insanların daha konforlu daha insani yaşayabilmeleri ile ilgili çalışmalar yapılıyor.”

SP 2

“Kapsamlı olarak yerel yönetimler kendi bulundukları küçük çevrelerde 65 yaş üstü kişilere evde bakım hizmetleri veriyor. Sağlık bakanlığının evde sağlık hizmetleri dışında. Yaşlılara yiyecek sağlama ya da ev ihtiyaçlarını giderme...Gündüz bakım evleri şeklinde yaşlıların gidip orada zaman geçirdikleri gündüz de hem sağlık hem sosyal hizmetleri birlikte aldıkları kurumlar şeklinde yerel yönetimlerin düzenlemeleri var. özellikler bakanlığın farklı birimlerinde aile ve sosyal politikalar bakanlığının yaşlılarla ilgili yaptıkları huzurevleri ona bağlı çalışıyor. Hem özel huzurevleri hem devlete bağlı huzurevlerinin denetiminden onlar sorumlular. Bazı küçük yerlerde kişi hem sağlık bakanlığından hem yerel yönetimlerden aynı zamanda bakım hizmeti alabiliyor. Ama birbirlerinin ne yaptığından haberleri yok.”

SP 20

“Palyatif bakım, geçici çözümler üretiliyor. Yani ne yapıyor, huzur evi yapıyor, sosyal yardımlaşma vakfı para veriyor, evi kötüyse evini düzeltiyor, gıda yardımı, yakacak yardımı veriyor... Yani hep palyatif şeyler. Uzun vadeli eylem planı var mı bilmiyorum ben. Sağlık Bakanlığı’nın bilmiyorum. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının da deneme yanılma yoluyla yaptığı şeyler var. Hospis yapacaklardı yaptılar mı bilmiyorum. ... Ortamı da hastane gibi izole değil de mahalle aralarında tutmaya çalışıyorlar. Şu an uzun vadeli eylem planı olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sağlıklı yaşlanma olarak belki planlıyor olabilir. Bunun dışında bildiklerim huzurevi, gündüz bakım evi (sabah 8 akşam 5 mesai saati tarzında)

bazıları ona “yaşlı kreşi” diyorlar ama o tanımlama da kabul edilmiyor. Huzurevlerinin kendi içerisinde ileri yaş olanları var, bilişsel fonksiyon kayıplarına göre, bağımlılık derecesine göre hizmet verenler var.”

SP 21

Sağlık profesyonelleri Türkiye’deki yaşlı sağlığı konusundaki sağlık politikaları hakkında görüşlerini bildirdiler. İş yükünden, pozitif performanstan, evde sağlık hizmetlerinden bahsettiler.

“65 yaş üstü nüfusun belli bir katsayısı var onunda artırılması gerekiyor bence. Şuanda gebe en fazla. Hizmet sunanında bir motivasyonu gerekiyor. Gebeyi performans için kaçırmıyoruz hiç bir aile hekiminin öyle bir derdi yok. Aile hekiminin en büyük derdi hızlı bir şekilde tükeniyor. Ama biraz daha katsayısının artırılıp, bu nasıl bir şey. Bir nüfusta risk grubu %14 olması lazım diye bilemiyorum aşı şu bu için. Yani riskli nüfus %14 e ulaşması gerekiyordu devlet her şeyi bu grup için bedava yapsın.”

SP 10

“İzlemek modülü gerçekte yok yaşlılar için. Bizim müdürlükçe yaptığım çalışmalar da yaşlılar günü, yaşlılar haftası. Ya da hani bazı kalp günlerinde yaşlıları entegre eden programlar olabiliyor. Özellikle yürüyüş programları düzenlenmeye çalışılıyor. Bunlarda genelde huzurevi ziyaretleri ile kalabiliyor. Bizim çevremizdeki o yaşlı grubu toplayabilmek çok zor görünüyor. Ama izlemediğimiz için belki de yada bunun için bir risk değerlendirmesi yapmadığımız için.”

SP 12

“Yaşlı sağlığı içinde Türkiye’nin imkanları içinde düşünülebilir ama uygulamaya geçmesi çok zor. Bu evde sağlık bile bayağı bir eksikle yürütülmeye çalışıyor. Yeterli personel yok. İkinci bir birim açılması düşünülüyor ama araç yetersiz. Yavaş yavaş artıyor ama şuan için evde sağlık hizmetlerinin yerine oturtulması ilerleyen aşamalarda belki bütün yaşlıların bu şekilde bir taramaya alınması uygun olur diye düşünüyorum.”

SP 13

“Biz sağlık politikalarını oluşturduğumuz zaman toplumun sosyal yapısıyla ilgili sosyal etnik bir sürü parametre insanı şekillendiriyor. Bu grupların alışkanlıklarını nasıl değiştirebileceği ile ilgili üniversitelerin ilgili bölümlerinin de görüşlerinin alınması lazım. sosyal çalışmacılarla görüşmek lazım... yani bunu Ankara'daki bile planlayamaz. Bunun yerelde planlanması lazım. Yerelde Manisa'daki sağlıklı yaşam kültürünün yaşlılara nasıl planlayabiliriz.”

SP 2

“İş yükünü dengelemeniz gerekiyor ki popölasyon açısından dengeli hizmet bekleyebilsin. şu an için çok ön yargılı davranmamak gerekir ancak bu aşamada maalesef bazı alanlarda hizmet yetersizliği oluyor. Türkiye'nin popölasyon piramidinin değişeceğini sağlık sunucular geç keşfetmişler. Ya da keşfetseler bile eylem planlarını iyi hazırlayamamışlar. Kaçırılmışlar bir yerde. Nüfusa göre sağlık hizmeti sunumundaki çeşitlilik değişmemiş. Hep o piramit şeklinde düşünmüşler. O farkındalığı, o farklılığı oluşturamamışlar.”

SP 21

“Bizim gencimiz yaşlımıza bakar. Bizim gencimizi üretime katabilsek yaşlımıza bakar. 29 yaş altı nüfus çok yüksek. Onların geliri olmasa bile, bakar yaşlısına. Biz Avrupa ülkesi değiliz ki adamlar evleniyor çocuk doğurmuyor. Genç nüfusu az, çalışan nüfus az olunca yük olarak kalıyor. Bizde öyle bir şey yok ki. Niye döndüremiyoruz bu çarkı anlamıyorum. İstihdam da olur o gençlere. Bir sürü psikolog işsiz. Yerleştiriver onları tıkr tıkr.”

SP 11

“Ülkemizde sağlıklı yaşlanma konusunda bir şeyler yapılmaya çalışılıyor ama şuan yetersiz. Belki gelecekte daha düzgün bir altyapı ile yenidoğan bebek gebelerde nasıl bir standarta ulaşıldıysa belirli bir yaş üzerindeki bireylerin takiplerinin yapılması gerekebilir. Sadece yatağa düşenler için değil, en azından belli kronik hastalıkları varsa ona yönelik.”

SP 19

4.2.3.1.2. Evde sağlık hizmetleri

Bakım verenlere evde sağlık hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadığı soruldu. Hepsi evde sağlık hizmetlerini duyduğunu ancak sadece ikisi evde sağlık hizmetlerinden yararlandığını söyledi. Kırsal bölgede yaşayanlar aile hekimini ne zaman çağırırsalar hekimin geldiğini bu yüzden ihtiyaçları olmadığını söylediler. Sağlık profesyonelleri mevcut sağlık hizmetleri içinde evde sağlık hizmetini değerlendirdiler.

“...evde sağlık ekibi eve gidiyor ama yaşlı yakını memnun kalmıyor. Belki daha çok evde ameliyat yapılacaktı gibi sağlık hizmeti bekliyorlar ama evde yapılanlarda sınırlı oluyor. Beklentinin yüksek olması sorun.”

SP 16

“Hani aile hekimliğinin amacı koruyucu hekimlik yapmak ya ama her yerde poliklinik yapılıyor. Evde sağlığın amacı da o olmalı. Ben hastalara her seferinde söylüyorum, ara ara geliriz, kontrollerinizi yaparız, kan tetkiki isteriz. O şekilde söylüyorum. Randevulu çalışıyoruz. Olması gereken bu.”

SP 5

“...bizim evde sağlık ekibi eve gittiğinde bir ihmal durumu saptıyorsa sosyal çalışmacı orada değerlendirme durum raporu çıkarıyor. Şuanda bireysel olarak TSM ASM işbirliği içinde bu hizmeti vermeye çalışıyoruz. Bu spesifik bir şey bizim bölgemizde olan. Bunun tüm ülkeye yaygınlaştırılıp biraz daha standart hale gelip net algoritmalarla net yönlendirmelerle net görev tanımlarım ile yürümesi lazım.”

SP 6

4.2.3.1.3. Dünya’da yaşlı sağlığı hizmetleri

Sağlık profesyonelleri yaşlı sağlığı ile ilgili hizmetleri değerlendirirken dünyadaki yaşlı sağlığı uygulamalarından örnekler verdiler.

“İş uğraşı terapisti gene geriatrik değerlendirme gurubunun içinde. Hollanda da böyle. Bizde de oranlara %50leri bulunca belki. Şuan çok hayal gibi geliyor.”

SP 1

“Evde bakım hizmetleri Avrupa da çok pahalı bir hizmet. Almak istediğiniz zaman özel araçlı ekipler geliyor. Her şeyini yapıyor ama dünya para alıyorlar. Bizim insanımıza aldıkları hizmeti nasıl bedavaya aldıklarını ve hunharca harcadıklarını anlatmak lazım... Bir EKG 250-300 euro gibi bir maliyeti var bizde 5 lira neden?”

SP 10

4.2.3.1.4. İlk başvuru ve süreklilik

Sağlık profesyonelleri ilk başvurulanan sağlık kurumunun kendileri olduğunu ve hasta temelli sürekli bir hizmet sunduklarını belirtti.

“Biz aile hekimi olarak hastaları sürekli gördüğümüz için bir yandan şanslıyız ama bir şeyi sonlandırıp başlamak açısından. Sürekli gelip gidiyorlar. Tanıyorlar, güveniyorlar. Hastanedeki hekime sormayıp gelip bize sormayı tercih ediyorlar hele yaşlılar çok yapıyor bunu. Her hastaneye gittikleri gelip bana bir de bana soruyorlar bunu söyledi yapayım mı ya da şu ilacı verdi ilacımı değiştirdi değiştireyim mi?”

SP 1

“2500-2700’e düşerse 250 yaşınız olur. Bunun da yüzde bilmem kaç düşkün olur. Bunlar biliniyor zaten. Birde böyle uzun süre aynı bölgede kalan aile hekimi mesela biz 8 yıldır buradayız biz geldiğimizde döllenmiş çocuklar şimdi 8 yaşında. Biz o geceyi bazen tahmin ediyoruz diyoruz. O yüzden yaşlılarda bizim gözümüzün önünde gidiyorlar.”

SP 10

“...bir de insanlar yalnız kalınca belki de biz burada sadece aile hekimliği olarak çalışmıyoruz. Burada bize birçok insan derdini de anlatıyor, sırf muhabbet etmeye gelen de oluyor. İğne olmayı bahane eden de var. ben bir kan tahlili yaptırayım diyen de var.”

SP 14

“Çok şey bekleniyor aile hekiminden mesela. ilk temas noktası diye şuanda aile hekimine yüklenenler neler bir fikriniz var mı bilmiyorum. Dolayısıyla son 4 yıl içinde aile hekimlerine yüklene öyle şeyler var ki hakikaten altından kalkmak bayağı zorlaştı.”

SP 4

4.2.3.1.5. Verilecek hizmetin kapsamı

Sağlık profesyonellerinin çoğuna göre hizmetin kapsamı öncelikli koruyucu sağlık hizmetleri olmalı. Bunun yanında mutlaka tedavi edici sağlık hizmetleri verilmeli. Rehabilite edici sağlık hizmetleri birinci basamakta sınırlı kalmaktadır.

“Hizmetin kapsamında özellikle koruyucu ve tedavi edici olmak zorunda. Hangisi olsundan ziyade olağan bir şekilde bunlar oluyor. Şunu yeme şunlara dikkat et diyorsunuz zaten, tedavi olmak zorunda. Rehabilitasyon geniş bir kavram benim için. O konuya girmiyorum. Birinci basamakta rehabilitasyon dediğin zaman çok geniş. KOAH hastasının rehabilitasyonu mu, FTR hastasının rehabilitasyonumu. Düşünebiliyor musunuz yatalak hasta kas erimesi olmasın diye her gün gidip aile hekimi masaj mı yapacak. Olabilecek şey değil.”

SP 4

“Verilen sağlık hizmetinin kapsamı sadece sağlıklı yaşamı teşvik etme açısından olmalı. Eğer bu sistemi tedavi edici hekimlik boyutuna getirirsek ondan sıkıntı yaşarız. İşin tedavi edici boyutunun muhakkak ASM de verilebileceği bir format oluşturmak lazım. Yoksa biz eve muayeneye gidip reçete yazarız. O ayrımın iyi yapılması lazım.”

SP 2

“Hizmetin kapsamı; hem koruyucu hem tedavi edici hem de rehabilite edici olmalı. Koruyucu derken belki yaşlı yürüyor ama düşme riski var buna ilişkin koruyucu bir eğitim verilebilir. Sivri yerlere dikkat etmesi veya boyuna göre tezgahın ayarlanması

gibi önerilerde bulabiliriz. Tedavi edici de kronik bir hastalığı varsa onunla ilgili hekim gözetiminde ilaçlarını düzenleyebilir, rapor yazabilir. Rehabilite de psikolojik açıdan onlar zaten sosyal olarak geri çekilmiş oluyor belki destek verilebilir. Üçünün bileşeni olmalı.”

SP 16

“Verilen hizmetin kapsamında hepsi bir arada olmalı(koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) çünkü kişiye göre ihtiyaçlar belirlenmeli. Birinci basamakta rehabilitasyon tek başına yapılamaz. Mesela rehabilitasyon için kişiye özel fizyoterapistle egzersizler belirlenecek diyelim ki düşmelerden korumaya çalışıyoruz kas kuvvetini arttıracak kişiye özel egzersizler planlanmalı.”

SP 1

“Bir şey olduktan sonra çok bir mana ifade etmiyor. O olmadan önce çaba harcamak gerekiyor. Bu konuda daha çok sağlık ocağı formatında gitmesi lazım. Aile hekimliğinin de çok büyük rolü olması lazım.”

SP 19

“...yaşlılarda biz çok karşılaşıyoruz tetanoz açısından bağışıklamaya alabiliriz. Özellikle 40 yaş üstünü biz alıyoruz. Başka türlü gelmiyorlar zaten. 40 yaş altı bayanlar özellikle aşıları onlar bilinçli ama diğerleri değil. Köy yerinde kırsal da çalışanlar için önemli bu bence. Biz dersek bilinçleniyorlar bence. Eğitimde veriyoruz. En basitinden kanserler açısından bilgilendiriyoruz tarama testlerini de yapıyoruz zaten.”

SP 22

4.2.3.1.6. Ekip çalışması ve eşgüdüm

Hizmetin tek bir doktor mu yoksa bir ekip tarafından mı verilmesi gerektiği sorusuna yaşlılar genel olarak tek doktora gitmenin onlar için daha az kafa karışıklığına neden olacağını söyledi. Bu tek doktorun aile hekimimi yoksa hastanelerdeki uzman doktor mu olacağına ise büyük çoğunluğu uzman doktor

yanıtını verdi. Aynı soruyu bakım veren ve sağlık profesyonellerine sorduğumuzda cevap tekti: Ekip çalışması. Sağlık profesyonelleri basamaklar arasından eşgüdüm olması gerekliliğinden bahsetti.

“Grup hizmeti verilmeli. Çünkü yaşlıların her bir hastalığı ayrı ayrı. Ben kalp doktoruna götürüyorum, prostat için ürolojiye götürüyorum. Şimdi iki doktor mutlaka görmeli. Bir de şekeri var. endokrine götürüyorum. 3 doktora götürüyorum altı ayda bir. Aile hekimine onları götüremiyorum. Aile hekimine gidip ilaçlarını yazdırıyorum.”

BV 6

“Multidisipliner bir grup tarafından kişiler tek tek değerlendirilmelidir. İdeali budur. Ne kadar uygulanır bu tartışmalıdır... Tek sağlıkçılarla tek aile hekimi ile olmamalı. Tek kişiyle mümkün olan bir şey değil. Evin içi ayrı, dışı ayrı, sosyal alanları ayrı.”

SP 1

“Tabi ki bu bir ekip işi. Birinci basamak şuan iki kişilik bir ekip üzerinden gidiyor. Bölge bazlı da bakarsak o iki üzerindeki çalışmalar tabi aktif kılınabilmeli.”

SP 12

“Ben gidince görüyorum yaşlı hastayı aa diyorum bunu dahiliyeci göreceğ göğüs göreceğ o göreceğ bu göreceğ e nasıl götürecekler taşınması bile olay. Ekip çalışması olmalı, doktor bir kere işin içinde primer olmalı.”

SP 15

“Sağlık bir ekip işidir. Dünyanın hiç bir yerinde bir hekim bir cerrah tek başına bir operasyon yürütemez. Bunun anestezisi var enstrümanları var. hekim tabi ki de uzun süre eğitimi alıyor tıbbi olarak. Branş durumu da var. hastasının psikolojik desteğe ihtiyacı varsa hekim bunu tek başına veremez yada farklı bir sağlık alanından ya da sosyal alandan bunu hemşirede tek başına veremez. Bunu hemşire hekim olarak ayırmak biraz manasız olur bence. Bir ekip olur içerisinde rehabilite edecek

uzmanlarda olur psikolog gibi, fizyoterapist, diyetisyen gibi. Değişik durumlarda dahiliye, endokrin, kardiyoloji gibi ikinci basamak uzmanlarda destek alınabilir. Sadece aile hekimi yada toplum sağlığı personeli değil tamamen komplike bir ekip olur.”

SP 19

4.2.3.1.7. Hizmetin sağlık çalışanları ve hasta tarafından kabulü

Sağlık profesyonelleri, sağlık hizmetinin hasta tarafından kabul görmeyeceği ve sağlık profesyonellerinin bu hizmeti vermeyi kabul etmediği durumlardan bahsettiler. Yaşlılar ise risk grubu izlemi kapsamına alınmaları konusunda, sağlık profesyonellerinin bu hizmeti verebileceğini düşünmüyor.

“Bir grup olarak bakarsak hedef grubun bu hizmet sunumuna katılıp katılmama durumu var. Hizmete katılıp katılmama darken, ben artık yaşlandım belli bir yola girdim neden bunlarla uğraşayım deme durumu var.”

SP 12

“Bizim öyle kötü durumda olan yaşlılarımız var ki ama yaşlıyı ikna edemiyorsun. Devletin o kadar güzel imkanları var ki seni huzurevine yerleştirelim dediğin zaman da onun da bir direnci oluyor çok kötü sosyal koşullarda yaşayan yaşlılar var. sahip çıkılmıyor. Onları yeterince aydınlatamıyoruz. Huzurevine karşı bir ön yargıları var sanki anlatamıyoruz dilimiz döndüğünce anlatmamıza rağmen.”

SP 13

“...bazıları eve kabul etmeyebilir. Hizmeti istemeyebilir. Ailesi istemeyebilir. Gelen kişiyi tanımadığı için kabul etmek istemeyebilir. Tedaviye karşı çıkabilir ben halimden memnunum diyebilir.”

SP 18

“Onu biz zaten kendimiz istiyoruz. Biz bir arıza gördük mü kendimiz gidiyoruz. Ne diyeyim... Arayıp sorsalar bizi iyi olur tabi. İsteriz.”

Odak grup 1, Erkek yaş 69

“Tepki gelebilir. Bir bizden gelir. Sağlık çalışanları hortlar. Bir sürü yaşlımız var. bebekle gebeyle mi uğraşacağız yoksa yaşlıyla mı uğraşacağız? Yük çünkü. Para değil yük. Zamanda sorun.”

SP 11

“En büyük kısıtlılık başta hekim olarak bizim olaya bakış açımızda olur. Alışık olmadığımız biz hizmetin sunumu ile karşı karşıya kalmış oluruz. Eski kuşak hekimler bunda ciddi bir sorun yaşayabilir. Hekimin mentalitesi bu formata uygun değil. Çok zorlanırsınız yani. Ancak pozitif performansla yani parayla hallederiz bunu. (Para vermeden hiçbir hekimi şuanda hiçbir hastanın evine gönderemezsiniz. Pozitif performans şart)”

SP 2

“Doktor bizi izlesin iyi olmaz mı ama istemezler çağırılmazlar.”

Odak grup 1, Kadın yaş 76

“Nasıl izlesin bizi be kızım. Hastanedeki doktor nasıl izlesin bizi.”

Odak grup 1, Erkek yaş 76

4.2.3.2. Yaşlılar için sağlık hizmet modeli

Yaşlılara ve sağlık profesyonellerine yaşlılara ilerde sunulacak bir izlem modelinin nasıl olması gerektiği soruldu. Hizmetin kim tarafından verilebileceği, hizmetin sürekliliği, nerede verileceği, izlem süresi ve hizmetin kapsamı konusundaki sorulara cevaplar arandı. Yaşlıların bu konu hakkındaki fikirleri içinde bulundukları sosyokültürel duruma göre değişmekteydi. Sağlık profesyonellerinin çoğu ise bu hizmeti şuan çalıştıkları pozisyonlara göre değerlendirdiler.

4.2.3.2.1. Nasıl bir Yaşlı sağlığı izlem modeli olmalı?

Gelecekte planlanan bir sağlık hizmet modeli için, farklı görüşler ortaya çıktı. Birçok doktor ASM’de standartları belirlenmiş, hastalık gruplarına bağlı izlem

modülleri ile sisteme entegre edilebilecek bir sistem önerirken, bir kısmı dikey sağlık hizmet modelleri önerdi. Bazıları yaşlıların toplumdan izole bir merkezde yaşlılıklarını geçirmesini önerdi.

“Yaşlının da sağlıklı kalabilmesi için programa ihtiyacı var benimde yapmak istediğim o. Bir projeye dönüştürmek fiziksel aktiviteyi, düzenli egzersiz yapabilecekleri ortamlar sağlamak. Yoksa gönüllü çok, imkan olsa yapacak bir sürü insan var aslında. Devamlılık ne kadar olur toplumun genel alışkanlıkları sebebiyle bilemiyorum.”

SP 1

“Yaşlı köyleri gibi. Bu insanların orda spor yapabilecekleri, fizyoterapi alabilecekleri hani ne bileyim birlikte briç oynayabilecekleri alan sosyal tesis yapılabilse. Orada hekimi hemşiresi fizyoterapisti olsa. Oraya araçlar götürse getirse evlerden.”

SP11

“Ben yürek rahatlığı ile bir yaşlı hastamı değişim gösterdiğinde bir şeyinden şüphe ettiğimde onların ekstra dahiliyeden nörolojiden şurdan burdan randevu almak için uğraşmadan bir geriatri merkezi aracılığıyla bütün bu işlemlerinin yaptırabilmeliyim aile hekimi olarak.”

SP 15

“ASM’de değil TSM’de de değil. Yaşlılar için ayrı bir birim kurulabilir bence. Yaşlılık merkezleri gibi mesela doğumhane nasıl sadece doğum yapacak kadınlara yönelikse onun gibi bir yaşlı merkezi kurulabilir. Bir hekim olabilir, yardımcı sağlık personellerinden hemşire, ebe, sağlık memuru olabilir. Diyetisyen, sosyal çalışmacı olabilir.”

SP 17

“Bu aslında huzurevi olarak tek başına yapılacak bir şey değil. Huzurevleri ile de koordinasyon içerisine girilebilir. Ayrı bir ekip oluşursa bu ekip hem evde yaşlıyı

hem de huzurevinde yada buna benzer özel hizmet veren yerde görebilir. Bence daha komplike bir birim olması lazım. Kendi yeri olması lazım.”

SP 19

“Benim söylediğim yaşlı merkezleri. Yiyeceği, içeceği, hijyenin de iyi planlandığı yerler. Gideceğiz belki 100 tane küçük küçük odalara yapacağız. U masa düzeni veya yuvarlak masa, insanlar birbirini görecek. Küçük görüşme odaları. Düz ayak, tek katlı. Biz köy konağından hallice bir şey yapacağız. Birazının kamu ile finans edebileceğin bir şey yapacaksın. Huzurevi yapmayacaksın. Biz sağlıkevinin ebesini oraya vermeliyiz.”

SP 3

“112’nin ayrı bir binası birimi var ya evde sağlık da bence öyle olmalı. TSM içinde tek büro da ile yürütülecek bir birim değil... Yaşlılara verilecek hizmeti ayrı bir birim yapmalı. TSM’nin içinde açılmamalı. Çünkü işler yürümüyor.”

SP 5

4.2.3.2.2. Hizmeti sunan birim

Sağlık profesyonelleri yaşlıların izlemini ASM, TSM ve ASM-TSM ortak hizmeti olarak verilebileceğini belirtti.

“Aile hekimliği açısından düşünülürse her hastanın tek tek aile hekimi tarafından takibi gerekli. Yani aile hekiminden habersiz başka bir yerin yapıyor olması uygun değil her zaman birinci basamakta birinci sorumlu hekim koruyucu hekim aile hekimi. Ancak aile hekiminin şuan ki şartlarda koruyucu hekimliğe ayırdığı vakit çok sınırlı. Yapamıyoruz.”

SP 1

“Bana sorarsanız TSM yapsın benden çıksın derim. Beklentili bir cevap olur. Reel olarak kırsal alanda TSM gibi bir olgu alıştıramazsınız insanlara. Yıllarca sağlık ocağı ve bir hekim görmüş insanlar. TSM den gelecek o çok reeliteye uyacak bir şey değil. TSM eğitim falan ayarlarsa bizim içinde iyi olur.”

SP 10

“Bebek ve çocukları aile hekimi izlediğine göre kişiye yönelik sağlık hizmetlerini aile hekimi vermeli. Risk değerlendirmesini aile hekimi yapması lazım ama bu değerlendirmeyi yaptıktan sonra TSM den sağlıklı yaşam merkezlerinden destek alabilirler. Multidisipliner bir iş olması lazım. Belediyenin, aile ve sosyal politikalar bakanlığının işin içinde olması lazım. Belki bir kaç tane ekip oluşturulabilir.”

SP 9

“Bu izlemi tabi ki ASM yapmalı. TSM tanımıyor ki o insanı. Yani bu insanları robot gibi bir şablona oturtamayız ki. Herkes farklı. Herkes kendi içinde değerlendirilebilir.”

SP 11

“Aslında ortak çalışma yapılmalı. TSM bunu bölgesel olarak değerlendirebilir. ASM kendi içerisinde değerlendirebilir. Çünkü ASM kendi içerisinde yaşlı nüfusları farklılık gösterebiliyor. Risk grupları farklı olabiliyor. Kimisinin bölgesel olarak bebek yoğunluğu olabiliyor. Kimisinin daha kentsel bölgede olduğundan yaşlı nüfusu kronik hastalık nüfusu daha çok ona yansıyor olabilir. O yüzden ikisi ortak yürütür. Hani diğer çalışmalarda olduğu gibi ama bunu da TSM’nin bölgesel olarak değerlendirmesi gerekir.”

SP 12

“TSM’nin bence bunda rolü yok. ASM artı yaşlı bakım merkezleri ile beraber olmalı.”

SP 15

“Bence bu izlemi TSM yapmalı. Biz bebekleri ve gebeleri çağırıp izlemlerini yapabiliyoruz ama her yaşlı ASM ye gelemeyeceği için evde bakımı verecek olan TSM bence.”

SP 18

4.2.3.2.3. Hizmetin sunulduğu yer

Bakım verenlerin çoğu hizmetin hastanede verilmesini istediler. Hastalarını hastaneye getirip götürmenin problem olduğunu söylediler. Sadece ikisi evin daha güvenilir olduğunu hizmetin evde verilmesinin daha iyi olacağını, hemşirenin bu işte yeterli olacağını söyledi.

“Bence evde güvenilir. Devirde öyle bir olmuş ki kimseye güvenimiz kalmadı. Eve alırken birini temizliğe onda bile pımpirikleniyorsun. Evine herkesi alamıyorsun. Bence hemşire bu işte yeterli gayet güzel yapar.”

BV 1

“Dedeye hastanede bakılsın diyorum ben. Çünkü gözden de şey demeye başladı ya. Ben 15-16 seneden beri bakıyorum ama 4-5 senedir kötü oldu. Hiç kulağı duymuyor, yapma dediğin şeyi yapıyor. Ben bağırdım zaman neden bağırtıyon diyor beni üzüyor. Böyle yapıyorum işaret ediyorum. Dibine varıyorum o zaman da çok bağırdın diyor kulağımın burdan buraya geçti laf diyor. Bilmiyorum nasıl yapacağız. Ondan günaha giriliyor kızım. Akşama kadar yatar bu geleceken öğlen yedirecen içirecen yine yatar. Yaşlılara bakım veren yere gitmez bu. Bu evden öteye gitmez o.”

BV 5

“En güzeli eve gelip vermeleri daha güzel olur. Aile hekimi mi gelecek bilmiyorum. En güzel hizmeti sanki hemşire verecek gibi.”

BV 6

Yaşlıların çoğuna göre ise eli ayağı tutarken sağlık hizmet kurumlarına kendisi gidebileceğini ama yatağa düşünce eve gelmelerinin daha iyi olacağını belirttiler.

“Tabi gelip ziyaret etseler daha güzel. Bizim için daha rahat güzel olur. şimdi bizim gidip oraya beklememiz çoğu ayakta bekler koridorda bilhassa devlet hastanesi benim gibi ayağı ağrıyanlar ayakta duramayanlar var. doktor gelecek bana evimde bakacak kolay bir mesele değil o. inanmıyoruz böyle bir hizmete.”

Odak grup 1, Erkek yaşı 76

“Ben şimdi iki alternatif üzerinde düşünürüm bu olayı. Eğer konumuz 65 yaş üstü ise bu hasta akrabalarımızın eli ayağı tutuyor ise sağlık ocaklarına gelip önce bir orda gelip ne olduğunu ne olacağını tahlil mi gerekiyor uzman mı gerekiyor onu değerlendirmek gerekiyor. Ha ikinci bir konu var beni en yoğun meşgul eden konu evdeki hastam eşim 80 yaşında Alzheimer ve hat safhada demans hastası... Böyle bir hasta ne bekler, ilgi bekler, şefkat bekler, sevgi bekler... Şimdi başka bir hizmet şekli yok mu bu evde bakımın. Vardır onu da söyleyeyim. Olmaz olur mu evde yatalak hastalarımız için dile getirmeye çalışıyorum. Böyle bir hizmet vermeleri mümkün değil mi?”

Odak grup 2, Erkek yaşı 80

“Birine güvenmek iyi olurdu. Mesela benim burada ki oğlum hayatta iken ben bunu yaşamıyordum. Şimdi oğlumu kaybettiğimden beri yok güvenim. Ama benim elim ayağım tutuyor. Kafama bir şey takıldı kendimi huzursuz ettim mi buraya geliyorum doktor hanımla veya Sedat beyle paylaşıyorum.”

Odak grup 5, Kadın yaşı 80

“Valla kızım ben o kadarını bilmeyeceğim. Onları sizler bileceksiniz. Sen nasıl bir şeyse yap benim aklım sarmıyor cahilim. Gelmesin eve doktor biz gideriz. Gidemezsem gelsin memnun olurum. Kart verdiler bize arabaya binmem için işimi görüyorum geri binip geliyorum... Devlet bize hizmet versin de biz almaya gideriz gelmesine gerek yok.”

Odak grup 3, Erkek yaşı 85

Sağlık profesyonellerine göre ise hasta yatalak değilse, hizmet kurumda verilmeli. Ayrıca çoğu sağlık profesyoneli yaşlıları en az bir kez evlerinde görmenin doğru olduğunu, yaşlıyı yaşadığı çevre ile değerlendirmek gerektiğini belirtti.

“Yani o ihtiyaca göre yatalak hastada transportu problemse eve gidilebilir. Ama onun dışında hasta bir şekilde gelebiliyorsa rampa var tekerlekli sandalye var buraya gelmesi daha avantajlı olur.”

SP 10

“Hasta gelebiliyorsa ASM de verilmeli, gelemiyorsa evde verilmeli. Belki hastanın doğal yaşadığı ortamı değerlendirmek açısından evde verilmesi de önemli olabilir ama gelebilen bir hastaysa en az bire kez evde değerlendirilebilir. O şekilde söyleyeyim. Hastayı hareket ettirmek açısından da iyi olabilir.”

SP 14

“65 yaş üzerindeki insanlar fiziksel aktiviteye devam edip kuruma gelebiliyorsa kurumda. Yatalak düzeydeyse o hastalara giderek verilebilir. Mesela kolostomili hastalar var onların evine gidilebilir. Dekübit ülserleri olan yatalak hastaların evine gidilebilir.”

SP 17

“Bence ihtiyacı olana ihtiyacı olduğu yerde verilmeli. Evde sağlık hizmetleri zaten devam ediyor. O kuruma zaten isterseniz de gelemeyecek insanlara verilen bir hizmet. Onları kuruma çağırmak mümkün değil. Diğer kişileri de kurumda izlemek daha uygun gibi.”

SP 20

4.2.3.2.4. İzlem süresi

Bakım verenlerin çoğu izlemi yatalak hastayı ziyaret olarak algılayıp, 3-4 güne bir gelsin veya 15 günde bir gelsin şeklinde yorumladılar. Bir katılımcı hastasını 6 ayda bir hastaneye götürdüğünü 3 aya inse iyi olabileceğini söyledi.

“Doktora 6 ayda bir mutlaka göstermen gerekiyor ama 3 aya inse daha güzel olur. 6 ayda mutlaka gitmesi gerekiyor.”

BV 6

Sağlık profesyonellerinin verdiği cevaplar 1-6 ay arasında değişmekteydi. Bazı Sağlık profesyonelleri hastanın hastalığına göre izlem süresinin değişebileceğini belirttiler.

“Ne kadar süre izlenebileceği kişiye göre değişir.”

SP 1

“Aile hekimi bu sayılarla 3 ayda bir olabilir. Ayda bir çok iddialı olur. Kişi sağlıklıysa yılda bir bile olabilir. Yaşlılar bize ilaç yazdırmaya zaten 3 ayda bir geliyor. Mutlaka vardır zaten 65 yaş üstü olup kronik hastalığı olan.”

SP 10

“İzlem süresi kişiden kişiye değişir. Mevcut hastalığına göre mevcut durumuna göre izlem sıklığı aynı gebelerdeki gibi risk grubuna göre izlemin sıklığı değişmesi. ... Sosyoekonomik durumu kötü olanların, yalnız yaşaya yaşlıların, birden fazla hastalığı olup çok fazla ilaç kullanması gerekenlerin daha fazla izlenmesi gerekir. Ama kendi evinde eşiyle çocuğuyla yaşayan, tek bir hastalığı olup onunda kontrol altında olduğu, herhangi bir sosyoekonomik olarak eksikliği yok gelir durumu iyi bakımla ilgili bir sıkıntısı olmayan yaşlıyı belki de kuruma geldiğinde tekrar bir değerlendirip ihtiyacı olup olmadığı yılda bir kez arayarak gözden geçirmeli. Bence risk durumu çetelesi yapılması lazım.”

SP 20

4.2.3.2.5. İzlemin bileşenleri

Sağlık profesyonellerine göre yaşlıların izlenmesi kronik hastalıkların izlenmesi yanında, düşmelerin önlenmesi için ev ergonomisi, demans ve depresyonun erken yakalanabilmesi için birinci basamakta yapılabilecek mini mental test gibi basit ölçekleri içermeli.

“Önce bir risk değerlendirmesi lazım. Evinin değerlendirilmesi lazım. Yalnız mı yaşıyor, sosyal desteğe mi ihtiyacı var yoksa ev kazaları önlemek için evinin değiştirilmesi mi gerekiyor. Ya da fizik tedaviye mi ihtiyacı var. bütün bunların

öncelikle bir saptanması lazım. Belki depresyonda psikolog desteği gerekecek. Tüm bunların standart bir izlem formu haline getirilip risk değerlendirmesi yapıp yüksek riskli olanların daha sık aralıklarla takibinin sağlanması gerekiyor.”

SP 9

“...yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde belki onların barınma, konaklama vesaire gibi onların ekstra ihtiyaçlarına yönelik programlar yapılabilir ama söz konusu bu kişilere risk grubu olarak yaklaşmak ve izlemek olunca hani ne kadar yaşlı varsa o kadar kişiye aynı şekilde bir program dahilinde sağlık hizmeti götürmek lazım...Mesela gebe nüfusunun bebek nüfusunun yoğun olduğu yerlerde Sağlık hizmetinde nasıl aile planlamasına daha çok önem veriyoruz bu tür yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde de belki ev ergonomisi ev kazaları vesaire gibi eğitim konularına ağırlık verilebilir.”

SP 6

4.2.3.2.6. İzlemede bölgesel farklılıklar

Sağlık profesyonelleri bölgesel olarak izlemede farklılık olabileceğini belirtti. Sağlık hizmetlerine ulaşımın az olduğu yerlerde izlem sıklığını arttırmak, yaşlıların yoğun olduğu bölgelerde öncelikli sağlık sorunu olarak belirlenmesi gerektiğini belirttiler.

“Bölgesel olarak kırsal kesim daha çok izlenmeli. Çünkü hekime ulaşamıyor ya da aile hekimi mobil hizmet veriyor ama atıyorum oraya haftada bir gidiyor. Doktora ulaşma imkanı olmayanlar daha çok izlenebilir. Kenttekiler eğer isterse bir şekilde ulaşıyorlar zaten.”

SP 5

“Bölgeden bölgeye farklı izlemler konusunda yaşlanma tarzlarına göre değişir. Çünkü mesela kentsel bölgede bir kısım yaşlı çok daha sedanter yaşarken kırsal bölgede kendi bağına bahçesine bakmaya devam ettiği için daha farklı, kişiselleştirilmelidir.”

SP 1

“Bazı bölgelerde özellikle kentsel bölgelerin merkezinde yaşlı oranlarının %30’a çıktığı bölgeler var. İzmir’de Alsancak’ta, Karşıyaka’da yaşlı oranları %20lerin üzerinde. Bazı bölgelerde ise gecekondu bölgeleri gibi %4’lerde 5’lerde. Bu risk grubu, bölgede öncelikli sağlık sorunları içinde değerlendirilmeli...Öncelikli sağlık sorunlarında yaşlıların yoğun olduğu yerde üstü sıralarda olmalı.”

SP 20

4.2.3.3. Bakım verenin özellikleri

4.2.3.3.1. Bakım verme nedeni

Bakım verenlere yaşlılara neden baktıkları sorduklarımızda aile içinde bakmak zorunda olduklarını belirttiler.

“Bakım verme nedenim şuanda bize muhtaç olması. Biz dört kardeşiz babam bize muhtaç. Bir abim zaten diyaliz hastası iki ayağı ampute. Onun bakıma ihtiyacı var. biri il dışında bir ablamda il dışında. O bakıyordu şimdiye kadar zaten 2yıl o idare etti. Ama şuanda başka bakacak kimse olmadığı için ben bakım veriyorum.”

BV 1

“Allah için bakıyorum, kızları olduğum için. Başka bakacak kimse yok. Bakımını ben biliyorum. Bakmakla yükümlüyüm, evlatlık.”

BV 6

4.2.3.3.2. Bakım verenin sosyal yaşamı

Bakım veren kişiler yaşlıya bakarken en fazla sosyal yaşamlarının etkilendiğini, uyku düzenlerinin bozulduğunu bildirdiler.

“En büyük sorunum şuan kendime ait bir hayatım olmaması. Saatim yok. Evde kendime ait bir dakikam yok. Uyurken gecenin bir yarısı ışığı yakıp faturayı yatırdın mı diye sorup gidiyor. O şimdi kendi evinin faturaları yatmayacak her şey yarım kalacak diye düşünüyor. Takip edemediğinin farkında. Benim de unutacağımı

sanıyor sık sık soruyor ama sorduğunun farkında değil. İkinci defa beşinci defa sorduğunun farkında değil. İlkmiş gibi sorduğunu düşünüyor.”

BV 1

“Ee tabi biraz yaşamımı etkiliyor anneme bakmak. Sosyal yaşamımı şuan etkiliyor. Ben emekliyim ama şuna yine çalışıyorum. Gece çalışıyorum gündüz anneme bakıyorum. Burda 3 saat 5 saat ne uyuyabiliyorsam uyuyorum. Gece şoförlük yapıyorum. Belli bir yaştan sonra 4-5 saat uyku uyuduğun zaman yetiyor.”

BV 2

4.2.3.3.3. Bakım verilen kişinin hastalığı

Bakım verdikleri kişilerin hastalıkları sorulduğunda, çeşitli hastalıklardan ve hastalıkların etkilerinden bahsettiler.

“...eşim hep hasta. Ne bileyim herkesin bünyesi bir değil. Erken hastalandı. Kalp büyümesi var diyor doktor. Birkaç hastalığı daha var ama ben unutuyorum ismini kızım.”

BV 4

“Babam Alzheimer hastası. Çevremizden duyuyordum ama bu kadar ciddi bir hastalık olduğunu bilmiyordum. Bu kadar zor bir hastalık olduğunu bilmiyordum.... Alzheimer hastaları genellikle diyaliz hastası da oluyor. Çünkü su içmeyi unutuyorlar. Ben takip etmesem hiç su içmiyor. Üresi zaten yüksek, ilerde diyaliz hastası olsa ben o kadar çok zorlanacağım ki.”

BV 1

4.2.3.3.4. Hastalık hakkında bilgi sahibi olma

Bakım verdikleri kişilerin hastalıkları hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları konusunda hepsi hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalık hakkında bilgi sahibi olduklarını ve ona göre dikkat ettiklerini bildirdiler.

“Babamın Alzheimer hastalığında çok şey öğrendim. Örneğin bir şey yaptırmak istediğim zaman ses tonumu ayarlayarak çok kısa ve net cümlelerle durumu anlatmaya çalışıyorum. Çok fazla bir şey konuşunca, yanımda biri varken ona bir şey anlatmaya çalışmıyorum. Çünkü onlarda anlatmaya çalışıyorlar o zaman babam algılayamıyor bu sefer babam çok huzursuz oluyor. Bu defa huysuzlanıyor agresif oluyor hiç bir şey anlatamaz hale geliyorum. Her şey de huysuzlanıyor yiyecekse de yiyemez hale geliyor. Gelecekse gelmiyor yapacaksa yapmıyor. Birebir iletişim kurmak kısa kelimelerle o zaman yapıyor. Yani bilinçli davranmak lazım. Hastalığına göre eğitilmiş insanların ve sağlık çalışanlarının yardım vermesi en doğrusu bence.”

BV 1

“Babada kalp vardı birincisi tansiyon vardı. Tansiyon sürekli ölçerdim ben 10. 11 demedi. Tuzu çok yedi. Baba derdim tuzu çok yemem bende gittim eczaneden öğrendim ne dokunur diye. Ordan diyet tuzu aldım ama babam ben bu tuzu yemem dedi. Akşam yemeğini yemedi sabah tuzları bulmuş geldi bizde kaldırdık artık. Baba dedim sağlığını oynuyorsun dedim olsun dedi ben tuzsuz yapamam benim tansiyonu sürekli düşüyor dedi.”

BV 3

4.2.3.3.5. Yaşlıların bağımlılık düzeyi

Bakım verdikleri kişilerin çoğu bağımlı idi. Bazıları kişisel bakımlarını kendileri yapabiliyorken bazı yaşlıların kişisel bakımını bakım verenler yapmaktaydı.

“Banyosunu falan kendi yapar. Seyrek yapar kendini kimseye elletmez ama çocuklarına bile. Ayda bir iki ayda bir. Ol diyorum bazen kızıyor bana ama ben bir yere gidince olur benim banyoda olur o. Göstermez hiç sakıncalıdır. Hiç bir şeyini elletmez hiç. Cuma günleri namaza gider hep. Onu da eniştem getirir motorlan. Öyle kendi gelemiyor. Düşmüş geçen gün elleri çok kötüydü. Pansuman yapıyor doktor bey geliyor. Yörüyor ama oraya imkanı yok gidemez. Dün acık çıktı kahveye ama zorlan gelmiş. Takati yok. Kansızlığı çok ondan mı oluyor bilemem.”

BV 5

“Çok şükür kendi ihtiyaçlarını kendileri görüyorlar. Pişirirsen önlerine koyarsan yiyorlar. Kendi banyolarını yapamıyorlar ama. Babamı annem yaptırıyor, annemi ben yaptırıyorum. Sırası geliyor annemle beraber yaptırıyoruz. Babamın sondası var kendisi boşaltabiliyor. Böbreğinde de sonda var kendisi boşaltıyor.”

BV 6

4.2.3.3.6. Yaşlıların bakım verene bakışı

Odak grup görüşmeleri sırasında yaşlılara bakım verenler hakkında ne düşünüyorsunuz sorusunu yönelttik. Çoğu bu hizmeti kullanmadığı için yeterli yanıt alınamadı. Sağlık profesyonelleri ise izlemin bileşenleri kategorisinde bakım verenlerin eğitilmesi gerektiğini bildirdi.

“Beni anneme bakımcı tuttuk ama bu kişinin bu konuda eğitimi yok. Olmalı. Şimdi saat 10:30 da geliyor tuvalet işini hallediyor. 13de geliyor, 17 de gidiyor. İlkokul mezunu bir insan. Mahallede komşumuzdan birisini tuttuk. Daha önce huzurevinde çalışmış sağlık hizmetleri yapmış bir bayan vardı. Bir baktım onda sara hastalığı var. hani evinde düşmüş hastaneye götürmüşler. Hani dedik bizim evde düşse nolur. Başımız derde girer. O yüzden dedik sen kendine bak sağlık yönünden problem çıkarabilirsin burada kibarca konuştuk. Verdiğimiz ücret üzerine bir ücret verdik memnun oldu ayrıldı. Ama bu ilkokul mezunu bir kadın genç bir kadın. annemin tuvalet, temizlik işlerine bakıyor.”

Odak grup 5, Erkek yaş 79

“Maddi destek olmadan yaşlılara bakmazlar ki. Aile içinde bakılır ama.”

Odak grup 3, Erkek yaş 77

Damadım bakıyor bana. Sabah 8 olmadan eve dönüyorum akşam 7 oldu mu da hemen kızımın evindeyim. Yatamıyorum yalnız.

Odak grup 4, Kadın yaş 82

“Bakım verecek kiři temiz olsun dűrűst olsun. Bazen biz gűrűyoruz televizyonlarda ğretmen olsun bakıcı olsun dűvűyorlar yle. Siz kendiniz de izliyorsunuz. Gelen adam hasta bakmak için dűrűst olacak. Cenabı Allah’ın korkusu olacak.”

Odak grup 3, Erkek yaş 69

Sağlık hizmetleri temasının alt kodları Tablo 15’de özetlenmiştir. Yaşlılara verilen mevcut hizmetleri konusunda sağlık profesyonelleri bir çok hizmetten bahsetmiştir. Yaşlılar ve bakım verenlerin bu konu da bilgisi sınırlıdır. Nasıl bir sağlık hizmeti planlanmalı sorusuna sağlık profesyonelleri değişik sağlık modelleri oluşturmuştur. Bir çok katılımcı bu hizmetin ASM’de aile hekimi tarafından, gerek duyulduğunda evde yoksa kurumda, bir ekip hizmeti olarak, 3-6 aylık periyodlarla sunulması gerektiğini bildirdiler. Hizmetin kapsamı: Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmalı dediler. Sağlık profesyonelleri birinci ve ikinci basamak arasında eřgűdűm ve koordinasyon olması gerektiğini söyledi. Bakım verenler hizmetin hastanedeki uzman doktor ve aile hekimi tarafından verilmesi gerektiğini dűřűnűyorlardı. Her gittiklerinde aynı doktoru bulmak istediklerinden bahsettiler. Yaşlılar ise hizmetin hekim tarafından bağımlı olduklarında evde, diğer durumlarda kurumda verilmesi gerektiğini bildirdiler. Yaşlılar ilk başvuru da aile hekimine sıklıkla başvurduklarını bildirdiler. Bakım verenin özelliklerinde bakım verenler sosyal olarak izole olduklarını bildirdiler. Hastalık hakkında bilgileri sınırlı idi. Bakım verme nedenleri aile olmalarıydı. Yaşlılara nasıl bir bakım veren olmalı diye sorduğumuzda merhametli olması gerektiğini ve bakım verme konusunda eğitim almasını gerektiğini bildirdiler.

Tablo 15. Sağlık hizmetleri teması özet tablosu

	SAĞLIK PROFESYONELLERİ:	BAKIM VERENLER	YAŞLILAR
SAĞLIK HİZMETLERİ			
Mevcut Sağlık hizmetleri	*Yaşlılara hizmet veren kurumlar: Belediyeler, Aile ve sosyal politikalar bakanlığı, TSM, SGK, Kaymakamlıklara bağlı sosyal yardımlaşma dernekleri, Huzurevleri *Yaşlılarla ilgili program eksikliği *Aile içi bakım verenler *İlk başvuru *Süreklilik *Eğgüdüm *Ekip çalışması	*Yaşlılara hizmet veren kurumlar: Huzurevi, TSM(Evde sağlık birimleri) *Tek doktor/ ekip çalışması *Süreklilik	*Yaşlılara hizmet veren kurumlar: Belediyeler, TSM(Evde sağlık birimleri) *Hizmetin ulaşılabilirliği: Kalabalık *Ekip çalışması *Süreklilik(Koordinasyon) *İlk başvuru *Eğgüdüm
Nasıl bir Yaşlı Sağlığı İzlem Modeli olmalı?	*Hizmeti sunan birim: TSM, ASM, Dikey bir yaşlı bakım merkezi, Yaşlı köyleri, Geriatri merkezleri *Hizmeti veren kişi: Hekim/Hemşire *Hizmetin sunulduğu yer: Evde, kurumda *Verilecek hizmetin kapsamı: Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici *İzlem süresi: 3-6 ay *İzlemin bileşenleri: Ev ergonomisi, bakım veren eğitimi, tarama testleri, aşılar, kronik hastalık takibi, izlem protokolleri, risk değerlendirmesi *İzlemde bölgesel farklılıklar: Kır/ Kent farkı, hizmete ulaşılabilirlik, ihtiyacı olana daha sık izlem *Hizmetin kabulü: Hekim ve hasta tarafından	*Hizmeti sunan birim: Hastane, ASM *Hizmetin sunulduğu yer: Ev *Hizmeti veren kişi: Hemşire/doktor *İzlem süresi: 15 gün- 6 ay *Verilecek hizmetin kapsamı: tedavi edici, rehabilite edici	*Hizmeti sunan birim: ASM *Hizmetin sunulduğu yer: Evde, kurumda *Hizmetin kabulü: Hekim *Hizmeti veren kişi: Uzman hekim/Aile hekimi *Sağlık çalışanlarına güven *Verilecek hizmetin kapsamı: tedavi edici
Bakım verenler	-Bakım verenlere eğitim verilmeli	-Bakım verenlerin özellikleri: *Sosyal izolasyon *Hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma *Aile içi bakım verme	-Bakım verenlerin özellikleri: *Merhametli olmalı *Sağlık eğitimi almalı -Bakım almada süreklilik sorunu ve yetersizlik

4.2.4.Yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınması

Hemen hemen tüm katılımcılar, yaşlıların risk grubu olduğunu ve bebekler, gebeler, çocuklar gibi belli periyodlarla izlenmeleri gerektiği konusunda hemfikirdi.

4.2.4.1. Sağlık profesyonellerinin görüşü

Sağlık profesyonelleri bir sağlık profesyoneli hariç yaşlıların risk grubu sayılması konusunda hem fikirdir.

“Yaşlılar sağlık açısından bir risk grubudur. Yaşlılığın getirdiği hastalıklar yaşlılığın getirdiği problemlere bağlı yaşlıların yaşadığı sendromlara bağlı durumlardan korunmaları lazım. Korunması gereken herkes risk grubudur.”

SP 1

“Risk dediğin zaman, çok şeyi bağlıyor. Üretmen gereken, öncelemen gereken bir durum. Yaşlanacak kişi olarak düşünmüyorum şimdi, hizmeti sunacak kişi olarak ne sunabilirsin ne ihtiyacı var diye düşündüğünde bunun alt yapısının hazır olması lazım...Hizmet sunulmalı ama risk dediğin zaman öne çıkacağı için iyi düşünülerek karar verilmesi gereken bir şey.”

SP 3

“Risk grubu dediğiniz zaman bunun bir algoritması tabi ki çıkarılabilir. Ama bütün yaşlıları bu risk grubuna sokup beş yaşından sonra da çocukları izleyelim demek oluyor.”

SP 4

“Bence kesinlikle risk grubu olmalı. Bazı bölgelerde özellikle kentsel bölgelerin merkezinde yaşlı oranlarının %30’a çıktığı bölgeler var...Bu risk grubu, bölgede öncelikli sağlık sorunları içinde değerlendirilmeli.”

SP 20

“Türkiye’de evet. Bilinçli yaşlılıkta hayır. Yaşlıları ayırabilirim, bilişsel fonksiyonları bozulmadığı sürece risk grubu değil. Bilişsel fonksiyon önemli çünkü. Önünde sonunda yaş almayla etkileniyor, örneğin Alzheimer, ileri demans vs. olduktan sonra risk grubu. Ama yaşlılık kendisi olarak değil. Kendi kendini idare edebilecek motivasyona ve bilişsel fonksiyona sahip birisi neden risk grubu olsun ki?”

SP 21

4.2.4.2. Yaşlıların görüşü

Yaşlılara risk grubu tanımı yapıldı. Kendilerinin risk grubu olduğunu düşünmekle birlikte risk grubu izlemi konusunda net bir fikirleri yoktu.

“Kızım eczacı Ankara’da. 81 mezunu. İki tane tansiyon aletim var. Kendi tansiyonumu ölçüyorum. Zaten evimde çok yakın sağlık ocağına. Bilmiyorum risk grubunda mıyım. Bu vaziyette olduğum zaman değilim. Teşekkür ederim bunları sorduğunuz için.”

Odak grup 5, Kadın 82

“Valla olabilir de olmayabilirdi. Olması güzel bir şey. Noluyor toplumun yaşlı kesimlere daha önce bu vatana hizmet etmiş kişilere bu toplumun saygı duyması demek hizmet. Öyle düşünüyorum.”

Odak grup 5, Erkek 79

“Devlet bizi izleyip napçak. Beni zaten bulamaz ben gitçem. Köye gidiyorum. Oranın doktoru da var ama oranın doktoru başka köyde duruyor. Ova deriz biz Kemerdanı diye orda duruyor doktor. Haftada bir gün geliyor.”

Odak grup 3, Kadın 72

“Zaten devlet bize bakıyor. Kömür bana verdiler. Sağlıktan mı çok şükür şimdiye kadar bir rahatsızlığım yoktur. Öyle izlenecek olsam giderim ben. Şimdilik sıkıntım yok.”

Odak grup 3, Erkek 85

4.2.4.3. Bakım verenlerin görüşü

Bakım verenler yaşlıların risk grubu sayılması gerektiğini düşünüyorlardı.

“Desteklemelisiniz yaşlıları. Ben çok biliyor muyum kızım. Tabi benim ne olacağım belli mi. doktor benim ayağıma gelsin isterim...Ben zaten evdeyim. Gelin siz de arada.”

BV 4

“... Ben diyorum bakımı nasıl bize anlatın. Biz de ona göre bakalım yani. Yapacağımız şeyleri öncelikle öğretin biz de evde ona göre bakalım yani. Daha açıklayıcı bilgiler verseler yiyeceğinde içeceğinde mesela perhizleri dikkat etmemizi söylüyorlar. Ben de perhiz listesi verin biz de ona uyalım diyorum.”

BV 6

Aşağıdaki tabloda yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınması konusunda tüm katılımcıların birer örneği sunulmuştur. Bu temada özet tablo kullanılmamıştır.

Tablo 16. Risk grubu teması

Tema: Yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınması		
Sağlık profesyonellerinin görüşü	Yaşlıların görüşü	Bakım verenlerin görüşü
<i>“Yaşlılar sağlık açısından bir risk grubudur. Yaşlılığın getirdiği hastalıklar yaşlılığın getirdiği problemlere bağlı yaşlıların yaşadığı sendromlara bağlı durumlardan korunmaları lazım. Korunması gereken herkes risk grubudur.”</i> <i>SP 1</i>	<i>“Valla olabilir de olmayabilirdi. Olması güzel birşey. Noluyor toplumun yaşlı kesimlere daha önce bu vatana hizmet etmiş kişilere bu toplumun saygı duyması demek hizmet. Öyle düşünüyorum.”</i> <i>Odak grup 5, Erkek 79</i>	<i>“Desteklemelisiniz yaşlıları. Ben çok biliyor muyum kızım. Tabi benim ne olacağım belli mi. doktor benim ayağıma gelsin isterim...Ben zaten evdeyim. Gelin sizde arada.”</i> <i>BV 4</i>

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin öncelikle yaşlılık hakkında ne düşündükleri öğrenilmek istenmiştir. Kavramsal çerçevede birçok yaşlı tanımından bahsedilmiştir. Sağlık profesyonellerinin çoğu yaşlılığı kronolojik yaşlanma olarak tanımlarken, yaşlıların hemen hepsi kronolojik yaşı umursamayıp sağlık durumlarını ve bulundukları psikososyal durumlarını göz önüne alarak olumlu bakış açısı ile “doğal bir süreç” ve “deneyim” olarak, olumsuz bakış açısı ile “işlev kaybı”, “bağımlılık” ve “sosyal izolasyon ve yalnızlık” olarak tanımlamışlardır. Denizli’de İçli’nin yaptığı benzer niteliksel çalışmada da yaşlılar, yaşlılığı bulgularımıza benzer olarak “Sağlığın kaybı” ve “bağımlılık” olarak tanımlamışlardır(65). Nitekim çalışmamızda bazı yaşlılar içinde bulundukları durumu sosyal izolasyon ve iç sıkıntısı olarak değerlendirmişlerdir. Baran ve arkadaşlarının Ankara’da yaptığı çalışma ile Şentürk ve arkadaşlarının İstanbul’da yaptığı çalışmada yaşlılar için fiziksel kapasitede azalma ve sağlığın bozulmasının öneminden çok, ruhsal ve moral durumunun yaşamı sürdürmede daha etkili olduğu görüşü çalışmamızda ortaya çıkan sosyal izolasyon ve iç sıkıntısı bulguları ile örtüşmektedir(10,66). Bakım verenler bakım yüklerine bağlı olarak yaşlılığa olumsuz tutum içindedirler. Burdur’da gerçekleştirilen Korkut ve arkadaşlarının gençler ve yaşlıların yaşlılık sürecine ilişkin karşılaştırmalı çalışmasında hem gençler hem de yaşlılar, yaşlılık sürecinin kişileri hasta, dayanıksız ve başkalarına bağımlı hale getirdiğini ifade etmiştir(67). Bütün olarak bakacak olursak kişinin yaşlılığa bakışını aldığı eğitim, yaşadığı çevre ve buna bağlı olarak sosyoekonomik durumu belirlemektedir. Sosyal açıdan yaşlılığın, bireylerin yaşadıkları toplumdaki sosyal yapıya ve bu yapı içerisinde yaşlılığın konumlandırılış biçimine göre değerlendirilmesi gerekmektedir(68). Babası hasta olunca yanına taşınmak zorunda kalan bakım veren katılımcı, babasının yaşlılık algısı ve sağlık algısının kendisinden farklı olduğunu ifade etmiştir. Çalışmadaki bulgular yaşlılık ve sağlık algısının kuşaklar arasında farklı olduğunu göstermektedir. Toplum yapısının değişmesi, kırsaldan kente göçün artması ve ekonomik gelişmeyle birlikte yaşlılık kavramı da zamanla değişmiş, geleneksel bakış açısından uzaklaşmıştır. Sağlık profesyonellerinden biri “yaşlılığın bir ayrıcalık olduğunu herkesin uzun yaşamadığını belirtmiştir. Kişiler gençken yaşlanacağını

düşünmez, ancak orta yaşlara gelmeye başladığında yaşlılık denen dönemin o kadar da uzak olmadığını anlarlar. Çünkü vücutlarında birçok değişim meydana gelir ve yaşlılığın işaretlerini görmeye başlarlar. Aslında ileri yaşlara kadar yaşayabilmek her insan için bir ayrıcalıktır(69,70). Çalışmamızdaki yaşlılık algısı bulguları bir çok çalışmada ortaya konulan kavramlara benzemekte, yaşlıların yaşlanmaya bakış açısını ortaya koyan diğer niteliksel çalışmalarla tutarlılık göstermektedir(10,65–72).

Sağlıklı yaşlanma, önlenemeyen değişikliklere başarılı bir şekilde uyum sağlama becerisidir(32). Bizim çalışmamızda sağlık profesyonelleri sağlıklı yaşlanma konusunda DSÖ tanımına benzer cevaplar vermişlerdir. Ayrıca sağlığı geliştirme öğelerinden olan spor yapmanın, dengeli beslenmenin çocukluktan ve gençlikten başlaması gerektiğini fakat ülkemizde bireysel düzeyde örnekler olsa da toplumsal olarak sağlıklı yaşlanma kültürümüzün olmadığını bildirdiler. Yaşlıların ve bakım verenlerin sağlıklı yaşlanma konudaki bilgileri sınırlı idi. Kentsel bölgeden katılan yaşlılar sağlıklı yaşlanmayı sosyoekonomik durum ile ilişkilendirmekte ve sağlıklı yaşlandıklarını düşünmekteyken, kırsal kesimden katılan yaşlılar kadercı bir yaklaşımla “Allah herkese sağlıklı ömür versin...”, “Ama yazılanı değiştiremezsin...” gibi cümleler kurmuşlardır. Yarı kentsel bölgeden katılan katılımcılar sağlıklı yaşlanmanın dengeli beslenme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Sağlıklı yaşlanma kavramı henüz ülkemizde gelişmemiş bir kavramdır. Ankara’da yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %82.3’ü aktif yaşlanma hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir(73). Sağlık profesyonelleri sağlıklı yaşlanma için bilişsel yeterlilik ve çevresel olanakların olması gerektiğini bildirmiştir. Reichstadt ve arkadaşlarının yaptığı yaşlıların başarılı yaşlanmaya bakış açısını ortaya koyan niteliksel çalışma, başarılı yaşlanmanın adaptasyon, esneklik ve bilgelik ile ilişkili olduğu sonucunu ortaya koymuştur(71). Sonuç olarak sağlığı geliştirme bağlamında sağlıklı yaşlanmanın, Türk yaşlıları için kavramsal olarak bir karşılığı olsa da bu konuda kendilerine düşen sorumluluğu üstlenemedikleri anlaşılmaktadır.

Yaşlılığı etkileyen başlıca etmenlere baktığımızda ev ve çevre ergonomisinin, sosyal ve çevresel olanakların, göçün, yoksulluk riskinin, sosyal güvencenin, statü kaybının, damgalanmanın(işe yaramazlık), toplumsal yapının ve çevrenin değişimine uyum sorununun yaşlanma üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Günümüzde dünyada yaşlı nüfusunun ortalama %50’si kentlerde yaşarken, 2025 yılında bu oranın

% 62 düzeyinde olacağı tahmin edilmektedir. Dünyadaki yaşlı nüfusunun dağılımı ülke gelişmişliği kapsamında incelendiğinde ise günümüzde yaşlıların %74'ü gelişmiş bölgelerde yaşamaktadır(74). Sosyoekonomik düzeyi düşük ülkelerde yoksulluk bütün yaş gruplarını etkileyen bir sorun olmasına rağmen nispeten refah içinde olan toplumlarda özellikle yaşlılar daha çok yoksulluğa düşmektedir(75). Görüldüğü gibi yaşlı nüfusu kente kaymakta ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu nüfus yoksulluktan en fazla etkilenen grubu oluşturmaktadır. Odak grup görüşmelerinde kırsalda yaşayan yaşlılar emeklilik maaşlarının kendilerine yettiğini kentte yaşasalar geçinemeyeceklerini belirtmektedirler. Kent yaşamında yaşlılar sağlık hizmetlerine kırsal bölgede yaşayan yaşlılara göre daha rahat ulaşabilirken, kentte daha yalnız yaşamakta sosyoekonomik olarak daha fazla zorlanmaktadır. Yaşam sürecine bakıldığında en yalnız kalınmaması gereken dönem bebeklik, çocukluk ve yaşlılıktır. Kentsel bölgeden çalışmaya katılan yaşlılardan biri yalnızlığın kendini çok etkilediğini belirtmiştir. Kentleşme ile birlikte çekirdek aile kavramı güçlenmiş, yaşlı kişilerin çocukları iş ve evlilik nedeniyle evlerinden ayrıldığında erken yaşlılık döneminde yalnızlık süreci başlamaktadır. Sosyal ve aile bağları güçlü olan yaşlılar bu dönemde yalnızlığı çok hissetmezken, bu bağları güçlü olmayan yaşlılar yalnızlaşmakta, yalnızlaştıkça hayattan kopmakta ve depresyon belirtileri ortaya çıkmaktadır. Nitekim çalışmamızda yaşlılar yalnızlıktan, sosyal izolasyon ve depresif duygu durum içinde olmalarından bunla birlikte bedensel ve ekonomik bağımlılıktan bahsetmişlerdir. Sağlık profesyonelleri de yaşlıların sosyal problemlerinin yalnızlık ve ölüm korkusu olduğunu bildirmişleridir. Buna göre yaşlıların verdiği cevaplardan sağlık profesyonellerinin yaşlıların sorunlarının farkında oldukları anlaşılmaktadır. Yoksulluk ve tek başına kalma endişesi taşımadan rahat bir yaşlılık geçirmek, sağlık güvencesi ve toplumdan soyutlamama ile mümkün olacaktır. Ülkemizde sosyoekonomik yaşamdaki hızlı değişmeye paralel olarak sosyokültürel yapıdaki hızlı dönüşüm, ailenin işlevi ve yaşam tarzında önemli değişimler yaratmış, bu süreçte yaşlının aile içindeki yerini, önemini, gücünü ve otoritesini geniş ölçüde azaltmıştır(46,67). Yaşlılık toplumsal statü kaybını da getirmekte, emeklilikle birlikte çalışma hayatından kopan yaşlılarda ekonomik zorluklar da ortaya çıkmaktadır. Günümüzde, emekli olup çalışma yaşamından ayrılan bireylere makul düzeyde yaşam kalitelerini sağlayabilmeleri için yeterli

miktarda emekli maaşı ödemesi yapan, Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri dışında, pek fazla ülke yoktur(76). Ülkemizde ise emekli memur, işçi ve esnaflar ile 2022 Sayılı yasa gereğince(77) 65 yaş ve üstü muhtaç yaşlılara ödenen aylıkların genel itibariyle düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yaşlılarımızın emeklilik sonrası yaşamlarını tatmin edici bir düzeyde sürdürebilmeleri için gerekli ekonomik güvenceden yoksun oldukları ve ekonomik sıkıntılar yaşadıkları söylenebilir.

Çalışmaya katılan yaşlılara yaşadıkları evlerin kendine uygun olup olmadığını sorduğumuzda çoğu, evlerinin uygun olduğunu, bir kısmı da yaşlanmaya başlayınca alt katlardaki evlere taşındıklarını söylemişlerdir. Yaşlılar fiziksel, biyolojik ve sosyal çevre öğelerinden en büyük oranda etkilenen grubu oluşturmaktadır. Yaşlılık döneminde bireylerin konut ihtiyacı genç bir bireyin ihtiyacından farklılık göstermektedir. Kişilerin yaşlılıklarını planlarken bu ihtiyacı göz önünde bulundurması gerekmektedir. Ev kazaları sorgulandığında çoğunun düşme hikayesi olduğu anlaşılmıştır. Nitekim sağlık profesyonelleri de yaşlılara uygun olmayan, asansörsüz evlerde yaşlıların sık sık düştüklerini bildirmiştir. 65 yaş üstü kişilerin yaklaşık üçte biri yılda en az bir kez evlerinde düşmektedir(78). Yarı kentsel bölgeden çalışmaya katılan bakım veren kişinin annesine bakma sebebi annesinin evde düşmesine bağlı kalça kırığı geçirmesi ve bağımlı olmasıdır. Evde yapılacak küçük düzenlemeler, destekler ve yaşlının eğitimi ile ev kazaları ve buna bağlı yaralanmaların büyük ölçüde azaldığı gösterilmiştir(78–80). Yaşlılar için yaşanabilir bir çevre oluşturmak yerel yetkililerin(belediyeler vb.) ve politika yapıcıların sorumluluğudur. Kaldırım yükseklikleri, yaya yolları ve rampalar yaşlı ve engellilere uygun hale getirilerek “Yaşlı dostu kentler” oluşturulması hedeflenmiştir(81,82). Son yıllarda belediyeler yaşlılara özel ulaşım ve bakım hizmetleri vermeye başlamıştır. 65 yaş üstü ve engelli kişilere ücretsiz ulaşım imkanı ile kırsaldaki yaşlılara uzak köylerden ulaşım imkanı verilmiş, kentsel bölgedeki yaşlıların sosyalleşmesine katkı sağlanmıştır. Manisa’da da bu kapsamda son yıllarda köylere toplu taşıma araçları tahsis edilerek kırsalda yaşayan kişilerin ulaşımı kolaylaştırılmıştır. Çalışmaya katılan yaşlılar belediyenin kendilerine sağlamış olduğu hizmetlerden memnun olduklarını söylediler de bazı katılımcılar bu hizmeti sunanların yaşlılara yönelik olumsuz davranışları olduğunu bildirmiştir. Ankara’da

yapılan bir çalışmada yaşlılar genel olarak belediyenin hizmetlerinden memnun olsa da ulaşım da zorlanmaları nedeniyle memnuniyetsizliklerini belirtmişlerdir(83). Bütün bunlar göz önüne alındığında günümüz kent toplumunda yaşayan yaşlıları etkileyen ekonomik ve sosyal izolasyon gibi sorunların ortak kökeni toplumsal değişim ve göçe bağlanabilir. Ancak yine de kent yaşamının bir çok yaşlı için fiziksel olanaklar açısından daha uygun olduğu; kentsel yaşamın getirdiği asıl dezavantajın sosyal iletişimdeki yetersizlik olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmaya katılan bakım veren kişilerin hepsi aile bireylerine bakmaktaydılar. Yaşlının bakımında en önemli rolün eşe düştüğü, ama eşlerin de yaşlanarak zaman içinde güçsüzleşmesiyle yetişkin çocukların bu görevi üstlendikleri bilinmektedir(72). Hiçbirinin yaşlıya bakım konusunda aldığı bir eğitim bulunmamaktadır. Bakım verdikleri yaşlıların hastalıkları ortaya çıktıktan sonra hastalık hakkında bilgi sahibi olmuşlardır. Bakım verenlerin sağlık hizmetlerine aktif katılımları, bakım verdikleri kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımına olumlu katkıda bulunacaktır(84). Bu konuda bireylerin sağlık okuryazarlığı son derece önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlığı etkileyen tüm faktörlerle ilişkisi ve toplumun sağlık statüsünün iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır(85). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerini doğru kullanma, sağlık geçmişlerini doğru ifade etme, kişisel bakımlarını yapma ve kronik hastalıkları yönetme becerilerini doğrudan etkilemektedir(86). Sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan araştırmalar, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden (aşılama, tarama programları vb.) daha az yararlandığını, rutin sağlık kontrollerini yaptırmadığını, hastaneye daha fazla başvurduğunu ve acil servisleri daha fazla kullandığını ortaya koymaktadır(87,88). Daha önce Şehzadeler EATSM bölgesinde yapılmış bir çalışmada sağlık okuryazarlığı çalışmaya katılanların sadece %21.6'sında yeterli bulunmuştur(89). Birinci basamakta kapsamlı bir bakım programı geliştirmek için bakım verenlerin desteklenmesi gerekmektedir(90). Bakım verenlere evde sağlık hizmetleri kullanımları sorulduğunda sadece ikisi bu hizmeti kullandığını belirtmiştir. Kırsalda yaşayan bakım verenler evde sağlık hizmeti kullanmamıştır. Kanada'da yapılan çoklu kronik hastalığa sahip yaşlı bireylere aile içi bakım verenlerin deneyimlerini araştıran niteliksel bir çalışmada sağlık hizmetlerinden uzakta yaşayan bakım verenler, bu hizmetlere ulaşmakta

zorlandıklarını söylemişlerdir(84). Bakım verenler sağlık hizmetleri kullanımında en sık hastaların transportu konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar. Evde sağlık hizmeti kapsamında yaşlıların ikinci basamak sağlık hizmetlerinde randevuları alınmakta ve sağlık kurumlarına transportu sağlanmaktadır. Literatür taramalarında ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi, evde sağlık hizmetleri, bakım verenlerin yükünü azaltmaya yardımcı olabilir (91,92).

Yaşlılarda sık görülen sağlık ve sosyal problemler sorulduğunda sağlık profesyonelleri kendi bölgelerinde sıkça karşılaştıkları hastalıkları söylemişlerdir. Yarı kentsel bölgede çalışan aile hekimi en sık obezite ile karşılaştığını söylemişken, kırsal bölgede çalışan aile hekimi eklem hastalıklarından, kentsel bölgede çalışan aile hekimi kronik hastalıklardan, polifarmasiden ve düşmelerden bahsetmiştir. TÜİK verilerine göre 2008 yılında obez yaşlıların oranı % 23.1 iken 2014 yılında %26.2'ye yükselmiştir. Obez olan yaşlı erkeklerin oranı 2014 yılında %17.7 iken yaşlı kadınların oranı %32.8 olmuştur(3). Obezite yaşlılar için kardiyovasküler hastalıklara, eklem hastalıklarına, uyku bozukluklarına, depresyona hatta alzheimer'a neden olması açısından ciddi bir sağlık problemidir(93,94). Üniversite Hastanesinden katılan sağlık profesyoneli yaşlılarda depresyon ve demansın birbirine çok karıştığını ve birinci basamakta gözden kaçtığını belirtmiştir. Yaşa bağlı olarak kişinin kendini işe yaramaz hissetmesi ve utanması, toplumdan uzaklaşmasına neden olabilir. Bu çerçevede yaşlılıkta depresif belirtiler her zaman göz önünde bulundurulmalıdır(95). Yaşlılar ise en sık karşılaştıkları sağlık problemlerini diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar olarak belirtmektedirler. Çalışmamızın bulgularına benzer olarak ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada çalışmaya katılan yaşlıların %86'sının bir veya daha fazla komorbid hastalığının olduğu, en sık hipertansiyon (HT) hastalığının görüldüğü bildirilmiştir(96). 65 yaş ve üzeri kişilerde kronik yeti yitimine en sık sebep olan problemler kas iskelet sistemi hastalıklarıdır. Bu durum; yaşlılarda kas iskelet sistemi hastalık prevalansının yüksek olması ve fiziksel fonksiyonun temelini kas iskelet sisteminin oluşturmasından kaynaklanabilmektedir(35). Bu yeti yitimine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini(banyo yapma, yemek yapma, tualete gitme, telefon kullanma gibi) yerine getiremezler. Yaşlıların hastalık algıları, eğitim ve psikososyal durumlarından etkilenebilmekte, geçmişte yaşadıkları deneyimlerle sağlık algıları şekillenmektedir.

Yaşlı sağlığı ile ilgili gelecekte yaşanabilecek sorunları sorduğumuzda sağlık profesyoneli katılımcılar, yaşlı sağlığı konusunda sağlık profesyonellerinin eğitim eksikliği olduğu, yeterince bu konuda eğitim almış personel bulunmadığı, nüfusun fazla olduğunu, zaman kısıtlılığını, bakım veren sorunlarını, sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu ve lojistik problemler yaşanabileceğini bildirmiştir. Yarı kentsel bölgeden katılan bir aile hekimi de tıp fakültesinde yaşlı sağlığı konusunda bir eğitim almadığını söylemiştir. Kentsel bölgeden katılan ve yaşlı sağlığı doktora eğitimi yapan bir aile hekimi ise, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde bu konuda eğitim almadığını, yaşlılara özel bir ilgisi olduğu için doktora eğitimi almak istediğini söylemiştir. TSM’de çalışan ve yaşlı sağlığı ile ilgili ön lisans yapan sağlık profesyonelleri, eğitimlerinin evde sağlık hizmetleri ve palyatif bakımla ilgili olduğunu söylemiştir. Aile hekimleri risk grubu izlemi yaptıklarını fakat 4000 kişilik bir nüfusta tüm hastalarını kontrol edemediklerini, yaşlı nüfusun katsayısının arttırılması gerektiğini bildirmişlerdir. Mevcut sistemde yoğun nüfus, aile hekimlerinin sürekli ayaktan tanı tedavi hizmeti vermelerine, koruyucu sağlık hizmetlerine zaman ayıramamalarına neden olmaktadır. Aile hekimliği ilk uygulamaya başlandığı dönemde, tüm grupların katsayısı 1(bir) iken, 2010 yılında değişikliğe gidilmiş ve risk gruplarının katsayıları arttırılmış, gebelerin katsayısı 3’e yükseltilirken 0-59 ay yaş grubu ve yaşlıların katsayısı 1.6’ya yükseltilmiştir(97). Aile hekimliği birimleri bölgesinde ortalama nüfusun düşürülmesi konusunda yönetmelikler çıkmış(98) fakat katsayılar konusunda bir değişikliğe gidilmemiştir. Yaşlılar resmi risk grupları içine alınarak ödeme katsayıları arttırılırsa, sağlık profesyonellerinin izlem konusunda motivasyonları artabilir.

Sağlık profesyonellerine yaşlılara sunulan mevcut sağlık ve sosyal hizmetleri hakkındaki bilgileri sorulmuş, çoğu bu soruyu cevaplamıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının, belediyelerin, kaymakamlıklara bağlı sosyal yardımlaşma derneklerinin ve Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatı olan Devlet Hastaneleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından sunulan evde sağlık birimlerinin hizmetlerinden bahsedilmiştir. Sağlık profesyonellerinden sadece biri koordinasyon ve sektörler arası işbirliğinden bahsederek, evde sağlık hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı, belediyeler ve valilik arasından bir protokol imzalanarak bilgi paylaşımı yapılacağı, evde sağlık hizmeti kullananlara belediyelerin sunmuş olduğu evde

bakım hizmetlerinin de sunulacağını belirtmiştir. Yaşlı bireylerin kaliteli bir sağlık hizmeti alması için bütün sistemlerin birlikte çalışması önemlidir(99).

Çalışmaya katılan sağlık profesyonelleri yaşlıların ilk başvuru noktasının aile hekimleri olduğunu bildirmiştir. Odak grup görüşmeleri sırasında yaşlılar ise birinci basamakta ASM tarafından verilen hizmetin ulaşılabilir olduğunu ve bu hizmetin sıkça kullandıklarını belirtmişlerdir. Sağlık profesyonelleri yeni bir hastalık ortaya çıktığında hastalığı ilk fark eden olduklarını fakat ikinci basamakla aralarında bir koordinasyon olmadığı için hastanın takibini yapamadıklarını bildirmişlerdir. Yaşlılar ise ikinci basamak kurumuna her başvurdıklarında aynı hekimi görmek istediklerini, farklı hekimle karşılaştıklarında sil baştan yeni bir tedaviye başladıklarını bunun da kafalarını karıştırdığını bildirmişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden olan ilk başvurunun yapı bileşeni hizmete ulaşabilme, faaliyet bileşeni ise hizmetin kullanımıdır. Starfield'a göre koordinasyon olmadan süreklilik etkisiz kalırken ilk başvuru önemini yitirir(100).

Çalışmamızda çıkan sonuçlardan biri de yaşlıların risk grubu olarak tanımlanıp izlenmesi konusundaki olumlu görüş olması ve bu tür bir hizmetin ağırlıklı olarak kabul edilmesidir. Ancak yaşlılar bu hizmet için hekimlerin gönüllü olmayacağını düşünmektedirler. Buna karşılık hekimler ise yaşlıların bu hizmeti almaya gönüllü olmayabileceklerini belirtmişlerdir. Bulgularımız yaşlıların risk grubu olarak izlenme konusunda istekli olduklarını göstermektedir. Toplum tarafından hizmeti kabul etme, sağlık hizmetlerinin faaliyet bileşeninin olmazsa olmaz unsurudur ve hizmet için önkoşuldur (100). Ayrıca yaşlılar sağlık kurumlarına başvurdıklarında hekim tarafından yeterince dinlenmediklerini ve hastalıklarının anlaşılmadığını söylemektedirler. Buna karşılık sağlık profesyonelleri ise yaşlıların sağlık sorunlarından çok sosyalleşmek için kendilerine sıkça başvurdıklarını söylemektedirler. Sağlıklı bir toplum olabilmek ve sağlık sisteminin devamlılığının sağlanmasında hasta-hekim ilişkisinin önemi büyüktür. Hekimler kendi işlerini yapabilmek için, hastalardan uyum ve hassasiyet göstermelerini isterler. Tedavi süresince kişiler arasında ilişkilerin ihmal edilmesi, hasta ile iletişim kurmanın ve bilgi edinmenin önünü tıkar ve genellikle hastanın yanlış yönlendirilmesi ile sonuçlanır. Ayrıca hastalar, hekimler beklentilerini karşılamazsa onlarla iletişimi koparır ve işbirliğine yanaşmazlar(101). Hizmeti alan kişinin de hizmeti

benimsemesi, düzenli olarak kullanması, gereksinimlerinin farkında, hizmetten hoşnut (hasta-hekim ilişkileri vb.) ve sunulan hizmetin kaliteli olması gerekmektedir(102). Hasta-hekim ilişkisinin değerlendirilmesinde, hekimler hastaların sorularına ve endişelerine yapıcı bir şekilde yanıt vererek ve önerilerde bulunarak hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinde aktif bir rol oynamalarını sağlayabilirler.

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulması planlanan izlem programı hakkında tüm katılımcılara fikirleri sorulmuştur. Tüm katılımcılar hizmetin sürekli ve ekip çalışması ile verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Yaşlıların büyük kısmı sağlıklı oldukları sürece hizmetin *“kurumda, uzman doktor tarafında bir ekip çalışması ile 3-6 aylık periyodlarda”* verilmesini isterken; sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu ise, hizmetin *“ASM’lerde aile hekimleri ve sağlıklı yaşam merkezinde görevli psikolog, diyetisyen destekli bir ekip çalışması olarak, 6 aylık periyodlarla ve kapsamının koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşması gerektiğini”* söylemişlerdir. Bakım verenlerin bu konuda bir fikir birliği yoktur. Yaşlılar kronik hastalıklarının uzmanlar tarafından çözüleceğini düşünmektedir. Birinci basamakta yaşlılar için bir izlem programı başlamadan önce bakım verenlerin ve yaşlıların sağlığı geliştirme ve koruyucu sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ancak kişilerin hizmeti benimsemesi ve toplum katılımı ile bu izlem başarıya ulaşabilir. Dünya’da birçok uygulama örneği bulunmakla birlikte, birinci basamakta yaşlılar için periyodik izlem modellerinde birey merkezli, hastanın yaşam kalitesini ve tedavi yoğunluğunu arttırmak amaçlanmaktadır(103). Ülkemizde yapılan *“Yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi”* ile ilgili çalışmada yaşlılara verilecek sağlık hizmetinin sağlık ve sosyal hizmetleri içeren bütüncül bir bakış açısı ile birey merkezli, evde izlemi içeren, izlem sayısının risk etmenlerine ilişkin ölçütlerle belirlenmiş, hekim, ebe/hemşire ve sosyal çalışmacıdan oluşan bir ekip tarafından olması gerektiği bildirilmiştir(104). Hekim dışı sağlık personellerinin aktif olduğu programlarda hekim ile birlikte kronik hastalıkların yönetimi ve evde sağlık hizmetinin sunumundan, hizmetin planlaması ve takibi, tıbbi tedavi prosedürleri ve muayeneye kadar bir çok hizmetten sorumlulardır(105). Türkiye’de ise birinci basamakta aile hekimi ile işbirliği içinde

alışan, evde sağlık hizmetlerinde ise ekibin içinde görev alan hekim dışı sağlık çalışanlarına yaşlı izlem programında aktif görev verilmelidir.

Bu çalışmanın ana başlıklarından biri yaşlıların birinci basamakta risk grubu izlemleri içine alınması konusunda sağlık profesyonellerinin görüşünü ortaya koymaktır. Sağlık profesyonellerinin tamamına yakını yaşlıların risk grubu olduğunu, izlenmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Hizmetin planlanmasında ise birçok farklı görüş ortaya atılmış, çoğunluğu yaşlıların aile hekimleri tarafından izlenmesi gerektiğini söylerken, bazı katılımcılar yaşlı köyleri, geriatri merkezleri gibi dikey örgütlenme modelleri ile ilgili görüşlerini bildirmiştir. Öncelikle çalışmaya katılmadan önce katılımcılar konu hakkında bilgilendirilmiş fakat sorular görüşme sırasında ilk kez sunulmuştur. Birçok katılımcı soruları anlık olarak cevaplamışlar, daha önce bu konuda bir fikirlerini olmadığı belirtmişlerdir. Sağlık profesyonellerinden biri yaşlıların risk grubu olarak izlenmemesi gerektiğini bu soruyu hizmeti sunacak kişi olarak düşündüğünde altyapı, maddi kaynaklar ve ülkenin dinamiklerine bakıldığında mümkün olmadığını belirtmiştir. Yaşlıların, birinci basamakta, bir risk grubu olarak ele alınması ve izlenmesi gerekliliği Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de yer almıştır. Bu yönergede “*sağlık ocaklarının yaşlılarından haberdar olması; kronik hastalığı olanları yılda iki kez evde ya da kurumda izlemesi; genel olarak yaşlıların yılda iki kez sağlık kontrolünden geçmesi; gerekli görülenler için sosyal yardım kurumları ile iletişime geçilmesi*” birinci basamağın görevleri içinde belirtilmiştir(106). 2006 yılında yayınlanan Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de Sağlık Ocağı “*gezici sağlık hizmeti ekibi 65 yaş ve üstü kişileri tespit etmeli, yılda en az iki kez genel fizik muayeneden geçirmelidir*” ifadesi yer almaktadır(107). Sağlıkta dönüşüm sonrasında birinci basamakta, aile hekimlerinin sorumlulukları içinde yaşlı sağlığı hizmetleri yer almaktadır ancak yaşlılara özel bir hizmet planlaması ve uygulaması bulunmamaktadır. Toplum Sağlığı Merkezleri’ne ise yaşlı sağlığı konusunda bir sorumluluk verilmemiştir(108). Son 10 yılda teşkilatın yapısında yönetmelik ve yönergelerle meydana gelen değişiklikler(109–111) sağlık profesyonellerine göre kurumsal hafızayı silmekte, çalışan motivasyonunu olumsuz etkilemektedir.

6. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

Bu çalışma bu bölgede yaşlılar konusunda triangulasyon metodu kullanılarak yapılan ilk çalışmadır. Bu çalışmayla yaşlı sağlığı konusunda çalışmaya katılan hizmeti sunanların ve hizmeti kullananların düşüncelerini ortaya koymuş olduk. Niteliksel araştırmalarda yer alan araştırmacıların bu alanda deneyimli olmaları önemlidir. Bu çalışmanın ana yürütücüsü, bu alandaki deneyimsizliğini de göz önüne alarak niteliksel araştırma yöntemleri konusunda bir eğitim programına katılmış, niteliksel araştırmalar konusundaki yazılımlar üzerine bir eğitim almıştır. Buna rağmen bu çalışmanın araştırmacının ilk niteliksel çalışması olması genel bir kısıtlama olarak kabul edilebilir. Birçok katılımcı bu çalışmaya katılmadan önce yaşlı sağlığı konusunda yeteri kadar düşünme fırsatları olsa daha geçerli yanıtlar vereceklerini beyan etmişlerdir. Bu çalışmada, araştırılacak konunun başlığı ve hedef gruplar dikkate alınarak derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmelerinden birisi seçilmiştir. Yaşlılar ve bakım verenler için odak grup görüşmeleri ve sağlık profesyonelleri için derinlemesine görüşmeler planlanmıştır. Bakım veren grup ile odak grup çalışması planlanmasına rağmen bakım verdikleri yaşlıları bırakamadıkları için evlere gidilip yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yapılmıştır. Çalışma süresinin kısıtlılığına bağlı olarak bakım verenlerde yeterli katılımcı sayısına ulaşılamamıştır.

7. SONUÇ

Türkiye’de yaşlı nüfus oranı 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3’e yükseldi. Manisa ili de, %10.4 altmış beş yaş üstü nüfus oranı ile yaşlı nüfusa sahip bir ildir. Sağlık Bakanlığının 2015-2020 Sağlıklı Yaşlanma Ulusal Eylem Planında yaşlılara yönelik izlem programlarının oluşturulması planlanmasına rağmen taşra teşkilatları için bir yön-eylem planı bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan sağlık profesyonelleri, yaşlılığı kronolojik olarak tanımlarken, her üç grupta yaşlılığa olumsuz tutum içinde işlev kaybı olarak tanımlamışlardır. Toplumsal değişim yaşlılık algısını olumsuz etkilemiş, yaşlılar giderek daha işlevsiz kalmışlar, statülerini kaybetmişler, izole olmuşlardır. Bunun sonucu olarak yaşlılıkta sık görülen depresyon, düşme gibi sağlık sorunları giderek artan boyutta çözüm bekleyen sorunlar olarak karşımıza çıkmıştır. Aktif ve bağımsız bir yaşlılık için gerekli olan sağlığı geliştirme davranışlarının ise yaşlılar ve yaşlılara bakım verenler için yeterli algılanmadığı ve yetersizliklerden dolayı uygulamaya büyük ölçüde geçmediği görülmüştür. Yaşlılar, sağlık profesyonelleri tarafından bir risk grubu olarak tanımlanmışlar ve yaşlıların risk grubu olarak izlenmeleri konusunda sağlık profesyonelleri, yaşlılar ve bakım verenler arasında bir konsensüs vardır. Sağlık profesyonelleri yaşlı izlem protokollerinin eksikliğini, nüfus fazlalığını ve dolayısıyla zaman kısıtlılığını, bakım verenlerin sağlık ve eğitim konusundaki yetersizliğini vurgulamıştır. Yaşlılar, kendilerinin bir risk grubu olarak izlenmesi gerektiğini düşünmekle birlikte fiziksel bağımlılığı olmayanlar izlemelerini sağlık kurumuna giderek yaptıracaklarını belirtmişlerdir. Ancak yaşlılar, hizmeti uzman hekimden almaları gerektiğini düşünmektedir. Sağlık profesyonelleri ise hizmetin birinci basamakta ASM ağırlıklı olarak yapılması; aile hekimleri hizmetin mutlaka hekim tarafından verilmesi; hekim dışı sağlık profesyonelleri ise bu hizmetin bir ekip tarafından verilmesi gerektiğini söylediler. İzlem sıklığının yaşlıların riskleri göz önüne alınarak değişebileceği, bununla birlikte sıklığın 3-6 ay arasında olabileceği önerilmiştir.

8. ÖNERİLER

Triangüler karşılaştırmada sağlık profesyonellerinin, yaşlıların ve bakım verenlerin ortak görüşü bir yaşlı sağlığı izlem modeli kurulması ve var olan sağlık sistemine entegre edilmesidir. Bu model kentsel, yarı kentsel ve kırsal bölgelerin tümünü kapsamalıdır.

İzlem modelinin kurulması aşamasında ortaya çıkan engellerin aşılması gerekmektedir. Yaşlıların risk grubu olarak izlenmesinde birinci basamakta insan gücü problemi vardır. Yaşlı sağlığı konusunun lisans/lisansüstü eğitim programları ve mezuniyet sonrası eğitimlere eklenmesi, sağlık hizmeti niteliğinin ve niceliğinin artırılması gerekmektedir.

Hizmetin sunumunda, birinci basamakta aile hekimi başına düşen nüfus fazlalığı en büyük engeldir. Aile hekimleri bölgesine düşen nüfus azaltılmalıdır. Ancak aile hekimleri, aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde de belirtildiği üzere yaşlı sağlığına yönelik izlem ve taramaları yapmakla yükümlüdür. Bu sayede yaşlıların yaşadığı konut ve çevre değerlendirilerek ev kazaları ve düşmelerden korunmaları; beslenmeleri ve fiziksel aktiviteleri değerlendirilerek kronik hastalıkların; bilişsel fonksiyonlarını değerlendirilerek depresyon, demans gibi hastalıkların erken tanısının konulması sağlanabilir. Bu koşullar altında hizmet, ASM, TSM ve hastane tarafından entegre bir hizmet olarak planlanmalı hekim dışı sağlık personeline görev verilmelidir.

İçinde yaşadığımız toplum birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevini bilmemekte, yaşlılar kronik hastalıklarının hastanelerdeki uzman doktorlar tarafından izlenmesini istemektedir. Nitekim bunun bir olası nedeni evde sağlık hizmetleri adı altında sunulan hizmetlerin ağırlıklı olarak tedavi ve rehabilitasyon odaklı olması ve ikinci basamak tarafından verilmesidir. Ülkemizde verilen evde sağlık hizmetleri aslında evde verilen hastane hizmetleridir. Dünya’da verilen evde sağlık hizmetlerini ise yaşlı sağlığı izlem modellerine örnek verebiliriz. Bu yüzden evde sağlık hizmetleri risk grubu izlemlerine entegre edilmelidir.

Sağlığı geliştirme ve koruyucu sağlık hizmetleri konusunda toplum bilgilendirilmelidir. Sonuç olarak yaşlıların, yaş gruplarına ve/veya eşlik eden sağlık sorunlarına göre belirli sıklıkta evde veya kurumda(birinci basamak) hekim gözetiminde izlenmeleri gerekmektedir. İzlem modelinde birinci basamak etkin eşgüdüm mekanizmaları ile desteklenmelidir.

9. ÖZET

Amacı: Bu çalışmanın amacı birinci basamakta Sağlık Bakanlığı tarafından sunulması planlanan yaşlı sağlığı izlem modeli ile ilgili olarak hizmeti alacak olan yaşlılar ile yaşlılara bakım verenlerin ve hizmeti sunacak olan sağlık profesyonellerinin bu izlem modeli hakkında görüş, beklenti ve önerilerini ortaya koymak ve bu izlem modeli için artalan bilgisi oluşturarak Sağlık Bakanlığı'nın izlem planlamasına yardımcı olmaktır.

Gereç yöntem: Bu çalışmada niteliksel araştırma yöntemlerinden 65 yaş üstü kişilerle odak grup görüşmesi, bakım veren ve sağlık profesyonelleri ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Sağlık profesyonellerinden 22 kişi, bakım verenlerden 6 kişi ve yaşlılardan 34 kişi ile görüşülmüştür. Toplanan veriler içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Analizler sonucunda yaşlılık, yaşlılık sorunları, sağlık hizmeti ve yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınması başlıkları altından 4 ana tema elde edilmiştir. Yaşlılık temasında, katılımcıların yaşlılık algısı, yaşlılığı etkileyen başlıca etmenler ve sağlıklı yaşlanma konularından bahsedilmiştir. Yaşlılık sorunları temasında sosyal destek ve sosyal sermaye, yaşlıların medikososyal sorunları ve hizmette yaşanabilecek sorunlardan bahsedilmiştir. Sağlık hizmeti temasında ise mevcut sağlık hizmetlerinin özellikleri, yaşlılar için nasıl bir sağlık hizmet modeli olması gerektiği ve bakım verenlerin özelliklerinden bahsedilmiştir. Son olarak yaşlıların risk grubu izlemi içine alınmasında tüm katılımcılar bu konudaki fikirlerini ortaya koymuştur.

Sonuç: Yaşlılar, sağlık profesyonelleri ve bakım verenler tarafından bir risk grubu olarak tanımlanmışlar ve yaşlıların risk grubu olarak izlenmeleri konusunda bir konsensüs vardır. Sağlık profesyonelleri hizmetin birinci basamakta ASM ağırlıklı olarak yapılması, aile hekimleri hizmetin mutlaka hekim tarafından verilmesi, hekim dışı sağlık profesyonelleri ise bu hizmetin bir ekip tarafından verilmesi gerektiğini söylediler. Son olarak yaşlıların risk grubu olarak tanımlanmasından önce hekimler, yaşlı sağlığı konusunda müfredatta eğitimin yer alması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşlılar, Sağlık profesyonelleri, bakım verenler, niteliksel çalışma, izlem modeli

10. ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to reveal the opinions, expectations and suggestions of the elderly, who are using the service, the caregivers and the health professionals, who are providing health care, about the elderly health monitoring model which is planned to be presented by The Ministry of Health in the primary health care and to help The Ministry of Health's monitoring plan by forming a background information.

Methods: In this study, focus groups with above 65 years of age people and semi- structured in-depth interviews with caregivers and healthcare providers were applied as qualitative study methods. Twenty two healthcare providers, six caregivers and thirty four elderly people were interviewed. Collected data was analyzed with content analysis method.

Results: The analysis revealed four main themes as; old age, problems of the elderly, healthcare and accepting the elderly as a risk group. In the old age theme, the old age perspective of the participants, the main factors affecting the old age and healthy aging were discussed. In the problems of the elderly theme, social support and social capital, the medico-social problems of the elderly and the potential problems in the healthcare were discussed. In the healthcare theme, features of the current healthcare, the features of an ideal healthcare for the elderly and the features of the caregivers were discussed. Finally, all participants expressed their opinions about accepting the elderly as a risk group.

Conclusions: The elderly are defined as a risk group by the healthcare professionals and the caregivers and consensus has emerged that the elderly should be monitored as a risk group. The healthcare professionals suggested that the service should be provided by the primary healthcare mainly in family health centers, the family doctors suggested that the service must be given by a doctor and the non-physician healthcare providers suggested that this service should be provided by a team. Finally the doctors emphasized that the education of the elderly healthcare should be introduced in the curriculum before accepting the elderly as a risk group.

Keywords: Elderly, Healthcare professionals, caregivers, qualitative study, monitoring model

11.EKLER

11.1 ODAK GRUP YAPISININ ÖZETİ

<i>Önerilen Oturum Yapısı</i>	<i>Süre (Dakika)</i>	<i>Ana Unsurlar</i>
1: Giriş Karşılama, tanışma ve ikramlar Aydınlatılmış onam formunun doldurulması Kişilerin sosyodemografik özellikleri formunu doldurma Katılımın amacı, deneyimleri ve ilgi alanlarını paylaşma	10	Isınma Ses kayıt cihazının kayıta başlaması Açıklama yaparak, grubu odak grup görüşmesi yapmaya hazır hale getirme
2: Yaşlılık Yaşlılık tanımı Sağlıklı (Aktif) yaşlanma	20	Yaşlılığın fizyolojik, psikolojik ve sosyal tanımları. Yaşlıların toplumdaki yeri Sağlıklı yaşlanma: <u>Bireyin kendini yaşlılığa hazırlama sürecinde</u> a. Sosyal çevresini ve ilişkilerini canlı tutmak, b. Sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler almak, c. Bellek ve fiziksel işlevlerini geliştirici çabalar içinde olmak ve d. Yaşama pozitif bakmasını becerebilmek anlamına gelmektedir.
3: Var olan hizmetler ve hizmet kullanımı Var olan hizmetler konusunda bilgi sahibi olma Hizmeti kullanma deneyimi ve aldığı hizmetle ilgili değerlendirmesi	20	Yaşlılara özel var olan sağlık hizmetlerinin farkındalığı ve hizmetleri kullanım deneyimleri paylaşımı

4: Nasıl bir sağlık hizmeti planlanmalı? Hizmetin içeriği, biçimi	20	Risk grubu Tek doktor/birden fazla doktor Hizmetin sunulduğu yer Hizmeti veren kişi Verilen hizmeti kapsamı
5: Kapanış Temel sorunların özetini; Nihai düşünce ve katkılar için fırsat verme Katılımcılara teşekkür etme	5	Ses kayıt cihazında kaydı sonlandırma



11.2. ÇEKİRDEK KONU REHBERİ

ALAN	BÖLÜM
1. Aktif yaşlanma	Yaşlı olmak Yaşlılığın yaşama etkisi Aktif yaşlanma
2. Hizmetin kullanımı	Var olan hizmetler konusunda bilgi sahibi olma Hizmeti kullanma deneyimi Evde bakım hizmeti deneyimi
3. Yaşlı sağlığı modeli	Hizmetin içeriği(Koruyucu, kronik hastalık Yönetimi, acil sağlık hizmeti) Hizmetin yeri/biçimi Hizmeti kimin sunacağı Hizmeti sunanların niteliği
4. Sosyal Destek	Özgürlük, Bedensel açıdan güvende olmak Ev ortamı Parasal kaynaklar Sağlık ve Sosyal Bakım: ulaşılabilirlik, kalite Sosyal ilişkiler(aile, eş, dost, akraba vb.) İstismar Yalnızlık
5. Gelecek Planlaması	Sağlık Hizmeti Sosyal Destek Maddi Destek

11.3 GÖRÜŞMECİ FORMLARI

11.3.1. ODAK GRUP GÖRÜŞME FORMU

YAŞLI SAĞLIĞI İZLEM MODELİ

"Birinci basamakta sunulması planlanan yaşlı sağlığı izlem modeli ile ilgili olarak hizmeti alanların ve sunanların görüş, beklenti ve önerileri"

ODAK GRUP GÖRÜŞME FORMU

Merkez: Odak grup no.....

Tarih:/...../.....
(gün / ay / yıl)

1. BÖLÜM: YAŞLILIK VE SAĞLIKLI YAŞLANMA

(A) Size göre yaşlılık ne anlama geliyor?
(katılımcıların katılım durumlarını 1'den 5'e sıralayınız)

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

(B) Sağlıklı yaşlanma konusunda ne düşünüyorsunuz?
(katılımcıların katılım durumlarını 1'den 5'e sıralayınız)

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

(C) Günlük işlerinizi yardım almadan kendiniz yapabiliyor musunuz?

- ✓ Temel işlevler: hareketlilik ve denge
- ✓ Günlük yaşam aktiviteleri

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

(D)Günlük işleriniz dışında sosyal olarak neler yaparsınız?

(A) Aile tarafından sunulan gayri resmi uygun destek(support)

(E) Arkadaş ağı ve resmi bakım(care)

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

1. Yaşadığınız evin imkanları nasıl?

1. Konut : Konfor, imkanlar ve güvenlik
2. Teknoloji kullanımı: cep telefonu, bilgisayar, TV
3. Ulaşım: Toplu taşıma araçları
4. Yerel kaynaklara erişim: Belediye,

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

2. BÖLÜM: SUNULACAK OLAN HİZMETİN ÖZELLİKLERİ

(A) Yaşlılar sağlık sistemi içinde bir risk grubu olarak(ekstra hizmet) izlenmeli midir?

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

(B) Fiziksel tıbbi durumunuzun hangi doktor tarafından izlenmesi gerekir?

1. Eşlik eden hastalıklar
2. İlaç kullanımını değerlendirme
3. Beslenme durumu
4. Problem listesi
(aile hekimi/uzman hekim)

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

(C) Tek bir doktor mu birden fazla doktor tarafında mı izlenmek istersiniz?(hizmetin sürekliliği)

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

(D)- Alacağınız Sağlık Hizmetinin Nasıl Verilmesini Tercih Ederdiniz?

1. Yerinde(Evde)
2. Sağlık Kurumunda

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

3. BÖLÜM: SOSYAL DESTEK

(A) Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı? Yaşamınızı idame ettirebilmek için maaşınız ne kadar olmalı?

1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	

(B) Yaşlılara bakım verenler nasıl desteklenmelidir?

- (A) Bakım hizmetinin ve bakım hizmeti verenlerin mesleki standartları belirleme
- (B) uygun eğitimler verme
- (C) yeterli sayıda ve nitelikte yaşlı bakım elemanı istihdam etme

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

(C) Yaşlılara yönelik istismar, ihmal ve şiddete karşı neler yapılmalıdır?

6. Farkındalık Oluşturacak Programlar
7. Buna Karşı Yasal düzenlemeler yapıp mekanizmalar oluşturma

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

4.BÖLÜM: SORUNLAR, ÖNERİLER

2. Gelecekte sizinle ilgili geliştirilmesini istediğiniz bir uygulama var mı?

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

3. Sağlık çalışanlarına güveniyor musunuz?

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

11.3.2. SAĞLIK PROFESYONELİ YARI YAPILANDIRILMIŞ DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU

YAŞLI SAĞLIĞI İZLEM MODELİ

"Birinci basamakta sunulması planlanan yaşlı sağlığı izlem modeli ile ilgili olarak hizmeti alanların ve sunanların görüş, beklenti ve önerileri"

Merkez: Derinlemesine görüşme no.....

Tarih:/...../.....

(gün / ay / yıl)

1. BÖLÜM: YAŞLILIK VE SAĞLIKLI YAŞLANMA

(A) Size göre yaşlılık ne anlama geliyor?

(B) Sağlıklı yaşlanma konusunda ne düşünüyorsunuz?

2. BÖLÜM: SUNULACAK OLAN HİZMETİN ÖZELLİKLERİ

(A) Yaşlılar bir risk grubu mudur? Neden?

(B) Yaşlıların bir risk grubu gibi izlenmesi gerekli midir?

Hangi durumlarda izlenmelidir?(yaşlı nüfusun %8'i aştığı bölgelerde mi izlenmeli, her bölgede mi izlenmeli?) (aile hekimi/uzman hekim)

(C) Bu izlemi TSM mi ASM mi vermelidir?
Hemşire mi, doktor mu?

(D)- Hizmet tek hekim tarafından mı bir grup tarafından mı verilmeli?

-Hizmet nerede verilmelidir?(evde, ASM'de) Neden?

(F)- İzlem süresi ne olmalıdır? İzlemden neler yapılmalı?

(G)- Verilen sağlık hizmeti kapsamı ne olmalı?(koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hangilerini kapsamalı?)

(I) Sizce yaşlıların karşılaştığı en sık sorunlar nelerdir?(5 madde saymasını isteyiniz.)

3.BÖLÜM: VAROLAN HİZMETLER HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMA

(A) Ülkemizde verilen yaşlı sağlığı ile ilgili hizmetleri biliyor musun?
(Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı)

4.BÖLÜM: SORUNLAR, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1) Yaşlı sağlığı izlemi konusunda birinci basamakta yaşanabilecek en büyük kısıtlılıklar nelerdir?

11.3.3. BAKIM VEREN YARI YAPILANDIRILMIŞ DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU

YAŞLI SAĞLIĞI İZLEM MODELİ

"Birinci basamakta sunulması planlanan yaşlı sağlığı izlem modeli ile ilgili olarak hizmeti alanların ve sunanların görüş, beklenti ve önerileri"

Merkez: Derinlemesine görüşme no:.....
Tarih:/...../.....
(gün / ay / yıl)

1. BÖLÜM: YAŞLILIK VE SAĞLIKLI YAŞLANMA

(A) Size göre yaşlılık ne anlama geliyor?

(B) Sağlıklı yaşlanma konusunda ne düşünüyorsunuz?

2. BÖLÜM : VERDİKLERİ HİZMETİN DURUMU

(A) Bakım verme nedeniniz nelerdir? Hangi hastalığı olan bireye bakım veriyorsunuz? Bu hastalık hakkında daha önce bilginiz var mıydı?

(B) Bu hastalık bakım verdiğiniz kişiyi ve sizin yaşamınızı nasıl etkiliyor?

(C) Bakmakta olduğunuz kişiyle iletişiminiz nasıl?

(D) Bakmakta olduğunuz kişiyle herhangi bir akrabalığınız var mı? Herhangi bir maddi destek alıyor musunuz?

(E) Bakmakta olduğunuz kişi günlük yaşamını nasıl idame ettirmektedir? Günlük ihtiyaçlarını karşılayabiliyor mu?(bağımlılık düzeyi)

3. BÖLÜM: SOSYAL DESTEK

(A) Aile, arkadaş çevresi ve komşular ile sosyal ilişkileriniz nasıldır?(sosyal destek) Aile ve arkadaşlar sosyal ilişkilere nasıl dahil edilmelidir?

4. BÖLÜM: VAROLAN HİZMETİN KULLANIMI

(A) Evde bakım hizmetlerinden daha önce hiç yararlandınız mı?

5.BÖLÜM: SUNULACAK OLAN HİZMETİN ÖZELLİKLERİ

(A) Sizce bakım verdiğiniz hastalara sağlık hizmeti nasıl planlanmalıdır?

(B) Nerede , kim tarafından, nasıl izlenmelidirler?(evde/ASM'de-hemşire/hekim-süre)

(C) Tek bir doktor mu birden fazla doktor tarafında mı izlenmek istersiniz?(hizmetin sürekliliği)

6. BÖLÜM : SORUNLAR, ÖNERİLER

(A)- Bakım verme sürecinde karşılaştığınız sorunlar nelerdir?

11.4. KATILIMCI FORMLARI

11.4.1. SAĞLIK PROFESYONELİ KATILIMCI FORMU

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME KATILIMCI FORMU

Sağlık profesyonelinin mesleği:

SOSYODEMOGRAFIK DEĞİŞKENLERİ

1)Yaşı: 2)Cinsiyeti : ☐ Erkek ☐ Kadın 3)Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul 4) Kaç yıldır çalışıyorsunuz?..... 5) Çalıştığınız kurum: 1.Aile sağlığı merkezi 2.Toplum sağlığı merkezi 3.Halk sağlığı müdürlüğü 4. Devlet hastanesi 5. Üniversite hastanesi 6. Yaşlı bakım yurdu 7. Diğer 6) Yaşlı sağlığı konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı, herhangi bir programa katıldınız mı? 1.Evet 2.Hayır 6a) Evetse: 1.Yüksek lisans 2.Doktora 3.Kurs 4.Çalıştay	8) Eğitim durumu 1. Lise 2. Üniversite 3. Yüksek lisans 4. Doktora 9) Tıbbi bir konuda bilgiye nasıl ulaşırsınız? 1. İnternette arama motorlarını kullanarak(google, yandex, bing,ask,safari vb.) 2. İnternette akademik sayfaları kullanarak(Google akademik, pubmed, crossref vb.) 3. Kitap, derleme, makale okuyarak 4. O konuda uzmana danışarak
--	--

11.4.2. 65 YAŞ ÜSTÜ KATILIMCI FORMU

ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ KATILIMCI FORMU

GRUBUN TİPİ: Yaşlı odak grubu

☐ Kentsel ☐ Yarıkentsel ☐ Kırsal

YAŞLILARIN SOSYODEMOGRAFIK DEĞİŞKENLERİ

1)Yaşı: 2)Cinsiyeti : ☐ Erkek ☐ Kadın 3)Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul 4)Mesleği : 1. İşveren 2. Yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışıyor 3. Küçük esnaf sanatkar 4. İş buldukça çalışanlar 5. Yüksek eğitilmiş ücretli 6. Memur,büro çalışanı (Beyaz yakalı) 7. Sanayi işçisi(mavi yakalı) 8. Niteliksiz işlerde çalışanlar 9. İşsiz 5)Çocuğu var mı? ☐ Var ☐ Yok 5a)Varsa sayısı: 6)Eğitim durumu: I. Okur- yazar değilim II. Okuryazarım III. İlkokul IV. Ortaokul V. Lise VI. Yüksekokul VII. Üniversite	7)Eşin yaşı: 8)Eşin eğitim durumu: 1. Okur- yazar değilim 2. Okuryazarım 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul 7. Üniversite 9)Sağlık güvencesi: a. yok b. sgk c. yeşil kart d. özel sigorta e. diğer 10)Gelir düzeyi: 1. gelir giderden fazla 2. gelir gidere eşit 3. gelir giderden az 11)Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren, iyileşmeyen bir hastalık durumu (hastalık adı): 12)Sağlık kurumuna başvuru durumu: 1.Sık sık 2. bazen 3. ara sıra 4. nadiren 5. Hiç
--	--

11.4.3. BAKIM VEREN KATILIMCI FORMU

ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ KATILIMCI FORMU

GRUBUN TİPİ: Bakım veren derinlemesine görüşme

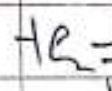
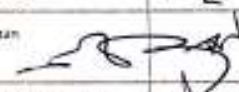
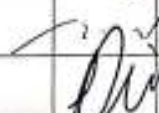
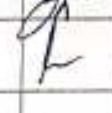
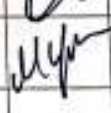
☐ Kentsel ☐ Yarıkentsel ☐ Kırsal ☐ Bakımevi

BAKIMVERENLERİN SOSYODEMOGRAFIK DEĞİŞKENLERİ

1)Yaşı: 2)Cinsiyeti : ☐ Erkek ☐ Kadın 3)Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul 4)Çocuğu var mı? ☐ Var ☐ Yok 4a)Varsa sayısı: 5)Eğitim durumu: 1.Okur- yazar değilim 2.Okuryazarım 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Yüksekokul 7.Üniversite 6)Eşin yaşı: 7)Eşin eğitim durumu: 1. Okur- yazar değilim 2. Okuryazarım 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul 7. Üniversite	8) Eşin Mesleği : 1. İşveren 2. Yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışıyor 3. Küçük esnaf sanatkar 4. İş buldukça çalışanlar 5. Yüksek eğitilmiş ücretli 6. Memur,büro çalışanı (Beyaz yakalı) 7. Sanayi işçisi(mavi yakalı) 8. Niteliksiz işlerde çalışanlar 9. İşsiz 9)Sağlık güvencesi: a)yok e) sgk f) yeşil kart g) özel sigorta h) diğer 10)Gelir düzeyi: 1.gelir giderden fazla 2.gelir gidere eşit 3.gelir giderden az 11) Bakım verdiğiniz kişinin yaşı: 12) Hastalığın adı: 13)Sağlık kurumuna başvuru durumu: 1.Sık sık 2. bazen 3.ara sıra 4. nadiren 5. Hiç
---	--

11.5. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİHİ / NO	12/ 10 / 2016 / 20.478.446- 336					
ARAŞTIRMANIN ADI	Birinci basamakta sunulması planlanan yağlı sağlık izlem modeli ile ilgili olarak hizmeti alanlara ve sunanlara görüş, beklenti ve önerileri					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof.Dr. Erhan ESER - CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Araş.Gör.Dr. Sevil BABUŞ					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☒		YÜKSEK LİSANS-DÖKTÖR TEZİ ☐		AKADEMİK AMAÇLI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	29 / 08 / 2016 / Tarih ve 285 sayılı; araştırma dosyası					
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir					
Ünvan / Ad / Soyad		Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvan / Ad / Soyad		Araştırma Etik Kurulu Üyesi
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐	Doç. Dr. Aygen TUREK YILDIRIM Çocuk Hematolojisi		☐
Doç. Dr. Erdi OSMAN Psikiyatri AD		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		☐
Doç. Dr. Seyhan Cengiz ÖZKURT Halk Sağlığı AD		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Ölek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat		☐
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO		☐	☒	İhsan AYOĞ Sivil Üye		☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetimine" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberi / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.  Prof. Dr. Zeki ARI Başkan						

12. KAYNAKÇA

1. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Expanding the Concept of Public Health. İçinde: The New Public Health. Second Edition. USA: Elsevier; 2009. s. 33–58.
2. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’deki demografik değişim; Yaşlılık perspektifi. İçinde: Aslan D, Ertem M, editörler. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Palme Yayıncılık: HASUDER; 2012. s. 1–9.
3. İstatistiklerle Yaşlılar [Internet]. TÜİK; 2017 [kaynak 26 Mart 2017]. Available at: www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24644
4. Kutsal YG. Yaşlanan insan, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2003;(3–4):1–6.
5. Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine JM. The Health of Older Persons in OECD Countries. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 37, OECD Publishing; 1999.
6. Population ages 65 and above [Internet]. WorldBank; [kaynak 25 Eylül 2017]. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>
7. World population prospects: The 2017 revision. United Nation; 2017.
8. Ebrahim S. Health of elderly people. İçinde: Oxford Textbook of Public Health 4th Edition. 2002. s. 1191–208.
9. Tufan İ. Türkiye’de Yaşlılığın Yapısal Değişimi. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2015. 136 s.
10. Baran AG, Kalıncara V, Aral N, Baran G, Akın G, Özkan Y. Yaşlı ve aile ilişkileri-Ankara Örneği. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Ankara; 2005.
11. Definition of an Older or Elderly Person [Internet]. World Health Organization; 2002 [kaynak 27 Eylül 2017]. Available at: www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/
12. Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Yaşlılık sorunları. İçinde: Halk sağlığı Temel bilgiler. 2013. baskı Ankara: Hacettepe Üniversitesi; s. 1532–9.
13. Kaneda T, Lee M, Pollard K. SCL/PRB Index of Well-Being in Older

Populations: Final Report Global Aging and Monitoring Project. Stanford center on longevity; 2011.

14. Health for all policy for the twenty-first century, Geneva. World Health Organization; 1998.

15. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), Kahire. 1994.

16. International Plan of Action on Ageing [Internet]. Madrid: World Health Organization; 2002 [kaynak 27 Eylül 2017]. Available at:

http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf

17. “Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı”. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2013.

18. Healthy Ageing: A Challenge For Europe 2007 [Internet]. The Swedish National Institute of Public Health; Available at:

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf

19. “2015-2020 Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planında ve Uygulama Programı”. Sağlık Bakanlığı, Ankara; 2013.

20. Elderly population [Internet]. OECD; 2017 [kaynak 27 Eylül 2017]. Available at: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>

21. Section 3: Analysis of the results of the long-term projections [Internet]. [kaynak 27 Eylül 2017]. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/2010001/part-partie3-eng.htm>

22. Frank C, Wilson CR. Models of primary care for frail patients. Can Fam Physician. 2015;61(7):601–606.

23. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King’s Fund; 2014.

24. Fit for Frailty. British Geriatrics Society; 2014.

25. Stijnen M. Towards proactive care for potentially frail older people in general practice. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht; 2015.

26. Vass M, Hendriksen C. Preventive home visits to elderly people in Denmark. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2005;(38):31–3.

27. Vass M, Avlund K, Hendriksen C. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of

participants and nonparticipants. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;(35):410–7.

28. Boeckxstaens, De Graaf P. Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*. 2011;(19):369–89.

29. Vedel I, De Stampa M, Bergman H, Ankri J, Cassou B, Mauriat C, vd. A novel model of integrated care for the elderly: COPA, Coordination of Professional Care for the Elderly. *Aging Clin Exp Res*. 01 Aralık 2009;21:414–23.

30. Baran AG. Başarılı Yaşlanma Modellerinin Sosyolojik Analizi. İçinde: IV Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2007. s. 236–45.

31. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002. Report No.: WHO/NMH/ NPH/02.8.

32. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: How is it defined and measured? *J Ageing Australa*. 2004;(23):115–9.

33. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: Prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012;(67):783–789.

34. Eser E. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve yükseltilmesi. İçinde: Temel Gerontoloji. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2016. s. 109–31.

35. Kutsal Gökçe Y. Ülkemizde Yaşlı Sağlığı. *Türkiye Kinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2012;3(6):1–8.

36. Carr-Hill RA. Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Social Science & Medicine*. 1994;(39(9)):1189–1201.

37. Akgün S, Erdal R. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım. İçinde: Kutsal YG, editör. Temel Geriatri. Ankara: Güneş Kitabevi; s. 73–87.

38. Onuncu kalkınma planı 2014-2018. Ankara: Özel İhtisas Komisyonu; 2014.

39. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Haz 3, 2011.

40. Sosyal Hizmetler Kanunu [Internet]. May 24, 1983. Available at: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2828.pdf>

41. Belediye Kanunu [Internet]. Nis 3, 1930. Available at: <http://www.yds.gov.tr/dosyalar/1326978039-1580.pdf>

42. Evde Sağlık Hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik [Internet]. Şub 27, 2015. Available at: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>
43. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünden: Özel huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım merkezleri yönetmeliği. 26960 Ağu 7, 2008.
44. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age Ageing. Kasım 2014;43(6):744–7.
45. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Turkish Journal of Forensic Medicine. 2010;24(2).
46. Danış MZ. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi;
47. Yıldız A. Yaşlılık ve Yaşlı bakışı: Ömür dediğin programı örneği [Yüksek lisans tezi]. [Konya]: Selçuk Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim dalı; 2013.
48. Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler için Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2010.
49. Yaşlı Sağlığı Modülleri. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2011.
50. Altunok H, Atalay B, Onsuz M, Işıklı B. Yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri. TAF Prev Med Bull. 2016;15(6):588.
51. Sevensan F, Çilingiroğlu N. Sağlık Alanındaki Araştırmalarda Kullanılan Niteliksel Veri Toplama Yöntemleri. Toplum Hekimliği Bülteni. Nisan 2007;26(1):1–6.
52. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2006.
53. Al-Busaidi ZQ. Qualitative Research and its Uses in Health Care. Sultan Qaboos Univ Med J. Mart 2008;8(1):11–9.
54. Britten N. Qualitative interviews in medical research. 22 Temmuz 1995;(311):251–3.
55. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation? London: Sage; 1987.

56. Tekin HH. Nitel araştırma yönteminin bir veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme. *Sosyoloji Dergisi*. 2006;3(13):101–16.
57. Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E. Nitel Bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi. *Kuramsal Eğitimbilim*. 2011;4(1):95–107.
58. RWJF - Qualitative Research Guidelines Project | Triangulation | Triangulation [Internet]. [kaynak 17 Ekim 2017]. Available at: <http://www.qualres.org/HomeTria-3692.html>
59. Barry CA, Bradley CP, Stevenson F, Barber N, Stevenson F. Patients Unvoiced Agendas in General Practice Consultations: Qualitative study. *BMJ*. 2000;(320):1246–50.
60. İlgar MZ, İlgar SC. Nitel Veri Analizinde Bilgisayar Programları Kullanılması - PDF [Internet]. Available at: <http://docplayer.biz.tr/2496815-Nitel-veri-analizinde-bilgisayar-programlari-kullanilmasi.html>
61. Karataş Z. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. 2015;1(1):62–80.
62. Flick U, Kardoff E von, Steinke I. A Companion to Qualitative Research. SAGE; 2004. 447 s.
63. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. 3rd edition. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc; 2001. 688 s.
64. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. İstanbul: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını; 1995.
65. İÇLİ G. Yaşlılar ve yaşlılığın değerlendirilmesi: Denizli İli üzerine niteliksel bir araştırma. *Yaşlı Sorunları Araşt Derg*. 2010;3(1–2):1–13.
66. Şentürk M, Ceylan H, editörler. İstanbul'da yaşlanmak: İstanbul'da yaşlıların mevcut durumu araştırması. İstanbul: Açılım kitap; 2015. 360 s.
67. Korkut G, Uysal MT. Gençlerin ve yaşlıların yaşlılık sürecine ilişkin görüşleri: karşılaştırmalı bir çalışma. *J Aware*. 13 Eylül 2017;2(0):565–84.
68. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klin Gelişim*. 2012;25(3):1–3.
69. Seedsman T. Hearing the person with dementia: Person-centred approaches to communication for families and caregivers. *Australas J Ageing*. 01 Mart 2012;31(1):65–65.

70. Şahin H. Yaşlılık algısı ve yaşlılara sunulan kurumsal hizmetler farkındalığı üzerine bir inceleme: Erzurum ili örneğinde [Yüksek lisans tezi]. [Erzurum]: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
71. Reichstadt J, Sengupta G, Colin A, Lawrence AP, Dilip VJ. Older Adults' Perspectives on Successful Aging: Qualitative Interviews. *Am J Geriatr Psychiatry*. Temmuz 2010;18(7):567–75.
72. Aközer M, Nuhrat C, Say Ş. Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Sos Polit Çalışmaları Derg* [Internet]. 2011 [kaynak 11 Ekim 2017];27(27). Available at: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/spcd/article/view/5000108145>
73. Aksoy A. Bireylerin aktif yaşlanmaya ilişkin görüşleri. *Yaşlı Sorunları Araşt Derg*. 2015;8(2).
74. Gökbunar AR, Uğur A, Duramaz S. Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2016;12(1):109–22.
75. Engel RJ. Characteristics of persistently poor elderly people. *Soc Work Res Abstr*. 01 Aralık 1990;26(4):25–31.
76. Wilson G. *Understanding Old Age: Critical and Global Perspectives*. London: Sage; 2000.
77. 65 Yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkında kanun [Internet]. Tem 1, 1976. Available at: www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2022.doc
78. Kalıncara V. Yaşlı bireyler için yaşam çevresinin ergonomik tasarımı1. *Yaşlı Sorunları Araşt Derg*. 2010;3(1–2):54–64.
79. İlçe AÖ, İlçe AC, Dıramalı A. Yaşlılarda ev kazalarının önlenmesi ve ev kazalarının önlenmesine yönelik iç mekan çözümleri. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar e-dergisi*. 2007;(1):22–31.
80. Doğan H, Canbaz S, Tander B, Pekşen Y, Cantürk F, Oruç NÖ. The prevalence of home injuries among elderly people in Samsun, Turkey, and the influencing factors. *Turkish J Medical Sciences*. 07 Eylül 2010;40(4):651–8.
81. Marsap A. Yaşlı Dostu ergonomik kentler. 22.Ulusal Ergonomi Kongresi Özet Kitapçığı; 2016.

82. Aslan D. Yaşlı dostu kentler. İçinde: Yaşlı Dostu Kentler. Bursa: Engelli ve Yaşlı Sağlığı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2015. s. 25–9.
83. Özdemir H. Yaşlıların belediyelerce verilen hizmetlere bakış açısı: Etimesgut Belediyesi örneği. 2017 [kaynak 23 Ekim 2017]; Available at: <http://acikerisim.baskent.edu.tr/handle/11727/2761>
84. Williams A, Sethi B, Duggleby W, Ploeg J, Markle-Reid M, Peacock S, vd. A Canadian qualitative study exploring the diversity of the experience of family caregivers of older adults with multiple chronic conditions using a social location perspective. *Int J Equity Health*. 02 Mart 2016;15:40.
85. Ölmez E, Barkan O. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin belirlenmesi ve Hasta Hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. *BJSS Balkan Journal of Social Sciences*. 2015;
86. Batterham R, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne R. Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *C*. 132. 2016. 3 s.
87. Howard, DH. The Relationship between health literacy and medical costs. İçinde: Health literacy: A prescription to end confusion institute of medicine. Washington DC: The National Academies Press; 2004. s. 256–266.
88. Baker, DW, Parker, RM, Williams, MV, Clark, WS, Nurss, J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health*. 1997;6(87):1027–1030.
89. Şen VY. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde erişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. [Manisa]: Celal Bayar Üniversitesi / Tıp Fakültesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2016.
90. Barbosa A, Figueiredo D, Sousa L, Demain S. Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging Ment Health*. 01 Mayıs 2011;15(4):490–9.
91. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*. 12 Mart 2014;311(10):1052–60.
92. Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International journal of integrated care*. 2012;(12).
93. Çiftçili SS, Dişçigil G. Yaşlılıkta Obezite. *Turk Klin J Fam Med Spec Top*.

2015;6(3):85–9.

94. Aydın ZD. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma : Yaşam biçiminin rolü. SDÜ Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2006 [kaynak 24 Ekim 2017];13(4). Available at: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sdutfd/article/view/1089001168>
95. BDI. Sheet: Depression in Older People. NSW; 2012.
96. Doğan A, Ceceli E, Okumuş M, Gökkaya KO, Kutsal YG, Borman P. Identifying the characteristics of geriatric patients who referred to outpatient clinics of physical medicine and rehabilitation: a multicenter descriptive study. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2011;57(3):143–9.
97. T.C Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik [Internet]. Ara 24, 2010. Available at: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230-12.htm>
98. T.C Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği uygulama Yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik [Internet]. Madde 20 May 16, 2017. Available at: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/05/20170516-1.htm>
99. MacAdam M. Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review. Canadian Policy Research Networks= Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques; 2008.
100. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. USA: Oxford University Press; 1992. 25-71 s.
101. Cinhinlioğlu C. Hasta-Hekim ilişkileri. İçinde: Sağlık sosyolojisi. 4. basım. Ankara: Nobel Yayınları; 2014.
102. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994;344(8930):1129–1133.
103. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The Essential Role of Generalists in Health Care Systems. Ann Intern Med. 2005;142(8):691.
104. Giray H, Meseri R, Saatli G, Yüceetin N, Aydın P, Uçku R. Türkiye’ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi. Kor Hek. 2008;7(1):81–6.
105. Masseria, C, Irwin, R, Thomson, S, Gemmill, M, Mossialos, E. Primary care in Europe. The London School of Economics and Political Science. 2009;(1–42).
106. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge. Böl. Madde 75 2001 s.

168.

107. T.C Sağlık Bakanlığı. Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. 11465 Sayılı Makam onayı Eki 13, 2006.

108. Uçku R, Şimşek H. Halk sağlığı uygulamaları ve yaşlanma; Ne kadar yeterli? İçinde: Aslan D, Ertem M, editörler. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. Palme Yayıncılık: HASUDER; 2012.

109. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Taşra teşkilatı idari ve hizmet birimleri kadro standartları yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik [Internet]. Eki 7, 2017. Available at:

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/10/20171007-3.htm>

110. T.C Sağlık Bakanlığı. Toplum sağlığı merkezlerinin kurulması ve çalıştırılmasına dair yönerge. Ağu 3, 2011.

111. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık bakanlığı taşra teşkilatı idari ve hizmet birimleri kadro standartları yönetmeliği. Oca 4, 2012.