

Çubuk Sağlık Ocağına Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Grupta Kronik Hastalık ve Etkinlik Kısıtlılığının Değerlendirilmesi

EVALUATING THE CHRONIC DISEASES AND ACTIVITY RESTRICTION IN A GROUP OF SUBJECTS OF AGED 65 YEARS AND OVER THAT APPLIED TO ÇUBUK HEALTH CENTER

Ü.Gülsüm E. ÜNSALDI*, Birgül PİYAL**

* Sağlık Eğitimsi, Msc, Çubuk Sağlık Meslek Lisesi,

** MD, Ph.D, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi AD, ANKARA

Özet

Bu çalışmanın amacı, 65 yaş ve üzerindeki araştırma grubunun günlük etkinlik düzeyini ve kronik hastalık durumunu saptamaktır. Örneklem seçilmeksizin iki ay süre ile sağlık ocağına başvuran tüm 65 yaş üstü kişilerin (n=325) araştırma grubuna dahil edildiği tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler, anket uygulanarak toplanmış ve SPSS ile analiz edilmiştir.

Kronik hastalık açısından düzenli doktor kontrolü durumu, ilaç kullanma durumu, diyet yapma durumu, namaz kılma durumu, uyku düzeni durumu, eğitim durumu ve yaşayan çocuk sayısı durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Günlük yaşam etkinliklerinde, kronik hastalığı olanların ve olmayanların en çok zorlandıkları etkinlik, ayak tırnağını kesmek, yararlı günlük yaşam etkinliklerinde ise en çok zorlanılan etkinlik ağır ev işleri yapmaktır. Ancak kronik hastalığı olanlarda kısıtlılık boyutu daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Yaşlı Nüfus, Etkinlik Kısıtlılığı, Yaşlı Nüfusta Etkinlik Kısıtlılığı, Yaşlılık Sorunları

T Klin Tıp Bilimleri 2002, 22:362-368

Summary

The purpose of this study is to try to measure the daily level of activity and to determine the chronic diseases of individuals who are at age 65 and over.

All of those at age 65 and over (n=325), applying to the health center, during a period of two months, has been included to the study group. Data has been collected by the application of a questionnaire. SPSS has been used for data analysis. According to chronic diseases, a statistically significant difference have been determined among the groups based on regular physician control, drug use, being in diet, regular sleeping, educational level, number of alive children.

In daily living activities, the activity in which most difficulty has been faced by those having and not having chronic diseases, is cutting the nail on toe whereas with respect to instrumental daily living activities, the one that created the most difficulty was the performance of house works. However, in those having chronic disease, restriction dimension is higher.

Key Words: Elderly, Elderly Population, Activity Restriction, Activity Restriction Among the Elderly, Aging Problems

T Klin J Med Sci 2002, 22:362-368

Yaşam koşullarının iyileşmesi, bir çok hastalığın öneminin anlaşılması, etkin korunma önlemlerinin alınması, hastalıkların tedavilerinin bulunması, doğurganlığın ve ölümlerin azalması ile günümüzde doğumda beklenen yaşam süresi uzamış ve yaşlıların sayısında önemli oranda artış olmuştur (1).

Yaşlı nüfus ülkemizde de hem sayı hem de yüzde olarak artmaktadır (2). Nüfusun 2025 yılında 87 milyon olacağı tahmin edilmektedir (3). Doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 1996 yılında 68.2 yıl iken; 2005 yılında 70.3 yıl olacağı öngörülmektedir (4). Benzer şekilde, ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 1995 yılında %4.7 iken; 2005 yılında bu oranın %5.5 olacağı hesaplanmaktadır (5).

Doğumda beklenen yaşam ümidi sürelerinin artmasına bağlı olarak kronik hastalıkların insidansı da artmaktadır (6).

Kronik hastalıkların, hareketsiz yaşam biçimi, aşırı beslenme, fetüs gelişimi ya da ilk çocukluk dönemindeki yoksulluktan kaynaklandığı düşünülmektedir (6). Gençlik ve çocukluk yıllarında yaşanan bazı sağlık sorunlarının etkileri yaşam boyu sürmekte olup özellikle yaşlılık döneminde şiddeti artmaktadır (7).

Günümüzde yaşlıların %90'ının kronik hastalığı vardır, %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört ya da daha fazla hastalığı bulunmaktadır (8).

Yaşlı nüfusun hemen hemen yarısının günlük aktiviteleri kısıtlıdır ve %18'inin hareket kısıtlılığı da vardır. Kalp hastalıkları, artritler ve görme problemleri bu kısıtlılıklara neden olan en önemli üç hastalık olarak belirtilmiştir (8). Yaşlılarda önde gelen morbidite ve mortalite nedenleri kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerdir. Bunun yanı sıra kas ve iskelet sisteminin

dejeneratif hastalıkları da sık görülmektedir. Bu durum önemli psikolojik ve sosyoekonomik sorunlara yol açmaktadır (9).

Diğer ölüm nedenleri ise; kronik obstruktif akciğer hastalığı, pnömoni, grip, diyabet, kronik karaciğer hastalıkları, arterioskleroz ve intihardır (8). İskemik kalp hastalıklarının 2020 yılındaki ölümlerde birinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir (6).

Yaşlanma ile hastalıkların kliniği ve tedavi protokolleri değiştiğinden, kronik hastalıklar ayrı bir uzmanlık dalı olarak incelenmelidir (10). Ancak ülkemizde bu konuda uzmanlaşmanın kısıtlı oluşu, yaşlılara verilen sağlık hizmetlerini yetersiz kılmaktadır (8).

Alışılmış gündelik etkinliklerin sürdürülmesi yaşlının yaşama kalitesini belirleyen önemli bir göstergedir. Bu yetenek yaş ilerledikçe azalmaktadır. Yaşlanmayla birlikte fiziksel kısıtlılığın artması, hastalık ve ölüm riskini ve kurumsal hizmet gereksinimini de arttırmaktadır. DSÖ'nün 1983 yılında yayınladığı rapora göre; 65-75 yaş grubundaki kişilerin %15'inde belirgin şekilde hareket kısıtlılıkları görülmektedir (11). Ayrıca, 75 yaşın üzerindeki kişilerin %75'inde birkaç özürlü birlikte görüldüğü ve günlük yaşam etkinliklerini sürdürmek için değişik ölçülerde yardıma gereksinim duydukları saptanmıştır (12). Buna karşın; yaşlılıkta ortaya çıkan kısıtlılık kalıcı olmayabilir; tıbbi girişimlerle geri döndürülebilir (13).

Yaşlı sağlığı, önem verilmesi gereken bir konudur. Primer korunma hizmetleri bölgesel ayırım gözetmeksizin sunulmalı (14), yaşlılara yönelik hizmetlerin kapsamı genişletilmeli ve geliştirilmeli, kurumlar arası koordinasyon güçlendirilmeli, eğitim programlarında sağlıklı yaşam konusuna daha fazla yer verilmesi sağlanmalıdır (15).

Devlet bu konuda gerekli yapılanmayı sağlamalı ve mevcut sağlık sisteminde bu problemi çözebilecek önlemleri gündeme getirmeli, en önemlisi de finansal kaynakları güçlendirmelidir (16).

Bu araştırmanın amacı; araştırma grubunu oluşturan 65 yaş ve üstü bireylerin günlük etkinlik düzeyini ve bağımlılık düzeylerini saptamak, yaşlılık ve yaşlanmaya bağlı kısıtlılık sorunlarını gündeme getirmek, kronik hastalık durumu ile ilişkilerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma için; örneklem seçilmeyip iki ay süre ile Ankara İli Çubuk İlçesi Sağlık Ocağına baş vuran 65 yaş üstü kişilerin tümü araştırma grubuna dahil edilmiştir.

Araştırmada etkinlik kısıtlılığının tanımlanması amacıyla, ülkeler arasında karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayan Groningen Ölçeği kullanılmıştır (17). Ülkemizde yürütülen değişik çalışmalarda da bu ölçek uygulanmıştır (13,18,19). Anketin ön denemesinin

değerlendirilmesi sonucunda, anket formuna son hali verilmiştir. İki ay süresince sağlık ocağına başvuran 65 yaş ve üzerinde 325 kişiye Groningen Etkinlik Kısıtlılığı (GEK) Ölçeği ve Sosyodemografik Özellikler (SDÖ) bölümlerini kapsayan ve 40 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Groningen Etkinlik Kısıtlılığı (GEK) ölçeği; Günlük Yaşam Etkinlikleri (GYE) bölümünde 11 (onbir), Yararlı Günlük Yaşam Etkinliklerinde (YGYE) 7 (yedi) olmak üzere toplam 18 (onsekiz) madde içermektedir. GYE bölümünde kişinin kendi bakımı ile ilgili etkinlikleri (el-yüz yıkamak, tuvalete gitmek, yemek yemek, giyinip-soyunmak, gibi), YGYE bölümünde ise; yine kişinin kendisini ilgilendiren, ancak yaşadığı çevreye yönelik etkinlikleri (kahvaltı ve yemek hazırlamak, hafif ve ağır ev işleri yapmak, alışveriş yapmak, gibi) gerçekleştirebilme düzeyi beşli bir ölçek temelinde irdelenmektedir. İkinci bölüm sosyodemografik özelliklere ilişkin veri toplamak için araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Araştırma grubunu oluşturanların hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkları kendi bildirimlerine göre soruşturulmuştur .

Tanımlayıcı (Descriptive) bir araştırma olan çalışmanın verileri 1999 yılında yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış ve SPSS ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde ki kare (X^2) testi kullanılmıştır. Kritik P değeri 0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Başlıca bulgular aşağıda sunulmuştur.

1. Araştırma Grubunun Bazı Sosyodemografik ve Bazı Hastalık Kısıtlılık Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin %43.1'i kadın, %56.9'u erkektir (Tablo 1), yaşları 65-95 arasında olup, yaş ortalaması $70,4 \pm 5,49$ 'dur. Yaş gruplarına dağılım açısından; %52.3'ü 65-69, %28.6'sı 70-74, %12.6'sı 75-79, %3.7'si 80-84 ve %2.8'i ise 85 yaşında ve daha yaşlıdır (Tablo 1).

Araştırma grubunun %39.7'si okuryazar değildir, %18.2'si okuryazar, %32.6'sı ilkökul, %5.5'i ortaokul, %2.5'i lise ve yalnızca %1.5'i de üniversite mezunudur. Eğitim durumunda okuryazar olmayanlar ve ilkökul mezunları (%72.3) oranı çok yüksektir. Kadınlar arasında okuryazar olmayanların (%70.0), erkeklerde ise ilkökul mezunlarının (%47.6) oransal yüksekliği; eğitim açısından o döneme ilişkin kız-erkek çocuk ayırından kaynaklanıyor olabilir (Tablo 1). Bulgular, ülkemizde yürütülen diğer bazı çalışmaların bulgularıyla uyumludur (20,21).

Araştırma grubunun %66.8'i evli, %31.7'si dul, %0.6'sı boşanmış ve %0.9'u hiç evlenmemiştir (Tablo 1). Araştırma grubundaki evlilerin (%99,1) oransal yüksekliği; medeni kanunun 1926 yılında kabul edilmesinden veya toplumun geleneksel yapısından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma grubunun %27.4'ünü kronik hastalığı

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

| Özellikler | n | % |
|----------------------|-----|-------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 140 | 43.1 |
| Erkek | 185 | 56.9 |
| Yaş | | |
| 65-69 | 170 | 52.3 |
| 70-74 | 93 | 28.6 |
| 75-79 | 41 | 12.6 |
| 80-84 | 12 | 3.7 |
| ≥ 85 | 9 | 2.8 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazar değil | 129 | 39.7 |
| Okuryazar | 59 | 18.2 |
| İlkokul | 106 | 32.6 |
| Ortaokul | 18 | 5.5 |
| Lise | 8 | 2.5 |
| Yüksekokul | 5 | 1.5 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 217 | 66.8 |
| Dul | 103 | 31.7 |
| Boşanmış | 2 | 0.6 |
| Hiç evlenmemiş | 3 | 0.9 |
| Toplam | 325 | 100.0 |

Tablo 2. Araştırma Grubunun Kronik Hastalık Durumu Dağılımı

| Özellikler | n | % |
|----------------------------------|-----|-------|
| Kronik Hastalık | | |
| Kronik hastalığı olmayan | 89 | 27.4 |
| Bir kronik hastalığı olan | 143 | 44.0 |
| İki kronik hastalığı olan | 66 | 20.3 |
| Üç ve üstü kronik hastalığı olan | 27 | 8.3 |
| Toplam | 325 | 100.0 |

olmayanlar, %44.0`ünü bir, %20.3`ünü iki, %8.3`ünü üç ve üstünde kronik hastalığı olanlar oluşturmaktadır (Tablo 1). Araştırmada %72.6 oranında kronik hastalık saptanmıştır (Tablo 2). Yardımcı ve arkadaşlarının, yaşları 65-92 arasında, yaş ortalaması 76.02 ± 7.82 olan bir Huzurevi grubunda yaptığı çalışmada kronik hastalıktan yakınma boyutu %82.91, Piyal ve arkadaşlarının çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre kronik hastalık boyutu ise %74.6`dır (20,21).

2. Kronik Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda kadınlarda %75, erkeklerde ise %70.8 kronik hastalık bildirilmiştir. Kadınlarda kronik hastalık erkeklere oranla daha yüksek boyutta olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 3). Bu bulgu literatür bulguları ile uyumludur (22,23). Kadınlarda hormonal yapı, fizik aktivite azlığı, daha uzun yaşama gibi nedenlerle

erkeklere göre, kronik hastalık görülmesi daha sıktır (13,16).

Kronik hastalık açısından yaş grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Kronik hastalık varlığı yaş gruplarında hemen aynı oranlarda ise de, 70-74 yaş grubunda (%74.2) oran daha yüksektir (Tablo 3). Yaşla birlikte hastalık sayısı artmakta, bu durum yaşam etkinliklerini de yetersiz kılmaktadır. Ülkemizde yürütülen başka çalışmalarda da, yaşla birlikte günlük etkinliklerdeki kısıtlılığın arttığı saptanmıştır (12,20-22).

Kronik hastalık açısından medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Oysa evlilerde kronik hastalık görülme boyutu (%70.5), dullardan daha düşüktür (%77.7) (Tablo 3). Piyal ve arkadaşlarının araştırmasında, evli grupta hem günlük hem de yararlı günlük yaşam etkinliklerinde kısıtlılıkdifer gruplardan daha azdır (21).

Kronik hastalık açısından eğitim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Okuryazar olmayanlarda %76.7, okuryazar olanlarda %78.0, ilkokul mezunlarında %72.6, ortaokul ve daha üst eğitimlilerde %45.2 oranında kronik hastalık bildirilmiştir. Araştırma grubunda kronik hastalık, eğitimsiz ama okuryazar olanlarda en yüksek, bunun yanında ortaokul ve üstü eğitimlilerde en düşüktür (Tablo 3). Eğitim düzeyi yükseldikçe kronik hastalık görülme sıklığı da azalıyor gibi görünmektedir. Bu bulgu literatür bulgularıyla uyumlu olmakla birlikte, daha genç olanların daha eğitilmiş olmalarından da kaynaklanabilir (20,21).

Kronik hastalık açısından yaşayan çocuk sayısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısı bir-üç olanlarda %63.8 boyutunda, çocuk sayısı dört ve üstünde olanlarda %76.4 boyutunda kronik hastalık bildirilmiştir. Araştırma grubunda, çocuk sayısı dört ve üstünde olanlarda kronik hastalık görülme oranı daha yüksektir (Tablo 3). Bu bulgu; daha yaşlı olan grubun çocuk sayısının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Özellikle kadınlarda doğum sayısı arttıkça vücutta yıpranma ve kronik hastalık daha fazla görülüyor olabilir.

Kronik hastalık açısından çalışma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Kronik hastalık görülme boyutu, araştırma yürütüldüğü sırada çalışmayanlarda %72.7, çalışanlarda ise %72.1`dir (Tablo 3). Çalışma tanımlayıcı nitelikte olduğundan bu bulgu dikkatle yorumlanmalıdır.

Kronik hastalık açısından sosyal güvence durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Sosyal güvencesi olanlarda %73.3, olmayanlarda ise %70.0 boyutunda kronik hastalık bildirilmiştir (Tablo 3). Ergör ve arkadaşlarının

Tablo 3. Araştırma Grubunun Bazı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Durumu

| Özellikler | | Kronik Hastalık Durumu | | | | | | İstatistik Analiz |
|-------------------------|--------------------|------------------------|------|-----|------|---------|-------|----------------------------------|
| | | Yok | | Var | | Toplam* | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Cinsiyet | Kadın | 35 | 25.0 | 105 | 75.0 | 140 | 43.1 | X ² =0.70 P>0.05 |
| | Erkek | 54 | 29.2 | 131 | 70.8 | 185 | 56.9 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |
| Yaş | 65-69 | 48 | 28.2 | 122 | 71.8 | 170 | 52.3 | X ² =0.17 P>0.05 |
| | 70-74 | 24 | 25.8 | 69 | 74.2 | 93 | 28.6 | |
| | 75>= | 17 | 27.4 | 45 | 72.6 | 62 | 19.1 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |
| Medeni Durum | Evli | 64 | 29.5 | 153 | 70.5 | 217 | 67.8 | X ² =1.81 P>0.05 |
| | Dul | 23 | 22.3 | 80 | 77.7 | 103 | 32.2 | |
| | Toplam | 87 | 27.2 | 233 | 72.8 | 320 | 100.0 | |
| Eğitim Durumu | OKYD | 30 | 23.3 | 99 | 76.7 | 129 | 39.7 | X ² =13.70 P<0.01 |
| | OKY | 13 | 22.0 | 46 | 78.0 | 59 | 18.2 | |
| | İlkokul | 29 | 27.4 | 77 | 72.6 | 106 | 32.6 | |
| | Ortaokul ve üstü | 17 | 54.8 | 14 | 45.2 | 31 | 9.5 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |
| Yaşayan Çocuk Sayısı | Bir-üç | 34 | 36.2 | 60 | 63.8 | 94 | 31.1 | X ² =5.16 P<0.05 |
| | Dört ve daha çok | 49 | 23.6 | 159 | 76.4 | 208 | 68.9 | |
| | Toplam | 83 | 27.5 | 219 | 72.5 | 302 | 100.0 | |
| Şu Anda Çalışma | Hayır | 77 | 27.3 | 205 | 72.7 | 282 | 86.2 | X ² =0.00 P>0.05 |
| | Evet | 12 | 27.9 | 31 | 72.1 | 43 | 13.2 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |
| Sosyal Güvence | Var | 68 | 26.7 | 187 | 73.3 | 255 | 78.5 | X ² =0.30 P>0.05 |
| | Yok | 21 | 30.0 | 49 | 70.0 | 70 | 21.5 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |
| Sağlık Ocağına Geliş | Tek başına | 58 | 30.7 | 131 | 69.3 | 189 | 58.3 | X ² =2.92 P>0.05 |
| | Herhangi birisiyle | 7 | 29.2 | 17 | 70.8 | 24 | 7.4 | |
| | Bir akrabasıyla | 24 | 21.6 | 87 | 78.4 | 111 | 34.3 | |
| | Toplam | 89 | 27.5 | 235 | 72.5 | 324 | 100.0 | |
| Düzenli Doktor Kontrolü | Yılda birden fazla | 9 | 9.1 | 90 | 90.9 | 99 | 30.5 | X ² =39.68 P<0.001 |
| | Yılda bir kez | 9 | 18.0 | 41 | 82.0 | 50 | 15.4 | |
| | Ağır bir durum ol. | 43 | 35.0 | 80 | 65.0 | 123 | 37.8 | |
| | Hayır | 28 | 52.8 | 25 | 47.2 | 53 | 16.3 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |
| İlaç** Kullanma | Hayır | 57 | 77.0 | 17 | 23.0 | 74 | 34.9 | X ² =12.0 P<0.001 |
| | Gerektiğinde | 32 | 23.2 | 106 | 76.8 | 138 | 65.1 | |
| | Toplam | 89 | 42.0 | 123 | 58.0 | 212 | 100.0 | |
| Diyet Yapma | Düzenli | 10 | 10.6 | 84 | 89.4 | 94 | 28.9 | X ² =33.79 P<0.001 |
| | Arada | 13 | 17.6 | 61 | 82.4 | 74 | 22.8 | |
| | Hayır | 66 | 42.0 | 91 | 58.0 | 157 | 48.3 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |
| Uyku Düzeni | Düzenli | 73 | 34.3 | 140 | 65.7 | 213 | 65.5 | X ² =14.74 P<0.001 |
| | Düzensiz | 16 | 14.3 | 96 | 85.7 | 112 | 34.5 | |
| | Toplam | 89 | 27.4 | 236 | 72.6 | 325 | 100.0 | |

* Kolon yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesi alınmıştır.

** Düzenli ilaç alanlar değerlendirme dışı bırakılmıştır.

çalışmasında ise, sosyal güvencesi olanların %65.1'inde, sosyal güvencesi olmayanların %72.8'inde kronik hastalık saptanmıştır (19). Her iki çalışmanın bulgularının da genellenemeyeceği göz önünde tutulmalıdır.

Kronik hastalık açısından sağlık ocağına geliş biçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Sağlık ocağına tek başına gelenlerde %69.3, sağlık ocağına herhangi birisiyle gelenlerde %70.8, sağlık ocağına bir akrabasıyla gelenlerde %78.4 boyutunda kronik hastalık bildirilmiştir (Tablo 3). Ağır hastalığı

olanlar sağlık ocağına tek başına gelemeceklerinden, bu bulgu beklenir bir bulgudur.

Kronik hastalık açısından düzenli doktor kontrolü durumu grupları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yılda birden fazla kontrole gidenler arasında %90.9, yılda bir kez kontrole gidenler arasında %82.0, ancak ağır bir durum olduğunda kontrole gidenler arasında %65.0, hiç kontrole gitmeyenler arasında %47.2 oranında kronik hastalık bildirilmiştir. Kronik hastalık

Tablo 4. Araştırma Grubundan Günlük Yaşam Etkinliklerini Gerçekleştiremeyenlerin Kronik Hastalık Durumu

| GYE | Kronik Hastalık | | | | Toplam | |
|--------------------------|-----------------|-----|-----|------|--------|-----|
| | Yok | | Var | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Giyinemeyen | 3 | 3.4 | 6 | 2.5 | 9 | 2.8 |
| Yatağa yatıp-kalkamayan | 2 | 2.2 | 6 | 2.5 | 8 | 2.5 |
| Sandalyeye ot.kalkamayan | 2 | 2.2 | 5 | 2.1 | 7 | 2.2 |
| El yüz yıkayamayan | 2 | 2.2 | 2 | 0.8 | 4 | 1.2 |
| Banyo yapamayan | 2 | 2.2 | 22 | 9.3 | 24 | 7.4 |
| Tuvalete ot.-kalkamayan | 2 | 2.2 | 4 | 1.7 | 6 | 1.8 |
| Yemek yiyemeyen | 2 | 2.2 | 2 | 0.8 | 4 | 1.2 |
| Evde dolaşamayan | 3 | 3.4 | 4 | 1.7 | 7 | 2.2 |
| Merdiven inip-çıkamayan | 3 | 3.4 | 17 | 7.2 | 20 | 6.2 |
| Sokakta dolaşamayan | 2 | 2.2 | 10 | 4.2 | 12 | 3.7 |
| Ayak tırnağını kesemeyen | 7 | 7.9 | 24 | 10.2 | 31 | 9.5 |

Tablo 5. Araştırma Grubundan Yararlı Günlük Yaşam Etkinliklerini Gerçekleştiremeyenlerin Kronik Hastalık Durumu

| YGYE | Kronik Hastalık | | | | Toplam | |
|---------------------------|-----------------|------|-----|------|--------|------|
| | Yok | | Var | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Kahvaltı hazırlayamayan | 2 | 2.2 | 24 | 10.2 | 26 | 8.0 |
| Yemek hazırlayamayan | 4 | 4.5 | 33 | 14.0 | 37 | 11.4 |
| Basit ev işleri yapamayan | 11 | 12.4 | 38 | 16.1 | 49 | 15.1 |
| Ağır ev işleri yapamayan | 18 | 20.2 | 78 | 33.1 | 96 | 29.5 |
| Çamaşırını yıkayamayan | 17 | 19.1 | 77 | 32.6 | 94 | 28.9 |
| Yatağını toplayamayan | 6 | 6.7 | 38 | 16.1 | 44 | 13.5 |
| Alış-veriş yapamayan | 7 | 7.9 | 61 | 25.8 | 68 | 20.9 |

varlığı ile doktor kontrolüne gitme artmaktadır ki bu beklenir bir bulgudur.

Kronik hastalık açısından ilaç kullanma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kronik hastalığı olup, ilaç kullanmayan %23.0, gerektiğinde ilaç kullanan %76.8'dir (Tablo 3). Kronik hastalıkta gerektiğinde ilaç kullananlar oran olarak daha fazladır. Ülkemizde yaşlı gruplarda yürütülen diğer çalışmalarda da, her iki cinste farklı kronik hastalıklar nedeniyle farklı ilaçların kullanıldığı, yaşla konik hastalık arttığından polifarmasinin de arttığı saptanmıştır (20,22-24).

Kronik hastalık ile diyet yapma durumu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kronik hastalığın varlığı, düzenli diyet yapanlarda %89.4, arada diyet yapanlarda %82.4, diyet yapmayanlarda %58.0'dir (Tablo 3). Kronik hastalığın varlığı ile düzenli diyet yapma oranı da yükselmektedir ki beklenir bir bulgudur.

Kronik hastalığın varlığı, uykusu düzenli olanlarda

%65.7, uykusu düzensiz olanlarda ise %85.7 dir (Tablo 3). Kronik hastalığı olanların uykusunun da düzensizleştiği görülmektedir. Bir başka etmen de yaşlılığa bağlı uyku azalması olabilir.

3. Araştırma Grubundan Günlük Yaşam Etkinlikleri ve Yararlı Günlük Yaşam Etkinliklerini Gerçekleştiremeyenlerin Düzeylerine İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Kronik hastalığı olanların günlük yaşam etkinliklerinden, güçlük çekip tamamen başkasına ihtiyaç duydukları etkinlikler sırasıyla; ayak tırnağını kesme (%10.2), banyo yapma (%9.3), merdiven inip çıkma (%7.2), sokakta dolaşma (%4.2), yatağa yatıp kalkma (%2.5), giyinme (%2.5), sandalyeye oturup kalkma (%2.1), tuvalete oturup kalkma (%1.7), evde dolaşma (%1.7), elini yüzünü yıkama (%0.8) ve yemek yeme (%0.8) dir (Tablo 4). Bulgular, literatür bulguları ile uyumludur (19,20,21).

Kronik hastalığı olmadığı halde günlük yaşam etkinliklerinde tamamen başkasına ihtiyaç duyanlar açısından bu etkinlikler sıralaması; ayak tırnağını kesme (%7.9), merdiven inip çıkma (%3.4), evde dolaşma (%3.4), giyinme (%3.4), banyo yapma (%2.2), sokakta dolaşma (%2.2), yatağa yatıp kalkma (%2.2), sandalyeye oturup kalkma (%2.2), tuvalete oturup kalkma (%2.2), elini yüzünü yıkama (%2.2) ve yemek yeme (%2.2) dir (Tablo 4). Bulgular, literatür bulguları ile uyumludur (19,20,21).

Günlük yaşam etkinliklerinde, kronik hastalığı olanların en çok zorlandıkları etkinlik, ayak tırnağını kesme, banyo yapma ve merdiven inip çıkma iken, kronik hastalığı olmayanlarda ise ayak tırnağını kesmedir. Kronik hastalığı olanlarda kısıtlılık oranı daha yüksektir. Bu beklenir bulgu, literatür bulguları ile uyumludur (17).

Kronik hastalığı olanlar yararlı günlük yaşam etkinliklerinden, ağır ev işleri yapma (%33.1), çamaşır yıkama ve ütü yapma (%32.6), alış veriş yapma (%25.8), yatağını toplama (%16.1), basit ev işleri yapma (%16.1), yemek hazırlama (%14.0) ve kahvaltı hazırlama (%10.2) konularında tamamen başkasına ihtiyaç duymaktadırlar (Tablo 5).

Kronik hastalığı olmayanlar yararlı günlük yaşam etkinliklerinden, ağır ev işleri yapma (%20.2), çamaşır yıkama ve ütü yapma (%19.1), basit ev işleri yapma (%12.4), alış veriş yapma (%7.9), yatağını toplama (%6.7), yemek hazırlama (%4.5) ve kahvaltı hazırlama (%2.2) konularında tamamen başkasına ihtiyaç duymaktadırlar (Tablo 5).

Yararlı günlük yaşam etkinlikleri açısından kronik hastalığı olanlarda ve olmayanlarda kısıtlılık en çok ağır ev işleri yapma ve çamaşır yıkama işlevlerindedir. Ancak kronik hastalığı olmayanlarda oranlar daha düşüktür.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma grubunun çoğunluğunu bir kronik hastalığı olanlar oluşturmaktadır.

Kronik hastalık varlığı ile düzenli doktor kontrolü durumu, ilaç kullanma durumu, diyet yapma durumu, uyku düzeni durumu, eğitim durumu, yaşayan çocuk sayısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Kronik hastalığı olanların en çok zorlandıkları günlük yaşam etkinlikleri, ayak tırnağını kesmek, banyo yapmak ve merdiven inip çıkmak iken, kronik hastalığı olmayanların en çok zorlandıkları günlük yaşam etkinliği ayak tırnağını kesmektir. Kronik hastalığı olanlarda kısıtlılık oranı daha büyüktür.

Yararlı günlük yaşam etkinliklerinde kronik hastalığı olanlarda ve olmayanlarda kısıtlılık en çok ağır ev işleri yapmak ve çamaşır yıkamaktadır. Ancak kronik hastalığı olmayanlarda oranlar daha düşüktür.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

* Beden ve ruh sağlığına yönelik “Yaşlılığa ve Emekliliğe Hazırlık” konularında programlar hazırlanarak, uygulamaya konulmalıdır. Bu konuda iletişim araçları kullanılmalı, medyanın da desteği sağlanmalıdır.

* Yaşlılar sağlıkları açısından öncelikli risk grubu olarak kabul edilmeli, yaşlılara götürülecek sağlık hizmetleri ana-çocuk sağlığı gibi ayrı kurulmuş yaşlı sağlık merkezleri yolu ile olmalıdır.

* Yaşlıyı sakat bırakıp başkalarına bağımlı hale getiren çeşitli hastalıkların erken tanı ve tedavisi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

* Ülke düzeyinde rehabilitasyon merkezleri kurulmalı ve yaşlılar belirli programlarla eğitilerek yeniden çalışma hayatına dönebilecekleri beceriler kazanabilmelilerdir.

* Geriatri merkez ve hastaneleri kurulmalı, yeterli sayıda geriatri uzmanı ve geriatri hizmeti verecek personel yetiştirilmelidir.

* Yaşlı bakımına çözüm olarak “Evde Bakım” hizmetlerinin uygun bir temel oluşturularak ihtiyacı olan kişilere mobil yemek servisleri, ev temizlik servisleri, hastalandıklarında sağlık merkezlerine ulaştıracak ulaşım servisleri, evde hasta bakımını sağlayacak servisler kurulmalı, elektrik, su, telefon faturalarını ödemek ve kuyruklarda beklemelerini önlemek üzere bir sistem geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

* Ülkemizde halen yaşlı hizmeti veren ve birbirinden bağımsız çalışan az sayıda kurumun ürettiği hizmetlerin eşgüdüm içinde yürütülmesi sağlanmalıdır.

* Gerekse dahilinde yatılı, gündüzlü evde bakım merkezleri ve yaşlı kulüpleri açılmalı, sayıları artırılarak

alternatif hizmet modelleri geliştirilmelidir.

* Herşeyden önce, sosyal güvencesi olmayan tüm yaşlılar sosyal güvenlik kapsamına alınmalı, 2022 sayılı yasa gereği 65 yaş ve üzerindeki kişilere ödenen aylıklar ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri düzeye çıkarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. T.C. Başbakanlık, Devlet Planlama Teşkilatı, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. “4. Bölüm”. Başbakanlık Basımevi. s.: 285. Ankara, 1989.
2. Rengin E., Algün C., Ergöçmen B., ve ark. “Yaşlılık Grubu Raporu” “5. Bölüm”. 1. Ulusal Sağlık Kongresi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara, Mayıs 1992: s.:235-40.
3. Aytağ M.A. “Türkiye Nüfusu ve Gelişimi”. Sağlıkta Strateji. SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını. Pelin Ofset Matbaacılık. Ankara, Eylül 1998: 19: 12-4.
4. Yalçın M, Bardak M. Sağlık İstatistikleri. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını. No: 595. Ankara: Kasım 1997:5.
5. Arda B. Yaşlı Hastaya Yaklaşımın Etik ve Hukuksal Boyutu. Geriatri 2000. Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri. Ankara, 2000: s.:43-4.
6. Unicef, Dünya Çocuklarının Durumu. “Panel 18”. Ankara, 1998: 77.
7. Sarp N. “Aktif Yaşlanma” Aktif Yaşlanma Paneli. [CD-ROM] Ankara, 7 Nisan 1999.
8. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği. Somgür Yayıncılık. Ankara, Eylül 1993.
9. Ülkü N. “Aktif Yaşlanma ve MESEV’in Yaşlı Bakımı Konusunda Çalışmaları” Aktif Yaşlanma Paneli. [CD-ROM] Ankara, 7 Nisan 1999.
10. Republic of Turkey Ministry of Health. Health Project General Coordination Unit. National Health Policy of Turkey. “Target 23, Health Of The Elderly”. Ankara, April 1993: 67.
11. Laplant M, Carlson D. Disability in the United States: Prevalence and Causes. Disability Statistics Report 7. California University. San Francisco Inst. For Health and Aging. 1996:185.
12. Büyükoçkun A. Yaşlı Bireyin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. Doktora Tezi. Ankara, 1990.
13. Piyal B, Piyal YB. Activity Restriction Situation According to the Groningen Scale Among Pensioners or Their Widows 55 years of Age and Older- Who Receive Their Pensions From Geçiren Special Operation Center of a Government Bank. Journal of Ankara Medical School. Araştırma Raporu. Ankara, 1998; 20:4.
14. Çivi S, Tandırcıoğlu T, Yayıcı M. “Yaşlılık ve Tıbbi Sorunları” Sağlık Dergisi. Sağlık Bakanlığı Yayını. C.65. Ankara, Mart 1993: 1: 19-26.
15. Ozanözü Z. “Aktif Yaşlanma Konusunda Halk Sağlığı Eğitiminin Yeri ve Önemi” Aktif Yaşlanma Paneli. [CD-ROM] Ankara, 7 Nisan 1999.
16. Aslan G, Kavaz S, Keçeli TA. Ankara İli, Akyurt İlçesinde Yaşayan Yaşlı Nüfusun Sorunları ve Beklentileri. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kırşal Hekimlik Eğitimi. Araştırma Raporu. Ankara, Kasım 1993.
17. Suurmeijer TPBM et al. The Groningen Activity Restriction Scale for Measuring Disability: Its Utility in International Comparisons, American Journal of Public Health, August 1994; 84: 1270-3.
18. Yardımcı AE. İstanbul’da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık

- Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995.
19. Ergör G, ve ark. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesindeki 65 Yaş ve Üzerindeki Kadınların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Etimesgut Sağlık Ocağı İntern Grubu Araştırması, Ankara, Nisan-Mayıs1995.
 20. Yardımcı E, Tümerdem Y, Yardımcı O. Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Bir Araştırma I, IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, 1996: 651-4.
 21. Piyal B, Piyal YB. Kent Emeklilerinin Yaşama Koşullarının İyileştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin İşlevleri, Kentleşme Sürecinde Sosyal Hizmet Sempozyumu Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya 1998.
 22. Çivi S, Tanrikulu ZM. YaşlılardaBağımlılık ve Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma, Geriatri Dergisi 2000, Cilt 3, Sayı 3, www.ato.org.tr/ konuk/geriatri.
 23. Diker J. Körfez 6 No' lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgelerinde 65 Yaş Üzerindeki Kişilerde Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı, Geriatri Dergisi 2000, Cilt 3, Sayı 3, www.ato.org.tr/ konuk/geriatri.
 24. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda İlaç Tüketimi, Geriatri Dergisi 2000, Cilt 3, Sayı 2, www.ato.org.tr/ konuk/ geriatri.
-
- Geliş Tarihi:** 19.07.2001
- Yazışma Adresi:** Ü. Gülsüm E. ÜNSALDI
Çubuk Sağlık Meslek Lisesi, ANKARA