



**1. INTERNATIONAL CONGRESS
OF GERONTOLOGY
FULL TEXTS BOOK**

EDITED BY
Asst. Prof. Dr. Fatma HASTAOGLU
Assoc. Prof. Dr. Funda EVCİLİ

March 18-20, 2022- Sivas
ISBN: 978-625-8377-06-4

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

March 18-20, 2022, Sivas, TURKEY



ORGANIZED AND PROJECTED BY
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
İKSAD- INSTITUTE OF ECONOMIC DEVELOPMENT AND SOCIAL RESEARCH
GERONTOLOGY STUDIES APPLICATION AND RESEARCH CENTER

FULL TEXTS BOOK

EDITED BY
Asst. Prof. Dr. Fatma HASTAOĞLU
Assoc. Prof. Dr. Funda EVCİLİ

All rights of this book belong to **İKSAD Publishing House**.
Without permission can't be duplicate or copied.
Authors of chapters are responsible both ethically and juridically.
www.uluslararasıgerontoloji.cumhuriyet.edu.tr

Issued: **28.03.2022**
ISBN: **978-625-8377-06-4**

CONGRESS ID

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

DATA AND PLACE

March 18-20, 2022, Sivas, TURKEY

CONGRESS CHAIR

Asst. Prof. Dr. Fatma HASTAOGLU

COORDINATOR

Gulnaz GAFUROVA

PRESENTATION

Oral Presentation/ Virtual

PARTICIPANT COUNTRIES

**TURKEY, ALGERIA, AZERBAIJAN, UK, IRAN, CHILE, VIETNAM, SAUDI ARABIA,
SUDAN, LEBANON, CHINA, KAZAKHSTAN, PAKISTAN, INDIA, ROMANIA,
MALAYSIA, SWEDEN, OMAN, USA, ITALY, LITHUANIA, INDONESIA, TUNISIA,
CANADA, CROATIA, EGYPT, SLOVENIA, UKRAINE, POLAND, GREECE**

TOTAL NUMBER OF PAPERS: 172

THE NUMBER OF PAPERS FROM TURKEY: 85

OTHER COUNTRIES: 87

EVALUATION PROCESS

All applications have undergone a double-blind peer review process

HONORARY BOARD

Prof. Dr. Alim YILDIZ, Rector of Sivas Cumhuriyet University, Turkey

PRESIDENT

Asst. Prof. Dr. Fatma HASTAOGLU, Director of Sivas Cumhuriyet University Gerontology
Studies Application And Research Center

CO- PRESIDENTS

Assoc. Prof. Dr. Funda EVCILI, Asistant Director of Sivas Cumhuriyet University Gerontology
Studies Application And Research Center

Asst. Prof. Dr. Sevda HASTAOGLU ORGEN, Asistant Director of Sivas Cumhuriyet
University Gerontology Studies Application And Research Center

ORGANIZATION COMMITTEE MEMBERS

Prof. Dr. Germán Martínez Prats, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México

Prof. Dr. Hilmi ATASEVEN, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Prof. Dr. Osman ERKMEN, Gaziantep University, Turkey

Prof. Dr. Serkan AKKOYUN, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Funda EVCILI, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Asst. Prof. Dr. Fatma HASTAOGLU, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Asst. Prof. Dr. Fatma TOK YILDIZ, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Asst. Prof. Dr. Gokhan KURT, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Asst. Prof. Dr. Gulşen GUCLU, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Asst. Prof. Dr. Sebahattin KARABULUT, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Asst. Prof. Dr. Sevda HASTAOGLU ORGEN, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Dr. Mehmet Emin KALGI, IKSAD, Turkey

Elvan CAFEROV, Azerbaijan State Pedagogical University, Azerbaijan

SCIENTIFIC AND ORGANIZATION SECRETARY

Asst. Prof. Dr. Fatma TOK YILDIZ, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Asst. Prof. Dr. Gulsen GUCLU, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Lecturer. Levent ACIKGOZ, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Lecturer. Rahime OZSOY, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Gulnaz GAFUROVA, Koordinatör

SCIENTIFIC COMMITTEE MEMBERS

Emeritus Prof. Dr. Terence SEEDSMAN, Victoria University, Australia

Prof. Dr. Ahmet Turan ISIK, Dokuz Eylul University, Turkey

Prof. Dr. Aliye OZENOGU, Uskudar University, Turkey

Prof. Dr. Andrea HELMER-DENZEL, Duale Hochschule Baden Wurttemberg, Germany

Prof. Dr. Andreas EHGARTNER, Rosenheim University Of Applied Sciences

Prof. Dr. Andreas KRUSE, Heidelberg University, Germany

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN, Ege University, Turkey

Prof. Dr. Aylin GORGUN BARAN, Hacettepe University, Turkey

Prof. Dr. Bernd SEEBERGER, Umit University, Austria

Prof. Dr. Feray GOKDOGAN, Cyprus International University, North Cyprus

Prof. Dr. Gentaro MIZUGAKI, Nara Women's University

Prof. Dr. Gerhard NAEGELE, Technical University Of Dortmund, Germany

Prof. Dr. Gorill HAUGAN, Norwegian University Of Science And Technology, Norway

Prof. Dr. Hafiz KHAN, University Of West London, England

Prof. Dr. Hasan Huseyin BASIBUYUK, Akdeniz University, Turkey

Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Prof. Dr. Havva TEL, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Prof. Dr. Hiroko AKIYAMA, Tokyo University, Japan

Prof. Dr. Hisao OSADA, J.F. Oberin University, Japan

Prof. Dr. Ismail TUFAN, Akdeniz University, Turkey

Prof. Dr. Jan BAARS, University Of Humanistic Studies University, Netherlands

Prof. Dr. Josef HILBERT, Ruhr University, Germany

Prof. Dr. Kamile KABUKCUOGLU, Akdeniz University, Turkey

Prof. Dr. Kayhan DELIBAS, Adnan Menderes University, Turkey

Prof. Dr. Metin OZKUL, Suleyman Demirel University, Turkey

Prof. Dr. Minako NAKABAYASHI, The University Of Toyama

Prof. Dr. Monika REICHERT, The Technical University Dortmund, Germany

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOGLU, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Prof. Dr. Nuran GULER, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Prof. Dr. Rolf G. HEINZE, Ruhr University, Germany

Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU, Hacettepe University, Turkey

Prof. Dr. Sara Carmel BEN, Gurion University, Israel

Prof. Dr. Shingo TAREOKA, Nara Women's University

Prof. Dr. Tohru IFUKUBE, The University Of Tokyo, Japan

Prof. Dr. Velittin KALINKARA, Pamukkale University, Turkey

Prof. Dr. Yavuz SILIG, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Ahmet ALTUN, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Burcu AKPINAR SOYLEMEZ, Dokuz Eylul University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Derya KAYA, Dokuz Eylul University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Emre Senol DURAK, Abant Izzet Baysal University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Esra ATES BULUT, Adana City Training and Research Hospital, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Fatma OZKAN TUNCAI, Sivas Cumhuriyet University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Gulusan OZGUN BASIBUYUK, Akdeniz University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Harun CEYLAN, Yalova University, Turkey

Assoc. Prof. Dr. Handan GULER, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Isil KALAYCI, Suleyman Demirel University, Turkey

SCIENTIFIC COMMITTEE MEMBERS

Assoc. Prof. Dr. Mahir BUDAK, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Mahir KORKMAZ, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Nilufer KORKMAZ YAYLAGUL, Akdeniz University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Omer Osman PALA, Abant Izzet Baysal University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Ozlem ULGER, Batman University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Sema OGLAK, Adnan Menderes University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Sevnaz SAHIN, Ege University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Tulay KARS FERTELLI, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Yilmaz DASLI, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Assoc. Prof. Dr. Zeynep Deniz SAHIN INAN, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Ahmet AKTAS, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Asim GEDIKLI, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Ayca TAS, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Aysegul OZTURK BIRGE, Ankara University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Emre BIRINCI, Anadolu University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Gokce Yagmur GUNES GENCER, Akdeniz University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Gokhan EVCILI, Sağlık Bilimleri University, Turkey
Asst. Prof. Dr. Nurcan BAGLAM, Sivas Cumhuriyet University, Turkey
Dr. Ali Ekrem AYDIN, Sivas Numune State Hospital, Turkey
Dr. Asli Saylan KIRMIZIGUL, Erciyes University, Turkey
Dr. Bashir Ali SALEH, Al-Jabal Al-Gharbi University, Libya
Dr. Francisca Silva Hernández, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México
Dr. Giscard Assoumou ELLA, University of Toulon, France
Dr. Orhun Burak SOZEN, Gaziantep University, Turkey
Dr. Özge DOKUZLAR, Association of Geriatric Science, Turkey
Dr. Pelin CELIK, Sivas Cumhuriyet University
Dr. Ragif HUSEYNOV, The College of Tomori Pall, Hungary
Dr. Suleyman Emre KOCYIGIT, İzmir University of Health Sciences, Turkey
Tavaldieva Gulbaxar NISHANOVNA, Tashkent Chemistry-Technology Institute

PHOTO GALLERY

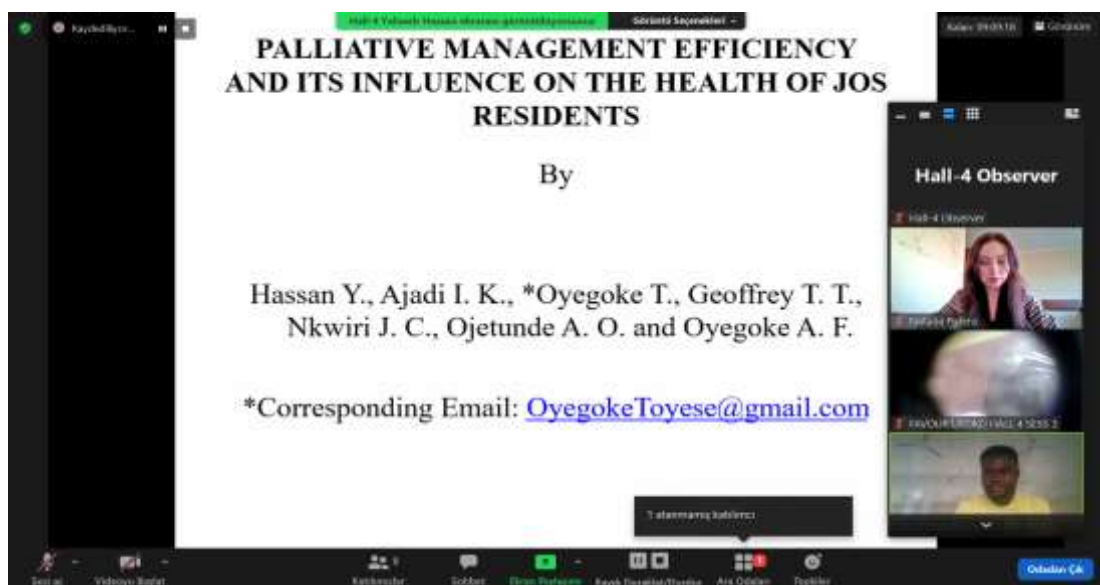
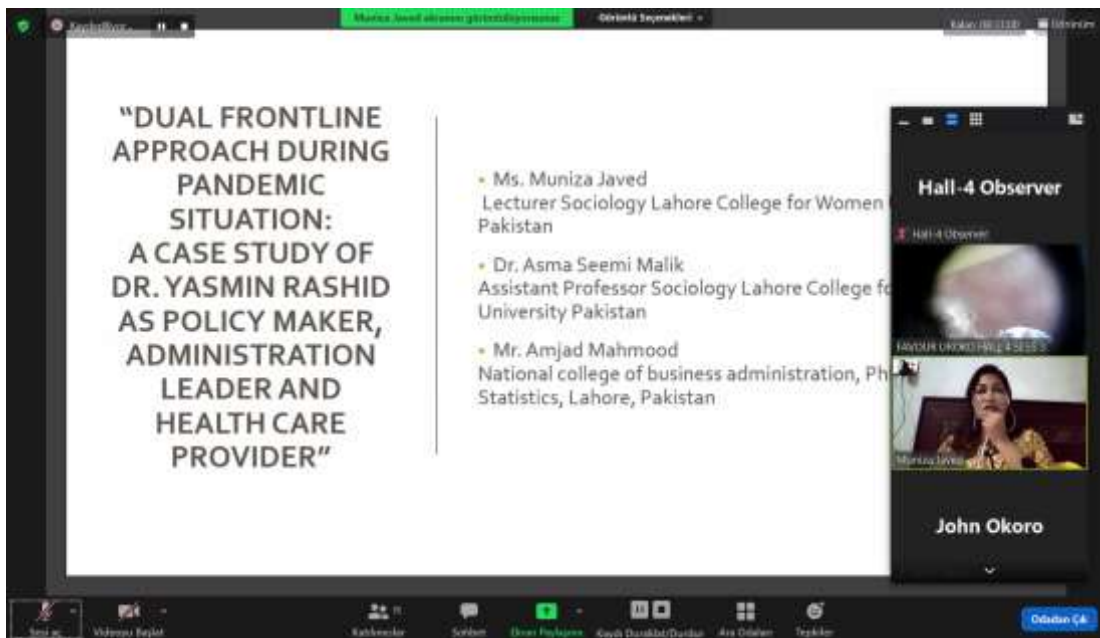
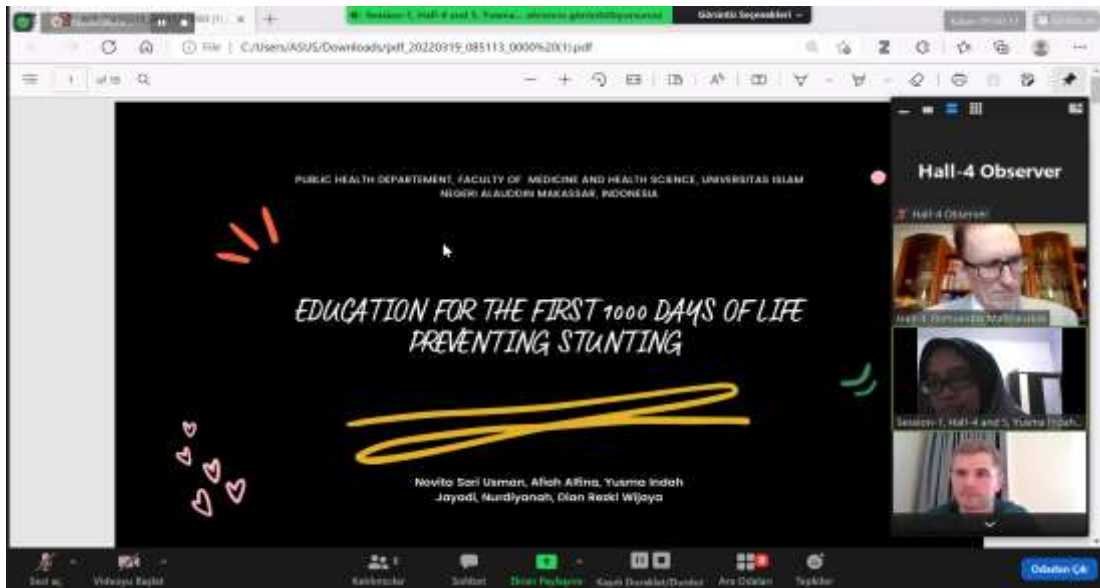


PHOTO GALLERY

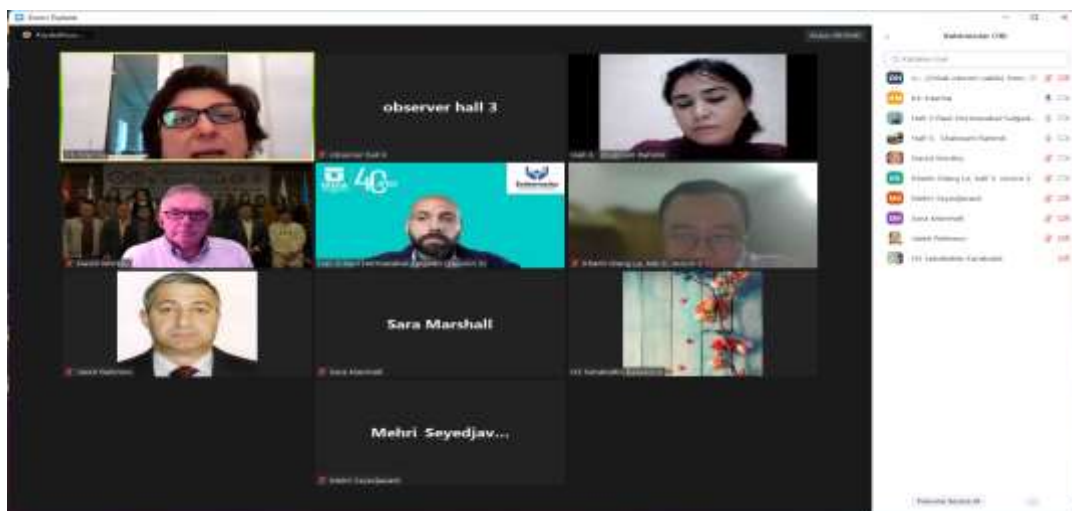
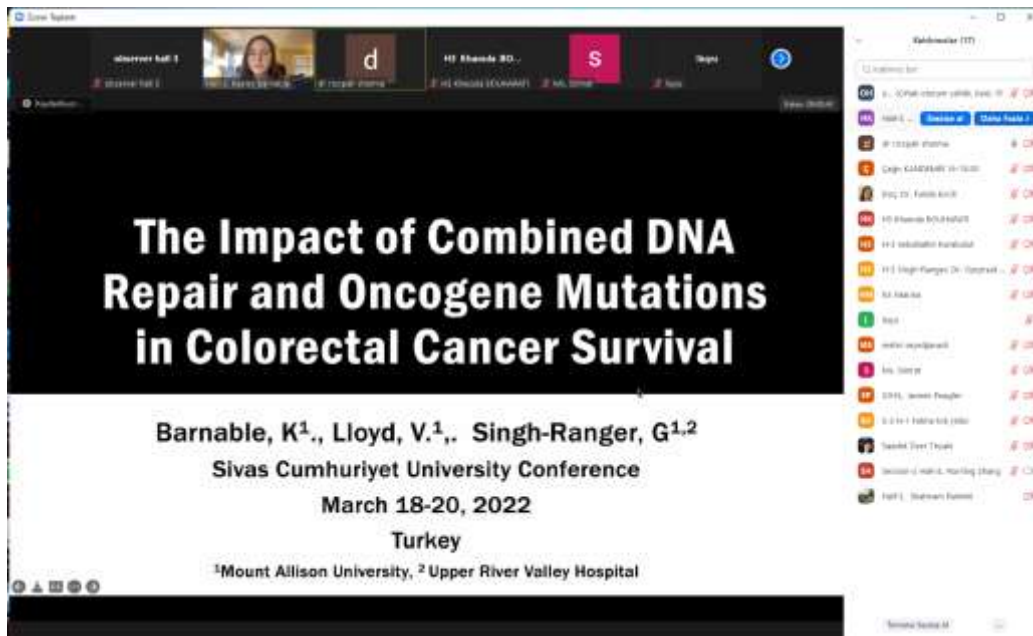


PHOTO GALLERY

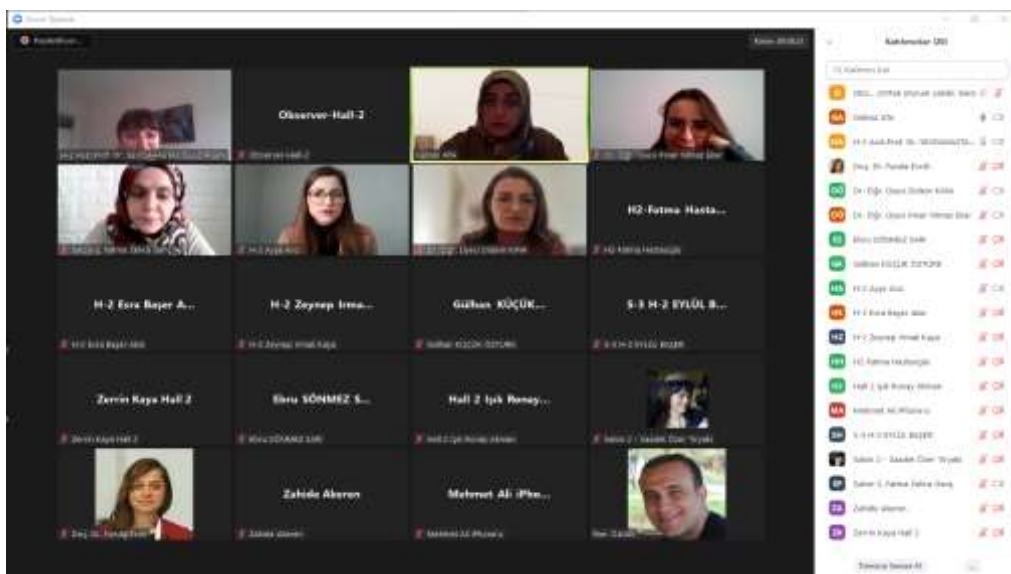
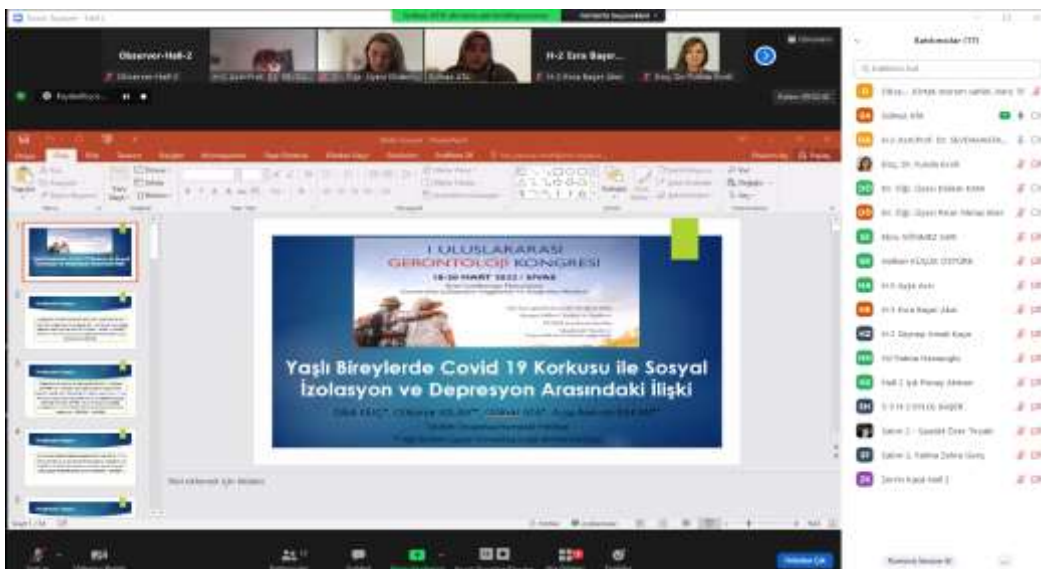
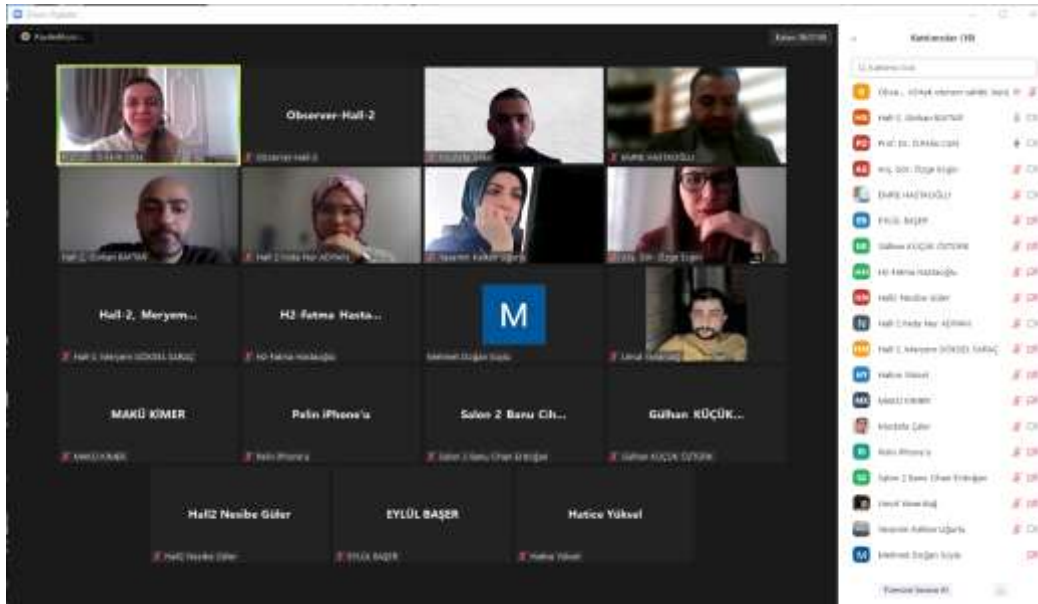


PHOTO GALLERY

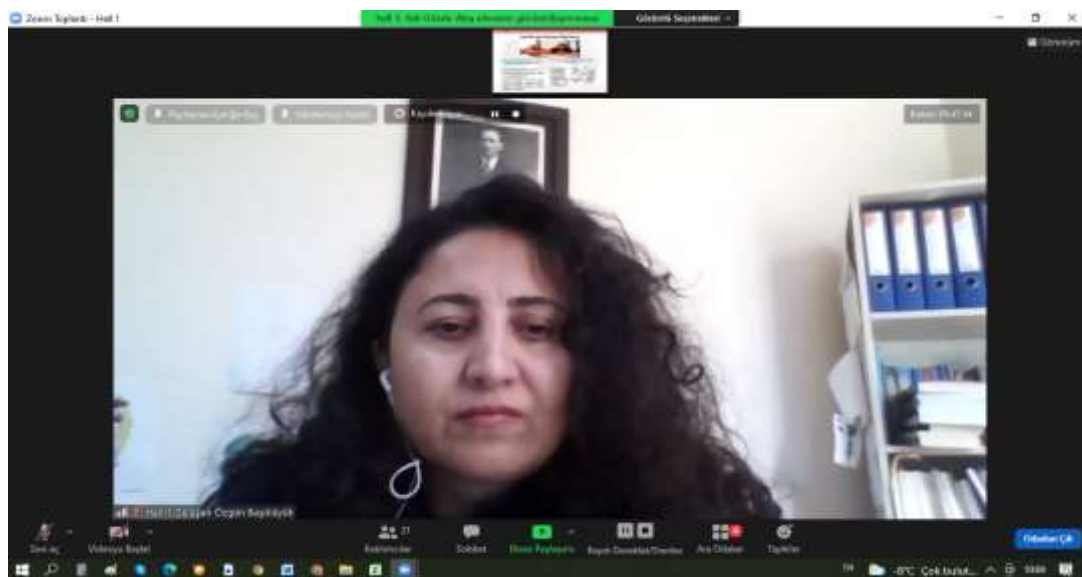
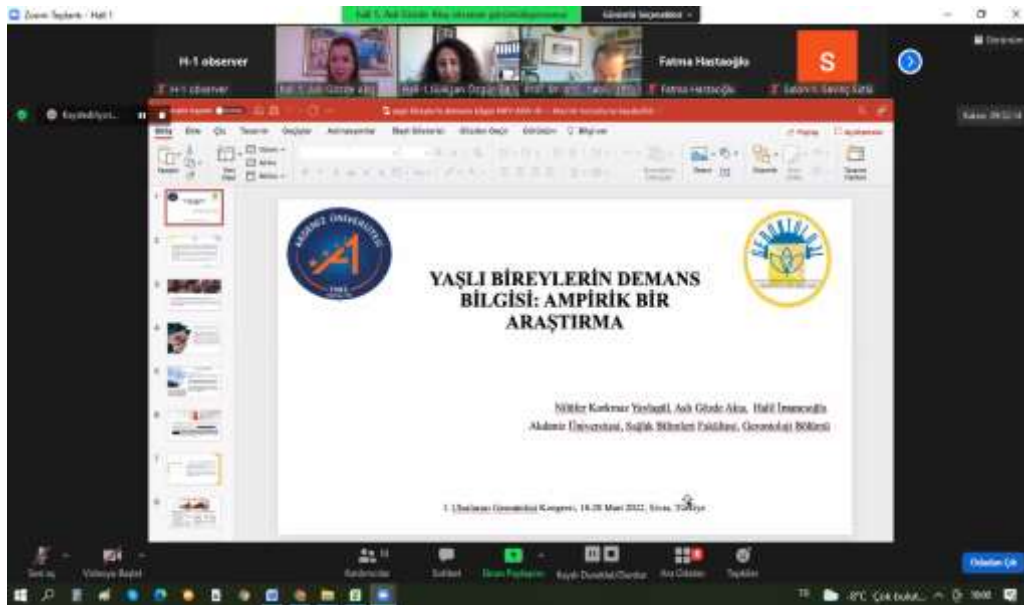


PHOTO GALLERY



PHOTO GALLERY



PHOTO GALLERY

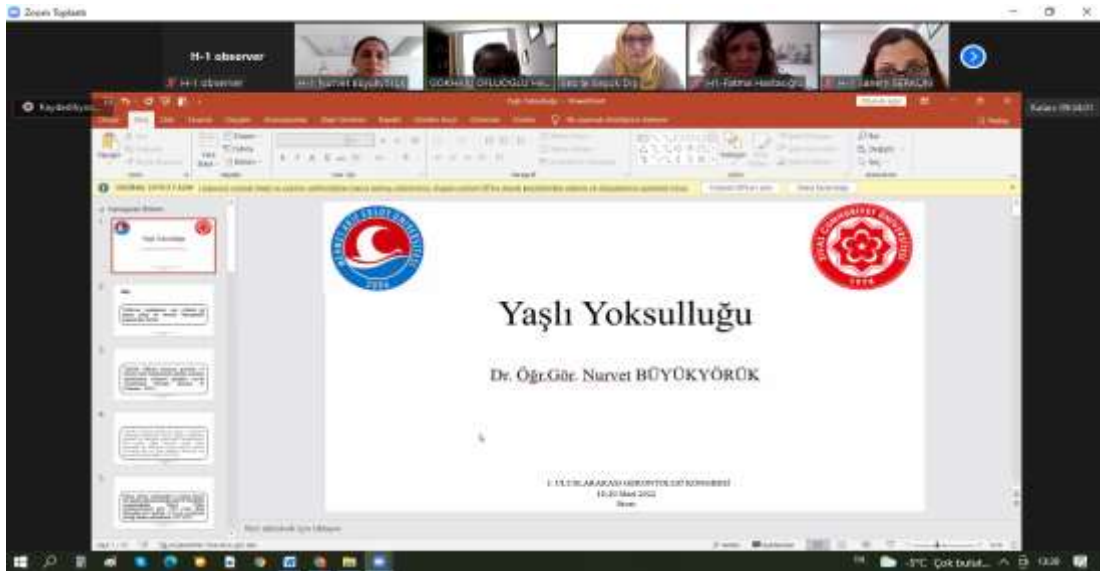


PHOTO GALLERY

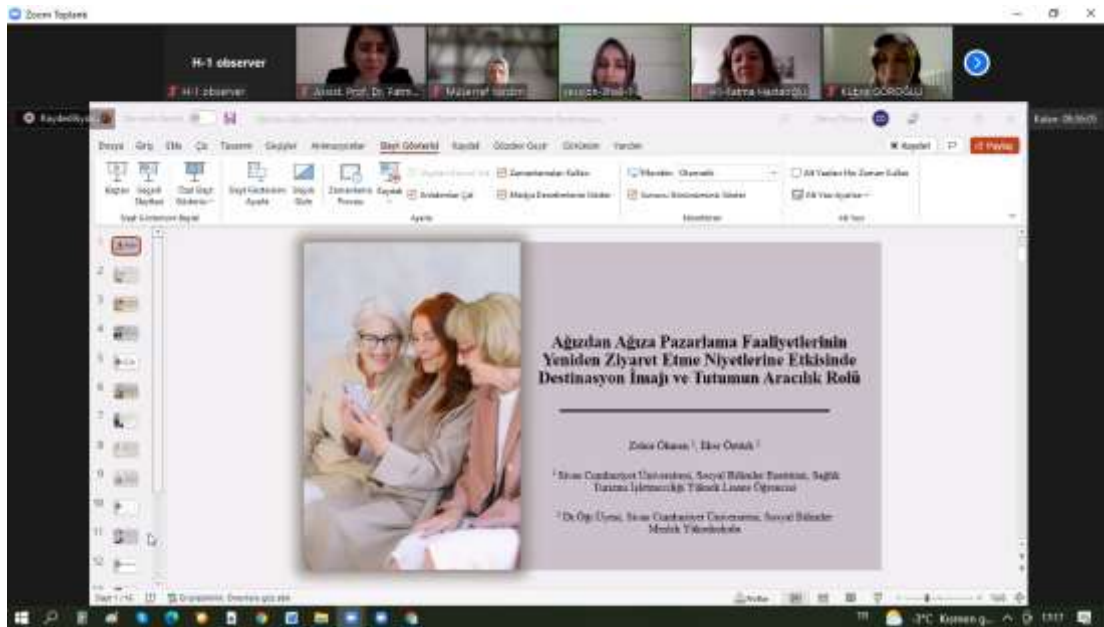


PHOTO GALLERY



PHOTO GALLERY

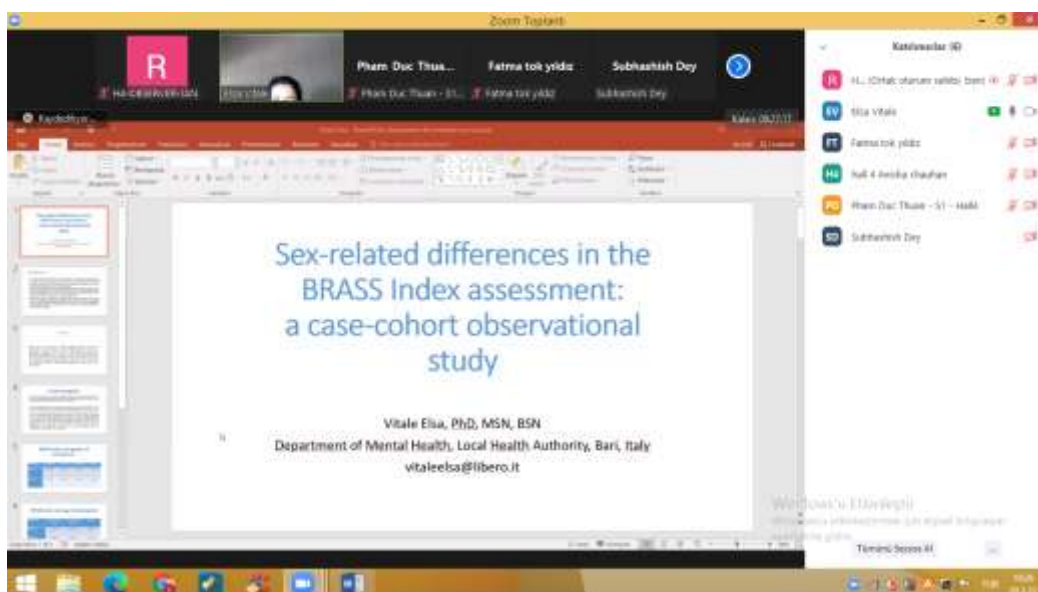
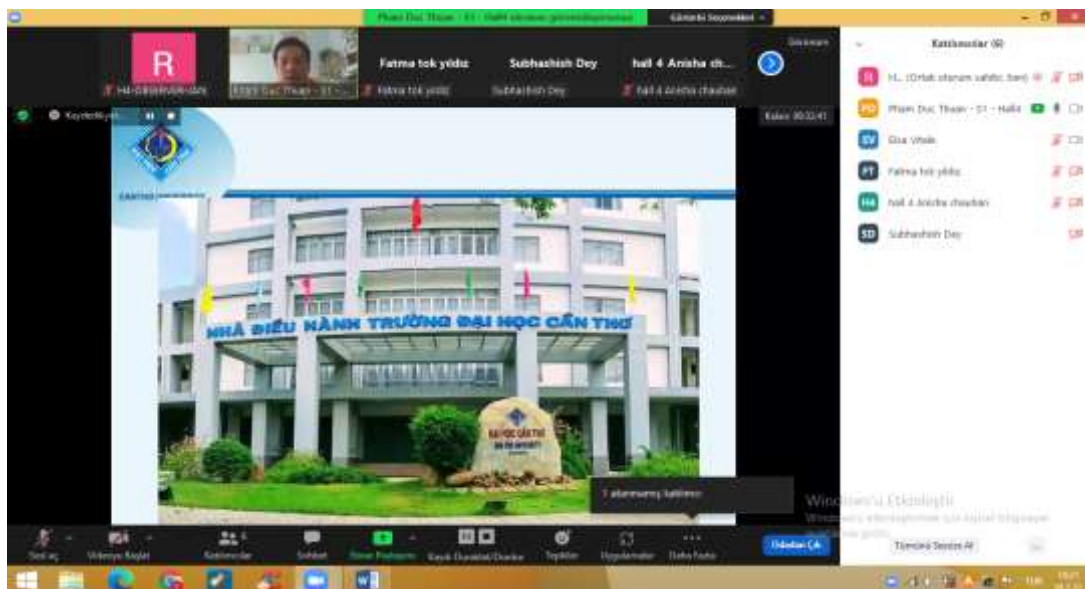
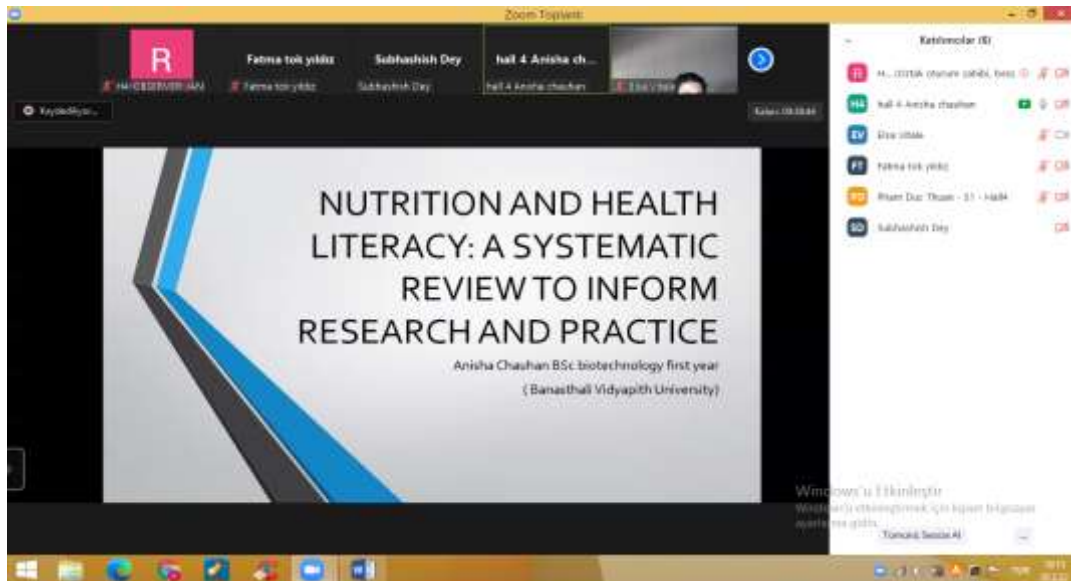
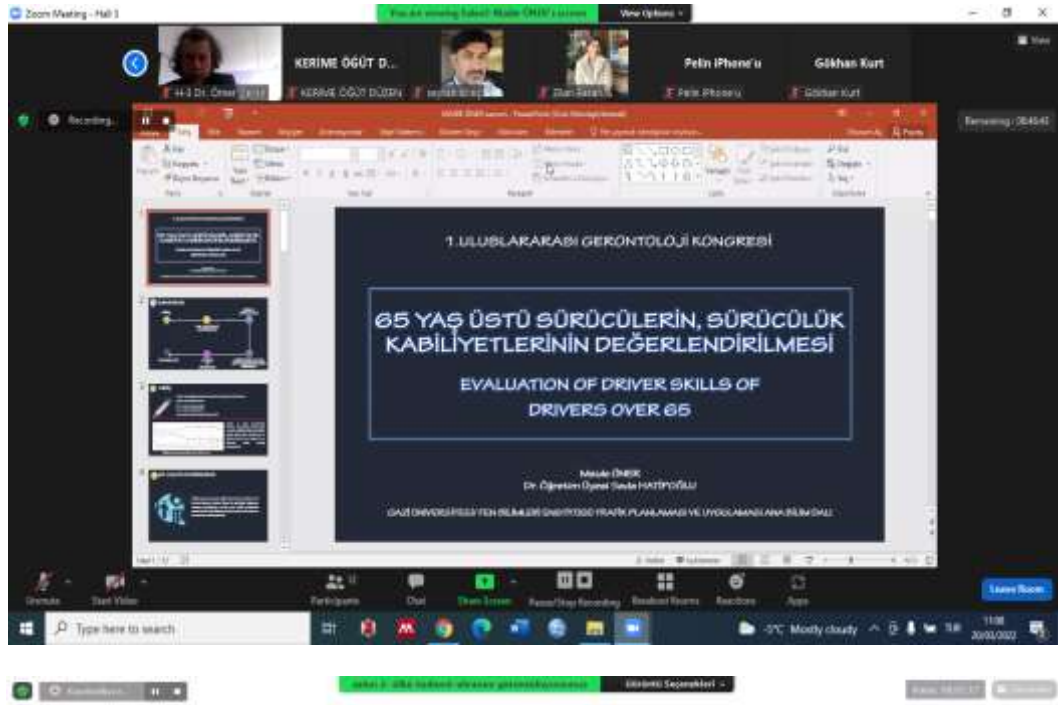


PHOTO GALLERY



KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLILARIN COVID-19 PANDEMİSİNDE YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

Ülkü ÖZDEMİR

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ-KAYSERİ

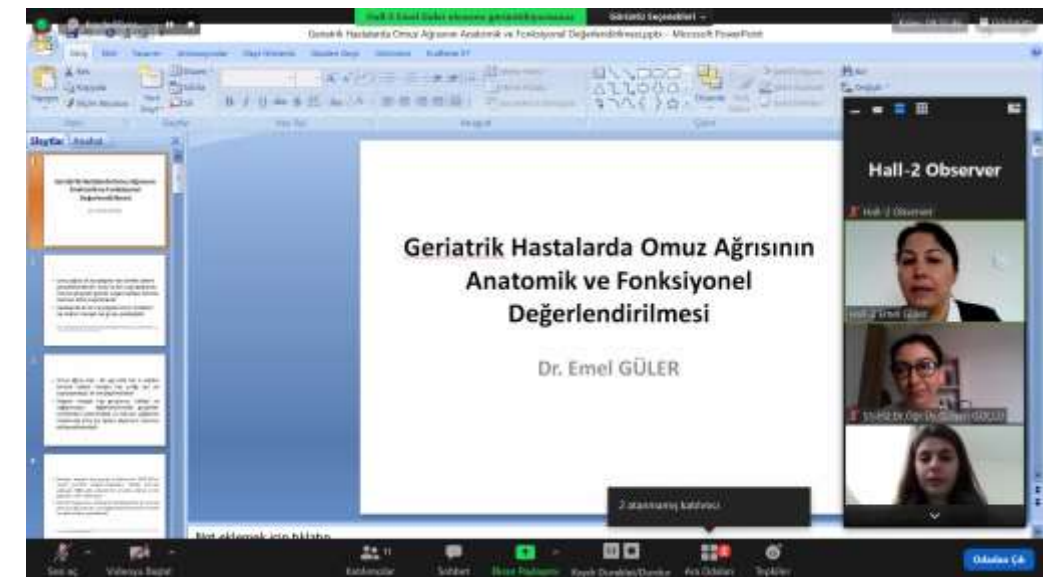


PHOTO GALLERY

görmeyi kolaylaştırma - Microsoft PowerPoint

Özellikler Giriş Ekle Tasarım Referans Verme Gözetim Gözetim Gözetim Gözetim

GÖZ ARDI EDİLEN
CİDDİ BİR SORUN:
YAŞLI İSTİSMARI,
İHMALİ VE
PSİKIYATRİ
HEMŞİRELİĞİ

ESMA DAYI
DOÇ.DR.DİLEK AVCI

Hall-2 Observer
Hall-2 Eda Yılmaz
Pinar Uysal Cantürk
Merve Güllüoğlu

Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Popülasyonda El Kavrama Kuvvetinin Presbifaki Parametreleri İle İlişkisi: Pilot Çalışma

Demet ÖZTÜRK
Haniçi Elhan Kitabı
Aptek Ayte Karakurtan

1. ULUSLARARASI GERONTOLOJİ KONGRESİ
18-20 MART 2022 / SİVAS
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Gerontoloji Çalışmaları Uygulama Ve Araştırma Merkezi

Hall-2 Observer
Hall-2 Eda Yılmaz
Pinar Uysal Cantürk

THE PRIMACY AND RECENCY EFFECT IN MEMORY OF PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT
(Hafif Kognitif Bozukluk Hastalarında Bellekte İlklik ve Sonluk Etkisi)

Dr. Öğretim Üyesi
Pinar UYSAL CANTÜRK
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

20.03.2022
Sesli Sunum - Hall-2
Sıra (1/10): 20:00 - 21:00
Meeting ID: 907 5209 2762 | Password: 815924
İstanbul: Nispetiye, Pınar, Doç. Dr. Pinar Uysal Cantürk
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GERONTOLOJİ VE YAŞLI BAKIM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Hall-2 Observer
Pinar Uysal Cantürk
Merve Güllüoğlu
Merve Güllüoğlu

PHOTO GALLERY

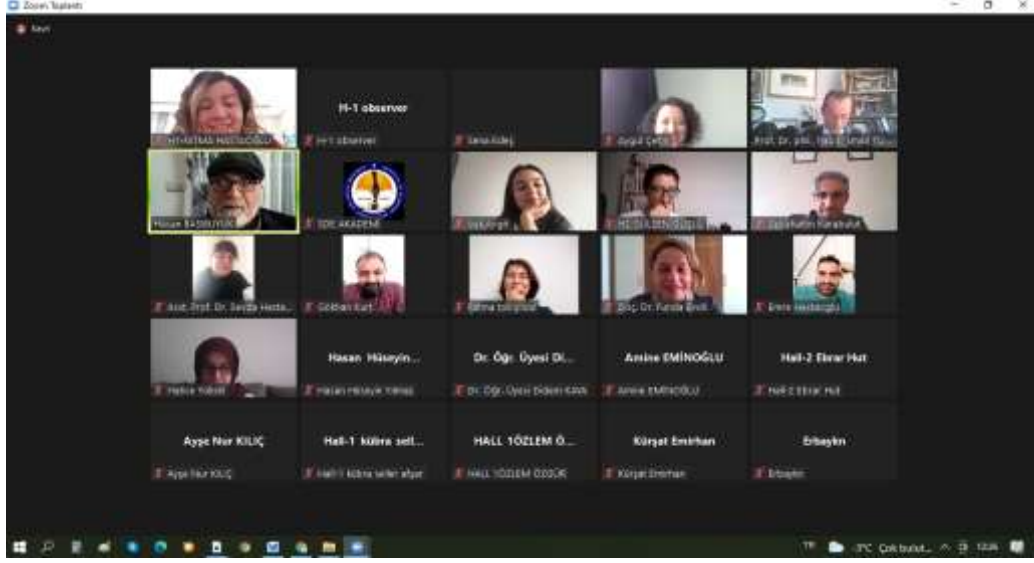


PHOTO GALLERY



Although the definition of Age is often used interchangeably, age, old age and the aging process are different concepts from each other. 'Age' refers to the time elapsed after birth chronologically, while 'Old' is used for people over a certain age. While 'old age' is a developmental period that should be evaluated such as infancy, adolescence and adulthood, 'Aging Process' refers to the period starting from the intrauterine period until death, which includes all these concepts.

With the prolongation of life expectancy at birth, developments in the field of health, and the increase in diagnosis and treatment opportunities, the elderly population has increased significantly in the world and in our country. According to the data of the Turkish Statistical Institute (TUIK), the ratio of the elderly population in the total population in our country was 8.2% in 2015, it increased to 9.7% in 2021. This rate rises up to 13.5% for Sivas province. In other words, the rate of the elderly population in our city is higher than the rate of the elderly population in Turkey.

With the increasing elderly population, new concepts and new needs have come to the fore. Gerontology, one of these concepts, is a science that carries out scientific research on aging and aging processes, develops active aging processes based on scientific findings, analyzes not only the elderly but also the aging process in every aspect (social, economic, physiological and cultural) in social life. Gerontology as a multidisciplinary science reveals a very wide field of study.

As Sivas Cumhuriyet University Gerontology Studies Application and Research Center, we care about the health of the elderly and we know that multidisciplinary studies are needed in the aging processes. In the light of all this information, we are trying to shed light on the aging process with this congress. In the process, many subjects such as biological, social and psychological effects, social elderly assessments, education of the elderly, all problems experienced in the aging process, environmental influences, medical needs are discussed. We thank you for your great interest in our congress, the second of which we are planning to organize preferably between the same dates.

Today, we are older than yesterday, and we continue to age.

We would like to thank all our partners supporting us in organizing this congress, the Rector Prof. Dr. Alim YILDIZ for guiding us and presenting his ideas, the vice-rector Prof. Dr. Hilmi ATASEVEN, Orhan KOÇ, General Manager of Disabled and Elderly Services at the Ministry of Family and Social Services, Akdeniz University Gerontology Department Prof. Dr. İsmail TUFAN, İKSAD for being our partner in organizing this successful congress and all academics for their contributions and participation.

Sivas Cumhuriyet University
Gerontology Studies Application and Research Center
Asst. Prof. Dr. Fatma HASTAOĞLU



SIVAS CUMHURİYET UNIVERSITY
GERONTOLOGY STUDIES APPLICATION AND RESEARCH CENTER

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY



CONGRESS PROGRAM



Meeting ID: 859 5199 2701
Passcode: 011011

IMPORTANT, PLEASE READ CAREFULLY

- ✓ To be able to make a meeting online, login via <https://zoom.us/join> site, enter ID instead of "Meeting ID or Personal Link Name" and solidify the session.
- ✓ The presentation will have **15 minutes** (including questions and answers).
- ✓ The Zoom application is free and no need to create an account.
- ✓ The Zoom application can be used without registration.
- ✓ The application works on tablets, phones and PCs.
- ✓ Speakers must be connected to the session **10 minutes before** the presentation time.
- ✓ All congress participants can connect live and listen to all sessions.
- ✓ During the session, your camera should be turned on at least %70 of session period
- ✓ Moderator is responsible for the presentation and scientific discussion (question-answer) section of the session.

TECHNICAL INFORMATION

- ✓ Make sure your computer has a microphone and is working.
- ✓ You should be able to use screen sharing feature in Zoom.
- ✓ Attendance certificates will be sent to you as pdf at the end of the congress.
- ✓ Moderator is responsible for the presentation and scientific discussion (question-answer) section of the session.

Before you login to Zoom please indicate your name surname and hall number,
exp. Hall-1, Name Surname

ÖNEMLİ, DİKKATLE OKUYUNUZ LÜTFEN

- ✓ Kongremizde Yazım Kurallarına uygun gönderilmiş ve bilim kurulundan geçen bildiriler için online (video konferans sistemi üzerinden) sunum imkanı sağlanmıştır.
- ✓ Sunumlar için **15 dakika** (soru ve cevaplar dahil) süre ayrılmıştır.
- ✓ Online sunum yapabilmek için <https://zoom.us/join> sitesi üzerinden giriş yaparak "Meeting ID or Personal Link Name" yerine ID numarasını girerek oturuma katılabilirsiniz.
- ✓ Zoom uygulaması ücretsizdir ve hesap oluşturmaya gerek yoktur.
- ✓ Zoom uygulaması kaydolmadan kullanılabilir.
- ✓ Uygulama tablet, telefon ve PC'lerde çalışıyor.
- ✓ Her oturumdaki sunucular, sunum saatinden **10 dk öncesinde** oturuma bağlanmış olmaları gerekmektedir.
- ✓ Tüm kongre katılımcıları canlı bağlanarak tüm oturumları dinleyebilir.
- ✓ Moderatör - oturumdaki sunum ve bilimsel tartışma (soru-cevap) kısmından sorumludur.

TEKNİK BİLGİLER

- ✓ Bilgisayarınızda mikrofon olduğuna ve çalıştığına emin olun.
- ✓ Zoom'da ekran paylaşma özelliğine kullanabilmelisiniz.
- ✓ Katılım belgeleri kongre sonunda tarafınıza pdf olarak gönderilecektir
- ✓ Kongre programında yer ve saat değişikliği gibi talepler dikkate alınmayacaktır

Zoom'a giriş yaparken önce lütfen adınızı, soyadınızı ve SALON numaranızı yazınız

Örnek: Salon-1, İsim Soy isim

-OPENING CEREMONY-

Friday, March 18, 2022

09.30-09.35: Opening Speech (Asst.Prof.Dr.Fatma HASTAOĞLU)

09.40-09.45: Prof. Dr. David J.WORTLEY

İKSAD High Commission Member

International Society of Digital Medicine, The University of
Birmingham

09.45-09.50: Orhan KOÇ

Republic of Turkey Ministry of Family and Social Services General
Director of Services for the Disabled and Elderly (Adult Services in
Our Country)

09.50- 09.55: Prof. Dr. Alim YILDIZ

Rector of Sivas Cumhuriyet University

10.00: Panel Program

PARTICIPANT COUNTRIES:

TURKEY, ALGERIA, AZERBAIJAN, UK, IRAN, CHILE, VIETNAM, SAUDI ARABIA, SUDAN, LEBANON,
CHINA, KAZAKHSTAN, PAKISTAN, INDIA, ROMANIA, MALAYSIA, SWEDEN, OMAN, USA, ITALY,
LITHUANIA, INDONESIA, TUNISIA, CANADA, CROATIA, EGYPT, SLOVENIA, UKRAINE, POLAND,
GREECE

18.03.2022

Panel Session-1

Time (TURKEY) - 10:00-11:45

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. İsmail TUFAN

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Prof. Dr. İsmail TUFAN	<i>Akdeniz Üniversitesi</i>	TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA YAŞLANMA: GERONTOLOJİNİN PERSPEKTİFİNDEN SORULAR, SORUNLAR, ÇÖZÜMLER
Prof. Dr. Bernd SEEBERGER	<i>UMIT University, Austria</i>	DEMOGRAFIK DEĞİŞİM VE GERONTOLOJİK ETKİLERİ
Prof. Dr. phil. Esfandiar TABARİ	<i>Institute of Global Social Research</i>	İLERİ YAŞTA CEHALET
Uzm.Yrd. Rumeysa CEYLAN	<i>T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</i>	POLICIES AND SERVICES FOR OLDER PERSONS IN TURKEY

18.03.2022

Panel Session-2

Time (TURKEY) - 13:00-14:15

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. Hasan H. BAŞIBÜYÜK

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Prof. Dr. Hasan H. BAŞIBÜYÜK	<i>Akdeniz Üniversitesi</i>	ALZHEİMER HASTALIĞININ BİYOLOJİSİ VE EVRİMSEL KÖKENİ
Uzman Biyolog Saadet TIRYAKI	<i>Akdeniz Üniversitesi</i>	YAŞLANMAYA MÜDAHALE OLANAKLARI: KALORİ KISITLAMASI MİMETİKLERİ
Uzman Gerontolog Meliha GÜÇLÜ	<i>Akdeniz Üniversitesi</i>	YAŞAM ÖYKÜSÜ KARAKTERLERİNİN YAŞLANMA FİZYOLOJİSİ İLE İLİŞKİSİ
Uzman Biyolog Serhat BOZKURT	<i>Akdeniz Üniversitesi</i>	MORUSİNİN HS68 FİBROBLAST HÜCRELERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN <i>İN VİTRO</i> DEĞERLENDİRİLMESİ

18.03.2022

Panel Session-3

Time (TURKEY) - 14:30-15:45

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi</i>	UNUTKANLIK YAŞLININ KADERİ Mİ?
Doç. Dr. Derya KAYA	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi</i>	YAŞLILARDA DEPRESYON
Doç. Dr. Esra Ateş BULUT	<i>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>	YAŞLILARDA POLİFARMASİ VE UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI
Uzm. Dr. Fatma Sena DOST	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi</i>	YAŞLILARDA DÜŞMELER
Uzm. Dr. Ali Ekrem AYDIN	<i>Sivas Numune Hastanesi</i>	BAŞARILI YAŞLANMA

18.03.2022

Panel Session-4

Time (TURKEY) - 16:00-16:45

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU	<i>Hacettepe Üniversitesi</i>	GERİATRİ VE GERONTOLOJİ HEMŞİRELİĞİ DÜNYADA VE ÜLKEMİZDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ
Prof. Dr Ayfer KARADAKOVAN	<i>Ege Üniversitesi</i>	GERİATRİK BİREYLE İLETİŞİM VE HEMŞİRELİK BAKIM İLKELERİ
Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU	<i>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi</i>	PANDEMİ GÜNLERİNDE YAŞLILAR VE BAKIM YÖNETİMİ
Prof. Dr Feray GÖKDOĞAN	<i>Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi</i>	YAŞLILIK EYLEM PLANLARI

19.03.2022

Session-1 Hall-1

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Assoc. Prof. Dr. Gülüşan ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Assoc. Prof. Dr. Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL Dr. Aslı Gözde AKIŞ Halil İMANCIOĞLU	Akdeniz University	DEMENTIA KNOWLEDGE OF OLDER INDIVIDUALS: AN EMPIRICAL RESEARCH
Sevinç SÜTLÜ	Mehmet Akif Ersoy University	THE CHALLENGE OF LONG LIFE: CARE BURDEN
Sevinç SÜTLÜ	Mehmet Akif Ersoy University	COVID 19 PANDEMIC AND NURSING HOMES
Lutfiye İPEK Gökçe Yağmur GÜNEŞ GENCER	Akdeniz University	GERONTOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE CONCEPT OF CAREGIVER BURDEN
Mehmet Selman ÖNTAN Özge DOKUZLAR	Yusufeli State Hospital, Internal Medicine Department Geriatric Sciences Society, Izmir, Turkey	IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN SERUM HOMOCYSTEINE LEVEL AND OSTEOPOROSIS IN OLDER ADULTS?
Assoc. Prof. Dr. Orhan GÜRSU Uzm. Yaşar AY	Akdeniz University	RESEARCH OF THE RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AND SPIRITUAL WELL-BEING IN THE OLD AGE
Selen AYDÖNER Gonca BUMIN	İstanbul Gelişim University Hacettepe University	A DIFFERENT PERSPECTIVE IN GERIATRIC REHABILITATION: HORTICULTURAL THERAPY
Selen AYDÖNER Gonca BUMIN	İstanbul Gelişim University Hacettepe University	INVESTIGATION OF THE OCCUPATIONAL BALANCE OF CAREGIVERS OF GERIATRIC INDIVIDUALS
Deniz AKKAYA KOZAK Assoc. Prof. Gülüşan ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK	Akdeniz University	THE RELATIONSHIP BETWEEN MEASURES AGAINST THE COVID-19 PANDEMIC AND THE PSYCHOLOGICAL DISTRESS LEVELS OF OLDER ADULTS IN TURKEY: ANTALYA SAMPLE
Emel CALISKAN BOZYEL Ozlem IPAR	Bezmialem Vakif University	ASSOCIATION BETWEEN ANTICHOLINERGIC DRUG BURDEN WITH COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT PARAMETERS IN OLDER PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

19.03.2022

Session-2 Hall-1

Time (TURKEY) - 13:00-15:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Assoc. Prof. Gökhan OFLUOĞLU

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Nurvet BÜYÜKYÖRÜK	<i>Burdur Mehmet Akif Ersoy University</i>	ELDERLY POVERTY
Assoc. Prof. Dr. Sanem BERKÜN	<i>Bilecik Şeyh Edebali University</i>	PROBLEMS ELDERLY FACE IN CITIES: BILECIK CASE
Assoc. Prof. Dr. Sebile BAŞOK DİŞ	<i>Necmettin Erbakan University</i>	A THEORY OF AGING: CİCERO'S VIEW OF AGING AND OLD AGE
Esra BAŞER AKIN Mukadder MOLLAOĞLU	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	THE DEVELOPMENT OF ELDERLY TOURISM AND ITS EFFECT ON INDIVIDUALS
Assoc. Prof. Gökhan OFLUOĞLU	<i>Zonguldak Bülent Ecevit University</i>	EMPLOYMENT PROBLEMS OF THE OLD LABOR
Özge KUTLU DÖNMEZ Assoc. Prof. Dr. Deniz SAY ŞAHİN	<i>Burdur Provincial Health Directorate Burdur Mehmet Akif Ersoy University</i>	THE SILVER ECONOMY: A POTENTIAL STRENGTH FOR AN AGING WORLD
Nur Manolya ŞEN ÇATALKAYA	<i>Anadolu University</i>	AN INTERSECTIONAL PERSPECTIVE ON AGING STUDIES
Assist. Prof. (PhD) Arzu CILASUN KUNDURACI	<i>Yaşar University</i>	CREATING COMFORTABLE INTERIORS FOR TURKISH ELDERLY
Assoc. Prof. Dr. Deniz SAY ŞAHİN Özge KUTLU DÖNMEZ	<i>Burdur Mehmet Akif Ersoy University Burdur Provincial Health Directorate</i>	THANATOPHOBIA AS A BEHAVIORAL PROBLEM IN OLD AGE

19.03.2022

Session-3 Hall-1

Time (TURKEY) - 16:00-18:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Asst. Prof. Dr. Fatma TOK YILDIZ

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Lec. Uğur ATALAR Dr. Lec. Barış DEMİREL	<i>Kahramanmaraş İstiklal University Kırıkkale University</i>	AN ASSESSMENT ON COMMUNITY-BASED ELDERLY SUPPORT POLICIES: VEFA SOCIAL SUPPORT GROUPS
Lec. Uğur ATALAR Dr. Lec. Barış DEMİREL	<i>Kahramanmaraş İstiklal University Kırıkkale University</i>	COMPARISON OF CHINA AND TURKEY IN ELDERLY CARE POLICIES
Fatma TOK YILDIZ Fatma HASTAOĞLU	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	ATTITUDES OF ELDERLY CARE PERSONNEL TO PRIVACY
GÖROĞLU Kübra HASTAOĞLU Fatma	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	DETERMINING THIRD AGE TOURISTS TOURISM PERCEPTIONS
Assoc. Prof. Dr. Müşerref YARDIM Dr. Betül KARAKOYUNLU	<i>Necmettin Erbakan University Konya Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü</i>	COMPARISON OF ELDERLY CARE POLICIES OF TURKEY AND ITALY IN THE COVID-19 PROCESS
Zehra ÖKMEN Dr. Lecturer Member İlker ÖZTÜRK	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	THE MEDIATING ROLE OF DESTINATION IMAGE AND ATTITUDE IN THE EFFECT OF WORD OF MOUTH MARKETING ACTIVITIES FOR 3RD AGE TOURISTS PARTICIPATING IN HEALTH TOURISM ACTIVITIES ON REVISIT INTENTIONS
Res. Assisst. Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ Asst. Prof. Dr. Onur ALTUNTAŞ Prof. Dr. Mine UYANIK	<i>Hacettepe University</i>	THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE STATUS, PSYCHOSOCIAL STATUS, SLEEP QUALITY AND ACTIVITY LIMITATION IN GERIATRIC INDIVIDUALS
Miray BOLAT Dr. M. Burak ACAR Zeynep GÜNAYDIN Prof. Dr. Servet ÖZCAN	<i>Erciyes University</i>	INVESTIGATION OF THE EFFECT OF N-ACETYL CYSTEINE APPLY ON MESENCHYMAL STEM CELL SENESCENCE
Res. Assisst. Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ Asst. Prof. Dr. Onur ALTUNTAŞ Spec. Fzt. Mavi Menekşe ÖZ Prof. Dr. Mine UYANIK	<i>Hacettepe University</i>	EFFECT OF OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION ON BALANCE, COGNITIVE STATUS AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN INDIVIDUALS WITH DEMENTIA

19.03.2022

Session-1 Hall-2

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. Özlem Pelin CAN

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Yasemin KALKAN UĞURLU	<i>Ordu University</i>	SOCIAL AND PHYSICAL SUPPORT IN ELDERLY CARE: ROBOTS
Meryem Göksel SARAÇ Özlem Pelin CAN	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	ALTERNATIVE FOOD PRODUCTION WITH 3D PRINTERS FOR ELDERLY DYSPHAGIA PATIENTS
Gürkan BAYTAR Serdal ÖĞÜT	<i>Aydın Adnan Menderes University</i>	INVESTIGATION OF POSSIBLE PROTECTIVE EFFECTS OF BETANIN (C ₂₄ H ₂₆ N ₂ O ₁₃) IN ELDERLY RATS EXPERIMENTAL TOXICATED WITH MONOSODIUM GLUTAMATE
Emre HASTAOĞLU Özlem Pelin CAN	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	AGING in FUNCTIONAL FOODS and INGREDIENTS
Emre HASTAOĞLU Meryem Göksel SARAÇ	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	THE IMPORTANCE OF COLLAGEN CONTAINING NUTRITION IN THE AGING
Assistant Professor Mustafa ÇAKIR, MD, PhD	<i>İstanbul Medeniyet University</i>	THE RELATIONSHIP BETWEEN AGING AND NUTRITION
Nida Nur ADIYAN	<i>Hasan Kalyoncu University</i>	THE IMPORTANCE OF SUPPLEMENTS IN THE ELDERLY AND MICRO NUTRIENT-DRUG INTERACTIONS
Özge ESGİN Ayşe Özfer ÖZÇELİK	<i>Ankara University</i>	EFFECT OF GLUCOSAMINE, HYALURONIC ACID AND COLLAGEN SUPPLEMENTATIONS ON PHYSICAL FUNCTION IN ELDERLY
Assoc. Prof. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ Assoc. Prof. Umut YANARDAĞ Assoc. Prof. Özlem ÖZER	<i>Burdur Mehmet Akif Ersoy University Sağlık Bilimleri University</i>	THE ROLE OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK IN ACTIVE AND HEALTHY AGING

19.03.2022

Session-2 Hall-2

Time (TURKEY) - 13:00-15:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Dr. Pelin ÇELİK

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Hatice YÜKSEL Görkem TUTAL GÜRSOY	Ankara City Hospital	IRON DEFICIENCY ANEMIA IN GERIATRIC PATIENTS WITH DEMENTIA
Zeynep IRMAK KAYA Bülent Çağlar BİLGİN	Eskişehir City Hospital	TREATMENTS OF RARE BURN AREAS IN HOT WATER BAG EXPLOSION AS A COMMON CAUSE OF BURNS IN GERIATRIC PATIENTS
Hasan Hüseyin KOZAK Hasan Hüseyin KIR Osman KOÇ	Necmettin Erbakan University Elbistan State Hospital	CAROTIS ARTERY DISEASE AND ENDOVASCULAR TREATMENT IN THE GERIATRIC PATIENTS
Hasan Hüseyin KIR	Elbistan State Hospital	EVALUATION OF GREATER OCCIPITAL NERVE BLOCKAGE PRACTICE IN GERIATRIC PATIENTS GROUP WITH PRIMARY HEADACHE
Hilmi YAZICI Prof. Dr. Sevkett Cumhuri YEĞEN	Marmara University Pendik Training and Research Hospital	GASTRIC CANCER SURGERIES IN A SINGLE CENTER: IS IT SAFE IN ELDERLY PATIENTS?
Ahmet Cem ESMER, MD Hilmi YAZICI, MD Prof. Dr. Şevket Cumhuri YEĞEN	Marmara University Pendik Training and Research Hospital	COLONOSCOPICAL RESULTS DIFFERENCE IN ELDER PATIENTS
Asst. Prof. Dr. Aydemir ASDEMİR Res. Assisst. Dr. İsmail Emre ERGIN Asst. Prof. Dr. Hüseyin SAYGIN Prof. Dr. Esat KORGALI	Sivas Cumhuriyet University	GERIATRİK ÜROLOJİK ACİLLER: RETROSPEKTİF ANALİZ
Banu CİHAN ERDOĞAN Nurcan ÇALIŞKAN	Çankırı Karatekin University Gazi University	IN CARE OF THE ELDERLY INDIVIDUAL AFTER THYROIDECTOMY SURGERY: USE OF ROY ADAPTATION MODEL AND NANDA, NIC, NOC: CASE REPORT
Banu CİHAN ERDOĞAN	Çankırı Karatekin University	PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER CARE IN ELDERLY ADULT PATIENTS

19.03.2022

Session-3 Hall-2

Time (TURKEY) - 16:00-18:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Asst.Prof. Dr. Sevda HASTAOĞLU ÖRGEN

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Dilek KILIÇ Gülpınar ASLAN Gülnaz ATA Ayşe Berivan BAKAN	<i>Atatürk University Ağrı İbrahim Çeçen University</i>	YAŞLI BİREYLERDE COVID 19 KORKUSU İLE SOSYAL İZOLASYON VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ
Fatma Zehra GENÇ Arzu USLU	<i>Necmettin Erbakan Üniversitesi</i>	EXAMINATION OF NURSING GRADUATE THESIS MADE WITH ELDERLY INDIVIDUALS IN TURKEY: A SYSTEMATIC REVIEW
Didem KAYA Ayşe ARIKAN DÖNMEZ	<i>Nuh Naci Yazgan University Hacettepe University</i>	EVALUATION OF GRADUATE THESIS CONTACTED ON INTERVENTION FOR WOMEN IN MENOPOSAI PERIOD IN NURSING IN TURKEY: A RETROSPECTIVE RESEARCH
Fatma Zehra GENÇ Prof. Dr. Naile BİLGİLİ	<i>Faculty of Nursing, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey Faculty of Health Sciences, Gazi University, Ankara, Turkey</i>	OTAGO EXERCISE PROGRAM FOR THE ELDERLY WHO LIVES IN NURSING HOME WITH AND WITHOUT HIGH RISK OF FALLING: A CASE REPORT
Pınar YILMAZ EKER Ayşe TOPAL HANÇER	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	EMPATİ YAKLAŞIMININ YAŞLI AYRIMCILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ
Vahide SEMERCI Ebru SÖNMEZ SARI Zahide AKEREN	<i>Bayburt University</i>	DETERMINATION OF RATIONAL DRUG USE IN ELDERLY INDIVIDUALS LIVING IN NURSING HOME
Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK Eylül BAŞER	<i>Nevşehir Hacı Bektas Veli University Erzurum Ataturk University</i>	LIFE SATISFACTION OF ELDERLY INDIVIDUALS OVER 65: A DESCRIPTIVE STUDY
Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK Eylül BAŞER	<i>Nevşehir Hacı Bektas Veli University Erzurum Ataturk University</i>	THE MENTAL DIMENSION OF AGING AND NURSING
Ayşegül ÇELİK Ayşe AVCI	<i>İzmir Bakırçay University</i>	THE EFFECT OF AVOIDANCE BEHAVIOR RELATED TO FEAR OF FALLING ON QUALITY OF LIFE IN ELDERLY INDIVIDUALS

19.03.2022

Session-1 Hall-3

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. COJOCARU Manole

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Dr. Suantak D Vaiphei (Ph.D. Psycho-Oncology)	Assam Downtown University, India	WHAT IS A GOOD DEATH: END-OF-LIFE CARE IN INDIA?
Dr. Suantak D Vaiphei (Ph.D. Psycho-Oncology)	Assam Downtown University, India	THE CURRENT CHALLENGES OF MENTAL HEALTH WORK FORCE'S IN INDIA
Sidra Mushtaq Dr Shahnila Tariq Rubab Ali	University of Management and Technology, Lahore	DEVIANT BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS, THE IMPACT OF CHILD ABUSE AND AGGRESSION
Nawel REGGAD Djallal Eddine Houari ADLI Noureddine HALLA	Moulay-Tahar University, Saïda, Algeria	EFFECT OF ONONIS ANGUSTISSIMA LAM EXTRACT ON THE ALUMINUM ALTERATIONS OF THE INTESTINAL HISTOLOGY
Phd student Bibinur TARAKOVA Professor, MD Zhamilya ZHOLDYBAY PhD Akmaral AINAKULOVA	Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Kazakhstan	THE COMPARATIVE DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF AUTOMATED BREAST ULTRASOUND (ABUS), HAND-HELD ULTRASOUNDS (HHUS), AND MAMMOGRAPHY IN WOMEN WITH DENSE BREAST
Major Gheorghe GIURGIU Prof. Dr. Manole COJOCARU	Deniplant-Aide Sante Medical Center, Romania Titu Maiorescu University	IMUNIPANT CAN INFLUENCE DISFUNCTIONAL IMMUNE RESPONSES IN ELDERLY PEOPLE
Major Giurgiu Gheorghe Prof. Dr. Cojocaru Manole	Deniplant-Aide Sante Medical Center, Romania Titu Maiorescu University	LINKS OF GUT MICROBIOTA COMPOSITION IN PATIENTS SUFFERING FROM ALCOHOLIC DEPENDENCE
Major Giurgiu Gheorghe Prof. Dr. Cojocaru Manole	Deniplant-Aide Sante Medical Center, Romania Titu Maiorescu University	THE RELATIONSHIP BETWEEN THE GUT MICROBIOME AND SKIN DISORDERS: IMPACT OF NUTRACEUTICALS DENIPLANT
Aiza Kamal Khan Bilal Aslam Haseeb Anwar Humaira Muzaffar Alishbah Roobi Noreen Aslam Lubna Majeed Samia Ali Jawad Aslam Momna Mehmood Qaisar Tanver Aisha Mehmood Muhammad Naem Faisal	Institute of Physiology and Pharmacology, University of Agriculture Faisalabad, Pakistan	UNDERSTANDING MICRORNA AND WNT SIGNALING PATHWAY CROSSTALK BEHIND THE EXPRESSION LEVEL OF PTEN AND RB1 GENES IN PROSTATE CANCER

19.03.2022

Session-2 Hall-3

Time (TURKEY) - 13:00-15:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. Roopali SHARMA

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Rui-ting Zhang Yu Liu	<i>Beijing University of Chinese Medicine, China</i>	CONSTRUCTION OF A RISK PREDICTION MODEL FOR HYPOGLYCEMIA DURING HEMODIALYSIS IN ELDERLY PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY
Karthikeyan Elumalai Navaneetha Krishnan Subramaniyan	<i>Bharath Institute of Higher Education and Research, India Sree Vidyaniethan College of Pharmacy, India</i>	DIABETIC FOOT ULCER ASSOCIATED WITH CELLULITIS: A MEDICATION THERAPY
Shi-Shi Wu Rui-ting Zhang Yu Liu	<i>Beijing University of Chinese Medicine, China</i>	CONSTRUCTION OF HEALTH EDUCATION PROGRAM FOR ELDERLY TYPE 2 DIABETES MELLITUS BASED ON PATIENTS' SOCIAL NETWORK
Bouharati Khaoula Bouharati Imene Guenifi Wahiba Laouamri Slimane	<i>Constantine University, Algeria UFAS Setif1 University, Algeria Paris Sorbonne University, France</i>	PERSONALIZATION OF DIET IN OLDER PEOPLE WITH DIABETES: SELECTION CRITERIA
Bouharati Khaoula Bouharati Imene Guenifi Wahiba Laouamri Slimane	<i>Constantine University, Algeria UFAS Setif1 University, Algeria Paris Sorbonne University, France</i>	PREVENTION OF DISEASES IN THE ELDERLY
Rubab Ali Dr Shahnaila Tariq Sidra Mushtaq	<i>University of Management and Technology, Lahore</i>	DOES PARENT CHILD COMMUNICATION AND FRIENDSHIP CAUSES TRUANCY IN ADOLESCENTS
Balasubramani G L Rinky Rajput Manish Gupta Pradeep Dahiya Jitendra K Thakur Rakesh Bhatnagar Abhinav Grover	<i>Jawaharlal Nehru University National Institute of Plant Genome Research Banaras Hindu University</i>	STRUCTURE-BASED DRUG REPURPOSING TO INHIBIT THE DNA GYRASE OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS
PhD Scholar Simrat Professor Dr. Roopali Sharma	<i>Amity Institute of Psychology and Allied Sciences Amity University Noida, Uttar Pradesh</i>	SELF- CONCEPT AND MOTIVATION AMONG RESILIENT HIGH SCHOOL STUDENTS
Ellen McKay Dr. G. Singh-Ranger	<i>Mount Allison University, Canada Upper River Valley Hospital</i>	AN AUDIT OF CARBON EMISSIONS GENERATED BY VIRTUAL AND IN-PERSON CLINIC APPOINTMENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

19.03.2022

Session-3 Hall-3

Time (TURKEY) - 16:00-18:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Shabnam Rahimli

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
ДАЙРАБАЕВ С.Е. – к.п.н., доцент	<i>Казахский Национальный педагогический университет им. Абая, Казахстан</i>	ОЗДОРОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКОЙ
David Wortley	<i>International Society of Digital Medicine, United Kingdom</i>	DIGITAL TECHNOLOGIES FOR HEALTHY AGING
Mehri Seyedjavadi Zanyar Pakfar	<i>Ardabil University of Medical Sciences, Iran</i>	ACTIVE AGING AND ITS RELATIONSHIP WITH MENTAL HEALTH AMONG ELDERLY PATIENTS REFERRING TO EDUCATIONAL -THERAPEUTIC HOSPITALS OF ARDABIL IN 2018
Raúl Hormazábal-Salgado Margarita Poblete-Troncoso	<i>The University of Talca, Chile The Catholic University of Maule, Chile</i>	ETHICAL ASPECTS IN THE CARE OF THE ELDERLY WITH DEMENTIA
Dr. Khanh Giang Le	<i>University of Transport and Communications, Vietnam</i>	MULTI-CRITERIA ANALYSIS TO SELECT THE OPTIMAL PARK LOCATION IN A CITY APPLYING GIS TECHNOLOGY
Valeh Rahimov Alovsat Aliyev Jumshud Ramazanov Shabnam Rahimli	<i>Azerbaijan Medical University, Azerbaijan</i>	EMERGENCY ASSISTANCE IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS
Valeh Rahimov Firdovsi Iskandarov Nurlan Iskandarov Shabnam Rahimli	<i>Azerbaijan Medical University, Azerbaijan</i>	ON THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF BILIARY PERITONITIS IN ELDERLY PATIENTS
Florina Paşcu	<i>Babes- Bolyai University, Romania</i>	BENEFITS OF MANAGERIAL SUPERVISION AND PEER SUPERVISION IN PROVIDING SUPPORT FOR SOCIAL WORKERS
Marina Gharibian Adra	<i>American University of Beirut, Beirut-Lebanon</i>	PROMOTING A CULTURE OF COMMUNITY IN LEBANESE CARE HOMES THROUGH FORGING PARTNERSHIP: A CONSTRUCTIVIST CASE STUDY APPROACH

19.03.2022

Session-1 Hall-4

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Prof. Dr. Romualdas MALINAUSKAS

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Ghaliya Al Farsi Ragad M Tawafak Sohail Iqbal Malik	<i>Universiti Tenaga, Nasional, College of Graduate Studies, Malaysia Al Buraimi University College, Oman</i>	APPLICATION TOOL FOR SUPPORT CUSTOMERS IN CHOOSING ELECTRONICS DEVICES WITH MODERN TECHNOLOGIES DURING THE OUTBREAK OF THE COVID 19 EPIDEMIC
Dr. Mujahid Ali Mr. Muhammad Zeeshan Siddiqui Prof. Dr. Chaudhary Muhammad Ayyub Ms. Emily Silverman Mr. Saqib Ayyub Engr. Muhammad Manzoor	<i>Water Management Research Farm Renala Khurd, Pakistan University of Agriculture, Pakistan North Carolina State University, United States</i>	EXPLORING GENETIC DIVERSITY OF TINDA GOURD (CITRULLUS VULGARIS) AGAINST SALINITY STRESS
Prof. Dr. Romualdas MALINAUSKAS M.A. Tadas RINKUNAS	<i>Lithuanian Sports University, Lithuania</i>	PERCEIVED STRESS AND COPING WITH STRESS AMONG JUNIOR AND YOUTH BASKETBALL PLAYERS
Ruxi Chen Dr. Jumin Xie	<i>Hubei Polytechnic University, China</i>	EXPLORING THE ANTI-CANCER EFFECT OF TARAXACUM MONGOLICUM THROUGH NETWORK PHARMACOLOGY AND MOLECULAR DOCKING VALIDATION IN PANCREATIC CARCINOMA
Albina Chingiz HASHIMOVA	<i>Customs Academy of State Customs Committee, Baku (Azerbaijan)</i>	REHABILITATION IN THE HEALTH SECTOR AND THEIR RESULTS
Shuai Gao, MD Yu-Chen Fan, MD Ze-Hua Zhao, MD Jing-Wen Wang, MD Kai Wang, MD, PhD	<i>Qilu Hospital of Shandong University, China Shandong University, China</i>	THE MECHANISM OF YIN-JIU-SHU IN IMPROVING LIVER METABOLIZING ENZYMES AND TREATING NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE
Novita Sari Usman Afiah Alfina Yusma Indah Jayadi Nurdiyannah Dian Rezki Wijaya	<i>Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Indonesia</i>	EDUCATION FOR THE FIRST 1000 DAYS OF LIFE PREVENTING STUNTING IN SAMATA AND KAMPALA HAMLETS, LIMAPOCCOE VILLAGE, MAROS REGENCY
Soulef DIB Yousra ALIM Yasmine AIT HAMADOUCHE Djamila YAKHLEF Kawter SAADANI Zohra FORTAS	<i>Département de Biotechnologie, Fac. SNV, Univ. Oran 1 (Algeria)</i>	BOLETUS EDULIS, AN EDIBLE MUSHROOM WITH NUTRITIONNEL VALUE AND HEALTH BENEFITS

19.03.2022

Session-2 Hall-4

Time (TURKEY) - 13:00-15:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Ülviye

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Favour C. Uroko	<i>University of Nigeria</i>	THE TORAH AND THE CHALLENGE OF POST PANDEMIC BODY MUTILATION OF THE GIRL CHILD
D. Trabelsi G. Zouegj M. Abderrabba	<i>Carthage University, Tunis, TUNISIA</i>	VALORIZATION OF CITRUS SINENSIS ESSENTIAL OILS BY VACUUM FRACTIONAL DISTILLATION
Daria Gmizic Ivana Šola	<i>University of Zagreb, Croatia</i>	EFFECT OF HIGH TEMPERATURE ON THE CONCENTRATION OF PIGMENTS IN BROCCOLI (BRASSICA OLERACEA L. VAR. BOTRYTIS SUBVAR. CYMOSA LAM.) SPROUTS
Heba N. Gad El-Hak Osman E. Mohamed Zohour I. Nabil	<i>Suez Canal University, Ismailia, Egypt</i>	EVALUATING THE PROTECTIVE ROLE OF DEGLYCYRRHIZINATED LICORICE ROOT SUPPLEMENT ON BLEOMYCIN INDUCED PULMONARY OXIDATIVE DAMAGE
K Chandana P B Harshitha Afreen, T Gayatri M Nissi Rebca	<i>BRECW, JNTUH, Telangana</i>	AUTOMATIC RAINROOF PROTECTION FOR AGRICULTURE PURPOSES
Zenfira Gadimova	<i>Garayev, Azerbaijan National Academy of Sciences, Baku, Azerbaijan</i>	STUDY OF AGE-RELATED CHANGES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN HERONTOLOGICAL AGE GROUPS OF AZERBAIJAN
Prof.Dr. Qasim Hacıyev	<i>AMEA Qafqazşünaslıq İnstitutu</i>	AZƏRBAYCAN CƏNUBİ QAFQAZIN TƏBABƏT VƏ ƏCZAÇILIQ OCAQLARINDAN BİRİDİR
Karim HUSEYN-ZADA	<i>Baku State University</i>	NEW OPPORTUNITIES IN TOURISM: THIRD-AGE GROUP TOURISM ACTIVITIES
Wahyudin Ali IKHROM Hendri Hermawan ADINUGRAHA	<i>Islamic Business IAIN PEKALONGAN</i>	INDONESIAN HALAL INDUSTRY ROADMAP
Anis SAFITRI Hendri Hermawan ADINUGRAHA	<i>Islamic Business IAIN PEKALONGAN</i>	INDONESIAN HALAL HOSPITAL INDUSTRY

19.03.2022

Session-3 Hall-4

Time (TURKEY) - 16:00-18:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Muniza Javed

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Theodoros Daglis Maria-Anna Katsikogianni	<i>National Technical University of Athens, Greece Independent researcher</i>	THE EFFECT OF COVID-19 IN THE INSURANCE COMPANIES - A COMPARISON BETWEEN THE COVID-19 AND THE 2008 CRISIS
Dr. Ambreen Aisha Mazhar Iqbal	<i>Faisalabad Medical University PHRC research center, FMU, Faisalabad, Pakistan</i>	HEPATITIS B VACCINATION STATUS AMONG HEALTHCARE WORKERS AND MEDICAL STUDENTS IN ALLIED HOSPITAL OF FAISALABAD: A CROSS-SECTIONAL STUDY
C.Vijai P.Anitha	<i>Patrician College of Arts and Science St.Peter's Institute of Higher Education and Research, India</i>	THE CORONAVIRUS (COVID -19) IMPACT OF HIGHER EDUCATION: FACULTY TO WORK FROM HOME
Dr. Marwa Ibrahim Saad El-Din	<i>Suez Canal University, Egypt</i>	BIOACCUMULATION OF HEAVY METALS AND THEIR HISTOPATHOLOGICAL IMPACT ON MUGIL CEPHALUS FROM THE NORTH EASTERN REGION OF MANZALA LAKE, EGYPT
Natalia Potera M.A.	<i>Adam Mickiewicz University in Poznań, Poland</i>	THE IMPACT OF FEAR ON THE PERCEPTION OF HUMAN RIGHTS IN POLAND DURING THE COVID-19 PANDEMIC
Dr. Mohamed Ayari	<i>NBU University, KSA</i>	COVID-19 CENTERS MANAGEMENT SYSTEM
Dr. BOUHARATI Khaoula Dr. BOUHARATI Imene Pr. GUENIFI Wahiba Pr.Gasmi Abdelkader Pr. LAOUAMRI Slimane	<i>Constantine University, Algeria UFAS Setif1 University, Setif, Algeria Paris Sorbonne University, France</i>	ANALYSIS OF THE EFFECT OF DIABETES AND BMI ON HEPATITIS B AND C
Muniza Javed Dr. Asma Seemi Malik Amjad Mahmood	<i>Lahore College for Women University National college of business administration Pakistan</i>	DUAL FRONTLINE APPROACH DURING PANDEMIC SITUATION: A CASE STUDY OF DR. YASMIN RASHID AS POLICY MAKER, ADMINISTRATION LEADER AND HEALTH CARE PROVIDER
Yahweh HASSAN Ibrahim Kazeem AJADI Toyese OYEGOKE Timothy T. GEOFFREY Jesse C. NKWIRI Ayodeji O. OJETUNDE Ayandunmola F. OYEGOKE	<i>Health & Life Matters' Forum Advocates for Good Governance & Economy Education Facilitators & Teenagers Orientation Forum University of Port Harcourt Federal University Dutsinma Ahmadu Bello University Zaria Foundations Academy Jos, Nigeria</i>	PALLIATIVE MANAGEMENT EFFICIENCY AND ITS INFLUENCE ON THE HEALTH OF JOS RESIDENTS

<p>John Chukwuma OKORO Joshua Damilols OLUWAKUNLE Uzoh Victor NWAGBO David John OKORONKWO</p>	<p><i>University of Nigeria, Nsukka</i></p>	<p>FARMERS' INFORMATION NEEDS ON HEALTH AND ENVIRONMENTAL HAZARDS ASSOCIATED WITH HERBICIDE USE IN AGBAN AGRICULTURAL ZONE, ENUGU STATE, NIGERIA</p>
<p>Ana Ayala Kerstin Erlandsson Kyllike Christensson Eva Christensson Gabriel Cavada Marianne Velandia</p>	<p><i>Ministry of Health, Chile Karolinska Institutet, Sweden University of Chile, Chile Dalarna University Mälardalen University</i></p>	<p>STABLE WAKEFULNESS, INITIATION OF BREASTFEEDING AND PHYSIOLOGICAL PARAMETERS AT REUNITED WITH THE MOTHER AFTER SEPARATION FOR ELECTIVE CAESAREAN BORN INFANTS - A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL COMPARING SKIN-TO-SKIN CARE WITH INFANTS DRESSED IN MOTHER'S ARMS</p>

19.03.2022

Session-1 Hall-5

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: DR. BHARTI CHAUDHRY

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Dr. Priya J	<i>CHRIST (Deemed to be University), India</i>	MENTAL HEALTH: AN IMPORTANT TOOL FOR ALL-ROUND WELLBEING OF HUMANS
DR. BHARTI CHAUDHRY	<i>University of Delhi</i>	ORAL HEALTH AND HERBAL INTERVENTIONS FOR PREVENTION OF PERIODONTITIS AND DENTAL CARIES
Dr. Ouassila RIOUCHI Prof. Dr. Mourad BAGHOUR Prof. Dr. Ali SKALLI Prof. Dr. Mustapha AKODAD Prof. Dr. Abdelmajid Moumen	<i>Mohamed 1st University, Morocco</i>	ECOLOGY AND SEASONAL DISTRIBUTION OF DIATOM GENUS, COCCONEIS, RECORDED IN THE LAGOON OF NADOR (NORTHEAST MOROCCO)
Ph. D. Student Joanna Radzioch	<i>Adam Mickiewicz University in Poznań, Poland</i>	THE FEAR AND THE ANXIETY DURING THE COVID-19 PANDEMIC
Dr. Nassima RIOUCHI Prof. Dr. Mohamed ABOU - SALAMA Prof. Dr. Mohamed LOUTOU Dr. Oussama RIOUCHI	<i>Mohamed 1st University, Morocco</i>	SURFACE REACTIVITY OF NATURAL CLAYS STUDY OF THE ADSORPTION OF ANIONIC DYES
Lect. Vasyi PUZANOV	<i>Zaporizhzhia National University, Ukraine</i>	DISTANCE TEACHING OF FOREIGN LANGUAGES IN UKRAINE AS PART OF SOCIAL CARE
M K GANESHAN	<i>Alagappa University, India</i>	THE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON SERVICE INDUSTRY
Nurul Inayah Tompo Nurintan Utami Anita Yudianti Yusma Indah Jayadi A. Syamsiah Adha	<i>UIN Alauddin Makassar</i>	EMPOWERMENT OF THE PMR ORGANIZATION AS A CONVENIENCE OF KNOWLEDGE HEALTHY AND CLEAN LIVING BEHAVIOR (PHBS) DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE SCHOOL ENVIRONMENT THROUGH GRAPHIC DESIGN MEDIA
Rudi Sumarlin Najwa Khaeria Fitriah Ihsani Sri Rejek A. Syamsiah Adha Yusma Indah Jayadi	<i>Alauddin State Islamic University Makassar</i>	EVALUATION OF THE ELDERLY INTEGRATED HEALTH SERVICE POST EMPOWERMENT PROGRAM AT THE SOMBA OPU HEALTH CENTER DURING THE COVID-19 PANDEMIC
Sghibneva-Bobeico Nina Vasile Musteata Maria Robu	<i>Institute of Oncology State University of Medicine and Pharmacy "N. Testemitanu", Moldova</i>	THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF PRIMARY MYELOFIBROSIS IN YOUNG PATIENTS UNDER 40 YEARS

19.03.2022

Session-2 Hall-5

Time (TURKEY) - 13:00-14:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Ms. Happy Baglari

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Major Giurgiu Gheorghe Prof. dr. Cojocaru Manole	<i>Deniplant-Aide Sante Medical Center, Biomedicine, Romania Titu Maiorescu University</i>	THE LINK BETWEEN THE ALTERED GUT MICROBIOTA AND CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA: IMPACT OF ALERGIPLANT
Fargana Alizadeh Alakbar Huseynzada Aygün İsrayılova Ulviyya Hasanova Ulviyya Yolchuyeva Vagif Abbasov	<i>Petrochemical Processes Institute GPOGC SRI of ASOIU Baku State University Azerbaijan Research Institute of Crop Husbandry</i>	INVESTIGATION OF BIOLOGICAL ACTIVITIES OF AZOMETHINE DERIVED FROM 2- METHOXYCINNAMALDEHYDE
Asmaa BENAİSSA	<i>University of Sciences and Technologies of Houari Boumediene - El- Alia Algeria Universitary of Amine Elokkal ElHadj Moussa Eg. Akhamoukh, Algeria</i>	BIOREMEDIATION: MICROORGANISMS SERVING THE ENVIRONMENT
Dr. Deepanjali MISHRA Ms. Abhilasha	<i>Maharshi Dayanand University, India</i>	ROLE OF MEDIA TO ENDORSE GENDERISED CONSUMERISM
Ms. Happy Baglari	<i>Assam down town University, Guwahati, Assam, India</i>	A QUALITATIVE EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTIONING AND SOCIAL MATURITY OF CHILDREN ATTENDING ONLINE CLASSES: A CASE STUDY METHOD (OCTOBER 2020-21)
Keeley Barnable Lloyd, V. Singh-Ranger, G.	<i>Mount Allison University in New Brunswick, Canada</i>	THE IMPACT OF COMBINED DNA REPAIR AND ONCOGENE MUTATIONS IN COLORECTAL CANCER SURVIVAL
S. Bensalem A. Kadiri Z. Ighilhariz	<i>University Of Oran. Algeria</i>	VALORIZATION OF ATRIPLEX CANESCENS PURSH NUTT BY IN VITRO CULTURE
Samira İsmayılova Alakbar Huseynzada Aygün İsrayılova Ulviyya Hasanova Niftali Yusubov Valeh İsmayılov Narmina Guliyeva	<i>GPOGC SRI of ASOIU Baku State University Azerbaijan Research Institute of Crop Husbandry</i>	SYNTHESIS AND INVESTIGATIONS OF NEW 3,5- DIIODOSALICYLALDEHYDE BASED AZOMETHINES
Ruslan Guliyev Rana Ganbarova Alakbar Huseynzada Aygün İsrayılova Ulviyya Hasanova	<i>Baku State University GPOGC SRI of ASOIU Azerbaijan Research Institute of Crop Husbandry</i>	SYNTHESIS OF GRAPHENE OXIDE MODIFIED ORTHO-VANILLIN BASED SCHIFF BASE ENSEMBLE
Rana Ganbarova Alakbar Huseynzada Aygün İsrayılova Ulviyya Hasanova	<i>GPOGC SRI of ASOIU Baku State University Azerbaijan Research Institute of Crop Husbandry</i>	SYNTHESIS AND ANTIBACTERIAL STUDY OF AZOMETHINE ON THE BASIS OF DIALDEHYDE

20.03.2022

Session-1 Hall-1

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Assoc. Prof. Dr. Funda EVCİLİ

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Asst. Prof. Dr. İlknur ENINANÇ Lect. Tuğba HERGÜNER	<i>Cumhuriyet University</i>	COMPARISON OF RADIOMORPOMETRIC INDEX MEASUREMENTS IN THE MANDIBULAR OF TOTAL EDENTULOUS ELDERLY AND MIDDLE-AGED INDIVIDUALS
Asst. Prof. Dr. Şimşek ÇELİK Assoc. Prof. Dr. Yusuf Kenan TEKİN Prof. Dr. İlhan KORKMAZ Asst. Prof. Dr. Sefa YURTBAY	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	INR HEIGHT IN GERIATRIC PATIENT: A CASE REPORT
Lec. Emre ERKAL	<i>Artvin Çoruh University</i>	AROMATHERAPY FOR QUALITY SLEEP IN ELDERLY INDIVIDUALS
Sena Nur YAPAR Fatma ÖZKAN TUNCAY	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	SELF EFFICACY AND DAILY LIFE ACTIVITIES IN ELDERLY INDIVIDUALS WITH STROKE
Kübra AFŞAR SELLER Fatma ÖZKAN TUNCAY	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	NURSING CARE OF THE ELDERLY INDIVIDUAL WITH ALZHEIMER AND PARKINSON: A CASE REPORT
İlkay YURTSEVER Funda EVCİLİ	<i>Cumhuriyet University Health Services Practice and Research Hospital, Cumhuriyet University, Vocational School of Health Services,</i>	RETROSPECTIVE ANALYSIS OF TRANSFUSION-RELATED ADVERSE REACTIONS IN PATIENTS 50 YEARS AND OLDER
Hatice BULUT	<i>The University of Sheffield, UK</i>	OLDER ADULTS AND SEXUALITY: A SYNTHESIS OF QUALITATIVE STUDIES
Betül KARAHASAN Lect. Tuğba HERGÜNER Orhan ANAR	<i>Sivas Cumhuriyet University, Faculty of Dentistry</i>	DENTAL REHABILITATION APPLICATION IN A PATIENT WITH ADVANCED WEAR ON ALL TEETH WITH AGING: A CASE REPORT
Mehtap BUDAK Bahar TÜRKMENOĞLU	<i>Sivas Numune Hospital Cumhuriyet University</i>	HEALTH PROBLEMS OF ELDERLY PRISONERS IN PRISONS

20.03.2022

Session-1 Hall-2

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Asst. Prof. Dr. Gülşen GÜÇLÜ

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Emel GULER	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	ANATOMIC AND FUNCTIONAL ASSESSMENT OF SHOULDER PAIN IN GERIATRIC PATIENTS
Eda YILMAZ Neşe UYSAL	<i>Amasya University</i>	THE EFFECT OF VULNERABILITY ON HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS IN ELDERLY INDIVIDUALS
Demet ÖZTÜRK Hasan Erkan KILINÇ Aynur Ayşe KARADUMAN	<i>Lokman Hekim University Hacettepe University</i>	THE RELATIONSHIP OF HAND GRIP FORCE AND PRESBYPHAGIA PARAMETERS IN GERIATRIC POPULATION LIVING IN NURSING HOME: A PILOT STUDY
Pınar UYSAL CANTÜRK	<i>Istanbul Yeni Yuzyil University</i>	THE PRIMACY AND RECENCY EFFECT IN MEMORY OF PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT
Aygul CELTIK Meltem SEZİŞ-DEMIRCI	<i>Ege University</i>	POLYPHARMACY IN OLDER ADULTS WITH NON-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE
Asst. Prof. Dr. Hanife KOCAKAYA	<i>Kırıkkale University</i>	EVALUATION OF THE RELATIONSHIP OF INSOMNIA AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN THE ELDERLY
Esmâ DAYI Dilek AVCI	<i>Uludağ University Bandırma Onyedî Eylül University</i>	A SERIOUS OVERLOOKED PROBLEM: ELDER ABUSE, NEGLECT AND PSYCHIATRIC NURSING
Ebrar HUT Assoc. Prof. Dr. Gülseren DAĞLAR	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLEN YAŞLI KADINLARDA SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞININ İNCELENMESİ: İKİ OLGU
Ülkü ÖZDEMİR	<i>Erciyes University</i>	KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLILARIN COVID 19 PANDEMİSİNDE YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

20.03.2022

Session-1 Hall-3

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Asst. Prof. Dr. Sebahattin KARABULUT

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Zilan BARAN	<i>Izmir Tepecik Training and Research Hospital</i>	EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON ELDERLY INDIVIDUALS
Pelin ÇELİK	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	DIYABETLİ YAŞLILARDA DÜŞME İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER
Seyran KILINÇ	<i>Sivas Cumhuriyet University</i>	SURGICAL DISTRIBUTION OF PATIENTS OVER 65 YEARS OF AGE IN A UNIVERSITY HOSPITAL ORTHOPEDICS CLINIC; SINGLE CENTERED STUDY
Assoc. Prof. Dr. Hacer GÖK UĞUR Mürselcan KABAKCI	<i>Ordu University</i>	GARDENING ACTIVITIES AND ACTIVE AGING IN THE ELDERLY PEOPLE
Kerime ÖĞÜT DÜZEN	<i>Burdur Mehmet Akif Ersoy University</i>	OLD AGE AND SOCIAL EXCLUSION
Tuba KORKMAZ Işın CANTEKİN Rukiye BURUCU Yunus AKDOĞAN	<i>Necmettin Erbakan University Selcuk University</i>	HEALTH PERCEPTIONS AND VACCINATION COMPLICATIONS IN PEOPLE OVER 65 YEARS OF AGE WHO HAVE RECEIVED THE COVID-19 VACCINE; A DESCRIPTIVE STUDY
Hacer ORUN KAVAK	<i>Burdur Mehmet Akif Ersoy University</i>	MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE IN OLD AGE
Maide ÖNER Assist. Prof. Seda HATIPOĞLU	<i>Gazi University</i>	EVALUATION OF DRIVER SKILLS OF DRIVERS OVER 65
Dr. Ömer CERAN	<i>Ankara Atatürk High School</i>	MEANING AND VALUE IN OLD AGE TERMS OF PHILOSOPHY OF LOVE

20.03.2022

Session-1 Hall-4

Time (TURKEY) - 10:00-12:30

Meeting ID: 859 5199 2701 | Passcode: 011011

Moderator: Januzak

AUTHOR	UNIVERSITY	TITLE
Dr. Mirza Muhammad Faran Ashraf Baig	<i>The University of Hong Kong</i>	DNA NANOTECHNOLOGY FOR MODULATING THE GROWTH AND DEVELOPMENT OF NEURONS
Subhashish Dey	<i>Gudlavalleru Engineering College, India</i>	THE E-WASTE MANAGEMENT FOR CONTROLLING THE ENVIRONMENTAL POLLUTION
Major Giurgiu Gheorghe Prof. dr. Cojocaru Manole	Deniplant-Aide Sante Medical Center Titu Maiorescu University	THE THERAPEUTIC EFFECTS OF DENIPLANT NUTRACEUTICALS ON THE GUT MICROBIOME IN PATIENTS WITH PSORIASIS
Anisha CHAUHAN	<i>Banasthali Vidyapith University</i>	NUTRITION AND HEALTH LITERACY: A SYSTEMATIC REVIEW TO INFORM RESEARCH AND PRACTICE
Pham Duc Thuan Nguyen Thi Thuy My	<i>Cantho University, Vietnam</i>	SOME ISSUES ABOUT TRAINING HISTORY TEACHERS AT CAN THO UNIVERSITY
Adila El-Obeid Yahya Maashi Ghada Alatar Modhi Aljudayi Hamad Al-Eidi Nouf AlGaith Ataf Husain Khan Adil Haseeb Sabine Matou-Nasri	<i>King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, Saudi Arabia Ahfad University for Women, Sudan Cell and Gene Therapy Group, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, Saudi Arabia King Faisal Medical City for Southern Region, Ministry of Health, Abha, Saudi Arabia University of Khartoum, Sudan</i>	POSSIBLE GASTROPROTECTIVE EFFECTS OF HERBAL MELANIN THROUGH TLR4-MEDIATED COX-2/PGE2 AND IL-6 PRODUCTION IN AGS GASTRIC CELL LINE
Elsa Vitale	<i>Local Healthcare Company Bari, Italy</i>	SEX-RELATED DIFFERENCES IN THE BRASS INDEX ASSESSMENT: A CASE-COHORT OBSERVATIONAL STUDY
Katja Meško Kuralt	<i>University of Maribor, Slovenia</i>	THE IMPACT OF GENETICALLY MODIFIED ORGANISMS ON THE PROBLEM OF WORLD HUNGER
Mahmoudi IMEN Hassouna MNASSER	<i>High School of Food Industries (ESIAT), Tunisia</i>	THE EFFECTS OF INULIN AND GOAT CHEESE WHEY ON THE PHYSICO-CHEMICAL PROPERTIES AND SENSORY ACCEPTANCE OF A PROBIOTIC CHOCOLATE GOAT DAIRY BEVERAGE
Mahmoudi IMEN Hassouna MNASSER	<i>High School of Food Industries (ESIAT), Tunisia</i>	ACTION OF PROBIOTICS ON LISTERIA MONOCYTOGENES AND ESCHERCHIA COLI INOCULATED IN MINCED CAMEL MEAT PACKAGED UNDER VACUUM AND MODIFIED ATMOSPHERE

-CLOSING SPEECH-

Sunday, March 20, 2022 (12.30-12.40)

I. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

CONTENTS

CONGRESS ID	I
PHOTO GALLERY	II
PROGRAM	III
CONTENT	IV

AUTHOR	TITLE	No
Lutfiye İPEK Gökçe Yağmur GÜNEŞ GENCER	GERONTOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE CONCEPT OF CAREGIVER BURDEN	1
Mehmet Selman ÖNTAN Özge DOKUZLAR	IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN SERUM HOMOCYSTEINE LEVEL AND OSTEOPOROSIS IN OLDER ADULTS?	16
Selen AYDÖNER Gonca BUMIN	A DIFFERENT PERSPECTIVE IN GERIATRIC REHABILITATION: HORTICULTURAL THERAPY	22
Sanem BERKÜN	PROBLEMS ELDERLY FACE IN CITIES: BILECIK CASE	32
Esra BAŞER AKIN Mukadder MOLLAOĞLU	THE DEVELOPMENT OF ELDERLY TOURISM AND ITS EFFECT ON INDIVIDUALS	41
Gökhan OFLUOĞLU	EMPLOYMENT PROBLEMS OF THE OLD LABOR	49
Özge KUTLU DÖNMEZ Deniz SAY ŞAHİN	THE SILVER ECONOMY: A POTENTIAL STRENGTH FOR AN AGING WORLD	54
Arzu CILASUN KUNDURACI	CREATING COMFORTABLE INTERIORS FOR TURKISH ELDERLY	61
Deniz SAY ŞAHİN Özge KUTLU DÖNMEZ	THANATOPHOBIA AS A BEHAVIORAL PROBLEM IN OLD AGE	72
Uğur ATALAR Barış DEMİREL	AN ASSESSMENT ON COMMUNITY-BASED ELDERLY SUPPORT POLICIES: VEFA SOCIAL SUPPORT GROUPS	77
Uğur ATALAR Barış DEMİREL	COMPARISON OF CHINA AND TURKEY IN ELDERLY CARE POLICIES	84
Fatma TOK YILDIZ Fatma HASTAOĞLU	ATTITUDES OF ELDERLY CARE PERSONNEL TO PRIVACY	94
Müşerref YARDIM Betül KARAKOYUNLU	COMPARISON OF ELDERLY CARE POLICIES OF TURKEY AND ITALY IN THE COVID-19 PROCESS	100
Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ Onur ALTUNTAŞ Mine UYANIK	INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE STATUS, PSYCHOSOCIAL STATUS, SLEEP QUALITY AND ACTIVITY LIMITATION IN GERIATRIC INDIVIDUALS	116
Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ Onur ALTUNTAŞ Mavi Menekşe ÖZ Mine UYANIK	EFFECT OF OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION ON BALANCE, COGNITIVE STATUS AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN INDIVIDUALS WITH DEMENTIA	124
Yasemin KALKAN UĞURLU	SOCIAL AND PHYSICAL SUPPORT IN ELDERLY CARE: ROBOTS	130
Meryem Göksel SARAÇ Özlem Pelin CAN	ALTERNATIVE FOOD PRODUCTION WITH 3D PRINTERS FOR ELDERLY DYSPHAGIA PATIENTS	135
Gürkan BAYTAR Serdal ÖĞÜT	INVESTIGATION OF POSSIBLE PROTECTIVE EFFECTS OF BETANIN (C ₂₄ H ₂₆ N ₂ O ₁₃) IN ELDERLY RATS EXPERIMENTAL TOXICATED WITH MONOSODIUM GLUTAMATE	141

I. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Emre HASTAOĞLU Özlem Pelin CAN	AGING in FUNCTIONAL FOODS and INGREDIENTS	147
Emre HASTAOĞLU Meryem Göksel SARAC	THE IMPORTANCE OF COLLAGEN CONTAINING NUTRITION IN THE AGING	152
Nida Nur ADIYAN	THE IMPORTANCE OF SUPPLEMENTS IN THE ELDERLY AND MICRO NUTRIENT-DRUG INTERACTIONS	157
Özge ESGİN Ayşe Özfer ÖZÇELİK	EFFECT OF GLUCOSAMINE, HYALURONIC ACID AND COLLAGEN SUPPLEMENTATIONS ON PHYSICAL FUNCTION IN ELDERLY	165
Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ Umut YANARDAĞ Özlem ÖZER	THE ROLE OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK IN ACTIVE AND HEALTHY AGING	170
Hasan Hüseyin KIR	EVALUATION OF GREATER OCCIPITAL NERVE BLOCKAGE PRACTICE IN GERIATRIC PATIENTS GROUP WITH PRIMARY HEADACHE	176
Aydemir ASDEMİR İsmail Emre ERGİN Hüseyin SAYGIN Esat KORGALI	GERİATRİK ÜROLOJİK ACİLLER: RETROSPEKTİF ANALİZ	181
Banu CİHAN ERDOĞAN Nurcan ÇALIŞKAN	IN CARE OF THE ELDERLY INDIVIDUAL AFTER THYROIDECTOMY SURGERY: USE OF ROY ADAPTATION MODEL AND NANDA, NIC, NOC: CASE REPORT	186
Banu CİHAN ERDOĞAN	PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER CARE IN ELDERLY ADULT PATIENTS	205
Dilek KILIÇ Gülşınar ASLAN Gülnaz ATA Ayşe Berivan BAKAN	YAŞLI BİREYLERDE COVID 19 KORKUSU İLE SOSYAL İZOLASYON VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ	210
Fatma Zehra GENÇ Naile BİLGİLİ	OTAGO EXERCISE PROGRAM FOR THE ELDERLY WHO LIVES IN NURSING HOME WITH AND WITHOUT HIGH RISK OF FALLING: A CASE REPORT	219
Pınar YILMAZ EKER Ayşe TOPAL HANÇER	EMPATİ YAKLAŞIMININ YAŞLI AYRIMCILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ	229
Vahide SEMERCI Ebru SÖNMEZ SARI Zahide AKEREN	DETERMINATION OF RATIONAL DRUG USE IN ELDERLY INDIVIDUALS LIVING IN NURSING HOME	241
Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK Eylül BAŞER	LIFE SATISFACTION OF ELDERLY INDIVIDUALS OVER 65: A DESCRIPTIVE STUDY	248
Suantak D Vaiphei	WHAT IS A GOOD DEATH: END-OF-LIFE CARE IN INDIA?	252
Raúl Hormazábal-Salgado Margarita Poblete-Troncoso	ETHICAL ASPECTS IN THE CARE OF THE ELDERLY WITH DEMENTIA	260
Khanh Giang Le	MULTI-CRITERIA ANALYSIS TO SELECT THE OPTIMAL PARK LOCATION IN A CITY APPLYING GIS TECHNOLOGY	277
Albina Chingiz HASHİMOVA	REHABILITATION IN THE HEALTH SECTOR AND THEIR RESULTS	282
Karim HUSEYN-ZADA	NEW OPPORTUNITIES IN TOURISM: THIRD-AGE GROUP TOURISM ACTIVITIES	289
C.Vijai P.Anitha	THE CORONAVIRUS (COVID -19) IMPACT OF HIGHER EDUCATION: FACULTY TO WORK FROM HOME	296
Sghibneva-Bobeico Nina Vasile Musteata Maria Robu	THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF PRIMARY MYELOFIBROSIS IN YOUNG PATIENTS UNDER 40 YEARS	303
Şimşek ÇELİK Yusuf Kenan TEKİN İlhan KORKMAZ	INR HEIGHT IN GERIATRIC PATIENT: A CASE REPORT	308

I. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Sefa YURTBAV		
Emre ERKAL	AROMATHERAPY FOR QUALITY SLEEP IN ELDERLY INDIVIDUALS	311
Sena Nur YAPAR Fatma ÖZKAN TUNCAV	SELF EFFICACY AND DAILY LIFE ACTIVITIES IN ELDERLY INDIVIDUALS WITH STROKE	316
Kübra AFŞAR SELLER Fatma ÖZKAN TUNCAV	NURSING CARE OF THE ELDERLY INDIVIDUAL WITH ALZHEIMER AND PARKINSON: A CASE REPORT	324
İlkay YURTSEVER Funda EVCILI	RETROSPECTIVE ANALYSIS OF TRANSFUSION-RELATED ADVERSE REACTIONS IN PATIENTS 50 YEARS AND OLDER	330
Betül KARAHASAN Tuğba HERGÜNER Orhan ANAR	DENTAL REHABILITATION APPLICATION IN A PATIENT WITH ADVANCED WEAR ON ALL TEETH WITH AGING: A CASE REPORT	338
Esmâ DAYI Dilek AVCI	A SERIOUS OVERLOOKED PROBLEM: ELDER ABUSE, NEGLECT AND PSYCHIATRIC NURSING	341
Ebrar HUT Gülseren DAĞLAR	ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLEN YAŞLI KADINLARDA SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞININ İNCELENMESİ: İKİ OLGU	349
Ülkü ÖZDEMİR	KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLILARIN COVID 19 PANDEMİSİNDE YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER	355
Pelin ÇELİK	DİYABETLİ YAŞLILARDA DÜŞME İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	362
Hacer GÖK UĞUR Mürselcan KABAKCI	GARDENING ACTIVITIES AND ACTIVE AGING IN THE ELDERLY PEOPLE	365
Maide ÖNER Seda HATIPOĞLU	EVALUATION OF DRIVER SKILLS OF DRIVERS OVER 65	369
Ömer CERAN	MEANING AND VALUE IN OLD AGE TERMS OF PHILOSOPHY OF LOVE	389
Pham Duc Thuan Nguyen Thi Thuy My	SOME ISSUES ABOUT TRAINING HISTORY TEACHERS AT CAN THO UNIVERSITY	395
Katja Meško Kuralt	THE İMPACT OF GENETİCALLY MODİFİED ORGANİSMS ON THE PROBLEM OF WORLD HUNGER	400
Prof. Dr. Qasım HACIYEV	AZERBAIJAN IS ONE OF THE SOUTH CAUCASUS MEDICAL AND PHARMACY HOSPITALS	408
Дайрабаев С.Е.	ОЗДОРОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКОЙ	411

BAKIM YÜKÜ KAVRAMINA GERONTOLOJİK BAKIŞ

Lutfiye İPEK^{1*}
Gökçe Yağmur GÜNEŞ GENCER²

^{1*} Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gerontoloji Ana Bilim Dalı, Antalya, Türkiye
ORCID: 0000-0002-9070-0814

² Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, Antalya, Türkiye

ÖZET

Ülkemizde nüfusun giderek yaşlandığı ve kronik hastalıkları olan insanların daha uzun yaşam süresine sahip olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bakıma olan ihtiyacın artacağı ve bakıma olan ihtiyacın profesyonel bakımdan gayri resmi bakıma artan bir geçişle sonuçlanacağı tahmin edilmektedir. Bakım ile ilgili ihtiyaç duyulan yardımın büyük bölümü birincil bakım verenler, gayri resmi bakım verenler olarak da adlandırılan aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Yaşlanan bir nüfus, artan sayıda kronik hastalıkla yaşayan birey ve bakım verenler için yeterli resmi desteğin olmaması, bakım yükü prevalansını artırmaktadır. Bakım yükü literatürde giderek artan öneme sahip bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım yükünün anlamı ve kullanımı bakımından henüz bir homojenlik olmadığı bilinmektedir. Bakım yükü kavramının birçok farklı yorumu ve boyutu bulunmaktadır. En bilinen tanımı ile bakım yükü: bakım verenlerin, bakım vermenin duygusal, sosyal, finansal, fiziksel ve ruhsal boyutları üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu algılama derecesidir. Bu çalışma çerçevesinde bakım yükü kavramının literatürde yer alan tanımları, bakım yükünün fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik boyutları, bakım yükünü etkileyen faktörleri, bakım yükünü belirlemeye yönelik ölçme araçları, yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım yükünü inceleyen çalışmalar ve bakım yükünü azaltmaya yönelik müdahaleler ele alınacaktır. Gayri resmi bakım veren bireylerin yaşlanma süreçlerini iyileştirecek, algılanan bakım yükünü azaltacak etkili hizmetlerin üretilmesi için kavramın iyi algılanması ve bakım yükünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir. Hasta ile bakım verenin refahı arasında yüksek bir uyum olduğu bilinmektedir. Bu nedenle klinik uygulamalarda bakım yükünü teşhis etmek, değerlendirmek ve müdahale etmek için stratejiler geliştirmek ve bakım yükünü önlemeye veya hafifletmeye yönelik gerontolojik müdahaleler içeren hizmetler üretmek için mevcut çalışmaları değerlendirmek önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yükü, Gayri Resmi Bakım Veren, Yaşlı, Yaşlanma

GERONTOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE CONCEPT OF CAREGIVER BURDEN

ABSTRACT

It is known that the population in our country is getting older and people with chronic diseases have a longer life expectancy. Therefore, it is predicted that the need for care will increase and that the need for care will result in an increased transition from professional to informal care. Most of the help needed for care is provided by family members, also called primary caregivers, informal caregivers. An aging population, an increasing number of individuals living with chronic diseases, and the lack of

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

adequate formal support for caregivers increase the prevalence of caregiver burden. Caregiver burden emerges as a concept of increasing importance in the literature. It is known that there is no homogeneity yet in terms of the meaning and use of the caregiver burden. The concept of caregiver burden has many different interpretations and dimensions. With its most well-known definition, caregiver burden is the degree to which caregivers perceive that caregiving has a negative impact on their emotional, social, financial, physical and spiritual dimensions. Within the framework of this study, the definitions of the concept of caregiver burden in the literature, the physical, psychological, social and economic dimensions of the caregiver burden, the factors affecting the caregiver burden, the measurement tools to determine the caregiver burden, the studies examining the caregiver burden of the elderly caregivers and the caregiver burden. Interventions to reduce the burden will be discussed. It is very important to understand the concept well and to determine the factors affecting the care burden in order to produce effective services that will improve the aging processes of informal caregivers and reduce the perceived caregiver burden. It is known that there is a high correlation between the well-being of the patient and the caregiver. Therefore, it is important to evaluate existing studies to develop strategies to diagnose, evaluate and intervene caregiver burden in clinical practice and to produce services that include gerontological interventions to prevent or alleviate caregiver burden.

Keywords: Caregiver Burden, Informal Caregiver, Elderly, Aging

GİRİŞ

Bakım verme deneyimi, yaşam boyu devam edebilen karmaşık bir olgudur (1, 2). Bakım vermek, çocuk yetiştirmekten yaşlı aile üyelerini desteklemeye kadar birçok yönden aile yaşamının esasen paylaşılan doğasıdır (2). Bakım vermek tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, sosyal hizmetleri koordine etme, sağlık bakımı, kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, ev işlerini yapma, para yönetimi, aynı evi paylaşma gibi emosyonel, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır (3).

Bakım *formal* (profesyonel) ve *informal* (profesyonel olmayan, resmi olmayan, gayri resmi, kayıt dışı bakım) olmak üzere iki çeşittir. Formal bakım, sağlık veya sosyal bakım hizmetleri içeren aile hekimleri, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, evde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımdır. İnfomal bakım, bakım gereksinimi olan bireye profesyonel olmayan aile üyesi veya bir yakını tarafından verilen bakımdır (4). İnfomal bakım, bakım konusunda herhangi bir eğitimi olmayan ve bu görev için herhangi bir ekonomik karşılık almayan kişiler tarafından sağlanmaktadır. Bakıma ihtiyacı olan kişilerin uzun süreli bakım yükünün büyük bir kısmı informal bakım verenlere ait olduğu bilinmektedir (5). Ülkemizde ve dünyada en çok kullanılan bakım çeşidi informal bakımdır(6). Bu çalışma kapsamında informal bakım veren bireylerin bakım yükü konusu ele alınmaktadır.

Bakım konusu, bakım ihtiyacı olan kişi sayısındaki artışla birlikte önemi her geçen gün artan fakat konuyla ilgili birçok problemin çözülemediği hatta yeni problemlerin ortaya çıktığı bir alandır. Bu çerçevede son yıllarda bakım verenlerin sorunlarına ilişkin çalışmaların sayısı da artmıştır (7). Bakım verenlerle ilgili araştırmalar ve son yirmi yılda geliştirilen araçlar *bakım yükü*, *bakım verenin ihtiyaçları* ve *bakım verenin yaşam kalitesi* olmak üzere üç geniş kategoriye ayrılmaktadır. Hemşirelik bakımıyla ilgilenen araştırmacılar bu araştırmaların çoğuna öncülük etmiştir. Aynı zamanda gerontoloji, psikoloji, kardiyoloji, rehabilitasyon tıbbi ve onkoloji dahil olmak üzere tıbbi uzmanlık alanlarından da araştırmacılar katkıda bulunmuşlardır. Özellikle gerontoloji literatürü, müdahaleleri ve bakım verenler üzerinde etkileri araştırmayı amaçlayan çalışmaların çoğunu üretmiştir (8).

Bakım veren, bakıma ihtiyaç duyan bireyle birlikte yaşayan ve bireye “en çok bakımı ve yardımı sağlayan” kişidir (9). Bakım veren, ihtiyaçları hafife alınan “gizli hasta” olarak da tanımlanmaktadır (10). Araştırmalar bakım verenlerin çoğunun depresyon, anksiyete, psikosomatik ve immünolojik bozukluklar, kardiyovasküler problemler vb. gibi zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarına sahip olduğunu

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

göstermektedir (11, 12). Bakım verenlerin artan stres seviyesinden ve daha fazla fiziksel görev gerçekleştirmelerinden dolayı da uyku bozukluğu ve yorgunluk yaşadığı bilinmektedir (13).

Küresel olarak, informal bakım verenler, aile üyelerine ve sevdiklerine bakım verme konusunda etkilidir. Bu süreçte bakım verenler, bakım yüküne sahip olabilmektedir. Bakım yükünün ortaya çıkardığı olumsuz etkiler, kişiden kişiye değiştiği gibi, toplumlar arasında da değişiklik göstermektedir. Toplumsal farklılıklar bakım yükü algısını etkilemektedir (14, 15).

Literatürde bakım yükünün birçok farklı yorumu bulunmaktadır. En genel tanımı ile bakım yükü, bakım veren tarafından bir aile üyesine, sevilen birine bakım verme sürecinde algılanan çok yönlü stres düzeyidir. Bakım yükü, bakım sunumunda azalma, yaşam kalitesinde azalma, fiziksel ve psikolojik sağlıkta bozulma gibi olumsuz sonuçları içermektedir. Bakım yükü hem bakım alanın hem de bakım verenin refahı ile ilgilidir bu nedenle bakım yükü ile ilişkili özellikleri anlamak önemlidir (16).

Bakım verenlerin evde hastalarının sorunları ile baş başa kaldıkları düşünülmektedir ve algılanan bakım yükünün doğrudan ve dolaylı etkileri, bakım sürecine dahil olan herkes için olumsuzdur. Bakım yükünü hafifletmek için stratejik adımlar atılmadığı sürece, devam edecek olan sağlık sorunları, sosyal ve politik sorunlar meydana gelecektir (17, 18). Gelişmiş ülkelerin çoğu, informal bakım verenlerin sağlık sigortasına, dinlenme süresine, emeklilik güvenliğine, gelire ve evde pratik desteğe sürekli katkıları olduğunu garanti etmektedir (2).

BAKIM YÜKÜ

Bakım yükü, kronik olarak hasta veya engelli bir aile üyesine bakım veren aile üyelerinin yaşayabileceği fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal sorunları ifade etmek için yaygın olarak kullanılan bir kavramdır (19). Literatürde bakım yükü (caregiver burden), stres (caregiver stress), gerginlik (caregiver strain) ve tükenmişlik (caregiver burnout) kavramları birbirinin yerine kullanılan ifadelerdir (20). Türkçe literatürde bakım yükü (21, 22), bakım verme yükü (23), bakım veren yükü (14, 15, 24), bakıcı yükü (25, 26) olarak kullanılmaktadır.

Bakım yükü birçok boyutu olan geniş bir kavramdır. Kavramla ilgili farklı görüşler olduğu için anlamı ve kullanımı bakımından henüz bir homojenlik yoktur. Anlamı ve kullanımına açıklık getirmek, operasyonel tanımlar oluşturmak amacıyla kavramın analiz edildiği çalışmalar mevcuttur (16, 19).

Yük kavramının bakım verenler ile ilgili teorik bakış açlarına baktığımızda, literatürde ilk kez 'aile yükü' olarak bahsedilmiştir. Yük, akıl hastalarına bakım veren aile üyelerinin sahip olduğu olumsuz sonuçlar olarak ele alınmıştır (27). Yük bir kavram olarak ise ilk kez 1966'da Hoenig ve Hamilton tarafından açıklanmıştır. Hastanın, ailesinin ya da dışarıdan birinin bakış açısına göre tamamen farklı şeyler ifade edebileceği üzerinde durulmuştur. Yük objektif ve subjektif boyutlara ayrılmıştır (28). *Objektif yük*, bakım verme sürecindeki talepler olarak tanımlanırken; *Subjektif yük*, bu taleplerle ilgili olarak meydana gelen sıkıntıyı ifade etmektedir (8). Objektif yük, bakım verme deneyimiyle ilişkili olay ve faaliyetlere atıfta bulunmaktadır. Subjektif yük, bakım verenlerde, bakım işlevi yerine getirilirken uyanan duygulara ve algılara atıfta bulunur (28, 29).

Bu ilk araştırmacıların yükü teorik bir çerçeve içinde kavramsallaştıramadıkları bilinmektedir (8). İleriki dönemlerde algılanan bakım yükünü etkileyen olası faktörleri ele alan çalışmada, Amerikalı bir Gerontolog olan Zarit ve arkadaşları tarafından "Bakım yükü, engelli yaşlı yetişkinlere bakım veren aile üyelerinin yaşayabileceği fiziksel, psikolojik veya duygusal, sosyal ve finansal sorunları ifade etmektedir" şeklinde daha sistematik bir tanım ortaya konulmuştur (30). Bakım yükü ile ilgili diğer tanımlara bakılacak olursa:

George ve Gwyther (31), bakım yükünün fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal sorunlarına ek olarak, fiziksel sağlığı, zihinsel sağlığı, sosyal katılımı ve finansal kaynakları da refahın boyutları

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

olarak ifade etmişlerdir. "Bakım veren yükünü" ve "Bakım veren sağlığını" aynı madalyonun zıt yüzleri olarak belirtmişlerdir.

Tebb'e (32) göre yük veya dayanıklı olamama, bakım verenin, bakım sağlamanın bir sonucu olarak fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal durumları ile ilgili ne kadar acı çektiğini algılama derecesidir. Algılanan yük ne kadar büyükse, bakım verenin refahı o kadar azdır.

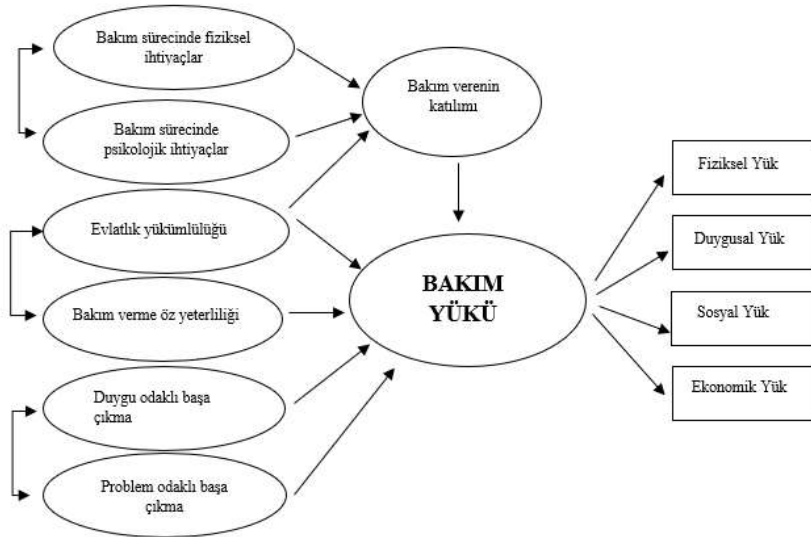
Chou (19) bakım yükü ile ilgili kavram analizi çalışmasında, bakım yükünün araştırmalarda tekrar tekrar ortaya çıkan kritik nitelikleri arasında *öznel algının, çok boyutlu fenomenlerin, dinamik değişimin ve aşırı yüklenmenin* yer aldığı belirtilmiştir. Bakım yükü:

Subjektiftir; Bakım verenin bakım alanın isteklerini nasıl yorumladığına bağlıdır.

Çok boyutludur (Biyo-eko-psiko-sosyal); Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları vardır. Bakım vermektен kaynaklanan yük, bakım verenin çeşitli yaşam alanlarında yük oluşturabilir ancak bakım veren, tüm boyutları aynı anda algılayamayabilir.

Dinamiktir; İhtiyaçlarla birlikte bakım verme kapsamı değiştiğçe algılanan yük de değişebilir.

Aşırı yüklenme; Yük, algılanan talepler ve kaynaklar arasındaki dengesizlikten kaynaklanabilmektedir. Kaynaklar, bireyin kendisinden veya diğer gayri resmi veya resmi desteklerden gelebilir. Kaynakları bireyin taleplerini karşılamak için yeterli olmadığında, bakım veren aşırı yüklenme yaşayabilir.

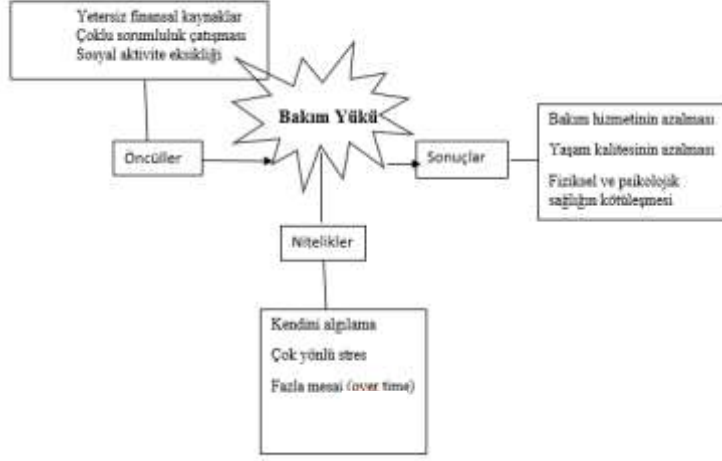


Şekil 1: Bakım yükü modelinin yapısal modeli (Structural model of the caregiver burden model) (19)

Chou, K.R. (2000). Caregiver Burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*; 15 (6):398-407.

Liu ve arkadaşları (16), bakım yükünü, bakım sürecinde bakım veren tarafından algılanan *çok yönlü stres düzeyi* olarak ifade etmiştir. Bakım yükü ile ilgili kavram analizi çalışmasında, bakım yükünün öncüllerine ve sonuçlarına dikkat çekmişlerdir ve bu çalışmada da bakım yükünün literatürde tekrar tekrar ortaya çıkan üç önemli niteliğinin *kendini algılama, çok yönlü stres ve fazla mesai* olduğu belirtilmiştir. *Benlik algısı*, bakım verenin, bakım verme sürecinde kişisel deneyimlerini algılaması ile ilgilidir. Bakım verenlerin *çok yönlü strese* maruz kaldığı literatürde kapsamlı bir şekilde gösterilmiştir. Birçok çalışma bakım vermenin uzun ömürlülüğünün yük düzeyini önemli ölçüde etkileyen faktörler olduğunu öne sürmektedir. Öncüller, kavramın ortaya çıkmasından önce meydana

gelen olaylardır. Yetersiz finansal kaynaklar, çoklu sorumluluk çatışması ve sosyal aktivite eksikliği bakım yükünün öncülleri arasında yer almaktadır. Algılanan bakım yükünün sonucunda ise bakım kalitesi düşebilmekte, verilen bakım hizmeti azalmaktadır. Kişilerin yaşam kalitesi azalmaktadır ve fiziksel, psikolojik sağlıkları kötüleşmektedir.



Şekil 2: Bakım yükünün kavramsal modeli (Conceptual model of caregiver burden) (16)

Liu, Z., Heffernan, C., Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. International journal of nursing sciences, 7(4), 438-445.

Literatürde bakım yükü kavramına eleştiriler de mevcuttur. Bu alanda çalışan profesyonellerin tutumlarında ve dilinde önemli bir değişim gerektiğine inanılmaktadır. Yük kavramı olumsuz algılanmaktadır. Bilgi ve destek yolu ile bakımın zor yönlerini hafifletmek için yardım istenilebileceğini ama bunun yük olmadığını ifade eden görüşler mevcuttur. Profesyonellerin bu karmaşıklığı açıklığa kavuşturucu bir dil bulması ve hem varoluşsal kırılğanlığımızı hem de karşılıklı ilişkilerimizi yansıtan yaşamın bir yönüne yardımcı olmak ve ortak olmak için bakım vermenin olumlu yönleriyle ilgili küçük ama büyüyen bilimsel literatürden daha fazlası gerektiğine inanılmaktadır (33). Bakım vermek, zaman zaman stresli olsa da, aile bağlarını teyit edebileceği, bakım verenin şu anda bakıma ihtiyacı olan kişiden aldığı geçmiş hizmeti onurlandırabileceği ve aile kaynaklarını koruyabileceği için duygusal olarak ödüllendirici olabilmektedir (34). Toplum, yaşamın değerli ve beklenen bir parçası olarak bakım vermeyi onurlandırmalıdır (2).

BAKIM VEREN KİŞİLERİN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

Bakım yükü kavramı genellikle fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olmak üzere dört boyutu içermektedir. Bakım verenlerin yaşayabileceği fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemleri ifade etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (19).

Bakım verenlerin sahip olduğu *fiziksel güçlükler* bakıldığında, bakım işinin gerektirdiği ergonomik olmayan postür, aşırı fiziksel efor gibi nedenlere bağlı olarak, bakım yükünün daha fazla algılandığı bilinmektedir (35). Bakım verenlerin, bakıma ihtiyacı olan kişileri hareket ettirme, bir yerden bir yere taşıma ve tuvalet/banyo ihtiyaçlarını giderme eylemleri sırasında fiziki olarak zorlandıkları boyun, bel, sırt, bacak ve kas ağrıları yaşadıkları bilinmektedir. Bakım verenlerin gece nöbetleri tuttıkları, bakım alıcılarının bir şeye ihtiyacı olur düşüncesiyle geceleri tedirgin oldukları, uyku düzensizliği yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle bakım verenler uykusuzluk problemleri yaşamakta, uyku kaliteleri azalmaktadır (36). Uyku problemine sahip bakım verenlerin uyku problemi olmayanlara göre bakım yükü yüksektir (37). Bakım verenlerin fiziksel yüklerini azaltmak, bakım işinde devamlılıklarını sağlamak ve verimliliklerini artırmak amacı ile eğitimler verilmelidir (35).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Bakım verenler, bakım verme sürecinde *psikolojik* olarak yıpranmakta ve zorlanmaktadır. Tükenmişlik, umutsuzluk, üzümlük, öfke ve stres gibi olumsuz duyguları sıklıkla hissetmektedirler. (36). Bakım verme, kaygı oluşturan bir durumdur. Bakım verenler, bakımı tam yapıp yapamadıklarına dair yoğun kaygı ve korku duymaktadırlar (36, 38).

Bakım verenler *sosyal güçlülere* de sahiptirler. Bakım verme bireylerin zamanının çoğunu kapsadığı için bireyler sosyal yaşamdan tamamen çekilmekte ve ev içerisinde sürekli aynı kişilerle beraber olmak zorunda kalmaktadır. Bu durum bakım verenlerin yaşadıkları zorluklara hem yenisini eklemekte hem de yaşanan zorlukların hafiflemesini engellemektedir. Bakım verenlerin yaşadıklarını paylaşma ihtiyaçlarının olduğu bilinmektedir. Bakım verenlerin farklı insanlarla bir araya gelmeleri ve farklı ortamları görmeleri, bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunları paylaşma fırsatı sunmaktadır (36). Bakım verenleri sosyal alanda destekleyen yeni hizmet modellerine ihtiyaç vardır.

Ekonomik güçlükler bakım yükünü artıran önemli bir faktördür. Ekonomik kaynaklar, bir ailenin refah algısında önemli bir rol oynamaktadır. Yetersiz gelirin, bakım verme sürecini kolaylaştırıcı kaynaklara erişimi azalttığı bilinmektedir. Bakım verme deneyiminin zorlu doğası ve sürekli bir eylem olması nedeniyle, bakım verenler, bakım sağlamak için çalışmayı bırakmak veya yarı zamanlı çalışmak zorunda kalmaktadır (19, 36). Böylece gelir azalmaktadır. Bakım sürecinde giderler ise artmaktadır. Bakım alıcılarının sağlık giderleri, kişisel bakım hizmetleri ve her hastalığa özel bakım ihtiyaçlarının olması gibi nedenlere bağlı olarak pek çok bakım veren ekonomik zorluk yaşamaktadır (36). İnfomal bakım vermenin kurumsallaşmayı geciktirdiği, sağlık bakım maliyeti üzerinde önemli tasarruflar sağladığı bilinmektedir. Ancak çalışmaların çoğunda tasarruf bakım alanına yönelik hesaplanmış, bakım verene yönelik maliyet hesaplanmamıştır (39). Bakım verene yönelik maliyetin hesaplanması, bu konuda çalışmaların artması ve kişilerin ekonomik olarak da desteklenmeleri bu çerçevede oldukça önemlidir. Ekonomik yoksulluk yaşayan bakım verenler için bakım aylığı, ilaç ve alt bakım bezi gibi desteklerin yeterli düzeyde sağlanması, bu konuda bakım alıcısının sağlık durumunun ve ihtiyaç duyduğu bakım desteğinin ağırlığına göre hesaplama yapılması önemlidir. Bakım verenlere esnek çalışma saatleri olan, kısmi zamanlı istihdam olanaklarının yaratılması halinde hem bakım verenlerin yaşadıkları zorlu yaşam koşullarının düzeleceği düşünülmektedir (6).

BAKIM YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bakım yükü ile ilişkili birçok faktör önceki çalışmalarla doğrulanmıştır (40). Bakım yükünü etkileyen faktörler bakıma ihtiyaç duyan kişilere veya bakım verenlere ait faktörleri içermektedir.

Bakım alıcılarına ait faktörlere bakıldığında, bilişsel yetersizlikler, işlevsel yetersizlikler ve davranışsal sorunlar şeklinde üç ayrı başlıktan söz edilmektedir (14). Yaş, öğrenim durumu, sağlık güvencesi varlığı, kronik hastalığın türü, bağımlılık durumu, hastalığının düzeyi, iletişim kurma yetersizliği, kişilik değişiklikleri gibi değişkenler bireyin bakımını üstlenenlerin yaşadığı problemleri artırmaktadır. Bakım alıcılarının olumsuz kişilik özelliklerinin bakım sürecini zorlaştırdığı, olumlu kişilik özelliklerinin ise bakım vereni motive ettiği ve zorlukları hafiflettiği bilinmektedir (36, 41).

Bakım yükünün, bakım alıcının özelliklerinden ziyade bakım verenin özellikleri tarafından belirlendiği belirtilmektedir (42).

Bakım verenlere ait risk faktörleri, kadın cinsiyet, 40-54 yaş, duygusal destek sağlamak, uzun saatler bakım sağlamak, hakimiyet duygusunun düşük olması, depresif belirtilerin varlığı, şiddetli yalnızlık, düşük eğitim düzeyi, finansal stres, bakım verenin bir işte çalışması, bakım veren olma konusunda seçim yapamama gibi farklı risk faktörleri karşımıza çıkmaktadır. Bakımın yoğunluğu arttıkça daha fazla bakım yükü algılandığı bilinmektedir (43-45).

Cinsiyet ile bakım yükü arasında kadınlar yönünde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu durumun nedeni; kültürümüzde bakımının aile üyeleri ve özellikle kadınlar tarafından verilmesinin doğal karşılanması ile ilgilidir. Bakım vermenin takdir edilen bir davranış olması, bakım verenlerin bakımı

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

bir görev gibi görmesi ya da bakım verenlerin bakımı kabullenip boyun eğmesi, kadınların bakım verme işine daha fazla zaman ayırmasına, dolayısıyla bakım verme yükünü daha fazla hissetmelerine ve yaşam kalitelerinin daha düşük olmasına yol açtığı düşünülmektedir. Bakım verme işlevi, fiziksel ve ruhsal olarak da kadınların daha fazla etkilenme sebebi olabilmektedir (18). Bakım verme sürecinde kadınların sağlık durumları tehlikeye girmekte ve kendilerinin de bakıma muhtaç hale gelme riskleri artmaktadır (46).

Tablo 1: Bakım yükünü etkileyen bakım verenlere ait risk faktörleri (44)

Etki Alanı/Özellik	Bakım Vermenin Risk Faktörü ve/veya Sonuç Durumu
Demografik	
Kadın cinsiyet	Bakım veren olmak ve bakım yükü için risk faktörüdür
Düşük eğitim seviyesi	Çeşitli koşullarda en yüksek bakım yükü ile ilişkilidir
Bakım alıcısı ile yaşamak	Bakım yükü ile ilişkilidir
Bakım Yükünün Klinik Sonuçları	
Ölüm	Bakım yükü, %63 oranında artan ölüm riski ile bakım verenin ölümünün bağımsız bir öngörücüsüdür
Kilo kaybı	Bakım verenin kilo kaybıyla ilişkili bakım yükü
Öz bakım eksikliği	Düşük öz-bakım davranışları ve öz-sağlığı göz ardı etme insidansı daha yüksektir.
Uykusuzluk	Özellikle uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma olan demans hastalarına bakım verenlerde sık görülmekte ve aynı zamanda bakım yükü için bir risk faktörü olabilmektedir
Psikososyal	
Depresyon ve depresif belirtiler	Bakım yükü için hem risk faktörü hem de bakım yükünün sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.
Baş etme stratejileri	Demans hastalarına bakım verenlerde bakım yüküyle ilişkili daha az sayıda başa çıkma stratejisi kullanma söz konusudur.
Algılanan hasta sıkıntıları	Bakım alıcısında sıkıntı algılayan bakım verenlerde bakım veren yükü yaşama olasılığı daha yüksektir
Sosyal izolasyon ve azalmış sosyal aktivite	Bakım yükü için hem risk faktörü hem de bakım yükünün sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.
Anksiyete	İleri kanser hastalarına bakım verenlerde bakım vermenin bir sonucu olabilmektedir.
İntihar	Bakım yükünün bir sonucu
Bakım Vereninin Durumu	
Bakım zamanı ve çabası	Bakım yükü ile ilişkili bakım verme rolündeki süre ve bakım için harcanan saat
Ekonomik stres	Bakım yükü için hem risk faktörü hem de bakım yükünün sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.
Seçim eksikliği	Kişiler bakım verip vermemek için seçim şansları olamayabiliyor.
İşe düzenli devam edememek	Bakım verme, düzenli çalışmayı engelleyebilir; 1'den fazla potansiyel bakım veren olduğunda, düzenli olarak çalışmayan aile üyesinin bakım veren rolünü üstlenmesi daha olasıdır.

BAKIM YÜKÜNÜ BELİRLEMeye YÖNELİK ÖLÇME ARAÇLARI

Bakım yükünü ölçmek için araçlar geliştirme girişimleri, 1970'lerin sonlarında ve 1980'lerin başlarında geriatrik alanda ortaya çıkmıştır (8).

Bakım sorumluluğunu üstlenmiş bireylerin bakım yükü ve güçlüğünü belirlemede, bakım verme rollerini tanımlamada, bakım yükü ölçekleri önemli rol oynamaktadır. Geliştirilen ölçekler incelendiğinde, ölçeklerin örneklemini çoğunlukla demans, kanser, alzheimer gibi hastalık grupları oluşturmaktadır. Oysaki kronik hastalıklar insan yaşamının her döneminde görülebilen geniş bir popülasyona sahiptir. Çocukluktan yetişkinliğe kadar her evrede bakım gereksinimi olan bireylerin bakım verenlerinin, bakım yüklerinin değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Böylece hem bakım alan hem de bakım veren bireylerin yaşadığı güçlüklerin tespit edilmesi kolaylaşabilir, yaşam kaliteleri artırılabilir (47).

Konuyla ilgili en sık kullanılan ölçek Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilen “Burden Interview” ölçeğidir. Demanslı yaşlıya bakım verenlerin bakım yükünü değerlendiren, 22 maddeden oluşan, 5’li likert tipi bir ölçektir (30). Zarit Yük Ölçeği sadece Demans grubu hasta bakım verenleri için değil tüm kronik hastaların bakım verenleri için yaygın olarak kullanılmaktadır (15). “Bakım Verme Yükü Ölçeği” olarak Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) (3) tarafından yapılmıştır. Novak ve Guest (1989) tarafından geliştirilen, Caregiver Burden Inventory, araştırmalarda sıklıkla kullanılan diğer ölçek olarak karşımıza çıkmaktadır (48). Fiziksel, sosyal, duygusal yük, zaman-bağımlılık, gelişimsel yük boyutlarından oluşan 24 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Küçükgüçlü ve arkadaşları (49) tarafından yapılmıştır.

BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği (50), Bakıcı Yükü Ölçeği (51), Aile Bakım Verme Yükü Ölçeği (52) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan diğer ölçeklerdir.

YAŞLI BİREYLERE BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ

Nüfusun yaşlanması küresel bir olgudur (4). Nüfusun giderek yaşlandığı ve kronik hastalıkları olan insanların iyi bir tıbbi bakımla daha uzun yaşam süresine sahip olduğu bilinmektedir (41, 53). Yaşam süresinin uzaması, bakım verilen yılların uzaması anlamına geldiği gibi aynı zamanda bakımın yönüyle ilgili de yeni boyutlar ortaya çıkarmaktadır. İleri yaştaki bir kişinin kendi kuşağına veya alt kuşaklara bakım verdiği durumlar artmaktadır. Yani geçmiş yıllardan itibaren alışlagelmiş olan genç veya yetişkinden yaşlıya doğru olan bakımın yönü, yeni boyutlar kazanarak yaşlıdan yaşlıya veya yaşlıdan gençlere doğru da olabilmektedir (7). 65 yaş ve üstünde olan çiftlerden birinin bakıma muhtaçlığı nedeni ile diğer eşin ona bakım vermesi bakım yükünün en yüksek seviyeye çıktığı durumlardandır. Bakım veren, hem kendi yaşlılıkla ilgili sorunları ile baş ederken hem de bakım veren rolü ve sorumluluğu ile baş etmektedir (37).

Bakıma olan ihtiyacın artıracığı ve bakıma olan ihtiyacın profesyonel bakımdan gayri resmi bakıma artan bir geçişle sonuçlanacağı tahmin edilmektedir (54). Ülkemizde de son yıllarda yaşlı nüfusun artması, özellikle 85 ve daha büyük yaştaki bireylerin sayısının yükselmesi ile informal bakım yükünün artacağı öngörülmektedir (6). Yaşlanan bir nüfus, artan sayıda kronik hastalıkla yaşayan birey ve bakım verenler için yeterli resmi desteğin olmaması, bakım veren yükü prevalansını artırmaktadır (44).

Yaşlanma sürecine bağlı meydana gelen fizyolojik değişimler ve kronik bir hastalığa sahip olma durumunun, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde başka bireylere bağımlı olma durumlarını etkileyen önemli faktörler olduğu düşünülmektedir (23). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerin ileri derecede bakım yüküne sahip olduğu bilinmektedir (18, 41). Bakım verenin sağlık durumunun, bakım verilen kişi sayısı ve sağlık durumlarının, ekonomik koşullarının, yaşlı ile olan ilişkisinin, çevresinden destek alabilme durumunun ve yaşlı bakımı konusunda teknik bilgiye sahip olmasının hissedilen bakım yükünü doğrudan etkilediği bilinmektedir (6). Yaşlı bireylerin uzun yıllar

devam eden kronik bir rahatsızlığının olması bakım verenlerin bakım yüklerini artırarak yoğun stres yaşamalarına neden olmaktadır (23). Yaşlı bireylere bakım veren aile bireylerinin, bedensel, psikolojik ve sosyal açılardan zorluklar yaşadıkları, kendi sağlıklarının bozulduğu, uyku düzenlerinin bozulduğu, ekonomik sıkıntıların ortaya çıktığı, sosyal çevreden soyutlandıkları, mekânsal problemler yaşadıkları bilinmektedir (23, 36, 55). Yaşlı bireylere bakım verenlerin, kronik hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan yakınmaları yönetmede, yaşlı bireyin bakım ihtiyaçlarını karşılamada ve hastalarına duygusal olarak destek sağlamada güçlükler yaşadıkları bilinmektedir (14).

Çoğunlukla aile üyelerinden oluşan bakım verenler, genellikle yıllarca ara vermeden, ücret almadan, tatil yapmadan, tanınmadan, destek almadan veya yardım almadan uygulamalı bakımın çoğunu sağlamaktadır (2). Uzun süreli bakım vermek sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Uzun süre bakım vermektan kaynaklanan stres hem bakım verenin hem de hastanın sağlığını olumsuz etkilemektedir (14). Bakım veren aile bireyleri, bakıma ihtiyacı olan yaşlıların fiziksel ve ruhsal iyi olma halini sürdürmelerinde hayati bir role sahip oldukları için (22) bakım verenlerin bütüncül hizmetlerle desteklenmesi oldukça önemlidir. Yaşlı bakımının aile bireyleri tarafından üstlenilmesi sonucu ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları ortadan kaldırmak veya azaltmak, sadece bakım verenleri değil aynı zamanda yaşlı bireyin de yaşam kalitesini iyileştirecektir (22). Bakım yükünün azaltılması, yaşlılara yönelik bakım kalitesinin iyileştirilmesi için yapılacak en önemli müdahale olacaktır (56).

Bakım verme süreci zorlayıcı olsa da her bakım verenin zorlukları aynı şekilde algıladığını söylemek doğru değildir. Çünkü her bakım verenin acı eşiği birbirinden farklıdır (36). Yaşlı bireye bakım vermenin sorumluluğunun aile bireyleri tarafından üstlenilmesinin aile bireyleri üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. Olumlu etkileri; kuşaklararası dayanışmanın artması, bilgi ve tecrübelerin yeni nesillere aktarılması, aile içi ilişkilerin güçlenmesi vs. olabilmektedir. Bu süreç hem bakım veren hem de bakım alan kişi açısından iyi ilişkilerin kurulduğu, sevgi ve samimiyetin arttığı, yaşamın anlamlandırıldığı bir süreç olarak yaşanabilir. Olumsuz etkileri ise; bakım veren aile bireylerinin fiziksel ve psikolojik yorgunluk, tahammül gücünün zayıflaması vs. olabilmektedir (18, 22).

BAKIM YÜKÜNÜ AZALTMAYA YÖNELİK MÜDAHALELER

Bakım yükünün sonuçları olarak bakım kalitesinin azalması, yaşam kalitesinin azalması, fiziksel ve psikolojik sağlığın bozulması gibi olumsuz değişiklikler karşımıza çıkmaktadır (16). Sadece bakım alıcının sorunlarına çözüm getirmek, başarılı bakım süreci için yeterli bir koşul değildir. Bakım verenin sorunlarına da çözüm getirilmesi gerekir (57). Günlük sorunlarla başa çıkabilmeye odaklanan, dinlenme fırsatları sunan, ihtiyaçlara cevap veren dikkatli bir şekilde planlanmış müdahalelerin, bakım verenlerin deneyimlediği yüklerin bir kısmını etkili bir şekilde hafifletebileceği bilinmektedir (58). Bakım vereninin ruhsal ve fiziksel sağlığının desteklenmesi sağlık algısını iyileştirecek, bakım yükünü azaltacak ve verilen bakımın da kalitesini artıracaktır (18, 56).

Bakım verenlere yönelik sosyal destek, bakım yükünü azaltmaya yönelik müdahalelerin temel hedefi olarak karşımıza çıkmaktadır. Resmi sosyal desteğin alınmasından bağımsız olarak, yakın aile/akrabalardan gelen gayri resmi sosyal desteğin, özellikle duygusal sosyal desteğin bakım yükünü azaltmak için faydalı olabileceği bilinmektedir (4). Bakım verme sürecinde sorumluluğun tek bir kişi tarafından üstlenilmemesi ve diğer aile üyelerinin bakım verene destek sunması ile bakım süreci daha sağlıklı ilerlemektedir. Hane dışından veya içinden hissedilen destekle bakım verme süreci kolaylaşmaktadır. Ailesinden destek gören bakım verenlerin hem bakım konusunda daha istekli olduğu hem de daha az alanda zorlandığı bilinmektedir. Ailelerinden destek göremeyenlerin bakım sürecinde daha öfkeli oldukları ve aile ilişkilerinde kopmalar yaşadıkları bilinmektedir (36). Gayri resmi destek ağının güçlendirilmesinin, birincil bakım veren üzerindeki aşırı yükü ve aile sisteminin çöküşünü önleyebileceği ve böylece kurumsallaşma oranını azaltabileceği ileri sürülmektedir (30). Ülkemizde yapılan bir araştırmada bakım verenin çevresinden destek alabilme durumunun algılanan

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

bakım yükünü doğrudan etkilediği ortaya koyulmuştur (6). Resmi sosyal destek sağlamak, bakım verenlere boş zaman tanımak için oldukça önemlidir. Kendilerine ayıracak zamanları olmadan, bakım verenlerin yakın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla sosyal etkileşimler gerektiren yeterli gayri resmi sosyal destek almaları imkansızdır (4).

Bakım yükünü hafifletmek için mevcut olan müdahale yöntemlerine bakıldığında, dinlenme hizmetleri ve psiko-sosyal müdahale programları ana yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır (17).

Dinlenme hizmetleri, bakım veren kişiye sunulan ve bakım verenin geçici olarak bakım sorumluluğundan uzaklaşmasını sağlayan hizmetleri ifade etmektedir. Bu hizmetler, evde bakım hizmetlerini, gündüz bakım merkezlerini, yatılı veya gece bakım merkezlerini içermektedir. Böylece kişilere kendilerine ayırabilecek zaman ve dinlenme imkânı sağlanmaktadır (5). Bakım verenlerin bakım yükünü hafifletebilmek, sosyal hayatlarını sürdürebilmelerini desteklemek için bu hizmetler oldukça önemlidir. Ülkemizde de yakınlarını gündüzleri bırakabilecekleri, bakım giderlerinin devlet tarafından karşılandığı gündüz bakım evlerinin, hastanelerde kısa süreli hasta bakım ünitelerinin açılması ve yaygınlaştırılması son derece önemlidir (23, 59). Ayrıca kuruluşların demans gibi hastalıklarda ortaya çıkan özel durumlar için uzmanlaşmış olarak hizmet sunabilmesi önemlidir (6).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, gündüz bakım destek merkezinin açılmasının, ileri yaşta olan bakım verenler ve dışarıya çıktıklarında yaşlılarını emanet edecek kimsesi olmayan bakım verenler için bakım yükünü azaltacak çok önemli bir hizmet olacağı rapor edilmiştir. Yaşlı destek merkezlerinin kurulması ve bu merkezlerde bir gerontolog, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı bulundurulması tavsiye edilmektedir. Ayrıca içerisinde gündüz yaşlı bakımı hizmetinin yürütüldüğü, fizyoterapi uygulamalarının bulunduğu, yaşlılara sosyal aktivitelerin yaptırıldığı ve böylece bakım verenlerin yükünün hafifletildiği bir aile destek merkezinin kurulması çalışmaya katılan bakım verenlerin %83,6'sı tarafından talep edildiği bilinmektedir (37).

Evde destek ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması de bu süreçte oldukça önemlidir (6). Multidisipliner ekiple hizmet kalitesi artırılabilir (60). Bakım yükünü azaltmak için bakım vereni bakım ekibinin bir üyesi olarak çalışmaya teşvik etmek önemlidir. Bakım veren aile üyeleri ile yürütülen uygulamalarda psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, sağlık çalışanı gibi multidisipliner bir ekiple uygulama planı yapılmalıdır. Böylece yaşanan sorunlar için çok boyutlu çözüm önerileri mümkün olacaktır (36, 44). Evde bakım hizmeti ile hasta ve bakım veren kendi ortamlarında gözlenmekte ve bakım verenin yaşadığı güçlükleri, yeteneklerini ve ihtiyaçları belirlenebilmektedir (2).

Psikososyal müdahale programları, bakım verenin yükünü hafifletmeye, bakıma yönelik becerilerini geliştirmeye yöneliktir (5). Bakım veren kişiler bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte ve çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedirler (14). Bakım sürecinde gerekli psikolojik rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunulması son derece önemlidir (23, 41, 55). Antalya'da faaliyet gösteren Ulusal Sosyal ve Gerontoloji Derneği'nin 2007 senesinde, yaşlısına bakan kadınlar için açtığı ücretsiz kurs projesi, bu tür çalışmalara iyi bir örnek teşkil etmektedir (55). Bakım verenlerin çoğunun psikolojik desteklerden yararlanması gerektiği bilinmektedir. Artan kanıtlara rağmen, birçok bakım veren psikolojik yardım arama konusunda isteksizdir (61). Bunun temel sebebi, kişiler ihtiyaçlarının farkında olmayabilir veya yardıma uygun olup olmadıklarını bilmeyebilir (44). Bu konuda bakım verenleri bilinçlendirmek oldukça önemlidir.

Bakım verenlerin karşılaştıkları güçlüklerde başvurabilecekleri, yardım alabilecekleri, soru sorabilecekleri danışma merkezleri, dernekler, topluluklar oluşturulabilir ve yaygınlaştırılabilir (21).

Son zamanlarda, bakım verenleri desteklemek için Web tabanlı müdahalelerin kullanımına büyük ilgi duyulmaktadır. Teknoloji, bakım verenleri desteklemektedir ve daha iyi başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır (62). Sağlık hizmeti müdahalelerinin Web aracılığıyla sunulmasının, hizmetlere

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

erişilebilirliği artırmanın yanı sıra sağlık bakım maliyetlerini düşürmesiyle sonuçlanabileceği bilinmektedir. Web tabanlı müdahale programlarının öz-yeterlik, benlik saygısı ve kronik bir durumla yaşayan yetişkinlerin bakım verenlerinin gerginliği üzerinde olumlu etkilerine dair kanıtlar mevcuttur (63, 64). Çevrimiçi düzenlenen mindfulness temelli uygulamaların fiziksel sağlık problemlerine sahip kişilerin yaşayabileceği semptom yükünü hafifletmede yardımcı olabileceği bilinmektedir (64). Bakım verenlerin sahip olduğu fiziksel güçlükler düşünüldüğünde bu oldukça önemli bir hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım verenlere yönelik Mindfulness temelli uygulamaların ve öz şefkatli farkındalık çalışmalarının kabul edilebilirliği ve bakım yükü üzerindeki etkisi ile ilgili araştırmalara ülkemizde ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Uygulamaların, pratiklik, uygulama ve etkinlik bakım verdikleri kişiler hakkında bilgiler, bakım verenler için kaynaklar ve hizmetler, bakım sırasında sık karşılaşılan sorunlara çözümler ve bakıcıların refahını değerlendirmek için anketler içeren mobil uygulamalarda bakım verenler için çözümler sağlıyor gibi görünmektedir (65). Bakım verenlerin öz bakımlarını geliştirmeye ve sağlıklarını korumaya teşvik etmek, eğitim ve bilgi sağlamak, teknoloji desteğini kullanmalarını sağlamak, bakım verene yönelik yardımlar var ise kişilerin bilinçlendirilmesi, bakım verenlerin geçici bakıma erişmeye teşvik edilmesi bu süreçte oldukça önemlidir (44).

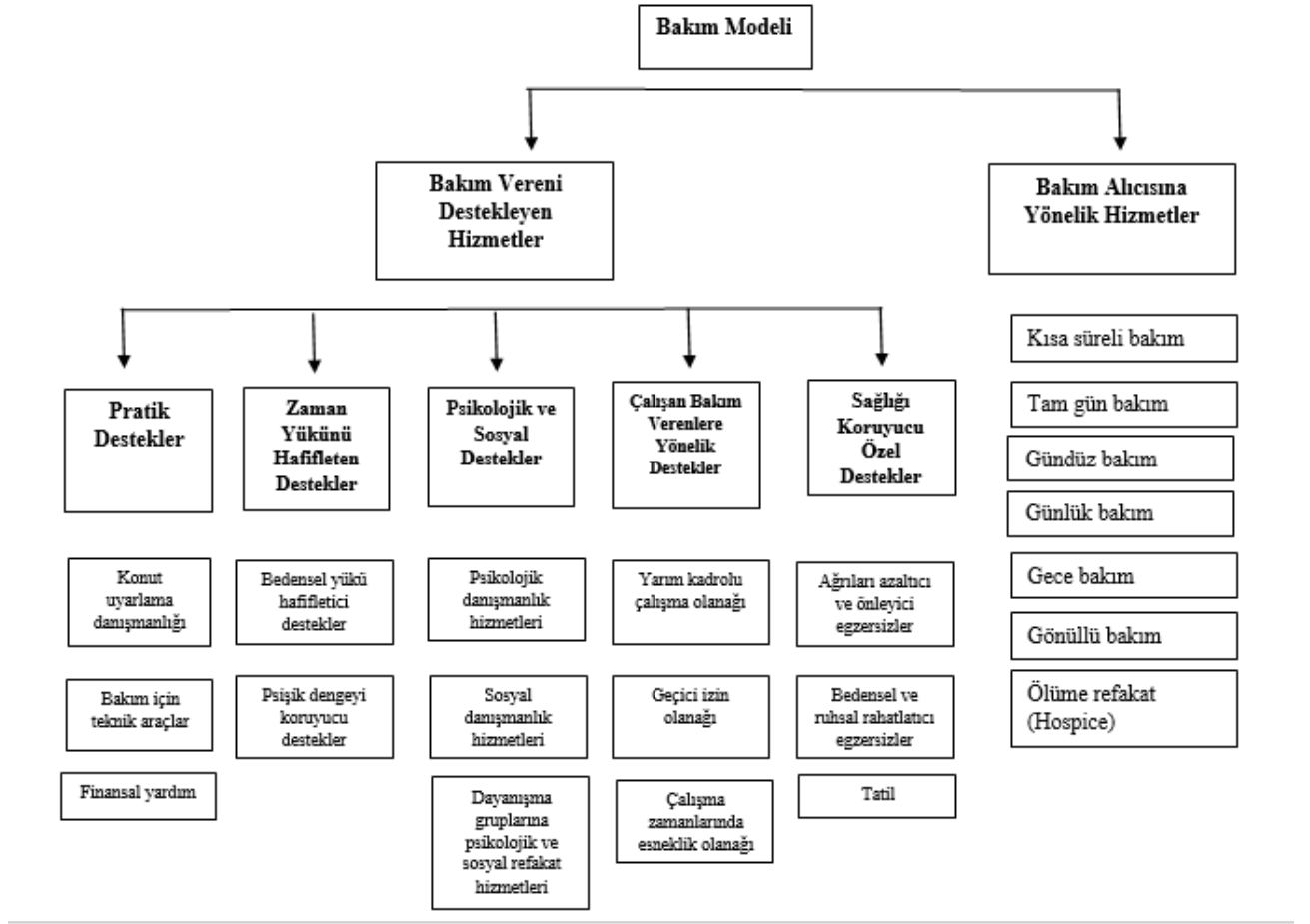
Bakım verenlerin genel sağlık durumlarını iyileştirmek için birinci basamak ortamında çalışmaların yapılması önemlidir. (56). Ülkemizin şartlarına uygun olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde bakım verenlerin sağlığını değerlendirmeye ve korumaya yönelik klinik kılavuzlar hazırlanmalıdır (66). Bakım alıcısının birincil hastalığını bilmek, bakım vermeyle ilgili zorlukların tahmin edilmesini kolaylaştırabilir (44). Fonksiyonel başa çıkma biçimlerinin yerleştirilmesi ve bakım verenlerin günlük yaşam stresörleri ile başa çıkabilmelerinin sağlanabilmesi için kültüre özgü programlara ve uzun dönem klinik çalışmalara gereksinim vardır (14, 66). Ayrıca sağlık bakım profesyonellerinin periyodik aralıklarla bakım yükü tanınması ve değerlendirmesi yapmaları önerilmektedir (23). Bu çerçevede Türkiye kültürüne özgü bir ölçek geliştirilmesi faydalı olabilir (15). Gerontologlar, düzenli aralıklarla bakım yükünün tanınması, değerlendirilmesi, bakım verenlerin desteklenmesi konusunda oldukça önemli bir yere sahiptir. Bakım verenlerin yaş alma sürecini iyileştirecek hizmetler üretebilmek için gerontoloji biliminin çalışmaları önemlidir. Hem bakım verenler hem de bakım alan bireyler için gerontolojik rehabilitasyon uygulamalarının gerekli olduğu ve yaygınlaştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir (67).

Ülkemizde bakıma muhtaç aile üyelerine bakım verenlere destek olarak “bakım parası” ödenmektedir. Bakım parasını alabilmek için şartlara bakıldığında aslında yoksulluk yardımı olduğu görülmektedir, oysaki bakım parasının ailenin gelirinden bağımsız hale getirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda “sosyal bakım sigortası” önemli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sigorta kapsamında bakıma muhtaçlık yardımları, bakıma muhtaçlık durumunda yapılmakta ve hane gelirine bağlı olmamaktadır (46, 68). Bakım sigortası, öncelikle aileyi bakım görevinde destekleyici bir işleve sahiptir (55) ve bu süreçte algılanan ekonomik yükü azaltabileceği düşünülmektedir.

Yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım yükünü azaltmaya yönelik olarak “Bakım Verici Destek Programı (Caregiver Support Programme-CSP)” hazırlanabilir, bu programa rahatlama stratejileri, iletişim teknikleri, bilgi gereksinimi ve baş etme stratejileri eklenebilir. Ülkemizde bakım verenin yükünü azaltmaya yönelik, gelecekte bakım verene yönelik sağlanacak destek araçlarının ve kurumsal bakım olanaklarının, yaşlı bakımına yeni boyutlar kazandıracakı düşünülmektedir (39).

Tüm bu bakım yükünü azaltmaya yönelik müdahalelere bütüncül bir şekilde bakıldığında bakım yükünü azaltabilecek bakım modeli karşımıza çıkmaktadır:

Şekil 3: Bakım Modeli (57)



Bakım verenler, özellikle kadınlar, resmi bakım verenlere göre çok daha az destek alarak kapsamlı bir bakım sağlamak için önemli bir stres altındadır. Program planlayıcılar, politika yapıcılar ve resmi bakım sağlayıcılar, ailelerin bakım yükünü azaltan erişilebilir, uygun maliyetli ve yenilikçi destek hizmetleri ve programları sağlamak için birlikte hareket etmelidir (45).

SONUÇ

Dünya nüfusu yaşlanmakta ve önümüzdeki yıllarda yaşlı insanların oranı artmaya devam edeceği bilinmektedir. Yaşlanan nüfus nedeniyle, bakım talebi de artmaktadır. Aile üyeleri veya diğer yakınlar tarafından verilen informal bakım giderek önem kazanmaktadır. İnfomal bakım, bakıma muhtaç kişiye doğrudan çevresindeki birinden yapılan tüm yardımlardan oluşmaktadır ve bakım verenler bakım sürecinde bakım yükü algılayabilmektedir. Algılanan bakım yükü temel olarak fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik güçlüklerle ilgili olabilmektedir. Bu çeşitli alanlarda yaşanan güçlüklerle yönelik bakım verenleri destekleyecek bütüncül hizmetlere ihtiyaç vardır. Bakım yükünü azaltmaya yönelik hizmetlerin geliştirilmesinde, uygulanmasında ve yaygınlaştırılmasında gerontologların ve konuyla ilgili diğer meslek gruplarının iş birliğine ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. de Oliveira G.R., Neto J.F., de Camargo S.M., Lucchetti A.L.G., Espinha D.C.M., Lucchetti G. (2015). *Caregiving across the lifespan: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life*. *Psychogeriatrics*;15(2):123-32.
2. Lynn J. (2014). *Strategies to Ease the Burden of Family Caregivers*. *Jama-J Am Med Assoc*;311(10):1021-2.
3. İnci F., Erdem M. (2008). *Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasıI geçerlilik ve güvenilirliği*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 11(4):85-95.
4. Shiba K., Kondo N., Kondo K. (2016). *Informal and Formal Social Support and Caregiver Burden: The AGES Caregiver Survey*. *J Epidemiol*;26(12):622-8.
5. Carretero S., Garces J., Rodenas F., Sanjose V. (2009) *The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review*. *Arch Gerontol Geriat*;49(1):74-9.
6. Dinç B., Özmete E. (2021) *Bakım Kuruluşlarına Kabul Sırasında Bekleyen Yaşlılara Ailede Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*. *Toplum ve Sosyal Hizmet*;32(4):1257-81.
7. Özkurt V. (2019). *Bakım Verenlerin Bakım İhtiyacı Riski: Bakım Alan Kişinin Mıknatıs Etkisi*. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*;3(3):4-18.
8. Deeken J.F., Taylor K.L., Mangan P., Yabroff K.R., Ingham J.M. (2003). *Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers*. *J Pain Symptom Manag*;26(4):922-53.
9. Cockerill R., Warren S. (1990). *Care for caregivers: the needs of family members of MS patients*. *The Journal of Rehabilitation*;56(1):41-5.
10. Andolsek K.M., Clapp-Channing N.E., Gehlbach S.H., Moore I., Proffitt V.S., Sigmon A. et al. (1988). *Caregivers and elderly relatives: the prevalence of caregiving in a family practice*. *Archives of internal medicine*;148(10):2177-80.
11. Lee S., Colditz G.A., Berkman L.F., Kawachi I. (2003). *Caregiving and risk of coronary heart disease in US women: a prospective study*. *American journal of preventive medicine*;24(2):113-9.
12. Yee J.L., Schulz R. (2000). *Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis*. *The Gerontologist*;40(2):147-64.
13. Lovell B., Wetherell M.A. (2011). *The cost of caregiving: Endocrine and immune implications in elderly and non elderly caregivers*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*;35(6):1342-52.
14. Atagün M.İ., Balaban Ö.D., Atagün Z., Elagöz M., Özpolat A.Y. (2011). *Kronik hastalıklarda bakım veren yükü*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.
15. Atak T., Özkes M. (2019). *Demanslı hastalarla ilgilenen aile üyelerinin bakım veren yükünün incelenmesi*. *Ege Eğitim Dergisi*;20(1):145-61.
16. Liu Z., Heffernan C., Tan J. (2020). *Caregiver burden: A concept analysis*. *Int J Nurs Sci*;7(4):348-55.
17. Garces J., Carretero S., Rodenas F., Aleman C. (2010). *A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons*. *Arch Gerontol Geriat*;50(3):254-9.
18. Erkuran H., Altay B. (2020). *Alzheimer'lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi*. *Journal of Health Services and Education*;3(2):52-8.
19. Chou K.R. (2000). *Caregiver burden: a concept analysis*. *Journal of pediatric nursing*;15(6):398-407.
20. Kunkle R., Chaperon C., Hanna K.M. (2020). *Formal caregiver burden in nursing homes: A concept analysis*. *Journal of gerontological nursing*;46(9):19-24.
21. Yeşil T., Uslusoy E.Ç., Korkmaz M. (2016). *Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*;5(4):54-66.
22. Korkut G., Gençtürk Z. (2019). *Yaşlılara Bakım Veren Aile Bireylerinde Algılanan Bakım Yükü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademik Araştırmalar Dergisi*;3(3):53-78.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

23. Sağlam Z., Koç Z., Çınarlı T., Korkmaz M. (2016). *Altmışbeş Yaş ve Üzeri Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi;1(2):40-60.
24. Barkın K., Esra A. (2019). *Bakım veren bireylere yönelik geliştirilen bireysel ergoterapi eğitim programının yaşam kalitesine ve bakım veren yüküne yönelik etkinliğinin incelenmesi*. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi;7(2):71-8.
25. Yıldız A. (2021). *Parkinson hastalığında nokturnal non-motor (motor olmayan) semptomların yaşam kalitesi ve bakıcı yüküne etkisi*.
26. Altuntaş O. (2021). *Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarının incelenmesi*.
27. Grad J., Sainsbury P. (1963). *Mental illness and the family*. *The Lancet*;281(7280):544-7.
28. Hoenig J., Hamilton M.W. (1966). *The schizophrenic patient in the community and his effect on the household*. *International journal of social psychiatry*;12(3):165-76.
29. Montgomery R.J., Gonyea J.G., Hooyman N.R. (1985). *Caregiving and the experience of subjective and objective burden*. *Family relations*;19-26.
30. Zarit S.H., Reeve K.E., Bach-Peterson J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. *The gerontologist*;20(6):649-55.
31. George L.K., Gwyther L.P. (1986). *Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults*. *The gerontologist*;26(3):253-9.
32. Tebb S. (1995). *An aid to empowerment: A caregiver well-being scale*. *Health & Social Work*;20(2):87-92.
33. O'Neill D. (2015). *Burdensome aspects of care rather than caregiver burden*. *Lancet*;386(10001):1340-.
34. Tarlow B.J., Wisniewski S.R., Belle S.H., Rubert M., Ory M.G., Gallagher-Thompson D. (2004). *Positive aspects of caregiving: Contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving*. *Research on aging*. 2004;26(4):429-53.
35. Duray M., Gülşen Ç., Altuğ F., Baskan E., Cavlak U. (2018). *Nörolojik Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Gövde Kas Kuvveti, Endüransı ve Esnekliği Üzerine Etkisi*. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*;29(3):79-84.
36. Çakır G., Yaman Ö. (2021). *Yaşlılara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Zorluklar ve Etkileyen Unsurlar*. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*;18(1):104-24.
37. Değer T.B., Yadigar O. (2021). *Eldivan İlçesinde Yaşayan Yaşlılara İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yükleri*. *OPUS International Journal of Society Researches*;18(43):6764-89.
38. Özyeşil Z., Oluk A., Çakmak D. (2014). *Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluksürekli kaygıyı yordama düzeyi*. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*;15(1).
39. Kalıncara V., Kalaycı İ. (2017). *Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik*. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*;10(2):19-39.
40. Makizako H., Abe T., Shimada H., Ohnuma T., Furuna T., Nakamura Y. (2009). *Combined effect of factors associated with burdens on primary caregiver*. *Geriatr Gerontol Int*;9(2):183-9.
41. Selçuk K.T., Avcı D. (2016). *Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler*. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*;7(1):1-9.
42. Riffin C., Van Ness P.H., Wolff J.L., Fried T. (2019). *Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers*. *J Am Geriatr Soc*;67(2):277-83.
43. Prevo L., Hajema K., Linssen E., Kremers S., Crutzen R., Schneider F. (2018). *Population Characteristics and Needs of Informal Caregivers Associated With the Risk of Perceiving a High Burden: A Cross-Sectional Study*. *Inquiry-J Health Car*;55.
44. Adelman R.D., Tmanova L.L., Delgado D., Dion S., Lachs M.S. (2014). *Caregiver Burden A Clinical Review*. *Jama-J Am Med Assoc*;311(10):1052-9.
45. Navaie-Waliser M., Spriggs A., Feldman P.H. (2002). *Informal caregiving: differential experiences by gender*. *Medical care*;1249-59.
46. Tufan İ. (2016). *Antik Çağ'dan Günümüze Yaşlılık ve Yaşlanma*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
47. Özdemir H., Şenol S. (2019). *Bakım yükü değerlendirme ölçeklerine sistematik bir bakış*. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*;4(2):61-8.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

48. Novak M., Guest C. (1989). *Application of a multidimensional caregiver burden inventory*. The gerontologist;29(6):798-803.
49. Küçükgüçlü Ö., Esen A., Yener G. (2009). *The reliability and validity of the caregiver burden inventory in Turkey*. Journal of Neurological Sciences (Turkish);26(1):60-73.
50. Can T. (2010). *Bakas Caregiving Outcomes Scale'in (Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği*.
51. Akıncı A., Pınar R. (2014). *Validity and reliability of Turkish caregiver burden scale among family caregivers of haemodialysis patients*. Journal of Clinical Nursing;23(3-4):352-60.
52. Ulusoy N., Graessel E. (2017). *Subjective burden of family caregivers with Turkish immigration background in Germany*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie;50(4):339-46.
53. Friedemann M.L., Buckwalter K.C. (2014). *Family Caregiver Role and Burden Related to Gender and Family Relationships*. J Fam Nurs;20(3):313-36.
54. Garcia-Mochon L., Pena-Longobardo L.M., del Rio-Lozano M., Oliva-Moreno J., Larranaga-Padilla I., Garcia-Calvente M.D. (2019) *Determinants of Burden and Satisfaction in Informal Caregivers: Two Sides of the Same Coin? The CUIDAR-SE Study*. Int J Env Res Pub He;16(22).
55. Tufan İ., Yazıcı S. (2009) *Yaşlılıkta Kuşaklararası İlişkiler*. Toplum ve Sosyal Hizmet;20(1):47-52.
56. Sütü S., Yılmaz M., Mandıracıoğlu A. (2020) *Identifying the caregiver burden for the elderly population aged ≥ 85 years in a province*. Ege Tıp Dergisi;59(4):302-9.
57. Tufan İ. (2016). *Bakıma muhtaç Türkiye'de alzheimer hastası yaşlıların bakımı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
58. Zarit S.H., Todd P.A., Zarit J.M. (1986). *Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study*. The Gerontologist;26(3):260-6.
59. Gel K.T., Kesgin M.T. (2017). *İnformal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi;20(4):267-78.
60. Onat Kaya H., Çelik Y. (2018). *Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi;21(4):625-40.
61. Mento C., Rizzo A., Settineri S. (2019). *Caregivers Help-Seeking Related to Physical and Mental Burden*. Clin Neuropsychiatr;16(3):135-9.
62. Chi N.C., Demiris G. (2015). *A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers*. Journal of telemedicine and telecare;21(1):37-44.
63. Ploeg J., Ali M.U., Markle-Reid M., Valaitis R., Bartholomew A., Fitzpatrick-Lewis D., et al. (2018). *Caregiver-focused, web-based interventions: systematic review and meta-analysis (Part 2)*. Journal of medical Internet research;20(10):e11247.
64. Toivonen K.I., Zernicke K., Carlson L.E. (2017). *Web-based mindfulness interventions for people with physical health conditions: systematic review*. Journal of medical Internet research;19(8):e7487.
65. Sala-González M., Pérez-Jover V., Guilabert M., Mira J.J. (2021). *Mobile apps for helping informal caregivers: a systematic review*. Int J Env Res Pub He;18(4):1702.
66. Ay S., Ünübol H., Ezer S., Omay O., Sayar G.H. (2017). *Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients*. Family Practice and Palliative Care;2(3):38-44.
67. Güneş Gencer G.Y., İpek L. (2021). *Gerontolojik Bakım ve Bakış Çerçevesinde Rehabilitasyon*. Güneş Gencer G.Y. (Editör). Yaşlılarda Rehabilitasyon. Ankara: Nobel Akademi Yayınevi.
68. Akçiçek S.F., Işık A.T., Tufan İ. (2018). *Sosyal Bakım Sigortası: Yeni Bir Bakım Kültürü Türkiye'de İleri Yaşlılar*. Tufan İ., Durak M. (Editör). Gerontoloji Bakım ve Sağlık Cilt 2. Ankara: Nobel Akademi Yayınevi.

YAŞLILARDA SERUM HOMOSİSTEİN DÜZEYİ İLE OSTEOPOROZ ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?

Mehmet Selman ÖNTAN¹

Özge DOKUZLAR²

¹Yusufeli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Artvin, Türkiye

²Geriatrik Bilimler Derneği, İzmir, Türkiye

ÖZET

Amaç: Osteoporoz ilerleyen yaşla sıklığı artan, çok sayıda morbidite, mortalite ve artan sağlık harcamalarına yol açan bir sorundur. Homosistinüri hastalarında erken yaşta görülen osteoporoz serum homosistein düzeyi ile osteoporoz arasında ilişki olabileceğini düşündürmüştür. Bu çalışmanın amacı, yaşlı erişkinlerde serum homosistein düzeyi ile osteoporoz arasında herhangi bir ilişki olup olmadığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 65 yaş ve üzeri dosyalarında eş zamanlı dual enerji X-ray absorpsiyometri (DEXA) ve serum homosistein seviyesi olan 168 hasta dahil edildi. Hastaların dosyalarında yer alan demografik veriler, DEXA ölçümleri, serum homosistein düzeyi ve laboratuvar analizleri kaydedildi. Retrospektif ve kesitsel bir çalışma olarak dizayn edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $75,79 \pm 7,40$ yıl ve %74,4'ü kadın idi. 67 hastada osteoporoz, 80 hastada osteopeni saptandı. Kontrol, osteopeni ve osteoporoz gruplarında serum homosistein düzeyleri sırası ile $15,01 \pm 5,84$, $15,42 \pm 7,09$ ve $15,61 \pm 7,88$ mmol/L idi. Vitamin B12, folat, vitamin D ve TSH düzeyleri gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve vücut kitle indekslerinin karıştırıcı etkileri ortadan kaldırıldıktan sonra artmış serum homosistein düzeyleri ile osteoporoz arasında anlamlı ilişki saptandı (OR:1,114; $p < 0,05$). Diğer sonuçlarda ise istatistiksel anlamlı bir değişiklik olmadı.

Sonuç: Yüksek serum homosistein düzeylerinin yaşlı erişkinlerde sık ve önemli bir sorun olan osteoporoz riskini artırdığı saptanmıştır. Bu sonuçların desteklenmesi ve nedenlerinin aydınlatılması için prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Homosistein, osteopeni, osteoporoz, yaşlı

IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN SERUM HOMOCYSTEINE LEVEL AND OSTEOPOROSIS IN OLDER ADULTS?

Aim: Osteoporosis is an important clinical condition that is quite common in older adults and is related to many morbidities, mortality, and increased healthcare costs. Early osteoporosis in patients with homocystinuria suggests that there may be a relationship between serum homocysteine level and osteoporosis. The aim of this study is to investigate whether there is any relationship between serum homocysteine level and osteoporosis in older adults.

Material and Methods: The study included 168 patients aged 65 years and older who have simultaneous dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) and serum homocysteine levels. Demographic data, DEXA measurements, serum homocysteine level, and laboratory analysis in the patients' files were recorded. The study was designed as a retrospective and cross-sectional study.

Results: The average age of the participants was 75.79 ± 7.40 years, and 74.4% of them were women. Osteoporosis and osteopenia were diagnosed in 67 and 80 patients, respectively. Serum homocysteine levels in the control, osteopenia, and osteoporosis groups were 15.01 ± 5.84 , 15.42 ± 7.09 , and 15.61 ± 7.88 mmol/L, respectively. There was no significant difference in Vitamin B12, folate,

vitamin D, and TSH levels between the groups. After the confounding effects of age, gender, and body mass index were eliminated between the groups, a significant relationship was found between increased serum homocysteine levels and osteoporosis (OR:1.114; $p < 0.05$). There was no statistically significant change in other results.

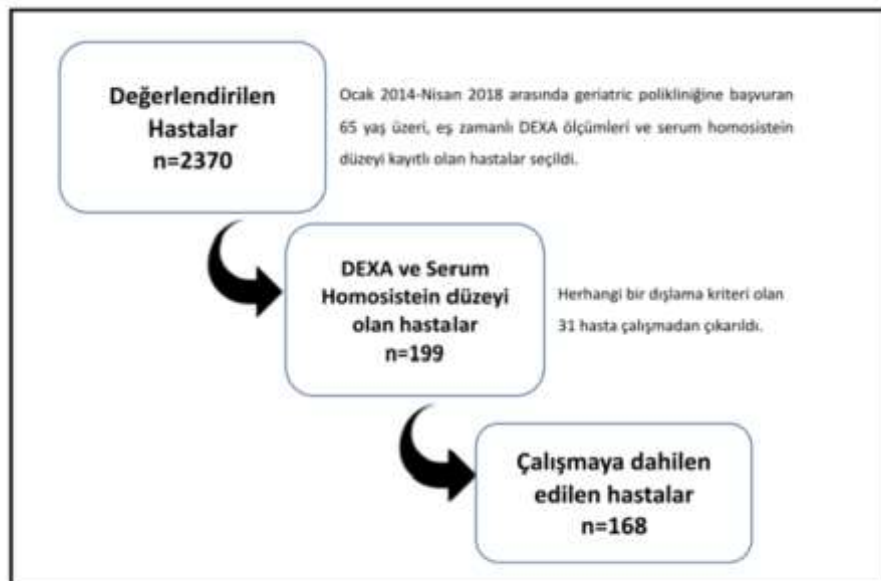
Conclusion: It has been determined that high serum homocysteine levels increase the risk of osteoporosis, which is a common and significant problem in older adults. Prospective studies are needed to support these results and clarify thereasons.

Keywords: Homocysteine, older adults, osteopenia, osteoporosis

GİRİŞ

Osteoporoz, düşük kemik kütlesi ve kemik dokusunun mikromimarisinin bozulması sonucunda kemik kırılabilirliğinde artışla sonuçlanan progresif bir metabolik kemik hastalığıdır (1). 2010 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre 65 yaş üzerinde osteoporoz prevalansı %33,7 olarak saptanmıştır (2). Osteoporozun en önemli sonuçlarından biri ise morbidite, mortalite, sağlık harcamalarında önemli artışa yol açması nedeni ile kalça kırıklarıdır (3,4). Diğer yandan, osteoporoz yaşlılarda sarkopeni, kırılabilirlik, polifarmasi, demans gibi pek çok geriatrik sendromla birlikteliği gösterilmiş önemli bir sağlık sorunudur (4–6). Tüm bu olumsuz sonuçlar osteoporozun nedenlerinin aydınlatılması, erken tanı ve tedavisinin önemini ortaya koymaktadır (7). Osteoporoz gelişiminde seks steroidleri, tiroid fonksiyon bozuklukları, malnutrisyon, kronik hastalıklar, düşük D vitamini düzeyi gibi iyi bilinen pek çok faktör olsa da halen altta yatan mekanizmalar araştırılmaktadır (8). Nadir görülen, serumda artan homosistein düzeyleri ile karakterize, otozomal resesif bir hastalık olan homosistinüride de erken yaşta osteoporoz ve kemik kırıkları görülmesi, homosisteinin kemik metabolizması üzerine etkilerinin araştırılmasına neden olmuştur (9).

Homosistein, metiyonin metabolizması sırasında oluşan ve sülfür içeren bir aminoasittir (10). B12 vitamini, B6 vitamini ve folat gibi nutrisyonel faktörler homosistein metabolizmasında kofaktörlerdir ve vitamin alımları plazma homosistein düzeylerini ters yönde etkileyebilir (9). Nutrisyonel faktörler, genetik, yaş, cinsiyet serum homosistein düzeylerini etkileyebilen bazı faktörlerdendir (10). Günümüzde hiperhomosisteinemi olarak adlandırılan hafif düzeyde artmış plazma homosistein düzeyleri sık görülen bir durumdur (11). Hiperhomosisteineminin, aterosklerotik ve tromboembolik hastalıklar, bilişsel bozukluklar gibi pek çok hastalık için önemli bir risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (11). Son yıllarda özellikle ilerleyen yaşla sıklığı artan hiperhomosisteineminin osteoporoz ve kalça kırığı ile ilişkisi konusunda çelişkili yayımlar bulunmaktadır. (12). Bu nedenle, bu çalışmada yaşlılarda serum homosistein düzeyi ile osteoporoz arasında herhangi bir ilişki olup olmadığının araştırılması amaçlandı.



Şekil 1. Çalışmaya hasta seçimi akış şeması

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Hasta Seçimi

Çalışma için Ocak 2014-Nisan 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Geriatri Polikliniği'ne başvuran, 65 yaş ve üstü, ayrıntılı geriatrik değerlendirme yapılmış 2370 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Dosyasında eş zamanlı dual enerji X-ray absorbsiyometri (DEXA) ve serum homosistein seviyesi olan 199 hasta belirlendi. Dışlama kriterleri olan 31 hasta dışlandıktan sonra toplam 168 hasta çalışmaya dahil edildi.

Dışlama Kriterleri

- 65 yaşın altında olmak,
- Çalışmaya katılmayı reddetmek,
- Kemik metabolizmasını etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmak (ör: Hiperparatiroidizm, osteomalazi, Pagethastalığı, hipertiroidizm, vb.),
- Akut serebrovasküler olay, gastrointestinalkanama, sepsis, akut böbrek yetmezliği, akut koroner sendrom, akut karaciğer yetmezliği ve akut solunum yetmezliği gibi genel sağlık durumlarını bozabilecek ciddi hastalık geçmişi olmak.

Hasta Özellikleri

Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu), kronik hastalık öyküsü (hipertansiyon, diyabet, konjestif kalp yetmezliği, tiroid hastalığı, osteoporoz, demans), Charlson komorbidite indeksi ve kullanılan ilaç sayısı hasta dosyalarından kaydedildi. Hastaların aynı cihaz kullanılarak belirlenen kilo (kg), boy (cm), Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ölçümleri kaydedildi.

Laboratuvar Bulguları

Tiroid uyarıcı hormon (TSH), vitamin B12 ve folik asit dahil olmak üzere laboratuvar testleri Diagnostic Modular Systems Autoanalyzer (Roche E170 ve P-800, İsviçre) kullanılarak analiz edildi. Serum 25-OH D vitamini, Cobas e601 otoanalizöründe (Mannheim, Almanya) radyoimmunoassay yöntemi ile ölçüldü. Plazma homosistein düzeyleri ise solid faz yarışmalı kemilüminesans immünoassay (CLIA) yöntemiyle Immulite 2500 cihazında (Siemens Diagnostics, A.B.D.) ölçüldü.

Osteoporoz Tanısı

Osteoporoz tanısı için lomber omurga ve femur boynu DEXA ölçümünde elde edilen Kemik Mineral Yoğunluğu (KMY) kullanılarak tarandı ve bu alanlardaki T skorları hesaplandı. DEXA'dan elde edilen sonuçlara göre femur boynu veya lomber omurgada T skoru -1,0 ile -2,5 arasında olan hastalara osteopeni, T skoru -2,5 ve altında olan hastalara ise osteoporoz tanısı konuldu. Diğer hastalar ise kontrol grubu olarak tanımlandı (13).

Çalışmanın Etik Boyutu

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.07.2017 tarih 3451-GOA protokol nolu kararı ile uygun bulunmuş ve Helsinki Deklarasyonu ile uyumlu olarak yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS Windows 23 (SPSS Inc, Chicago, IL) paket programı ile yapıldı. Tablo I'de yapılan tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma veya yüzde olarak verildi. Normal dağılıma sahip sürekli değişkenler tek yönlü ANOVA ve ardından post-hoc testler ile analiz edilmiş ve normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler ise Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi (Tablo II). Tablo III'de osteopeni ve osteoporoz gruplarını kontrol grup ile karşılaştırmak ve olasılık oranlarını (OR) hesaplamak için multinominal lojistik regresyon analizi kullanıldı. Tablo III'de verilen tüm sonuçlarda yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksine göre düzeltme yapıldı. $p < 0.05$ sonuçları istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 168 hastanın yaş ortalaması $75,79 \pm 7,40$ yıl idi. Hastaların %74,4'ü kadın ve %25,6'sı erkekti. Katılımcıların 21'inde osteopeni ya da

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

osteoporoz saptanmazken, 80 hastada osteopeni, 67 hastada osteoporoz saptandı. Hastaların eğitim durumları, ilaç sayısı, komorbid hastalıkları, Charlson komorbidite indeksi ve vücut kitle indeksi ortalamaları Tablo I'de özetlendi.

Tablo I. Hastaların demografik özellikleri

Yaş (yıl)	75,79±7,404
Cinsiyet % (kadın/erkek)	74,4/25,6
Eğitim durumu (yıl)	6,68±4,507
İlaç sayısı	6,20±3,663
Diyabet	%34,6
Hipertansiyon	%66,0
Kalp yetersizliği	%7,7
Demans	%28,3
Charlson Komorbidite İndeksi	1,37±1,337
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	28,53±6,308

Kontrol, osteopeni ve osteoporoz grupları arasında homosistein düzeyleri sırasıyla 15,01±5,84, 15,42±7,09 ve 15,61±7,88 mmol/L saptandı. Homosistein, Vitamin B12, Folat, Vitamin D ve TSH düzeyleri gruplar arasında farklılık yoktu (Tablo II).

Tablo II. Laboratuvar verilerinin osteopeni ve osteoporoz ile ilişkileri

Parametreler	Kontrol (n:21)	Osteopeni (n:80)	Osteoporoz (n:67)	P
Homosistein (mmol/L)	15,01±5,84	15,42±7,09	15,61±7,88	0,633
Vitamin D (ng/mL)	17,38±8,14	19,32±14,78	19,26±15,67	0,957
Vitamin B12 (pg/mL)	378,72±282,43	385,75±314,63	498,21±423,30	0,492
Folat (ng/mL)	8,05±4,60	9,09±4,92	8,00±4,50	0,380
TSH (µIU/mL)	1,73±1,19	2,36±6,27	1,70±1,41	0,635

Ancak gruplar arasında yaş, cinsiyet ve vücut kitle indekslerinin karıştırıcı etkileri ortadan kaldırıldıktan sonra artmış serum homosistein düzeyleri ile osteoporoz arasında anlamlı ilişki saptandı (OR:1,114; p<0,05). Diğer sonuçlardaise istatistiksel anlamlı bir değişiklik saptanmadı (Tablo III).

Tablo III. Laboratuvar verilerinin yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksine göre düzeltme yapıldıktan sonra osteopeni ve osteoporoz ile ilişkileri

Parametreler	Osteopeni			Osteoporoz		
	OR	p	95% CI	OR	p	95% CI
Homosistein (mmol/L)	1,093	0,079	0,990-1,208	1,114	0,044	1,003-1,236
Vitamin D (ng/mL)	1,019	0,541	0,960-1,082	0,996	0,905	0,937-1,082
Vitamin B12 (pg/mL)	1,000	0,863	0,998 -1,003	0,985	0,786	0,987-1,002
Folat (ng/mL)	1,133	0,168	0,949-1,353	1,066	0,465	0,888-1,279
TSH (µIU/mL)	0,998	0,970	0,876-1,136	0,940	0,540	0,773-1,145

TSH: Tiroid stimulan hormon, OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

TARTIŞMA

Bu retrospektif kesitsel çalışmada artan serum homosistein düzeylerinin yaşlı erişkinlerde sık ve önemli bir sorun olan osteoporoz riskini artırdığı saptanmıştır. Serum homosistein düzeyi ile osteopeni arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Osteoporoz, yaş ile sıklığı artan morbidite ve mortaliteye yol açabilen önemli bir sağlık sorunudur (3,4). Çalışmamızda 65 yaş üzerinde osteoporoz prevalansı %39,9 olarak saptandı. Bu sonuç ülkemizde 2010 yılında yapılan ve 65 yaş üzeri osteoporoz prevalansı %33,7 olarak saptanan FRAKTÜRK çalışması sonuçlarına yakındır (2). Çalışmamızda osteoporoz prevalansının daha yüksek olması katılımcıların herhangi bir nedenle geriatri poliklinik başvurusu olan yaşlı bireyler arasından seçilmesi olabilir.

Osteoporoz ve serum homosistein düzeyleri arasında negatif bir ilişki olabileceği ilk olarak homosistinüri hastalarında erken yaşta görülen osteoporoz ve kemik fraktürleri nedeni ile düşünülmüştür (11). İlerleyen yıllarda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlara varılmıştır. Zhou ve arkadaşları 70-85 yaş arası toplumda yaşayan 1213 yaşlı erişkini kapsayan 5 yıllık çalışma sonucunda yüksek serum homosistein düzeylerinin düşük KMY ile ilişkili olduğunu bildirdiler (14). Ayrıca homosistein düzeyi en yüksek grupta bu ilişki en belirgin idi (14). Yine Kim ve arkadaşlarının 30 yaş üzeri 460 sağlıklı gönüllü ile yaptıkları 3 yıllık takip çalışmasında serum homosistein düzeyleri ile KMY ilişkili idi ve en yüksek kemik doku kaybı serum homosistein düzeyi en yüksek olan grupta görüldü (15). Diğer yandan van Meurs ve arkadaşları 2,7 yıllık bir takip çalışmasında homosistein düzeyi ile kırık riski arasında ilişki saptamadılar (11). Bu çalışmada ise serum homosistein seviyelerinin her 1 mmol/L artışında osteoporoz riskinin 1,114 kat arttığı saptandı. Her ne kadar homosistein düzeyleri ile osteoporoz ve osteoporotik kırık riski arasındaki nedensellik halen çok açık değilse de homosisteinin kemik dokusunda kollajen çapraz bağlarının ve fibrillerin oluşumu ve formasyonunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Ek olarak, homosistinüri hastalarının serumlarında normalkontrollere göre daha düşük miktarlarda kollajen çapraz bağları bulunmuştur (11). Yine yüksek serum homosistein düzeyleri ve oksidatif stresin osteoklast oluşumunu artırdığı düşünülmektedir (10). Ayrıca homosistein metabolizmasında önemli rol oynayan B12 vitamini ve folik asidin serum seviyelerinin de osteoporoz ile ilişkili olduğu konusunda çelişkili yayınlar olsa da çalışmamızda herhangi bir ilişki saptanmamıştır (16). Diğer yandan, osteoporozu önlemek için optimal D vitamini seviyeleri gerekli olmasına rağmen, bu çalışmada serum D vitamini düzeyi ile osteopeni ve osteoporoz arasında ilişki saptanmadı. Bunun nedeni, kliniğimizde hastaların periyodik olarak serum D vitamini düzeyi için taranmaları ve uygun şekilde tedavi almaları ya da D vitamini yeterli seviyeye yükseltile bile azalmış D vitamini reseptör yanıtı ile ilgili olabilir (17).

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlardan en önemlisi çalışmanın kesitsel ve retrospektif bir çalışma olmasıdır. Bunun yanı sıra hastaların osteoporoz için tedavi alıp almadıklarına dair verimiz yoktu. Ayrıca osteoporoz her iki cinsiyet için önemli bir sorun olsa da kadınlarda osteoporoz taramaları daha erken yaşta başladığı için kadın hasta sayımız daha yüksek idi.

Ancak bu kısıtlılığı tüm analizlerde cinsiyete göre düzeltme yaparak ekarte ettik.

SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçları yüksek serum homosistein düzeyinin osteoporoz için bağımsız bir risk faktörü olduğunu işaret etmektedir. Bu durum, serum homosistein seviyelerini düşürmek için ek müdahalelerin faydalı olup olmayacağı konusunda yeni çalışmalara ufuk açabilir.

Çıkar Çatışması ve Fonlama

Yazı için finansal destek alınmamıştır.

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtir.

Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.07.2017 tarih 3451-GOA protokol nolu kararı ile uygun bulunmuştur.

Yazarların Makaleye Katkıları

Çalışma konsepti ve tasarımı: MSÖ, ÖD; Veri toplama: MSÖ; Veri analizi ve yorumlama: MSÖ, ÖD; Yazı taslağı: MSÖ, ÖD; İçeriğin eleştirel incelenmesi: ÖD; Son onay ve sorumluluk: MSÖ, ÖD.

KAYNAKLAR

1. Cosman F, Beur SJ de, LeBoff MS, et al. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2014;5(10):2359–81.
2. Tuzun S, Eskiyurt N, Akarirmak U, et al. Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: The FRACTURK Study. *Osteoporos Int.* 2012;23(3):949–55.
3. Christensen L, Iqbal S, Macarios D, et al. Cost of fractures commonly associated with osteoporosis in a managed-care population. *J Med Econ.* 2010;13(2):302–13.
4. Bliuc D, Niguyen ND, Milch VE, et al. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. *JAMA.* 2009;301(5):513–21.
5. Melton LJ, Achenbach SJ, Atkinson EJ, et al. Long-term mortality following fractures at different skeletal sites: A population-based cohort study. *Osteoporos Int.* 2013;24(5):1689–96.
6. Ontan MS, Dokuzlar O, Ates Bulut E, et al. The relationship between osteoporosis and sarcopenia, according to EWGSOP-2 criteria, in outpatient elderly. *J Bone Miner Metab.* 2021. doi: 10.1007/s00774-021-01213-6.
7. Zhou Q, Zhu L, Zhang D, et al. Oxidative Stress-Related Biomarkers in Postmenopausal Osteoporosis: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Dis Markers.* 2016;2016:7067984.
8. Hirschfeld HP, Kinsella R, Duque G. Osteosarcopenia: where bone, muscle, and fat collide. *Osteoporos Int.* 2017;28(10):2781–90.
9. Leboff MS, Narweker R, LaCroix A, et al. Homocysteine Levels and Risk of Hip Fracture in Postmenopausal Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(4):1207–13.
10. Salari P, Larijani B, Abdollahi M. Association of hyperhomocysteinemia with osteoporosis: a systematic review. *Therapy.* 2008;5(2):215–222.
11. van Meurs JB, Dhonukshe-Rutten RA, Pluijm SM, et al. Homocysteine Levels and the Risk of Osteoporotic Fracture. *N Engl J Med.* 2004;350(20):2033–41.
12. Bahtiri E, Islami H, Rexhepi S, et al. Relationship of homocysteine levels with lumbar spine and femur neck BMD in postmenopausal women. *Acta Reumatol Port.* 2015;40(4):355–62.
13. WHO Scientific Group on the Assessment of Osteoporosis At Primary Health. 2004;(May 2004):5-7. <https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>, Erişim Tarihi: 10.04.2021
14. Zhu K, Beilby J, Dick IM, et al. The effects of homocysteine and MTHFR genotype on hip bone loss and fracture risk in elderly women. *Osteoporos Int.* 2009;20(7):1183–91.
15. Kim B-J, Koh J-M, Ahn SH, et al. High serum total homocysteine levels accelerate hip bone loss in healthy premenopausal women and men. *Bone.* 2013;52(1):56–62.
16. Bahtiri E, Islami H, Rexhepi S, et al. Relationship of homocysteine levels with lumbar spine and femur neck BMD in postmenopausal women. *Acta Reumatol Port.* 2015;40:355–62.
17. Alak ZS, Bulut EA, Dokuzlar O, et al. Long-term effects of vitamin D deficiency on gait and balance in the older adults. *Clin Nutr.* 2020;39(12):3756–62

GERİATRİK REHABİLİTASYONA FARKLI BİR BAKIŞ: HORTİKÜLTÜREL TERAPİ

Selen AYDÖNER¹

Gonca BUMİN²

¹İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Yaşlı bireylerin yıllardır bitkiler ve bahçelerle olan etkileşiminin iyileştirici gücü ile ortaya çıkan hortikültürel (bahçecilik) terapi kavramı; bitkilerin ve bahçecilik aktivitelerinin terapötik olarak kullanımıyla bireylerin genel sağlığını ve iyi olma halini artırmayı hedefleyen bir müdahale yaklaşımıdır. Terapötik bahçecilikte birincil amaç bireylerin bahçe aktivitelerine aktif katılımıyla yaşam kalitesini artırmaktır. Bahçeciliğin terapötik olarak kullanılması için bahçe ve ekipmanların yaşlı bireylerin fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve psikososyal becerilerine uygun bir şekilde derecelendirilmesi önemlidir. Hortikültürel terapi içinde barındırdığı terapötik yaklaşımlarla, doğa ve sosyal çevre ilişkisinin bütünleşmesi, kolektif bir bilincin gelişmesi, psikolojik ve ruhsal bir bağlam içerisinde doğal çevre deneyimi için fırsatlar sunar. Hortikültürel terapinin geriatrik bireylerde yer, zaman, görev ve kişi oryantasyonu, dikkat ve hafıza becerileri, daha iyi ve artmış sosyal etkileşim, motivasyon ve başarı duygusu, farklı duyuşsal deneyimler, fiziksel becerilerin gelişmesi, kalp hızı ve kortizol seviyelerine olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Ayrıca Alzheimer ve Demanslı bireylerde sıklıkla kullanılan hortikültürel terapi, bitki bakımı ve rutini takibi ile vücut yapısı ve fonksiyonlarını iyileştirmek için kullanılmaktadır. Geriatrik rehabilitasyonda hortikültürel terapinin etkinliği, sürdürülebilirliği hakkında kanıta dayalı ve objektif daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır. Sonuç olarak, yaşlı bireyler için önemli bir serbest zaman aktivitesi olmasıyla beraber bahçeciliğin terapötik olarak kullanımı, müdahale programlarında yer verilmesi gereken kişi merkezli bir terapi yaklaşımıdır.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, bahçe, terapi

Giriş

Bahçecilik, fiziksel ve zihinsel sağlığı iyileştiren terapötik bir aktivitedir (Gallup Organizasyonu, 1994; Relf, 1992). Bu bağlamda ortaya çıkan hortikültürel terapi, zihinsel engelli, fiziksel engelli, yaşlı bireyler, madde bağımlısı ve sosyal açıdan dezavantajlı kişilere yönelik tedavi ve rehabilitasyon programlarında kullanılan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hortikültürel terapi kişi için belirlenen terapötik tedavi hedeflerine ulaşmak için eğitimli bir terapist rehberliği ile bahçecilik ve bitki temelli aktivitelere katılım olarak tanımlanır (Brown ve ark., 2011). Bitkilerle doğrudan temasın, kişinin iyilik halini ve yaşam kalitesini artırmasına rehberlik ettiği düşünülmektedir (Lin ve ark., 2014). Bahçivanlık terapistleri, bitki bilimi, insan bilimi ve hortikültürel terapi konusunda bilgi ve deneyim sahibi eğitimli profesyonellerdir. Bu profesyoneller psikiyatristler, ergoterapistler, psikologlar ve diğer sağlık mesleklerinden olabilmektedir (Amerikan Hortikültürel Terapi Derneği, 2015; Davis, 1997). Hortikültürel terapi bünyesinde, doğanın mental imajinasyonu ve hastane ya da rehabilitasyon merkezlerinde oluşturulan bahçelerde bitki bakımı ve ürün toplama teknikleri gibi terapötik aktiviteleri içermektedir (Söderback ve ark., 2004).

Bu derlemenin amacı, geriatrik rehabilitasyonda kullanılan hortikültürel terapi çalışmalarının faydalarını karakterize etmektir. Bu derleme, yaşlı bireyler için fiziksel ve psikolojik sağlığı geliştirmek için tasarlanmış hortikültürel terapi etkinlikleriyle ilgili çalışmaları içermektedir.

Bitkiler ve İnsanlar Arasındaki Etkileşim

Bitkilerin insanlar ile ilişkisini esas alarak insan sağlığına etkileri üzerine yapılan ilk araştırma genel olarak bitkilerin stres yönetimi ve rahatlamaya odaklanmış olup daha sonraları bitkilerin insanlar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerinin saptanması ile ilgili araştırmalar izlemiştir (Ulrich ve ark., 1991; Chang, 2002). Bitkilerin, insanlar üzerindeki ağrı kesici etkisi de yapılan bir araştırmayla ispatlanmıştır (Söderback ve ark., 2004). Toprağa, suya ya da bitkiye dokunma, bitki ya da doğa görüntülerinin görsel olarak sunulması bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu ortaya konulmuştur (Ulrich ve ark., 1991). Ayrıca bireylerin bitkilere ya da doğa fotoğraflarına baktıklarında kan basınçlarında kayda değer bir iyileşme etkisi oluşturduğuna dair kanıtlar sunulmuştur (Ulrich ve ark., 1991). Bir diğer çalışmada hücresi kırsal manzara gören hükümlülerin bina gören hücrelere kıyasla baş ağrısı şikayetlerinin azaldığı belirtilmiştir (Uslu, 2007). Söderback ve ark. (2004) bir gruba parkta yürüyüş yaptırırken diğer gruba ise rahat koltuklarda dergi okuttuğu çalışmada parkta yürüyüş yapan bireylerin duygu durumunda ve konsantrasyon seviyesinde iyileşme görüldüğü ortaya konulmuştur (Söderback ve ark., 2004).

Hortikültürel Terapinin Tarihi

MÖ 500 yıllarında akan suları ve hoş kokuları olan bahçeler kişilerin sakinleştirilmesi için kullanılmaktaydı (Simson & Straus, 1997). Bahçeciliğin modern olarak ilk kez ruh sağlığını iyileştirme amacıyla kullanılması 1800'lü yıllarda Dr. Benjamin Rush'ın, bir çiftlikteki tarlalarda zihinsel engeli olan bireylerde olumlu sonuçlar elde etmesiyle ortaya çıkmıştır (Rush, 1830). 1879 tarihinde Friends Hastanesi'nde, terapi için kullanılan ilk bahçecilik serasını inşa edilmiştir (Friends Hastanesi, 2019). Daha sonra 1. Dünya Savaşı'nın ardından hortikültürel terapi, askerleri rehabilite etmek için kullanılmıştır. 1988 yılında ise Amerikan Hortikültürel Terapi Derneği (AHTA) kurularak bu alanda profesyonel eğitim veren ve üyeleri bulunan bir kuruluş olmuştur. Günümüzde ise hortikültürel terapi İngiltere, Almanya, İtalya, İsveç, Japonya ve Kore gibi dünyanın birçok ülkesinde rehabilitasyon programlarında kullanılmaktadır.

Literatürde hortikültürel terapi temel olarak üçe ayrılmaktadır: Mesleki Hortikültürel Terapi, Terapötik Hortikültürel Terapi, Sosyal Hortikültürel Terapi (Simson & Straus, 1997).

• Mesleki Hortikültürel Terapi

Mesleki hortikültürel terapi, bir meslekte veya işyerinde kullanılan becerileri öğretmeyi amaçlamaktadır (Simson & Straus, 1997). Mesleki hortikültürel terapide kişiler, seralar, bahçeler ve ağaçların bakımı hakkında ilgili becerileri öğrenmenin ve deneyimlemenin yanı sıra bitki üretimi, satışı ve hizmet sunumu hakkında bilgi edinirler (Simson & Straus, 1997). Mesleki hortikültürel terapi, bitkilerin nasıl korunacağını ve sulanacağını öğretmektedir. Bitkilerin kökleri ile ilgili temel bilgileri ve her bitkinin ihtiyaç duyduğu farklı bakımı öğretmeyi amaçlar (Simson & Straus, 1997). İstihdamı hedefleyen mesleki hortikültürel terapi, bireylere bitkilerin nasıl geliştiğini ve bitkilerle nasıl çalışacaklarını öğretirken, aynı zamanda bireylerin zihinsel iyi olma halini artırır ve bireyin bu aktiviteyi bir iş olarak yapacağı için maddi durumunu desteklemektedir.

• Terapötik Hortikültürel Terapi

Terapötik hortikültürel terapi, bireyin tıbbi durumunu esas alarak bireyin iyileşmesine odaklanmaktadır (Simson & Straus, 1997). Terapötik hortikültürel terapi, doğada ve bahçede olmanın iyi olma halini artırmasını merkeze almaktadır (Simson & Straus, 1997). Terapötik hortikültürel terapi, fiziksel aktiviteyi, sosyal yaşam becerilerini ve toplumsal katılımı artırmak için kullanılmaktadır (Simson & Straus, 1997). Terapötik hortikültürel terapi çok çeşitli aktivitelere sahiptir: toprağı kazma ya da bitkiyi sulama gibi tekrarlayan hareketler, bitkinin büyümesi ve gelişimi hakkında gözlemler, bitki ve insanın yaşamını ilişkilendirme. Bir çalışma, bitkilerin büyümesi ve gelişmesinin bireyleri heyecanlandığını, güvenlerini artırdığını ve bahçecilik aktivitelerine yönelik motivasyonu sağladıklarını ortaya koymuştur (Detweiler ve ark., 2012).

Terapötik hortikültürel terapinin hem zihinsel hem de fiziksel beceriler üzerindeki etkisinin yanı sıra küçük alanlarda bile gerçekleştirilebilmesi, bu terapiyi daha da çekici bir hale getirmektedir. Bir

sistemik derlemede hortikültürel terapinin etkinliğini incelemiştir (Soga ve ark., 2017). Terapötik hortikültürel terapinin depresyon, anksiyete ve stresin azalmasına katkı sağlamanın yanı sıra yaşam kalitesinin artması, bilişsel işlevlerin iyileşmesi, fiziksel aktivitenin artmasıyla artmış vücut kitle indeksinin düşmesi gibi iyileştirici etkinliği ile ön plana çıkmaktadır.

- **Sosyal Hortikültürel Terapi**

Sosyal hortikültürel terapi, bireylerin serbest zaman aktivitelerine ve yaşam kalitesinin artırılmasına odaklanmaktadır (Simson & Straus, 1997). Terapötik hortikültürel terapiden farklı olarak, sosyal hortikültürel terapisini okupasyonları esas alır (Simson & Straus, 1997).

Sosyal hortikültürel terapinin bir başka özelliği ise bireylere ya da topluma, yemeklere tat vermesi ve hastalıkları iyileştirmesi için farklı bitki ve baharatların nasıl kullanabileceğini öğretmek ve uygulamaktır. Bahçelere ekilen çeşitli otlar ve yenilebilir bitkiler, birey ve/veya gruplar tarafından seçilerek yemeklere eklenmektedir. Bahçe bilgisine sahip eğitimciler bireylere ve/veya bakım verenlere yemeklerde hangi bitkilerin kullanılacağı konusunda önerilerde bulunur ve yemeklerle başka hangi ürünlerin daha iyi sonuç vereceği konusunda bireyleri bilgilendirir.

Hortikültürel Terapi ve Bileşenleri

Hortikültürel terapi, okullarda, bakımevlerinde, hastanelerde, rehabilitasyon merkezlerinde, seralarda ya da bu amaçla özel olarak ayrılmış alanlarda yapılabilir. Hortikültürel terapi aktiviteleri şu şekilde sıralanabilir: Bitki ekimi için tasarlanacak alanın planlanması, bitki ekilecek alanın hazırlanması, toprağın hazırlanması, ağaç ve küçük bitkilerin dikilmesi için çukurların açılması, ağaç ve küçük bitkilerin dikilmesi, ağaç ve küçük bitkilerin bakımları, ürünlerin toplanması (Uslu, 2012).

Geriatrik Rehabilitasyonda Hortikültürel Terapinin Faydaları

Hortikültürel terapinin rehabilitasyon sürecindeki en önemli faydası, bireylerin seanslar sırasında öğrendikleri uygulamalara ev ortamında da devam edebilmesi olarak belirlenmiştir.

Fiziksel Faydaları

Hortikültürel terapi, yaşlı bireyler için güçlü fiziksel sağlık faydalarına sahiptir. Yaşlı bireyler, serbest zamanlarında fiziksel aktivite olarak bahçecilik aktiviteleriyle uğraşırlar (Ashton-Shaeffer & Constant, 2006). Hortikültürel terapi çalışmalarına dair belirli bahçecilik aktiviteleri yaşlı bireylerin fiziksel sağlığına nasıl katkıda bulunduğunu inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. (Wang & MacMillan, 2013). Düzenli fiziksel aktivite, yaşlı bireylerde kronik hastalıkları önlemek ya da geciktirmek ve fiziksel sağlığı sürdürmek gibi sayısız faydaları vardır (ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı, 2008).

Hortikültürel terapide birinci amaç bireylerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını iyileştirmektir (Relf, 1973). Ulrich (1984), kolesistektomi sonrası iyileşen hastalarla ilgili çalışmada, hastane odası bahçe manzarasına bakan bireylerin hastanede yatış sürelerinin daha kısa olduğunu ve daha az ağrı kesici kullanımı talebi olduğunu bildirmiştir (Ulrich, 1984). Bahçecilik aktivitesini fiziksel aktivite olarak kabul eden araştırmalarda, bahçecilik aktivitesinin yaşlı bireylerde kalça kırığı riskinin azalmasında etkili olduğunu öne sürmüştür (Cooper, Barker & Wickham, 1988; Coupland, Wood & Cooper, 1993). Hortikültürel terapinin aynı zamanda koroner kalp hastalığı ile ilgili risk faktörleri üzerindeki olumlu etkileri kanıtlanmıştır. 65-84 yaşları arasındaki 863 yaşlı erkek bireyle yapılan bir çalışmada, hortikültürel terapi ile kolesterol ve düşük kan basıncı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Caspersen, Bloemberg, Saris, Merritt & Kromhout, 1991). Bir diğer araştırmada, bahçe aktiviteleri kilo kontrolü ile ilişkili en çok tercih edilen fiziksel aktivite türlerinden biri olarak belirtilmiştir (DiPietro, Williamson, Caspersen & Eaker, 1993). Bahçe aktiviteleri, yaşlı bireylerde yaygın olarak kullanılan serbest zaman aktivitelerinden biridir (Ashe, Miller, Eng & Noreau, 2008). Bu nedenle, yaşlı bireyler için hortikültürel terapinin etkinliğini kullanarak fiziksel yararlarının incelenmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Psikolojik Faydaları

Hortikültürel terapi, 19. Yüzyılda hastanelerde kullanılan önemli bir yöntem olarak düşünölmektedir. Langer ve Rodin (1976), huzurevinde kalan üzerinde yaptıkları araştırmada bitkilerin bakımından sorumlu olan bireylerin sosyal katılım ve refah düzeylerinde önemli bir gelişme olduğunu bildirmiştir (Langer & Rodin, 1976). Üç yıl süre boyunca 2040 yaşlı bireyle çalışılan bir diğer araştırmada, bahçe aktiviteleri de dahil olmak üzere serbest zaman aktivitelerine düzenli katılımın daha düşük demans olma riski ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bahçe aktivitelerinin dikkat kontrolü ve planlama becerisini içermesinden dolayı bilişsel becerileri uyardığı ve korunduğı ve böylece demans başlangıcını geciktirdiğı belirlenmiştir (Fabrigoule, Letenneur, Dartigues, Zarrouk, Commenges & Barberger-Gateau, 1995). Duyu bütünleme amacıyla bir bahçe oluşturan Bryant (1991), bu bahçelerin yaşlı bireyler için kaygı düzeylerinde azalma sağladığını; sözlü iletişim ve duyuşsal farkındalıkta ise bir artış olduğunu ortaya koymuştur (Bryant, 1991). Yapılan bir araştırmada görme engelli bireyler için oluşturulan hortikültürel terapi programının el ve algısal becerilerde iyileşme ve artan motivasyon olduğunu bildirilmiştir (Giancone, 1979). Diğer araştırmalar, hortikültürel terapi uygulanan yaşlı bireylerin yaşam memnuniyeti, benlik saygısı ve sosyalleşme düzeylerinde bir artış olduğunu ortaya koymaktadır (Train, 1974; Burgess, 1990).

Sonuç

Hortikültürel terapi zihinsel iyileşme, fiziksel sağlık, rekreasyon, sosyal etkileşim, duyu bütünleme, bilişsel işlev ve yaşam kalitesi açısından rehabilitasyon süreçlerine katkı sağlayan bir yöntemdir. Fakat hortikültürel terapi, ölkemizde hastane ve rehabilitasyon merkezleri, bakımevleri ve okullarda yeterince ilgi görmemektedir. Hortikültürel terapi müdahalesinin etkinliğı için daha fazla örneklem sayısı, randomize kontrollü ve uzun süreli takip çalışmaları gereklidir. Özellikle ulusal alan yazındaki araştırmaların olmaması nedeniyle gelecekteki araştırmalar hortikültürel terapi müdahaleleri tasarlamalıdır.

Kaynaklar

- American Horticultural Therapy Association (AHTA). (2015). *Definitions and positions*. Retrieved from <http://www.ahta.org/>
- Ashe, M. C., Miller, W. C., Eng, J. J., & Noreau, L. (2008). Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology*, 55, 64-72.
- Ashton-Shaeffer, C., & Constant, A. (2005). Why do older adults garden? *Activities, Adaptation and Aging*, 30, 1-18.
- Brown, S. P., Worden, E. C., Frohne, T. M., & Sullivan, J. (2011). Horticultural therapy. *EDIS*, 2011(2).
- Bryant, W. (1991, May). Creative group work with confused elderly people: A development of sensory integration therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 54(5), 187-192.
- Burgess, C. (1990). Horticulture and its application to the institutionalized elderly. *Activities, Adaptation & Aging*, 14(3), 51-61.
- Caspersen, C., Bloemberg, B., Saris, W., Merritt, R., & Kromhout, D. (1991). The prevalence of selected physical activities and their relation with coronary heart disease risk factors in elderly men: The Zutphen study, 1985. *American Journal of Epidemiology*, 133, 1078-1092.
- Chang, C. Y. (2002). The Effects of Flowers on Respondents Physical and Psychological Responses. *Interaction by Design: Bringing People and Plants Together for Health and Well-Being: An International Symposium (edited by Elizabeth R. Messer Diehl) Blackwell Publishing*.
- Cooper, C., Barker, D., & Wickham, C. (1988, December 3). Physical activity, muscle strength, and calcium intake in fracture of the proximal femur in Britain. *British Medical Journal*, 297, 1443-1446.
- Coupland, C., Wood, D., & Cooper, C. (1993). Physical inactivity is an independent risk factor for hip fracture in the elderly. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 441-443.
- Davis, S. (1997). Development of the profession of horticulture therapy. In S. P. Simpson & M. C. Strauss (Eds.), *Horticulture as therapy, principles and practice* (pp. 3-9). Binghamton: Haworth Press.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., ... & Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly?. *Psychiatry investigation*, 9(2), 100.
- DiPietro, L., Williamson, D., Caspersen, C. & Eaker, E. (1993). The descriptive epidemiology of selected physical activities and body weight among adults trying to lose weight: The Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey, 1989. *International Journal of Obesity*, 17, 69-76.
- Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J., Zarrouk, M., Commenges, D., & Barberger-Gateau, P. (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: A prospective longitudinal study. *Journal of American Geriatrics Society*, 43,485-490.
- Friends Hospital. (2019). *History of Friends Hospital*, Philadelphia, PA. Retrieved 5 February 2022 from <https://friendshospital.com/about-us/our-timeline/>
- Gallup Organization. (1994). *National Gardening Survey, conducted for the National Association for Gardening*.
- Giancone, J. (1979, March). *Gardening for the blind older adult*. *HortTherapy: A Publication of the National Council For Therapy and Rehabilitation Through Horticulture*, 1(1), 19-39.
- Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality & Social Psychology*, 34, 191-198.
- Lin, Y. J., Lin, C. Y., & Li, Y. C. (2014). Planting hope in loss and grief: self-care applications of horticultural therapy for grief caregivers in Taiwan. *Death Studies*, 38(9), 603-611.
- Relf, D. (1973, January/February). Horticulture: A therapeutic tool. *Journal of Rehabilitation*, 39(1), 27-29.
- Relf, D. (Ed.). (1992). *The role of horticulture in human well-being and social development*. Portland, OR: Timber Press.
- Rush, B. (1830). *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*. John Grigg.
- Simson, S., & Straus, M. (1997). *Horticulture as therapy: Principles and practice*. CRC Press.
- Soga, M., Gaston, K. J., & Yamaura, Y. (2017). Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Preventive medicine reports*, 5, 92-99.
- Söderback, I., Söderström, M., & Schäländer, E. (2004). Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric rehabilitation*, 7(4), 245-260.
- Train, R. (1974). The effect of horticulture therapy in maintaining the life satisfaction of geriatrics. Unpublished master's thesis, Kansas State University, KS.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11(3), 201-230.
- United States Department of Health and Human Services. (2008). Physical activity guidelines for Americans. Retrieved from <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
- Uslu, A. (2008). Engelli Dostu Belediye Yaklaşımı. Kentsel Tasarımda Engelli Dostu Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı ve Keçiören Belediyesi İşbirliği İle Hazırlanan Sempozyum Bildiri Kitapçığı, 58- 77. Ankara.
- Uslu, A. (2012). Zihinsel ve fiziksel engelliler için hortikültürel terapi. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 1, 5-24.
- Wang, D., & MacMillan, T. (2013). The benefits of gardening for older adults: A systematic review of the literature. *Activities, Adaptation & Aging*, 37, 153-181.

A DIFFERENT PERSPECTIVE IN GERIATRIC REHABILITATION: HORTICULTURAL THERAPY

ABSTRACT

The concept of horticultural (gardening) therapy, which emerged with the healing power of the interaction of elderly individuals with plants and gardens for years; is an intervention approach that aims to improve the general health and well-being of individuals through the therapeutic use of plants and horticultural activities. The primary purpose of therapeutic gardening is to increase the quality of life of individuals through active participation in gardening activities. For the therapeutic use of gardening, it is important to grade the garden and equipment in accordance with the physical, sensory, cognitive, and psychosocial skills of the elderly. Horticultural therapy, with its therapeutic approaches, provide opportunities for the integration of the relationship between nature and social environment, the development of collective consciousness, and the natural environment experience in a psychological and spiritual context. It is known that horticultural therapy has positive effects on place, time, task and person orientation, attention and memory skills, better and increased social interaction, motivation and sense of achievement, different sensory experiences, development of physical skills, heart rate, and cortisol levels in geriatric individuals. In addition, horticultural therapy, which is frequently used in individuals with Alzheimer's and Dementia, is used to improve body structure and functions by following plant care and routine. More evidence-based and objective research is needed on the effectiveness and sustainability of horticultural therapy in geriatric rehabilitation. In conclusion, although it is an important leisure time activity for the elderly, the therapeutic use of gardening is a person-centered therapy approach that should be included in intervention programs.

Key Words: Geriatrics, garden, therapy.

Introduction

Gardening is a therapeutic activity that improves physical and mental health (Gallup Organization, 1994; Relf, 1992). Horticultural therapy, which emerged in this context, emerges as a method used in treatment and rehabilitation programs for mentally disabled, physically disabled, elderly individuals, substance addicts and socially disadvantaged people.

Horticultural therapy is defined as participation in gardening and plant-based activities with the guidance of a trained therapist to achieve therapeutic treatment goals for the individual (Brown et al., 2011). It is thought that direct contact with plants guides people to increase their well-being and quality of life (Lin et al., 2014). Horticultural therapists are trained professionals with knowledge and experience in plant science, human science, and horticultural therapy. These professionals may be psychiatrists, occupational therapists, psychologists, and other healthcare professionals (American Horticultural Therapy Association, 2015; Davis, 1997). Within the scope of horticultural therapy, mental imagery of nature and therapeutic activities such as plant care and product collection techniques in gardens created in hospitals or rehabilitation centers (Söderback et al., 2004).

The purpose of this review is to characterize the benefits of horticultural therapy studies used in geriatric rehabilitation. This review includes studies on horticultural therapy activities designed to improve physical and psychological health for the elderly.

Interaction between Plants and Humans

The first research on the effects of plants on human health, based on their relationship with humans, generally focused on stress management and relaxation of plants, and later studies on the determination of the physical and psychological effects of plants on humans (Ulrich et al., 1991; Chang, 2002). The analgesic effect of plants on humans has also been proven in a study (Söderback et al., 2004). It has been revealed that touching the soil, water or plant, and visually presenting plant or nature images have positive effects on the psychological health of individuals (Ulrich et al., 1991). In addition, evidence has been presented that there is a significant improvement in blood pressure when individuals look at plants or nature photographs (Ulrich et al., 1991). In another study, it was stated

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

that the headache complaints of the convicts whose cells had a rural view decreased compared to the cells with a building view (Uslu, 2007). Söderback et al. (2004) showed that the mood and concentration level of individuals improved with walking in the park, in which one group had a walk in the park and the other group read a magazine on comfortable seats (Söderback et al., 2004).

History of Horticultural Therapy

Around 500 BC, gardens with running water and pleasant smells were used to calm people (Simson & Straus, 1997). The modern use of gardening to improve mental health was first introduced in the 1800s by Dr. Benjamin Rush, it emerged when achieved positive results in individuals with intellectual disabilities in the fields of a farm (Rush, 1830). In 1879, the first horticultural greenhouse used for therapy was built at Friends Hospital (Friends Hospital, 2019). Later, after World War I, horticultural therapy was used to rehabilitate soldiers. In 1988, the American Horticultural Therapy Association (AHTA) was established and became an organization that provides professional training and has members in this field. Today, horticultural therapy is used in rehabilitation programs in many countries of the world such as England, Germany, Italy, Sweden, Japan and Korea.

Horticultural therapy is basically divided into three in the literature: Occupational Horticultural Therapy, Therapeutic Horticultural Therapy, and Social Horticultural Therapy (Simson & Straus, 1997).

• Occupational Horticultural Therapy

Occupational horticultural therapy aims to teach skills used in an occupation or workplace (Simson & Straus, 1997). In occupational horticultural therapy, individuals learn about plant production, sales, and service delivery, as well as learning and experiencing relevant skills in maintaining greenhouses, gardens, and trees (Simson & Straus, 1997). Occupational horticultural therapy teaches how to protect and water plants. It aims to teach the basic information about the roots of plants and the different care that each plant needs (Simson & Straus, 1997). Occupational horticultural therapy aimed at employment, while teaching individuals how plants develop and how to work with plants, at the same time increases the mental well-being of individuals and supports the financial situation of the individual as he will do this activity as a job.

• Therapeutic Horticultural Therapy

Therapeutic horticultural therapy focuses on the individual's recovery based on the individual's medical condition (Simson & Straus, 1997). Therapeutic horticultural therapy focuses on the well-being in nature and in the garden (Simson & Straus, 1997). Therapeutic horticultural therapy is used to increase physical activity, social life skills and social participation (Simson & Straus, 1997). Therapeutic horticultural therapy has a wide variety of activities: repetitive movements such as digging or watering the plant, observations of plant growth and development, and relating plant and human life. One study revealed that the growth and development of plants excites individuals, increases their confidence, and provides motivation for gardening activities (Detweiler et al., 2012).

The effect of therapeutic horticultural therapy on both mental and physical skills, as well as the fact that it can be performed even in small spaces, makes this therapy even more attractive. A systematic review examined the effectiveness of horticultural therapy (Soga et al., 2017). In addition to contributing to the reduction of depression, anxiety and stress, therapeutic horticultural therapy comes to the forefront with its curative effects such as increase in quality of life, improvement of cognitive functions, and decrease in body mass index increased with increased physical activity.

• Social Horticultural Therapy

Social horticultural therapy focuses on individuals' leisure activities and improving their quality of life (Simson & Straus, 1997). Unlike therapeutic horticultural therapy, social horticultural therapy is based on ocultations (Simson & Straus, 1997).

Another feature of social horticultural therapy is to teach and practice how different herbs and spices can be used to give flavor to food and to cure diseases. Various herbs and edible plants planted in gardens are selected by individuals and/or groups and added to meals. Educators with gardening

knowledge advise individuals and/or caregivers about which herbs to use in meals and inform individuals about which other products will work better with meals.

Horticultural Therapy and Its Components

Horticultural therapy can be performed in schools, nursing homes, hospitals, rehabilitation centers, greenhouses or in areas specially designated for this purpose. Horticultural therapy activities can be listed as follows: Planning the area to be designed for planting, preparing the area to be planted, preparing the soil, digging holes for planting trees and small plants, planting trees and small plants, caring for trees and small plants, collecting products (Uslu, 2012) .

Benefits of Horticultural Therapy in Geriatric Rehabilitation

The most important benefit of horticultural therapy in the rehabilitation process was determined as the ability of individuals to continue the practices they learned during the sessions in the home environment.

Physical Benefits

Horticultural therapy has powerful physical health benefits for older individuals. Elderly individuals engage in gardening activities as a physical activity in their free time (Ashton-Shaeffer & Constant, 2006). Few studies of horticultural therapy studies have examined how specific horticultural activities contribute to the physical health of older individuals. (Wang & MacMillan, 2013). Regular physical activity has numerous benefits, such as preventing or delaying chronic diseases in the elderly and maintaining physical health (US Department of Health and Human Services, 2008).

The primary purpose of horticultural therapy is to improve both the physical and mental health of individuals (Relf, 1973). Ulrich (1984), in his study on patients who recovered after cholecystectomy, reported that individuals with a view of the garden from the hospital room had a shorter hospital stay and less demand for painkiller use (Ulrich, 1984). Studies that consider gardening activity as physical activity have suggested that gardening activity is effective in reducing the risk of hip fracture in elderly individuals (Cooper, Barker & Wickham, 1988; Coupland, Wood & Cooper, 1993). The positive effects of horticultural therapy on risk factors associated with coronary heart disease have also been proven. In a study conducted with 863 elderly male individuals aged 65-84 years, statistically significant relationships were found between horticultural therapy, cholesterol and low blood pressure (Caspersen, Bloemberg, Saris, Merritt & Kromhout, 1991). In another study, gardening activities were stated as one of the most preferred types of physical activity associated with weight control (DiPietro, Williamson, Caspersen & Eaker, 1993). Garden activities are one of the common leisure time activities used by the elderly (Ashe, Miller, Eng & Noreau, 2008). For this reason, it is thought that there is a need to examine the physical benefits of using the effectiveness of horticultural therapy for elderly individuals.

Psychological Benefits

Horticultural therapy is thought to be an important method used in hospitals in the 19th century. Langer and Rodin (1976), in their study on nursing home residents, reported that there was a significant improvement in the social participation and welfare levels of individuals responsible for plant care (Langer & Rodin, 1976). Another study that studied 2040 elderly individuals over a three-year period reported that regular participation in leisure time activities, including gardening activities, was associated with a lower risk of developing dementia. It has been determined that garden activities stimulate and protect cognitive skills because they include attention control and planning skills, thus delaying the onset of dementia (Fabrigoule, Letenneur, Dartigues, Zarrouk, Commenges & Barberger-Gateau, 1995). Bryant (1991), who created a garden for the purpose of sensory integration, stated that these gardens provide a reduction in anxiety levels for elderly individuals; revealed an increase in verbal communication and sensory awareness (Bryant, 1991). In a study, it was reported that the horticultural therapy program created for visually impaired individuals improved hand and perceptual skills and increased motivation (Giancone, 1979). Other studies reveal that there is an increase in life satisfaction, self-esteem and socialization levels of elderly individuals who receive horticultural therapy (Train, 1974; Burgess, 1990).

Conclusion

Horticultural therapy is a method that contributes to rehabilitation processes in terms of mental recovery, physical health, recreation, social interaction, sensory integration, cognitive function and quality of life. However, horticultural therapy does not receive enough attention in hospitals and rehabilitation centers, nursing homes and schools in our country. Larger sample size, randomized controlled and long-term follow-up studies are required for the effectiveness of the horticultural therapy intervention. Future research should design horticultural therapy interventions, especially due to the lack of research in the national literature.

References

- American Horticultural Therapy Association (AHTA). (2015). *Definitions and positions*. Retrieved from <http://www.ahta.org/>
- Ashe, M. C., Miller, W. C., Eng, J. J., & Noreau, L. (2008). Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology, 55*, 64-72.
- Ashton-Shaeffer, C., & Constant, A. (2005). Why do older adults garden? *Activities, Adaptation and Aging, 30*, 1-18.
- Brown, S. P., Worden, E. C., Frohne, T. M., & Sullivan, J. (2011). Horticultural therapy. *EDIS, 2011*(2).
- Bryant, W. (1991, May). Creative group work with confused elderly people: A development of sensory integration therapy. *British Journal of Occupational Therapy, 54*(5), 187-192.
- Burgess, C. (1990). Horticulture and its application to the institutionalized elderly. *Activities, Adaptation & Aging, 14*(3), 51-61.
- Caspersen, C., Bloemberg, B., Saris, W., Merritt, R., & Kromhout, D. (1991). The prevalence of selected physical activities and their relation with coronary heart disease risk factors in elderly men: The Zutphen study, 1985. *American Journal of Epidemiology, 133*, 1078-1092.
- Chang, C. Y. (2002). The Effects of Flowers on Respondents Physical and Psychological Responses. *Interaction by Design: Bringing People and Plants Together for Health and Well-Being: An International Symposium (edited by Elizabeth R. Messer Diehl) Blackwell Publishing*.
- Cooper, C., Barker, D., & Wickham, C. (1988, December 3). Physical activity, muscle strength, and calcium intake in fracture of the proximal femur in Britain. *British Medical Journal, 297*, 1443-1446.
- Coupland, C., Wood, D., & Cooper, C. (1993). Physical inactivity is an independent risk factor for hip fracture in the elderly. *Journal of Epidemiology and Community Health, 47*, 441-443.
- Davis, S. (1997). Development of the profession of horticulture therapy. In S. P. Simpson & M. C. Strauss (Eds.), *Horticulture as therapy, principles and practice* (pp. 3-9). Binghamton: Haworth Press.
- Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., ... & Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly?. *Psychiatry investigation, 9*(2), 100.
- DiPietro, L., Williamson, D., Caspersen, C. & Eaker, E. (1993). The descriptive epidemiology of selected physical activities and body weight among adults trying to lose weight: The Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey, 1989. *International Journal of Obesity, 17*, 69-76.
- Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J., Zarrouk, M., Commenges, D., & Barberger-Gateau, P. (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: A prospective longitudinal study. *Journal of American Geriatrics Society, 43*, 485-490.
- Friends Hospital. (2019). *History of Friends Hospital*, Philadelphia, PA. Retrieved 5 February 2022 from <https://friendshospital.com/about-us/our-timeline/>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Gallup Organization. (1994). *National Gardening Survey, conducted for the National Association for Gardening*.
- Giancone, J. (1979, March). *Gardening for the blind older adult*. *HortTherapy: A Publication of the National Council For Therapy and Rehabilitation Through Horticulture*, 1(1), 19-39.
- Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality & Social Psychology*, 34, 191-198.
- Lin, Y. J., Lin, C. Y., & Li, Y. C. (2014). Planting hope in loss and grief: self-care applications of horticultural therapy for grief caregivers in Taiwan. *Death Studies*, 38(9), 603-611.
- Relf, D. (1973, January/February). Horticulture: A therapeutic tool. *Journal of Rehabilitation*, 39(1), 27-29.
- Relf, D. (Ed.). (1992). *The role of horticulture in human well-being and social development*. Portland, OR: Timber Press.
- Rush, B. (1830). *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*. John Grigg.
- Simson, S., & Straus, M. (1997). *Horticulture as therapy: Principles and practice*. CRC Press.
- Soga, M., Gaston, K. J., & Yamaura, Y. (2017). Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Preventive medicine reports*, 5, 92-99.
- Söderback, I., Söderström, M., & Schäländer, E. (2004). Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric rehabilitation*, 7(4), 245-260.
- Train, R. (1974). The effect of horticulture therapy in maintaining the life satisfaction of geriatrics. Unpublished master's thesis, Kansas State University, KS.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11(3), 201-230.
- United States Department of Health and Human Services. (2008). Physical activity guidelines for Americans. Retrieved from <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
- Uslu, A. (2008). Engelli Dostu Belediye Yaklaşımı. Kentsel Tasarımda Engelli Dostu Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı ve Keçiören Belediyesi İşbirliği İle Hazırlanan Sempozyum Bildiri Kitapçığı, 58- 77. Ankara.
- Uslu, A. (2012). Zihinsel ve fiziksel engelliler için hortikültürel terapi. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 1, 5-24.
- Wang, D., & MacMillan, T. (2013). The benefits of gardening for older adults: A systematic review of the literature. *Activities, Adaptation & Aging*, 37, 153-181.

KENTLERDE YAŞLILARIN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR: BİLECİK İLİ ÖRNEĞİ

Sanem BERKÜN

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü
ORCID ID: 0000-0002-9254-1669

ÖZET

İnsanın yaşadığı her dönemin kendine has güzellik ve zorlukları bulunmakta ve kaliteli bir hayat sürmenin önemi üzerine yapılan vurgu bu dönemleri kendi özellerinde irdelemeyi gerektirmektedir. Özellikle nüfusun giderek yaşlanması; bir taraftan azalan doğurganlık, diğer taraftan artan yaşam süresi nedeniyle, günümüz insanlığının karşılaştığı demografik bir gerçeklik olarak yaşlılar üzerine yapılan çalışmaların çoğalması ve çeşitlenmesine zemin hazırlamıştır.

Yaşlanma insanın o döneme kadar karşılaşmadığı birçok zorluk ve sorunu beraberinde getirmekte ve devletleri ek sosyal politikalar üretmeye yönlendirmektedir. Türkiye’de yaşlılık gelişmiş toplumlar kadar büyük bir sorun olarak değerlendirilmese de, nüfusun giderek yaşlanmakta olması yakın bir gelecekte yaşlılık üzerine daha fazla politika geliştirilme ihtiyacını gündeme getirecektir. Günümüz toplumlarında nüfusun giderek artan bir bölümü kentlerde yaşamaktadır. Kentleşmenin neden olduğu toplumsal değişimler aile yapısını da önemli düzeyde dönüştürmekte ve bu durum, yaşlı nüfus açısından çok büyük dezavantajları gündeme getirmektedir. Son yıllarda yaşlıların karşılaştığı sorunların çözümlenmesinde, hem ailenin dönüşüme uğraması hem de yeni kamu yönetimi anlayışının güçlenmesiyle merkezi yönetim yanında, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimleri daha fazla sorumluluk almaya yönlendirmiştir.

Bu çalışma betimsel nitelikte bir araştırma niteliğinde olup, öncelikle Türkiye’de yaşlıların durumu ve karşılaştıkları sorunlar hakkında bilgilere yer verilmektedir. Çalışmada daha sonra yaşlıların toplumsal yaşama katılımında karşılaştıkları sorunlar kent özelinde irdelenerek, bu kapsamda yerel yönetimlerin sorumluluk ve çalışmalarına dair bilgiler aktarılmaktadır. Son bölümde ise Bilecik’te yapılan alan araştırması bulgularından hareketle yapılabilecekler dair değerlendirmelerde bulunmaktadır. Çalışmanın nihai amacı Türkiye’de kentte yaşamının yaşlılar açısından ne gibi zorlukları olduğuna Bilecik örneğinden hareketle ışık tutmaktır.

Anahtar kelimeler: Yaşlılar, Kent, Bilecik, Yerel Yönetimler, Türkiye

PROBLEMS ELDERLY FACE IN CITIES: BİLECİK CASE

ABSTRACT

Every era has its own beauties and hardship and the emphasis on living a quality life requires scrutinising these eras within their own circumstances. Particularly the aging of the population; due to decreasing fertility on the one hand and increasing life expectancy on the other paved the way for the increase and diversity of the studies elderly as a demographic reality today’s people face.

Aging brings many difficulties and problems people did not face until that period and steers the governments to produce additional social policies. Even though aging is not considered as a big problem in Turkey compared to developed communities, the fact that the population is gradually aging would bring forward the need to develop more policies regarding old age. In today’s societies, an ever-increasing part of the population live in the cities. The social upheaval caused by urbanisation transforms the family structure significantly and this condition makes the extreme disadvantages

related with the old population a current issue. In recent years, both the transformation of the family and the strengthening of the public management regime guided the non-governmental organizations and local authorities besides the central administration to take more responsibility regarding the analysis of the problems elderly encounter.

This study is a technicality research including information about the condition of the elderly in Turkey and the problems they experience primarily. Afterwards, the problems elderly face in joining social life is scrutinised specific to cities and information related with the responsibilities and actions of the local governments within this scope is conveyed. In the recent period, starting from the findings of the field study conducted in Bilecik, there are assessments made concerning the things that can be done. The ultimate aim of the study is to cast light on the difficulties of living in a city in Turkey with regards to elderly considering the Bilecik case study.

Kay words: Elderly, City, Bilecik, Local Authorities, Turkey

GİRİŞ

Yaşlanma, yaşayan her insanın kaçınılmaz olarak karşılaşıacağı ve birçok zorluğu beraberinde getiren bir yaşam evresidir. Bir taraftan azalan doğurganlık, diğer taraftan artan yaşam süresi, günümüz nüfus yapısında yaşlı nüfusu artırmakta ve devletleri ek sosyal politikalar üretmek durumunda bırakmaktadır. Yaklaşık 75 yıl olan ortalama insan ömrünün, 2050’de 81’e çıkacağı yönünde nüfusla ilgili tahminler bulunmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise 64 yıl olan ortalama insan ömrünün 76’ya çıkacağı düşünülmektedir(Gökçe, 2013: 87-88). Günümüz toplumlarının bir diğer özelliği daha fazla kentlerde yaşama eğilimi göstermesidir. İçinde bulunduğumuz dönemde dünya nüfusunun yaklaşık yarısı kentsel alanlarda yaşamakta ve bu oranın 2050’ye kadar üçte ikiye çıkması öngörülmektedir. Ancak kentlerde yaşamak yaşlılar için çok daha zor ve çok daha risklidir. Çünkü biyolojik açıdan yaşlılık zaman faktörüne bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında bir takım kayıplar meydana getirdiğinden kent yaşamının karmaşıklığına ayak uydurmak yaşlılar için çok da kolay olmamaktadır (Beşer, 2005: 7).

Türkiye, kentleşme hızının yüksek olduğu gelişmekte olan bir ülkedir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre, Türkiye’de 2020 yılında %93 olan il ve ilçe merkezlerinde yaşayanların oranı, 2021 yılında %93,2’ye ulaşmıştır. Üstelik birçok gelişmekte olan ülke gibi kentleşme sanayileşmeden önce gerçekleşmekte ve bu durum birçok kentsel sorunu beraberinde getirmektedir. Kentsel hizmetlerin ihtiyacın gerisinde kalması, çevre kirliliği, güvenlik problemleri, trafik tıkanıklığı, Türkiye’de yaşanan kentsel sorunlardan sadece birkaçıdır. Bu nedenle kentlerde yaşayanlar için hayat çok daha yorucu, karmaşık, stresli ve riskli olabilmektedir. Yaşlılar bu olumsuzlukları çok daha net ve çok daha ağır olarak hissetmektedir.

Türkiye’de yaşlılık gelişmiş toplumlar kadar büyük bir sorun olarak değerlendirilmese de, nüfusun giderek yaşlanmakta olması yakın bir gelecekte yaşlılık üzerine daha fazla politika geliştirilme ihtiyacını gündeme getirecektir. Küreselleşmenin getirdiği rekabet ortamı, nüfusun niceliksel ve niteliksel yönden artması, vatandaşların devletten beklentilerinde yükselme gibi birçok neden merkezi idarenin hizmet alanlarında diğer kurum ve kuruluşlardan yardım alma ihtiyacını artırmıştır. Bu kurumların başında yerel yönetimler gelmektedir. Yerel yönetimler birçok alanda olduğu gibi aktif yaşlanma politikası olarak nitelenen yaşlıların kaliteli bir yaşam sürmesini hedefleyen sosyal politikaların başarısında da merkezi yönetime destek olmaktadır. . Halka en yakın yönetsel birimler olarak yerel yönetimler; toplu taşıma araçları ve kamusal alanların tasarımından, evde bakım hizmetlerine, boş zaman etkinliklerinin sağlanmasından sosyal yardımların tesisine kadar birçok alanda merkezi yönetime destek vermektedir(Berkün, 2020: 8).

Betimsel bir araştırma niteliğinde olan çalışmada öncelikle Türkiye’de yaşlıların durumu ve karşılaştıkları sorunlar hakkında bilgilere yer verilmektedir. Çalışmanın ikinci bölümünde yaşlıların toplumsal yaşama katılımında karşılaştıkları sorunlar kent özelinde irdelenerek, bu kapsamda yerel yönetimlerin sorumluluk ve çalışmalarına dair bilgiler aktarılmaktadır. Son bölümde ise Bilecik’te yapılan alan araştırması bulgularından hareketle yapılabileceklerle dair değerlendirmelerde

bulunmaktadır. Çalışmanın nihai amacı Türkiye’de kentte yaşamanın yaşlılar açısından ne gibi zorlukları olduğuna Bilecik örneğinden hareketle ışık tutmaktır.

TÜRKİYE’DE YAŞLILARIN DURUMU VE SORUNLARI

Uluslararası boyutta olduğu gibi ulusal literatürde de yaşlılık kavramı üzerinde uzlaşılmış tek bir tanım bulunmamaktadır. Bilimsel çalışmalar bağlı buldukları disiplin perspektifinden yaşlılığa bir süreç olarak yaklaşmaktadır. Organizmanın yapı ve çalışmasına göre değerlendirilmesi, biyolojik yaşlanma, fonksiyonlarına göre değerlendirilmesi fizyolojik yaşlanma, bireyin doğumdan ölüme kadar takvim yaşına göre ele alınıp değerlendirilmesi ise kronolojik yaşlanma kapsamına girmektedir. Öte yandan yaşlılığın, algılama, öğrenme, problemleri çözme ve davranışlarına göre değerlendirilmesine psikolojik yaşlanma, insanın sosyal alışkanlıkları ile toplum içindeki rolüne göre değişmelerin değerlendirilmesi ise sosyal yaşlanma olarak ifade edilmektedir (Akın, 2006: 85). Birleşmiş Milletler (UN) 60 yaş üstünü yaşlı olarak değerlendirmektedir (UN, 2015: 13). OECD ise, davranış ve ihtiyaçları değişen, heterojen bir gruptan oluşan 65 yaş üstü insanları yaşlı olarak ifade etmektedir (Baran, 2005: 24).

Yaşlılığa yönelik algı zaman ve toplumlara göre değişiklik göstermektedir. Kimi toplumlarda kutsanarak büyük bir saygı ve kudrete sahip olan yaşlılar, başka toplumlarda bir yük olarak nitelendirilmiş ve ölüme terk edilebilmişlerdir. “Japonya gibi geleneksel toplumlarda yaşlı bireylere hürmet edilerek bilgelikleri, bilgi birikimleri ve tecrübelerinden yararlanılmakta ve yaşlının sosyal statüsünün daha yüksek olduğu gözlenmektedir. İngiltere’de ise yaşlılar “değersiz, tuhaf, yetersiz, güçsüz” kişiler ya da “tecrübeli, yumuşak huylu ve olaylar karşısında sözü dinlenen bilgin” kişiler olarak görülmektedir”. Türkiye yaşlı nüfusun korunduğu ve değerli görüldüğü bir kültürel mirasa sahiptir. Sahip olunan kültürde, aile yaşlıların koruma ve bakımında öncelikli sorumluluk üstlenmektedir. Bununla birlikte Anayasa başta olmak üzere ülke mevzuatında yaşlılara yönelik politikalar yasal güvenceye dayandırılmıştır. (Uyanık, 2017: 80; Berkün, 2020: 12- 18).

Nüfusun yaşlanmakta olması yaşlılığa yönelik ilgi ve akademik çalışmaları çoğaltmıştır. Öte yandan yaşlıların toplumda ayrımcılığa maruz kalması ve yaşlılığın olumsuz çağrışımlarla anılması gerçeği de günümüzde yaşlılara yönelik gerontoloji alanındaki çalışmalara ilgiyi artırmıştır (Yel, 2014: 22). Türkiye genç nüfusa sahip bir ülke olmakla birlikte yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 yılı verilerine göre yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5’e yükselmiştir. Yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında ise %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2021).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye’de yaşlı nüfusun genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir (TÜİK, 2021);

- Yaşlı nüfusun 2020 yılında %44,2’sini erkek nüfus, %55,8’ini ise kadın nüfus oluşturmaktadır.
- 2020 yılında yaşlı nüfusun %63,8’inin 65-74 yaş grubunda, %27,9’unun 75-84 yaş grubunda ve %8,4’ünün ise 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülmektedir.
- Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2020 yılında %14,1 olarak hesaplanmıştır.
- Nüfus tahminlerine göre 2020 yılı için dünya nüfusunun 7 milyar 693 milyon 348 bin 454 kişi, yaşlı nüfusun ise 729 milyon 887 bin 660 kişi olduğu tahmin edilmiştir. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %9,5’ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %33,5 ile Monako, %28,5 ile Japonya ve %22,9 ile Almanya olurken, Türkiye, 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır.
- Türkiye’de 2020 yılında toplam 24 milyon 604 bin 86 haneden 5 milyon 903 bin 324’ünde yaşlı nüfus olarak tanımlanan, 65 ve daha yukarı yaşta en az bir fert bulunduğu görülmüştür.
- Türkiye’de 1 milyon 478 bin 346 yaşlı tek başına yaşamaktadır. Bunların %75,3’ünü yaşlı kadınlar, %24,7’sini ise yaşlı erkekler oluşturmaktadır.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- 2020 yılında yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il, %19,8 ile Sinop'tur. Bu ili %18,6 ile Kastamonu, %17,1 ile Artvin izlemiştir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu il ise %3,4 ile Şırnak'tır. Bu ili %3,6 ile Hakkâri, %4,0 ile Şanlıurfa izlemektedir.
- Yaşlı nüfus oranı il düzeyinde yıllara göre incelendiğinde, toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il sayısı 2020 yılında 18 olmuştur.
- Yaşlı nüfusun %0,1'ini oluşturan 100 yaş ve üzerindeki yaşlı kişi sayısı, 2020 yılında 5 bin 780'dir.
- Okuma yazma bilmeyen yaşlı nüfus oranı, 2019 yılında %16,9'a düşmüştür. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranının, 2019 yılında yaşlı erkeklerin oranından 4,8 kat fazla olduğu görülmüştür. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı %26,0 iken yaşlı erkeklerin oranı %5,4'tür.
- Eğitim durumuna göre yaşlı nüfus incelendiğinde, 2019 yılında ilkökul mezunu olanların oranı %45,5'e, ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu olanların oranı %7,3'e, lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %7,5'e, yükseköğretim mezunu olanların oranı ise %7,0'a yükselmiştir. Yaşlı nüfusun eğitim durumu cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bitirilen tüm eğitim düzeylerinde yaşlı erkek nüfus oranının yaşlı kadın nüfus oranından daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Yaşlı nüfus yasal medeni duruma göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Yaşlı erkek nüfusun 2020 yılında %1,2'sinin hiç evlenmemiş, %83,8'inin resmi nikâhla evli, %3,4'ünün boşanmış, %11,6'sının eşi ölmüş olduğu görülürken, yaşlı kadın nüfusun %2,6'sının hiç evlenmemiş, %45,8'inin resmi nikâhla evli, %3,8'inin boşanmış, %47,7'sinin ise eşi ölmüş olduğu görülmüştür.
- Yoksulluk oranı, 2019 yılında yaşlı nüfus için %14,2 olarak hesaplanmıştır. Yaşlı nüfusun yoksulluğu cinsiyete göre incelendiğinde, yoksul yaşlı erkek nüfus oranı 2019 yılında %12,1, yoksul yaşlı kadın nüfus oranı ise %15,9 olduğu görülmüştür.
- İşgücüne katılım oranı yaşlı nüfus için 2019 yılında %12,0 oranına düşmüştür. İşgücüne katılma oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkek nüfusta 2019 yılında %20,1 iken yaşlı kadın nüfusta %5,6 olduğu görülmüştür. Yaşlı nüfustaki işsizlik oranının 2019 yılında %3,1'e yükseldiği görülmektedir.
- İşgücü istatistiklerine göre, istihdam edilen yaşlı nüfusun sektörel dağılımı incelendiğinde, 2019 yılında yaşlı nüfusun %64,7'sinin tarım, %28,1'inin hizmetler, %5,3'ünün sanayi, %1,9'unun ise inşaat sektöründe yer aldığı görülmektedir.
- 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusta obezite oranı 2019 yılında %29,0'a yükselmiştir. Yaşlı nüfusun obezite oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkeklerde bu oran %19,9, yaşlı kadınlarda ise %36,2 olarak hesaplanmıştır.
- Yaşlı nüfus içinde banyo yapma/duş almada zorluk yaşayanların oranı 2019 yılında %22,1 olarak hesaplanmıştır. Banyo yapma/duş almada zorluk yaşayan yaşlı nüfus oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkeklerde bu oran %14,5, yaşlı kadınlarda ise %28,0'dir.
- Ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2019 yılında ölen yaşlıların %41,5'i dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu hastalığı ikinci sırada %15,3 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ile solunum sistemi hastalıkları, üçüncü sırada ise %5,3 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları takip etmektedir. Ölüm nedenleri cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arası en önemli farkın iyi huylu ve kötü huylu tümörlerde olduğu görülmüştür. İyi ve kötü huylu tümörler nedeniyle hayatını kaybeden yaşlı erkeklerin oranı yaşlı kadınların oranının yaklaşık iki katıdır.
- Ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre, Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların sayısı, 2019 yılında 13 bin 498'e yükselmiştir. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde azalış, kadınlarda artış olduğu görülmektedir.
- İnternet kullanan 65-74 yaş grubundaki bireylerin oranı 2020 yılında %27,1'e yükselmiştir. İnternet kullanan yaşlı bireyler cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerin

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

kadınlardan daha fazla İnternet kullandığı görülmektedir. İnternet kullanan yaşlı erkeklerin oranı 2020 yılında %34,9 iken yaşlı kadınların oranı %20,4'tür.

- Yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre, 2020 yılında mutlu olduğunu beyan eden 65 ve daha yukarı yaştaki bireylerin oranı %57,7'dir. Yaşlı bireylerin genel mutluluk düzeyi cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerin %56,1'i, kadınların ise %59,0'ı mutlu olduğunu beyan etmiştir. Yaşlı bireylerin mutluluk kaynağı %66,9 ile aileleridir.

Bu veriler, her geçen gün artan yaşlı nüfusa dair farklı disiplinlerde ve daha fazla çalışma yapılması gerekliliğini net bir biçimde ortaya koymaktadır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde çok uzun bir zaman diliminde gerçekleşen nüfusun yaşlanması durumunun gelişmekte olan ülkelerde çok kısa bir sürede gerçekleştiği aşikârdır (Kurtkapan, 2018: 2). Türkiye'de nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak yaşanmakta olan sorunların altında yatan en önemli neden, Türkiye'nin bu konuya hazırlıklı olmaması, şu anda olması gereken çalışmaların hâlihazırda yapılmaması ve bu gecikmeye bağlı olarak gelecekte, daha büyük sorunlarla karşılaşılacak olmasıdır (Yel, 2014: 39).

Türkiye genelinde yaşlıların değişen toplumsal ve kentsel yapıdaki mevcut durumlarına dair bilgi eksikliği bulunmaktadır. Bu durum yaşlıların potansiyellerinin topluma aktarılmasını güçleştirmekte ve yaşlıların sorunlarını çözmeye yönelik sosyal politikaların eksik uygulanmasına yol açmaktadır (Şentürk – Altan, 2015: 13).

Türkiye'de aile bireyleri arasındaki bağın halen güçlü olması, yaşlıların yaşam alanlarını belirleme tercihlerine de yansımaktadır. Türkiye gelişmiş ülkelere farklı olarak, yaşlı bireylerin çocukları ile aynı ya da yakın evlerde yaşama eğiliminin yaygın olduğu bir ülkedir. Bu tercihte, yaşlı ve çocukları açısından sosyal ve ekonomik avantajların bulunması etkilidir (DPT, 2007: 11). Türkiye'de kurumsal bakım, hem yaşlılar hem de yaşlı yakınları açısından en son seçenek olarak görülmektedir (Dural & Con: 491).

Endüstrileşmenin yoğunlaştığı illerde istihdam olanaklarının fazlaşması, özellikle genç nüfusun kırsal kesimlerden kentlere göçünü hızlandırmıştır. Çocukları kentlere göç eden ailelerin ebeveynlerinin ise yaşamlarını uzun yıllardır devam ettirdikleri sosyal çevreden uzaklaşmak istemediği ve bu nedenle Türkiye'de kırsal kesimde yaşlı nüfusun yoğunlaştığı gözlenmektedir. Ancak Türkiye'de kırsal kesimlerdeki kimi sorunlar tümüyle çözümlenebilmiş değildir. Bu sorunlar arasında gerekli sağlık hizmetlerinin yetersizliği, eğitim sorunları, çağın gereklerine uygun iletişim araçlarının noksanlığı, karayolları ulaşımındaki eksiklikler, ısınma ihtiyacı sonucu ormanların tahrip edilmesi ve kimi bölgelerdeki aydınlanma sorunları yer almaktadır (DPT, 2007: 36). Kırsal bölgelerde kalan yaşlıların zamanla iyice yalnızlaşmaları ve temel ihtiyaçlarının giderilmesinde fiziksel güç kaybı yaşamaları nedeniyle ekonomik sorunlarla karşı karşıya kalmaları söz konusu olmaktadır. Yaşlı bireylerin kente göç ederek orada yaşlanmaları da yalnızlaşmaları sonucunu değiştirmemektedir. Öte yandan işverenler tarafından talep edilmeyen işgücü sınıfına giren yaşlılar, ciddi ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlar yaşamaktadır (Türkan – Sezer, 2017: 37). Ayrıca toplumsal kaynaklara ulaşmada güçlük, ayrımcılık, ihmal ve istismarda yaşlıların karşılaştığı önemli sorunlardandır (Türkan, 2021: 9).

TÜRKİYE'DE YAŞLILARIN KENT YAŞAMINDA KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR

Kentleşme toplumun tüm kesimleri gibi yaşlıların bireysel ve toplumsal yaşamları üzerinde de önemli değişikliklere neden olmaktadır. Öncelikle ekonomik zorluklar kent yaşamında daha net bir şekilde hissedilmekte ve bu yaşlıların da içerisinde bulunduğu dezavantajlı grupları kent yoksulları arasında ön sıralara taşımaktadır. Bu durum yaşlı bireyin aile ve toplum içerisinde saygınlığını ve özgüvenini azaltmakta, yaşlıları yalnızlaştırmaktadır (Kurtkapan, 2018: 79). “Son yıllarda özellikle büyük kentlerde, kent merkezinde ve varoşlarda sosyal güvencesi olmayan, barınacak bir yeri veya bakacak kimsesi bulunmayan ya da bakacak kimsesi bulunduğu halde çeşitli nedenlerle yalnızlığa terk edilen çok sayıda yaşlı bulunmaktadır” (Durgun – Tümerdem, 1999:119).

Kent ve kır arasındaki en önemli farklardan birisi ulaşım konusunda görülmektedir (Şentürk, 2015: 283). Türkiye gelişmekte olan ve buna bağlı olarak kentlerde çözümlenmesi gereken ulaşım sorunları bulunan bir ülkedir. Kent içi ulaşımında kullanılan toplu taşıma araçları, cadde, kaldırım ve

kent yolları yaşlıların kullanımına uygun standartlarda değildir. Ulaşım, yaşlıların günlük yaşantılarını sürdürebilmesi (alış-veriş, dinî ibadetlerini yapabilme, doktora ve dışçıye gitme, arkadaşları ziyaret etme, aile ilişkilerini devam ettirme...) açısından çok gereklidir. Çoğu yaşlı, günlük aktivitelerini gerçekleştirebilmek için belirli uzaklığı aşmak durumunda kalmakta ve oldukça zorlanmaktadır. Belediye otobüsleri, metro veya şehir içi vapurlarla yapılan ulaşımda yaşlılara ücretsiz veya indirimli seyahat etme kolaylığı yanında, ilk koltukların yolcular tarafından, onlara tahsis edilmesi için uyarıcı levhalar yazılmıştır. Bu çalışmaların yaşlılar için memnun edici olduğu söylenebilir(Yıldırım, 2011: 991).

Kentlerde yapılaşmış çevreye katılımın gerçekleşebilmesi için, herkesin her yere erişebilirliğini sağlayabilecek şekilde kentlerin tasarlanması gerekmektedir. Türkiye kentlerinin tümüyle bu özellikte olduğunu söylemek güçtür. Birçok kentte ticari, idari ve kamu binaları; sosyo-kültürel, spor, sağlık ve dini faaliyetler; sokaklar; kamu alanları; kültürel, sosyal ve diğer aktiviteler herkes için erişilebilir nitelikte değildir(Total – Üstün, 2009: 5).

Kentleşme hızlı toplumsal değişme uygun ortam hazırladığından, kuşaklararası mesafe ve çatışma sorununu daha da gözle görünür hale getirmektedir. Yaşlı-genç görüşleri ve değer yargıları arasında büyük kutuplaşmalar kentleşmenin yarattığı değişimle artmakta, yalnız giyim kuşam ve şekil yönünden değil din, inanç, değer yargıları ve manevi gereksinimler bakımından da farklılıklar kent mekânlarına yansımaktadır. Bu yansıma yaşlılar açısından dışlanma, marjinalleşme ve ötekileşmeyi getirebilmektedir(Kurt vd., 2010: 36).

Kentler yaşlı bireylerin hareket alanlarını genişletmekte sağlık hizmetlerine ve ilgili birimlere ulaşım olanaklarını yükseltmektedir. Bununla birlikte kentlerde kırsal alanlara göre çok daha farklı özelliklerde yaşlı birey yaşamlarını sürdürmektedir. Bu farklılık gereksinimler boyutunda da kendisini göstermektedir. Türkiye’de yaşlanmayla mekân ve çevre ilişkisini değerlendiren çalışmalar görece yenidir. Ancak kentte yaşayan yaşlılar, *yalnız yaşama, geçim sıkıntısı, bakım hizmetleri, sosyal uyum sorunları, sosyal statü kayıpları, kuşaklar arası çatışmalar, yaşlı ayrımcılığı ve yaşlı istismarı* gibi birçok sorunla karşı karşıyadır. (Kurtkapan, 2018: 3). Bu sorunların aşılması konuya gösterilen ilginin artması ile kolaylaşacaktır.

YAŞLILARIN KENT YAŞAMINDA KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR: BİLECİK ÖRNEĞİ

Bilecik Marmara Bölgesi’nin güney doğusunda yer alan gelişmekte olan illerimizdendir. Bilecik nüfusu 2021 yılına göre 228.334’dir. Bu nüfus, 118.903 (%52,07) erkek ve 109.431 (%47,93) kadından oluşmaktadır. Birçok gelişmekte olan kent gibi Bilecik’te de nüfus her geçen gün yükselmektedir. Bu araştırma ile Bilecik’te yaşayan yaşlıların sorun ve beklentilerinden hareketle kentlerde yaşlıların daha konforlu bir yaşam sürebilmesi için yapılabileceklerle dair değerlendirmelerde bulunulmak istenmektedir. Bilecik merkezinde gerçekleşen araştırma kapsamı dış mekânlar ve binalar, ulaşım ve konut alanlarıyla sınırlı tutulmuştur.

Araştırmada derinlemesine görüşme yönteminden yararlanılmış ve görüşmeler Bilecik merkezinde kamusal alanlarda gönüllülük esasına göre seçilen 10 katılımcı ile araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Bilecik’te yaşlıların dış mekânlar ve binalar, ulaşım ve konut alanlarında yaşadıkları sorunları öğrenmek amacıyla 6 açık uçlu soru yöneltilmiştir. Görüşmeler 20 ile 45 dakika arası bir zaman diliminde gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılanların 7’si 65-70, 3’ü ise 70-75 yaş aralığındadır. Katılımcıların 7’si erkek, 3’ü ise kadındır. 5 katılımcı ilkokul, 3 katılımcı lise, 1 katılımcı ise yüksekokul mezunudur. 1 katılımcı ise okuma yazma bilmemektedir. Kadın katılımcıların en fazla ilkokul öğrenimi görmüş olması, cinsiyet bazında öğrenim açısından kadınların dezavantajlı durumunu örnekler niteliktedir. Katılımcılardan 2’si aktif olarak çalışmaktadır. 8’i ise emekli ya da emekli eşi durumundadır. 4 katılımcı yalnız yaşamaktadır.

Araştırmaya katılanların dış mekân ve binalara ilişkin en önemli sorunları; rampa yetersizliği, merdiven ve kaldırımların darlığı ve engebeli olması, levha ve işaretlerin görülmesinin güç olması, trafik lambalarının kimi yerlerde sesli uyarı sistemine sahip olmaması, dinlenmek için oturma yerlerinin yetersizliği ve asansöre sahip binaların sınırlı sayıda olması şeklinde özetlenebilir. Kent

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

merkezinde kurulan kapalı pazar yeri düz bir zeminde kurulması ve üstünün kapalı olması nedeniyle soğuk ve sıcağa karşı korunaklı yapısıyla tüm katılımcılarca olumlu olarak değerlendirilmektedir.

“Ben eve pazarlıkları götürürken, pazar arabasını çekmekte çok zorlanıyorum. Soluklanmak için duvara dayanıyorum. Sokakta koltuk yok.”(G3)

Bilecik’te toplu taşıma Bilecik Belediyesi tarafından sunulan minibüsler ile gerçekleştirilmektedir. Bilecik Belediyesi’nde 141 dolmuş durağı ile 9 minibüs hattı bulunmaktadır(<https://www.bilecik.bel.tr>). Araştırmaya katılanlara göre Bilecik’te ulaşım ile ilgili en önemli sorun toplu taşımada 65 yaş üstüne ücretsiz olan araçların sayıca çok yetersiz olması ve kent içi ulaşımın pahalı olmasıdır. Ulaşım araçlarının numarasını ve ücretsiz olduğunu gösteren sembolü görmekte zorlanan katılımcı (9 kişi) çoğunluktadır. Yaşlılar toplu taşımada kullanılan minibüslerin kullanım açısından zor olmasını da önemli bir ulaşım sorunu olarak göstermişlerdir. Öte yandan bazı durakların kapalı ve korunaklı olması ve kent pazarının olduğu günlerde tüm toplu taşıma araçlarının güzergâhlarına pazar yerini eklemeleri olumlu bir durum olarak değerlendirilmektedir.

“Bizim para vermeden binebileceğimiz arabalar çok az. Bindiğimizde şoför para vermediğimiz için surat yapıyor. Bazen bizi görünce durakta durmuyor. Yakın yerlere vürüvorum ama her vere gücüm vetmivor ki.”(G5)

“Minibüsten inerken iki kez düştüm. Basamakları çok dar ve çok fazla yolcu aldıkları için ayakta duruyoruz.”(G1)

Katılanların tümü oturdukları konutlara ve konutlarının bulunduğu çevreye yüksek bir aidiyet beslemektedir. Tüm katılımcılar evlerinin güvenli ve kendilerinin de oturdukları muhitten dolayı mutlu olduklarını belirtmektedir. Sadece 1 katılımcının oturduğu apartman asansörlüdür. 2 katılımcı ise giriş katlarda ikamet etmektedir. Katılımcıların tümü merdiven çıkmakta güçlük yaşadığını belirtse de, üst katlarda oturması nedeniyle oturduğu konuttan farklı bir konuta taşınmayı düşünen bulunmamaktadır. Günlük ev işlerinde aile ve komşularının desteğini aldıklarını belirten katılımcılar (8 kişi) çoğunluktadır. Katılımcıların tümü bazı sorunları olsa da Bilecik’te yaşamaktan genel olarak mutlu olduklarını belirtmektedir. Mutlu olmalarındaki en büyük payın aile ve çocuklarına bağlamaktadırlar.

SONUÇ

Türkiye genç nüfusa sahip olmakla birlikte nüfusu yaşlanmakta olan ülkeler arasındadır. Öte yandan Türkiye’de kentleşme tüm hızıyla devam etmekte ve kentte yaşamın toplumun tüm kesimleri gibi yaşlılar açısından getirdiği sorunlar da çeşitlenmektedir. İçinde bulunduğumuz dönemde konuya yönelik ilgi ve farkındalık artmış, sürece kamu kurumları yanında yerel yönetimler, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları da dâhil edilmiştir.

Türkiye yerel yönetim mevzuatında kentsel sorunların çözülmesi ve dezavantajlı gurupları toplumla bütünleşmesine yönelik olarak önemli görev ve sorumluluklar bulunmaktadır. Yerel yönetimler yasal yükümlülükleri arasında bulunan yaşlıları ilgilendiren uygulamaları ile yaşlıların kamusal alanları kullanma, barınma, sağlık, aynı ve nakdi yardım, sosyal ve kültürel etkinlikler gibi birçok ihtiyacını karşılamaktadır. Ancak uygulamalardaki başarı, çeşitlilik ve kalite, yerel yönetimlerin beşeri ve mali kaynakları ile yakın bir ilişki içerisindedir.

Bilecik nüfusu sürekli artan küçük bir ildir. Türkiye geneli gibi Bilecik’te de nüfus yaşlanma eğilimindedir. Bilecik’te yaşayan yaşlıların sorunlarını çözmek için merkezi yönetim yanında Bilecik Belediyesi de çalışmalarını sürdürmektedir. Bilecik Belediyesi Faaliyet Raporu içerisinde görev ve sorumluluklar ile sosyal içerikli projeler arasında sıklıkla yaşlılara yönelik hedeflere yer verilmektedir.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Bununla birlikte Bilecik ilinde gerçekleştirilen araştırma bulguları ile Bilecik’te yaşayan yaşlıların dış mekânlar ve binalar, ulaşım ve konut alanlarıyla ilgili bazı sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Dış mekân, binalar ve toplu taşıma araçlarının erişilebilirlik standartlarına uygunluğunu artırma yönünde çalışmalara hız verilmesi, ücretsiz toplu taşıma araçlarının artırılması ve kentkart sistemine geçilmesi, kent içi park ve dinlenme mekânlarının artırılması yaşlıların kent yaşamından memnuniyetini artıracaktır.

KAYNAKÇA

- Akın, G. (2006), *Gerontoloji Her Yönüyle Yaşlılık*, Ankara, Palme Yayıncılık.
- Baran, A.G., (2005), *Yaşlı ve Aile İlişkileri Ankara Örneği*, Ankara, Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.
- Berkün, S. (2020) “Yaşlılara Yönelik Yerel Sosyal Politikalar ve Yerel Yönetimlerin Yapabilecekleri”, *Sosyal Bilimlere Multidisipliner Bakış*, Ed: Berkün, S. Ankara: İksad Yayınevi.
- Beşer, F. (2005), “İslam ve Yaşlılık Sorunu”, *Özveri Dergisi*, 2(2), ss.1-10. Erişim Adresi: http://www.manevisosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2010/06/islam_yaslilik_sorunu.pdf , Erişim tarihi: 17.02.2022.
- Bilecik Belediyesi, https://www.bilecik.bel.tr/sources/upload/miniabus_saatleri.pdf Erişim tarihi: 17.02.2022.
- DPT (2007), *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*, YAYIN NO DPT: 2741.
- Dural, B. & Con, G. “Türkiye’de Sosyal Devlet ve Yaşlı Hakları Üzerine Bir İnceleme”, *Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu Bildiri Kitabı*, ss. 483-496, Erişim Adresi: <http://www.sosyalhaklar.net/2011/bildiri/dural-con.pdf> Erişim tarihi: 17.02.2022.
- Durgun, B.- Tümerdem, Y. (1999), “Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler”, *Geriatrı*, 2(3), ss.115-120.
- Gökçe, B. (2013), *Türkiye’nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar*, Ankara: Savaş Yayınevi.
- Eurostat Statistics Explained, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=The_EU_in_the_world_-_population#Urban_populations , Erişim tarihi: 17.02.2022.
- Kurt, G. – Beyaztaş, Y. F. –Erkol, Z. (2010) “Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti”, *Adli Tıp Dergisi* 24(2), ss. 32-39.
- Kurtkapan, H. (2018), *Kentte Yaşlılık ve Yerel Yönetim Uygulamaları*, Ankara: Nobel Basım Yayım Dağıtım
- Şentürk, M.- Altan, R.B. (2015), *İstanbul’da Yaşlanmak: İstanbul’da Yaşlıların Mevcut Durumu Araştırması*, Ed: Şentürk, M.- Ceylan H. İstanbul: Açılım Kitap
- Tutal, O- Üstün, B. (2009), “Yaşlılık ve Yaş Dostu Kentler”, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, ss.1-23.
- TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, (2021) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500#:~:text=Y%C4%B1ll%C4%B1k%20n%C3%BCfus%20art%C4%B1%C5%9F%20h%C4%B1z%C4%B1%202020,y%C4%B1ll%C4%B1nda%20binde%2012%2C7%20oldu.&text=T%C3%BCrkiye'de%202020%20y%C4%B1ll%C4%B1nda%20%93,6%2C8'e%20d%C3%BC%C5%9Ft%C3%BC> , Erişim tarihi: 17.02.2022.
- TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar (2021), <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227> , Erişim tarihi: 17.02.2022.
- Türkan, M. – Sezer, S. (2017) “Yaşlı Yoksulluğunun Yarattığı Sosyal ve Psikolojik Sorunlar: Muğla Örneği”, *Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(4), ss.35-57.
- TürkKan, A.(2021), “Yaşlılarda Sık Görülen Sosyal ve Ekonomik Sorunlar”, *Yaşlı Sağlığı ve Sorunları* Ed: Uçku Ş. R. - Şimşek K. H., Ankara: Türkiye Klinikleri
- United Nations (2015), “World Population Ageing 2015”, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Erişim Adresi: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf Erişim tarihi: 17.02.2022.
- Uyanık, Y (2017), “Yaşlılık, Yaşlanan Nüfus ve Sosyal Politika”, *İş ve Hayat Dergisi*, ss. 67-100. Erişim Adresi:

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

http://www.sekeris.org.tr/dergi/multimedia/dergi/79_yaslilik_yaslanan_nufus_ve_sosyal_politika.pdf

Erişim tarihi: 17.02.2022.

Yel, . (2014), “Türkiye’de Yaşlıların Karşılaştıkları Sorunlar ve özüm Önerileri”, *Yurt ve Dünya Dergisi*, Sayı:10 , ss. 21-42.

Yıldırım, N. (2011). Kent Merkezinde İkamet Eden Yaşlıların Sosyo-Ekonomik Durumu (Adapazarı Örneği), 38. *ICANAS Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika alışmaları Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ankara, ss. 979-1000.

YAŞLI TURİZMİNİN GELİŞİMİ VE BİREYLER ÜZERİNE ETKİSİ

Esra BAŞER AKIN¹
Mukadder MOLLAOĞLU¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas, Türkiye

ÖZET

Yaşlı nüfus oranının hem dünyada hem de ülkemizde devamlı artmasına bağlı olarak dünya nüfusunun yapısı son yüzyılda değişime uğramıştır. Globalleşen dünyada yaşlılar ve onlara yönelik hizmetler çoğalarak sağlık, turizm gibi farklı alanlarda karşımıza çıkmaktadır. Turizm eski zamanlarda belirli kesimlerin ulaşabildiği bir lüks olarak nitelendirilse de günümüzde her yaştan bireyin ulaşabileceği hizmet sektörü olmuştur. Son yıllarda yaşlı turizmi de bu değişimden etkilenerek bu sektöre olan talep artmıştır. Üçüncü yaş turizmi olarak da isimlendirilen yaşlı turizmi hem sağlık hizmetlerinden yararlanmak hem de sosyal etkileşimlerde bulunmak için yapılmaktadır. Bu çalışmada ülkemizde ve dünyada yaşlı turizminin gelişimi, mevcut durumu, ülke politikaları ve yaşlılar üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla literatür incelenmesi şeklinde hazırlanmıştır. Literatür incelendiğinde yaşlı turizmi çerçevesinde bireyler; tarihi ve kültürel gezi turları, rahatlatıcı bakım hizmetleri, klinik merkezlerde planlanmış tedavi hizmetleri almaktadırlar. Yaşlı bireyler turizm faaliyetlerine genellikle gruplar halinde katılmaları ve seyahat noktalarında uzun süre kalabilmelerinden dolayı turizm sektörüne en fazla geliri sağlamaktadırlar. Bununla birlikte daha fazla aktivite yapma ve sağlık hizmetlerinden uzun süreli yararlanma imkanları bulunmaktadır. Uzun süreli ve boş zamanları değerlendirmek için yapılan turizm aktivitelerinin, yaşlı bireyler üzerinde olumlu etkileri olmaktadır. Turizmin kişisel sağlık üzerindeki faydaları, yaşlıların bilişsel fonksiyonlarında, sağlıklı yaşam tarzı geliştirmede, özgüvenlerinde, aile ve sosyal ilişkilerinde, psikolojik, ruhsal esenliklerindeki ve yaşam kalitelerinde olumlu yönde gelişmeler olarak sıralanabilmektedir. Sonuç olarak ülkeler bazında yaşlı turizminin teşviki ve imkanların artırılması bu alanın gelişmesine katkı sağlayacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 'aktif yaşlanma' politikası ile bağlantılı olarak artan bu turizm aktivitelerinin yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanması içinde etkili bir yol olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı turizmi, turizm etkisi, turizm gelişimi

THE DEVELOPMENT OF ELDERLY TOURISM AND ITS EFFECT ON INDIVIDUALS

ABSTRACT

The structure of the world population has changed in the last century due to the continuous increase in the rate of the elderly population both in the world and in our country. In the globalizing world, the elderly and services for them increase and appear in different fields such as health and tourism. Although tourism was described as a luxury that certain segments could reach in the past, today it has become a service sector that can be reached by individuals of all ages. In recent years, elderly tourism has also been affected by this change and the demand for this sector has increased. Elderly tourism, also called third age tourism, is carried out both to benefit from health services and to engage in social interactions. In this study, it has been prepared as a literature review in order to examine the development of elderly tourism in our country and in the world, its current situation, country policies and its effects on the elderly. When the literature is examined, individuals within the framework of elderly tourism; they receive historical and cultural tours, relaxing care services, and planned treatment services in clinical centers. Elderly individuals provide the most income to the tourism sector because they usually participate in tourism activities in groups and can stay at the travel destinations for a long time. However, there are opportunities to do more activities and to benefit from health services for a

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

long time. Tourism activities for long-term and leisure time have positive effects on elderly individuals. The benefits of tourism on personal health can be listed as positive developments in the cognitive functions of the elderly, developing a healthy lifestyle, self-confidence, family and social relations, psychological and spiritual well-being and quality of life. As a result, promoting elderly tourism and increasing opportunities on the basis of countries will contribute to the development of this field. It has been concluded that these tourism activities, which have increased in connection with the 'active aging' policy of the World Health Organization, are an effective way for the healthy aging of elderly individuals.

Keywords: Elderly tourism, tourism impact, tourism development

GİRİŞ

Turizm, küreselleşmenin etkisiyle büyüyen ekonomiler ve dolayısıyla ülkeler turizm hareketliliklerinden pay elde etmek için hizmet sunucularının büyük ilgi duyduğu bir sektör haline gelmiştir. Bu değişiklikler turizmin her alanında görülmeyle birlikte sağlık turizminde de arz talep üzerine büyüme artmış ve popüler olmuştur. Sağlık turizmi yani hasta hareketliliği küreselleşme ile birlikte dünyada en hızlı büyüyen sektör haline gelmiş ve bu durum ülkeler arasında ciddi bir rekabete neden olmuştur. Bu sektörden pay alabilmek için sağlık hizmetini yanı sıra eğlenceyi ve seyahat etmeyi de hedefleyen merkezlerin sayısı artmıştır (1). Sağlık turizmi, boş zaman, sağlık hizmetleri, fiziksel sağlık ve sağlık kavramlarının birleşmesi ile meydana gelmiştir. Bu turizm çeşidinde hem hastalığın engellenmesi, hem de hastalıkların iyileşmesi amacıyla tercih edilmektedir (2). Sağlık turizmi de amacı ve kullanımına göre kendi içerisinde medikal turizm, termal turizm ve spa wellness ile yaşlı ve engelli turizmi olarak üçe ayrılmaktadır.

Sağlık Turizmi Kavramı ve Çeşitleri

Sağlık turizminin birbirinden farklı tanımları bulunmaktadır. Sağlık turizmi bir tanımda “ikamet edilen yerden başka bir yere herhangi bir sebeple sağlık hizmeti satın almak için yapılan planlı seyahatlerdir” şeklinde ifade edilmektedir (3). Sağlık turizmi, bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılama ve çevrelerinde ve toplumlarında birey olarak daha iyi işlev görme kapasitelerini artıran tıbbi ve sağlıklı yaşama dayalı faaliyetlerle temel motivasyon olarak fiziksel, zihinsel ve/veya ruhsal sağlığa katkısı olan turizm türleri olarak tanımlanmaktadır (4). Sağlık hizmeti sunmak için özel olarak düzenlenen, içerisinde hemşire, hekim ve diğer sağlık profesyonellerinin bulunduğu sağlık hizmeti alırken, bir yandan da dinlenme imkanı bulabilecekleri alanlara göre hazırlanmış kapsamlı merkezlerde bu hizmet verilmektedir. Sağlık ekibi bu merkezlerde tıbbi muayene, akupunktur, özel diyetler, transvital enjeksiyonları, medikal tedaviler, bitkisel ürünler gibi farklı tedavi yöntemleri uygulamaktadırlar (5).

Sağlık turizmi için başvuran bireyler farklı amaçlar ile bu hizmetten yararlanmaktadır. Bunlar;

- Yalnızca hastalıklarını tedavi ettirmek ve tıbbi hizmet almak amacıyla başvuranlar.
- Turistik amaçlı ziyareti esnasında sağlık sorunu yaşayan veya geçirdiği kaza sonucu başvuranlar.
- Bir destinasyonda turistik amaçlı kalırken aynı zamanda sağlıklarını geliştirmek için sağlık hizmeti sunan yerlerden yararlanalar.
- Medikal veya farklı alanlarda hizmet almak amacıyla bir turistik destinasyona giden ve sonrasında buldukları yerde tatil imkanlarından yararlananlar şeklinde sıralanabilmektedir (6,7).

Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) tarafından sınıflandırılan sağlık turizmi türleri aşağıda ki gibidir (8):

- İleri yaş (yaşlı) ve engelli turizmi
- Termal turizm ve SPA –Wellness
- Medikal turizm.

Sağlık turizminin türleri ve hizmet verdiği yerler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Turizmi Türleri ve Hizmet Alanları

1. Termal (Kaplıca) Turizmi ve Spa-Wellness Turizmi	2. İleri Yaş ve Engelli Turizmi	3. Medikal Turizm
<ul style="list-style-type: none"> Balneoterapi ve Peloidoterapi Fizyoterapiler ve Kaplıca Tedavileri Talossoterapiler Egzersizler ve Hidroterapi Talossoterapiler Klimaterapi 	<ul style="list-style-type: none"> Yaşlı turizmi (gezi turları, boş zaman değerlendirme terapileri) Rehabilitasyon hizmeti veren klinik otellerde tedavi alma Engelliler için özel bakım gezi turları Yaşlı bakım hizmetleri (bakım hizmetlerinde veya rehabilitasyon hizmetleri) 	<ul style="list-style-type: none"> İleri Tedaviler (Kardiyasküler Cerrahi, Tüp bebek IVF uygulamaları, Transplantasyon Göz, diş, diyaliz tedavileri Radyoterapi, cyberknife vb..) Estetik Cerrahi
Hizmet Alanı: Kaplıca ve Spa merkezleri	Hizmet Alanı: Klinik oteller, rekreasyon alanları, tatil köyleri ve bakım evleri vb.	Hizmet Alanı: Sağlık Kurumları ve Kuruluşları

(8,9)

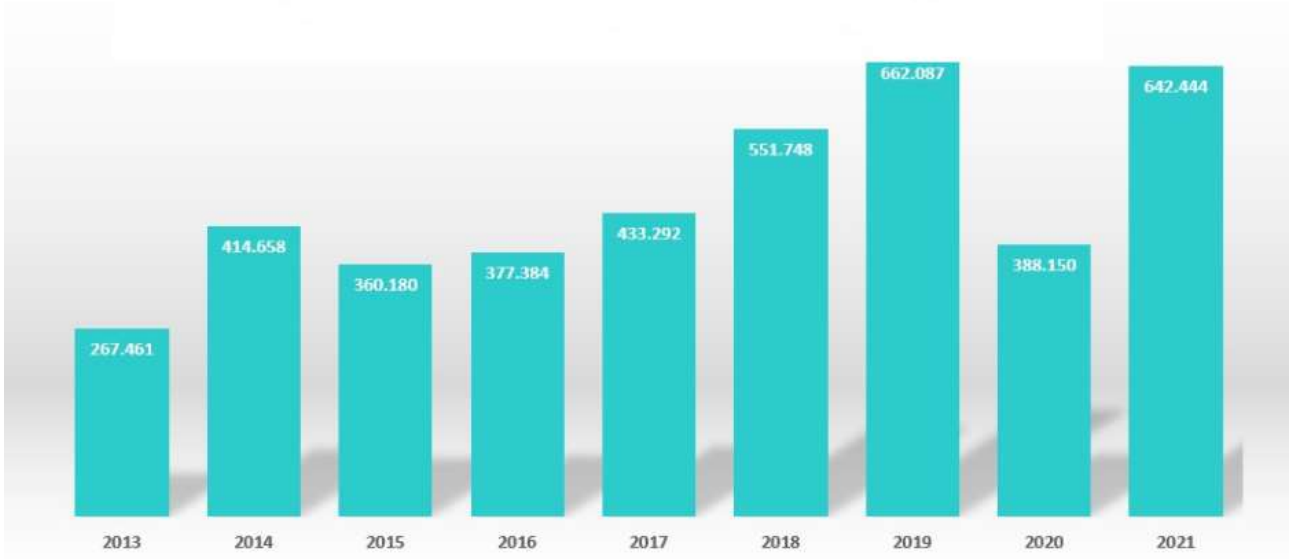
Sağlık turizminde dünyada önde gelen ülkeler, İngiltere, Meksika, ABD, Tayland, Almanya, Malezya, Orta Avrupa Ülkeleri, Hindistan, ve Türkiye'dir (10). Belirtilen ülkelerin sağlık turizminde tercih edilme nedenleri ise aşağıda belirtilmiştir:

- Ülkede sunulan sağlık hizmeti kalitesinin iyi olması ve teknolojik açıdan ilerlemiş olduğu için (ABD, İngiltere, Almanya gibi)
- Sağlık sunumunda ileri teknolojiyi ve kaliteyi daha ekonomik sunması ve coğrafi avantajı olduğu için (Türkiye gibi)
- Geçmişten gelenek halinde bugünlere gelen sağlık turizmi yöntemlerinden ve iklim olanaklarından dolayı (Orta Avrupa Ülkeleri termal turizm, Hindistan tıp turizmi ve alternatif tıp yöntemleri, Fransa, İspanya ve İtalya gibi ülkelerde Akdeniz İklimi etkisiyle Yaşlı Turizmi gibi) (11).

Türkiye'de sağlık turizmi daha tedavi odaklıdır ve yaygınlığı yeterli değildir. Ancak dünyadaki ekonomilere bakıldığında medikal, termal ve yaşlı sağlığı odaklı turizmin daha yaygın ve güçlü olduğu görülmektedir (12).

2020 yılında tüm dünyada yaşanan salgın sebebiyle sağlık turisti sayısında önemli oranda bir azalma olmuştur. Bu dönemde Türkiye'yi 388 bin 150 hasta, sağlık hizmeti almak için tercih etmiştir. Sağlık turizmi ve tıbbi nedenlerle gelen yabancı ziyaretçi ve yurt dışında ikamet eden vatandaş ziyaretçilerden elde edilen turizm geliri, 2020 yılında 548 milyon 882 bin dolara gerilemiştir. Ülkemize yıllara göre gelen sağlık turisti verileri Şekil 1'de gösterilmiştir 2021 yılında 642.444 kişi sağlık hizmeti almış ve buradan elde edilen gelir 1.048.549 milyon ABD doları tutarında gerçekleşmiştir (13,14).

Şekil 1: Ülkemize Gelen Sağlık Turisti Sayıları



(13,14)

1. Medikal Turizm: Genellikle cerrahi ya da özel uzmanlıklar gibi tıbbi hizmete ihtiyaç olan bireylere daha uygun maliyetle sağlık ve hizmet alanlarının işbirliği içerisinde sunulmasıdır. Buradaki temel amaç tedavi etmenin yanı sıra konaklama, ulaşım gibi hizmetlerden de yararlanmasıdır (15).

Medikal turizm kapsamında hastalar kendi ülkelerinde yetersiz olan hizmetleri almak için başka ülkelere seyahat ederken günümüzde aynı hizmeti daha uygun maliyetle sunan ülkelere seyahat etmektedirler. Bununla birlikte medikal turizmde ülke tercihleri maliyet, tıp teknolojisi, kaliteli ve hızlı tedavi yöntemlerinin olması ile nitelikli sağlık personelinin bulunması tercihleri etkilemektedir. Diğer önemli faktörler ise sağlık kurumlarının dil yetkinliği, mesafe olarak yakınlığı ve sağlık kuruluşunun akredite olup olmaması etkilemektedir (16). Medikal turizm kapsamında cyberknife tedavileri, kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi; transplantasyon, infertilite kapsamında tüp bebek IVF uygulamaları; estetik cerrahi, cinsiyet değiştirme operasyonları göz, diyaliz tedavileri ve diş girmektedir. Yine dişçilik ve estetik alanlarında yapılan uygulamalarda medikal turizm kapsamına girmektedir (17,18).

2. Termal turizm ve SPA –Wellness: Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın (2019) tanımına göre termal turizm; "termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli termal tedavi yöntemleri ile birlikte iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, diyet gibi destek tedavilerinin birleşimi ile yapılan kür uygulamalarının yanında termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanıldığı faaliyetleri içeren turizm çeşididir" (19). Literatür incelendiğinde termal turizmin tarihini çok eskilere dayandığı ve ülkemizin bulunduğu jeopolitik konum ve yer altı sularının yoğunluğu nedeniyle termal turizm geçmişi eskilere dayanmaktadır (15). Termal turizm hem eğlence, rekreasyon amacıyla tercih edilebildiği gibi, hastalıklara tedavi yöntemleri açısından da tercih edilmektedir (20). SPA İngilizce kısaltması olarak "Su ile gelen iyilik" anlamına gelmektedir. SPA merkezlerinde suyun ve çamurun tedavi amaçlı kullanıldığı, zihinsel, ruhsal ve fiziksel iyi olmayı da desteklemektedir (21). Termal suların bileşimindeki mineraller, solunum sistemi hastalıkları, kalp-dolaşım rahatsızlıkları, kas-sinir sistemi sorunları gibi bir çok hastalığın tedavisini sağlayarak vücudun dinamikliğini sağlamaktadır (22).

3. İleri Yaş ve Engelli Turizmi: İleri yaş turizmi diğer ifadeyle üçüncü yaş turizmi kronik hastalığı olan, bakıma muhtaç bireylerin iklim şartlarının sağlandığı yerlerde sertifikalı kişiler tarafından bakım aldıkları, klinikler, geriatri tedavi merkezleri ve bakım evlerinde verilen hizmetler bütünü olarak tanımlanabilmektedir (15,23). Günümüzde engelli nüfus oranı tüm dünyada artmaktadır ve onlarla

birlikte aile üyeleri de hem sosyal etkinliklerden hem de rehabilite edici hizmetlerden yararlanmaktadır. Bu kapsamda engelli bireylere ve ailelerine verilen hizmetlerden oluşan turizm pazarı giderek büyümektedir (15).

Birleşmiş Milletler (BM)'in 2050 yılı öngörüsüne göre yaşlı nüfus %31.6 oranlarına yükseleceği tahmin edilmektedir (24). Henüz yaşlı turizmi beklenen büyümeyi gösterememiş olsa bile yaşlanan dünya nüfusunun, son yıllarda meydana gelen ekonomik ve sosyal nedenler sonucu turizm sektöründe yeni gelişmeler ve fırsatlar olacaktır (15).

Yaşlı Turizminin Gelişimi

Yaşlanan dünya nüfusu, toplumlarda meydana gelen sosyo-ekonomik gelişmeler turizm sektöründe de bu alana yönelmelere neden olmuştur. Bu büyük nüfus değişimi, toplumu bir bütün olarak etkileyen yeni mevzuat, ekonomik ve politik değişimleri zorunlu kılmaktadır (25). Turizm sektörü de bu değişimden payını almaktadır. Genel olarak bakıldığında emekli olan bireylerin daha çok zamana sahiptir ve bu zamanlarını turizm aktivitelerine ayırmaktadırlar (26,27). Ayrıca 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaları, 75 yaş üstü bireylerin ise kronik hasta ve engelli olma olasılığı arttığı için kişiler bakım almaya yönelmektedir (3). Bireylere yönelik bakım hizmetleri klinik oteller, tatil köyleri, rekreasyon alanları ve bakım evlerinde verilmektedir (28).

Üçüncü yaş turizmi ile yapılan çalışmalar incelendiğinde tüm yaş grupları için seyahat motivasyonlarının benzer olduğu ancak yaşlıların daha az stres yaşayacakları ulaşım ve konaklama seçeneklerinden yararlanma eğiliminde oldukları görülmüştür (29). Casado-Díaz ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada da yaşlıların finansal olarak yeterli kaynaklara sahip olmaları, istihdam zorunluluklarının olmaması ve bakım verici rolü altında çocuk ve ebeveynlerinin olmaması turizm faaliyetleri için güdüleyici olduğu saptanmıştır (30). Türk turizm sektöründe yabancı yaşlı turistlerin incelendiği çalışmada turizm aktivitelerine katılmada temel amaçlarının sosyalleşme olduğu ve 60-74 yaş aralığındaki bireylerin, 75 yaş ve üstü bireylere göre daha fazla seyahat ettikleri ve kültürel gezileri daha sıklıkla benimsedikleri sonucuna ulaşılmıştır (31). Kılıçlar ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, Türkiye'yi 2012-2016 yılları arasında ziyaret eden 65 yaş ve üstü turistlerin seyahat istekleri ve seçimleri incelenerek yaşlı bireylerin turizm profilleri belirlenmeye çalışılmıştır. Üçüncü yaş turizminin özellikle yaşlı, hasta ve engelli bireylerin tedavi amaçlı yaptıkları seyahatler olduğu algısına da yeni bir açıklama getirmiştir. Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin seyahat motivasyonunda öncelikli gezi, eğlence ve kültürel faaliyetlerin geldiği belirtilmiştir. Bu araştırma sonucunda ileri yaş grubunun turistik faaliyetlerde tek motivasyonunun sağlık hizmeti almak olmadığını vurgulamaktadır (32).

Türkiye iklimi yaşlı ve emekliler için özellikle ilkbahar ve sonbahar aylarında rahatlıkla turizm aktiviteleri yapılabilecek merkezlerdir. Ülkemizde ileri yaş turizmi denildiğinde öncelikle deniz turizmi akla gelmektedir. Sağlık turizmine elverişli başta yer altı kaynakları bakımından zengin olan termaller ve kaplıcalar gelmek üzere sağlık turizmine elverişli farklı değerler mevcuttur. Antalya yöresinde golf turizmi ve diğer turizm aktiviteleri için önemli merkezler haline gelmiştir (3).

Yaşlı Turizminin Bireyler Üzerine Etkisi

Yaşlılık kavramı biyolojik, kültürel ve sosyal boyutları ile sanayileşme ve modernleşme süreçleri sonucunda değişime uğramıştır. Her birey farklı özelliklerle birlikte yaşlanma süreci de farklılaşmaktadır. Yaşlılık süreçleri değişmesinden dolayı seyahat motivasyonları da farklılıklar oluşmuştur. Yaşlılara yönelik oluşturulacak turizm aktivitelerinde de onların ihtiyaçlarına, önceliklerine yönelik düzenlenen alt yapılar yaşlı sağlığı için daha etkili olmaktadır (33).

Yaşlıların, engellilerin ve kronik hastalığı olan bireylerin, sağlık hizmeti almak ile başka ülkelere gitmenin ve orda tedavi almanın yanında, bedenini doğal iyileşme sürecine katkı sağlayacak olan bütünleyici ve tamamlayıcı yaklaşımlar, hamam-sauna, çamur banyosu, spa uygulaması, detoks, masaj, nefes teknikleri, meditasyon, denge çalışmaları, stres yönetimi, beden-zihin temelli uygulamalar gibi wellness turizmi içerisinde olan faaliyetlere de istekli oldukları düşünülmektedir. Aynı zamanda kültür ve gezi turlarına katılmaya istekli oldukları bu tür aktivitelerin bireylerin yaşam doyumu, hayatta kalma isteği ve dolayısıyla yaşam kalitelerini olumlu etkileyeceği öngörülmektedir (34).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Literatürde yaşlılarda boş zamanlarını değerlendirmek için yapılan aktiviteler ve turizm faaliyetleri yaşam doyumlarını, sağlık durumlarını ve yaşamdan memnuniyetlerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (35,36) Lee ve Tideswell (2005) yaptıkları çalışmada seyahatin yaşlılar için yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve yeni ilgi alanları geliştirdiği sonucuna ulaşmıştır (37). Bu nedenlerle bağlantılı olarak engelli ve yaşlılara yönelik sağlık turizmi planlamalarının sağlık hizmeti sunan, yaşam kalitesin arttırmaya yönelik hizmetler, gezi ve kültürel faaliyetleri içine alacak şekilde yapılması yararlı olacaktır. Turizm geliştirme stratejilerinin yapımcıları, bu ilişkilerin gücünü göz önünde bulundurmalı ve kısmen boş zaman yaşam alanı memnuniyetinden ve turizm deneyimlerinden elde edilen yaşlı turistlerin yaşam kalitesini korumalıdır. Karma modelde yapılan çalışmanın nicel bulguları, seyahat deneyiminin ve yapılan seyahatlerin sayısının yaşlılar arasında ölüm riskini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir. Bu çalışmanın temel bulgusu, yaşlılar için turizmin etkisinin aktif yaşlanma süreci ile ilişkili olduğu saptanmıştır (38).

SONUÇ

Sonuç olarak ülkeler bazında yaşlı turizminin teşviki ve imkanların artırılması bu alanın gelişmesine katkı sağlayacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 'aktif yaşlanma' politikası ile bağlantılı olarak artan bu turizm aktivitelerinin yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanması içinde etkili bir yol olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İleri yaştaki bireylerin fiziksel, mental ve psikolojik sağlıklarının koruyarak yaşlanmaları hem yaşam kalitelerini arttırmakta hem de sağlıklı yaşlanmalarını sağlamaktadır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, özel sağlık kuruluşlarının ve turizm sektörü koordine bir şekilde gerçekleştirecekleri sağlık plan, politika ve yatırımları önümüzdeki yıllar için büyük bir fırsat olabilir.

KAYNAKLAR

1. Sügür, A. (2016). Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Son Üç Yıldaki Mevcut Durumu Ve Medikal Turizm Sektöründeki Ekonomik Boyutunun Geliştirilmesine Yönelik Bir Değerlendirme. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
2. Dunets Alexandr, N., Yankovskaya Veronika, V., Plisova Alla, B., Mikhailova Mariya, V., Vakhrushev Igor, B. ve Aleshko Roman A. (2020). "Health Tourism in Low Mountains: A Case Study". *Entrepreneurship and Sustainability Issues*. 3: 2213-2227.
3. Tengilimoğlu, D. (Ed.). (2013). *Sağlık turizmi*. Siyasal Kitabevi.
4. World Tourism Organization and European Travel Commission (2018), Exploring Health Tourism – Executive Summary, UNWTO, Madrid, DOI: <https://doi.org/10.18111/978928442030.8> Erişim: 13.03.2022
5. Kördeve, M. K. (2016). Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış Ve Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1).
6. Yiğit, A., Demirbaş, M.B. (2020). Türkiye'de Medikal Turizmin Gelişimine Etki Eden Faktörlerin SWOT-AHP Yöntemi ile Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(22):173-192.
7. Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2021). [https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11492/saglik-ve-termal-turizmitanimi.html%20\(Eri%C5%9Fim](https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11492/saglik-ve-termal-turizmitanimi.html%20(Eri%C5%9Fim) (Erişim Tarihi: 06.03.2022).
8. Tontuş Ö (2019). Sağlık Turizmi Nedir? SATURK https://www.researchgate.net/publication/333816088_Saglik_Turizmi_Nedir Erişim: 04.03.2022
9. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlık Turizmi El Kitabı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
10. Sağlık Bakanlığı, (2021). <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/28811/0/saglik-turizmi-yonetmelikpdf.pdf>. (Erişim Tarihi, 31.07.2021).
11. Kabacık, M. (2021). Covid 19 Pandemisinin Türkiye Sağlık Turizmine Etkileri (The Effects of the Covid 19. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*. Special Issue 5, 464-476

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

12. Ağaoğlu, F. O., Karagöz, N., & Zabun, S. (2019). Sağlık Turizmi Uygulamaları Ve Türkiye'ye Getirilerine İlişkin Bir Değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(2), 428-450.
13. USHAŞ. Sağlık Turizmi Verileri. (2021). <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/#:~:text=388%20bin%20150%20hasta%2C%20sa%C4%9Fl%C4%B1k,milyon%20882%20bin%20dolara%20gerilemi%C5%99> . Erişim: 08.03.2022
14. TÜİK. (2021). Turizm İstatistikleri, IV.Çeyrek: Ekim-Aralık ve Yıllık, 2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-İstatistikleri-IV.Ceyrek:-Ekim-Aralik-ve-Yillik,-2021-45785> Erişim: 08.03.2022
15. Özkan, M. E. (2019). Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'nin Medikal Turizm Potansiyeline Yönelik Bir Değerlendirme. *Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 50-64.
16. Bayar, K. (2019). Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizminin önemi ve gelişimi: Antalya yöresi araştırması. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
17. Zengingönül Oğul, Emeç Hamdi, İyilikçi Dilek Eser ve Bingöl Pelin (2012). *Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme*. Ekonomistler Platformu Derneği, İstanbul. <http://www.ekonomistler.org.tr/wpcontent>
18. Aydın D. Yılmaz C. *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi) Medikal Turizm Araştırması (Birinci Bölüm) Ankara*, Ekim – Aralık 2010.
19. Kültür ve Turizm Bakanlığı Resmi İnternet Sitesi, <https://www.ktb.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 13.03.2022).
20. Denizli F. (2020). *Medikal Turizm Kapsamındaki Sağlık Çalışanlarının Memnuniyet ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri: Kayseri Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri Üniversitesi, 4-138.
21. Ünal, A., Demirel, G. (2011). “Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma”. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 106-115.
22. Zengin, B., Eker, N. (2016). “Sakarya İli Termal Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmesi”. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13: 165-181.
23. Bayar, K. (2019). Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizminin önemi ve gelişimi: Antalya yöresi araştırması. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
24. <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/5977/attachments/1/translations/en/renditions/native> (Erişim: 13.03.2022).
25. Alén González, M. E., Domínguez Vila, T., Fraíz García, A. (2010). El Turismo Senior Como Segmento De Mercado Emergente (Ing. Senior Tourism As an Emergent Market Segment). *Cuadernos De Turismo*, (26), 9-24.
26. <https://population.un.org/wpp/Download/Probabilistic/Population/> (Erişim: 13.03.2022)
27. Arıcı, F. (2019). Türkiye'de Üçüncü Yaş Turizm Potansiyeli Ve Kaynak Kullanımı. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 24(42), 123-138.
28. Yeşil, S. (2018) *Kamu Ve Özel Hastanelerin Medikal Turizm Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
29. Romsa, G., Blenman, M. (1989). Vacation patterns of the elderly German. *Annals of Tourism Research*, 16(2), 178-188.
30. Casado-Díaz, M. A., Casado-Díaz, A. B., Casado-Díaz, J. M. (2014). Linking Tourism, Retirement Migration and Social Capital. *Tourism Geographies*, 16(1), 124-140.
31. Özdiğçiner, N. S. (2008). Türk Turizm Pazarında Yaşlı Yabancı Tüketicilerin Turistik Tercihleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(2), 134-146.
32. Kılıçlar, A., Aysen, E., Küçükergin, F. (2017). Demografik Değişimlerin Turizm Türleri Üzerindeki Belirleyici Etkisi: Üçüncü Yaş Turizmi, *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 2, 80-100

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

33. Çataloğlu, S. (2020). Yaşlıya Yönelik Turizmin Yansımaları ve Değişen Yaşlılık. *Turizm Çalışmaları Dergisi*, 2(1), 59-67.
34. Bölüktaş, R. P. (2020). Türkiye'nin yaşlı sağlığı turizmi için fırsatları. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 1-15.
35. Kim, H., Woo, E., Uysal, M. (2015). Tourism experience and quality of life among elderly tourists. *Tourism management*, 46, 465-476.
36. Wei, S., Milman, A. (2002). The Impact of Participation in Activities while on Vacation on Seniors' Psychological Well-Being: A Path Model Application. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 26(2):175-185.
37. Lee, S.H., Tideswell, C. (2005). Understanding attitudes towards leisure travel and the constraints faced by senior Koreans. *J. Vacat. Mark.* 2005, 11, 249–263.
38. Qiao, G., Ding, L., Xiang, K., Prideaux, B., & Xu, J. (2022). Understanding the Value of Tourism to Seniors' Health and Positive Aging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1476.

YAŞLI İŞGÜCÜNÜN İSTİHDAM SORUNLARI

Doç. Dr. Gökhan OFLUOĞLU
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
ORCID:orcid.org/0000-0002-4909-1113

ÖZET

Demografik yapıdaki gelişmelerin katkısı ile ortalama yaşam süresi artmaktadır. Buna karşılık, nüfus artış hızının azalması nüfusun yaşlanmasına sebep olmaktadır. Toplumsal yapı unsurları ve bunların dinamik özelliğinin de katkısı yaşanan değişimler yaşlanan nüfus ile ilgili çalışma ve çabaların yoğunlaşması gerekliliğini de beraberinde getirmiştir. Nüfusun yaşlanması ile ortaya çıkan demografik dönüşüm, kuşaklar arası gelir transferi yükünü de değiştirmektedir. Bu bağlamda, dünya genelindeki yaşlanma süreci, işgücü piyasaları ve gelecek nesiller açısından sorun teşkil etmekle birlikte, ekonomik büyüme ve iş yaratma bakımından da yeni olanaklar sunması nedeniyle önemlidir. Bu noktada, hem yaşlanan nüfusa uyarlanmış ürün ve hizmetler için yeni piyasaların oluşması, hem de yaşlanma ile bağlantılı kamu harcamalarının sürdürülebilirliğini geliştirme ihtiyacından gümüş ekonomi adı altında yeni bir kavram ortaya çıkmıştır.

Gümüş ekonomi kavramının içeriği, yaşlılığın ve yaşlanmanın sunduğu imkanlara geniş kapsamlı bir bakış açısı sunmasıdır. . Bu bağlamda gümüş ekonomi, yaşlılara yönelik çevre inşa etme, 50 yaş ve üzeri bireyler için istihdam olanakları sağlama, yaşam boyu öğrenme, becerilerini güncel tutma, sağlıklı, dengeli ve güvenli çalışma ortamı oluşturma, yaşlı çalışanlara ve engelli statüsünde olanların değişen çalışma koşullarına uyum düzeylerini geliştirme, yaş ayrımcılığı ile mücadele etme ve önleyici sağlık bakımı gibi politikaları içermektedir. . Gümüş ekonomide öncelik, yaşlı işgücünün topluma ve ekonomik çalışmalara dahil edilmesidir. Yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması için, gereksinimlerini karşılayacak şekilde yenilikçi politikaların, ürünlerin ve hizmetlerin geliştirilmesi ve aktif yaşlanmanın sağlanması hedeflenmektedir. Yaşlı çalışanların çalışma yaşamında aktif bir şekilde rol alabilmelerine, sağlıklı kalabilmelerine, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatların sunulması önemlidir. Bu nedenle, aktif olma kavramı yalnızca fiziki anlamda sağlıklı olup aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel katılımı da içermektedir. Bu amaçla, çalışmada ilk önce yaşlılık, gümüş ekonomi ve aktif yaşlanma kavramları açıklanacaktır. Daha sonra ise, gümüş ekonomi bağlamında aktif yaşlı çalışanlara yönelik politikalar çeşitli ülke örnekleri ile uluslararası bağlamda değerlendirilecek ve ülkemizdeki uygulamalar analiz edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı İşgücü, Sosyal Politika, Çalışma Ekonomisi

EMPLOYMENT PROBLEMS OF THE OLD LABOR

ABSTRACT

With the contribution of the developments in the demographic structure, the average life expectancy is increasing. On the other hand, the decrease in the population growth rate causes the population to age. The social structure elements and the changes that have contributed to their dynamic features have brought along the necessity of intensifying studies and efforts related to the aging population. The demographic transformation that occurs with the aging of the population also changes the burden of intergenerational income transfer. In this context, the aging process around the world poses a problem for labor markets and future generations, but is also important because it offers new opportunities for economic growth and job creation. At this point, a new concept has emerged under the name of silver economy, both for the creation of new markets for products and services adapted to the aging population and the need to improve the sustainability of public expenditures related to aging.

The content of the silver economy concept is that it offers a comprehensive perspective on the possibilities offered by old age and aging. . In this context, silver economy, building an environment

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

for the elderly, providing employment opportunities for individuals aged 50 and over, lifelong learning, keeping their skills up-to-date, creating a healthy, balanced and safe working environment, improving the adaptation level of elderly workers and disabled people to the changing working conditions. This includes policies such as combating ageism and preventive health care. . The priority in the silver economy is the inclusion of the older workforce in society and economic work. In order to increase the quality of life of the elderly, it is aimed to develop innovative policies, products and services to meet their needs and to ensure active aging. It is important to provide more opportunities for older workers to take an active role in working life, stay healthy, and continue to contribute to society. Therefore, the concept of being active includes not only being physically healthy and active and participating in the workforce, but also social and cultural participation. For this purpose, first of all, the concepts of old age, silver economy and active aging will be explained. Then, policies towards active elderly workers in the context of silver economy will be evaluated in the international context with various country examples and the practices in our country will be analyzed.

Key words: Old Labor, Social Policy, Labour Economy

1.GİRİŞ

Nüfus yapısındaki değişmelerin etkisiyle ortalama yaşam süresi yükselmektedir. Bununla birlikte, nüfus artış hızının düşmesi nüfusun yaşlanmasına da neden olmaktadır. Toplumsal yapı unsurları ve bunların sürekli dinamik özelliğinin de etkisiyle meydana gelen değişimler yaşlanan nüfus ile ilgili çalışma ve çabaların giderek artırılması gerekliliğini de beraberinde getirmektedir. Nüfusun yaşlanması ile meydana gelen demografik değişim, nesiller arası gelir transferi yükünde de değişikliklere neden olmuştur. Bu açıdan, dünya genelindeki yaşlanma süreci, işgücü piyasaları ve gelecek nesiller açısından sorun oluşturmasına karşın, ekonomik büyüme ve iş sağlama bakımından da yeni imkanlar sunması açısından önemlidir. Bu noktada, hem yaşlanan nüfusa uyarlanmış ürün ve hizmetler için yeni piyasaların oluşması, hem de yaşlanma ile ilişkili olan kamu harcamalarının devam ettirilmesi gereksinimi gümüş ekonomi kavramını ortaya çıkmiştir.

Gümüş ekonomide ilk olarak, yaşlı nüfusun topluma ve ekonomik çalışmalara dahil edilmesi amaçlanmaktadır. Yaşlıların yaşam kalitesinin gerçekleştirilmesi için, ihtiyaçlarını sağlayacak özellikte yenilikçi politikaların, ürünlerin ve hizmetlerin gerçekleştirilmesi ve aktif yaşlanmanın ortaya çıkması amaçlanmaktadır. Yaşlı insanların çalışma hayatında aktif olarak rol alabilmelerine, sağlıklı kalabilmelerine, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha çok fırsatın sunulmasına önem verilmektedir (Demirbilek ve Özgür, 2016: s.14).

2-AKTİF YAŞLANMA KAVRAMI

Yaşlanma, kişinin psikolojisinde, zihinsel yeteneklerinde ve toplumsal ilişkilerinde büyük değişikliklere sebep olan normal ve kaçınılmaz bir süreçtir. Genel olarak, çalışma ve fiziksel iş yapma kapasitesi yaşa dayalı olarak düşmektedir. Yaşlılıkla birlikte, fonksiyonlarda ve davranışlarda değişim ortaya çıkmakta ve yeni ortaya çıkan duruma adapte olma zorluğu yaşanmaktadır (Demirbilek, 2005:210).

Yaşlanmanın çok sayıda tanımı bulunmaktadır. Genel olarak kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma olarak dört kategoride incelenmektedir. Kronolojik yaşlanma, kişinin doğumundan itibaren içinde yaşadığı zamana kadar olan yıllara dayalı olarak geçirdiği yaşlanma sürecini ifade etmektedir (Akçay, 2011:13). Biyolojik yaşlanma ise, kalıtım, sağlık ve iş gücüne göre saptanan yaşlanma olarak tanımlanmaktadır (MEB, 2011:7). Buna göre, kronolojik yaş bireyin doğumunu; biyolojik yaş ise vücudunun biyolojik durumunu belirtmektedir. Yaşlanma, her bireyde aynı hızla gerçekleşmediğinden, kronolojik yaşa bağlı yaşlanma ile biyolojik yaşlanma farklı dönemlerde ortaya çıkabilmektedir. Gerçekten, bazı bireyler kronolojik yaşı ileri olduğu halde genç, kronolojik yaşı genç olduğu halde yaşlı görünümünde olabilmektedir (Şanlıer & Baykan 2001:336).

Bireyin kronolojik ve biyolojik yaşlanma süreci, kuşkusuz psikolojik yaşlanmasını da etkileyecektir. Psikolojik yaşlanma, yaşlılığın sorunlarına başarılı uyum sürecidir (Akçay, 2011:13).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Toplumsal yaşlanma kavramı ise, kişinin sosyal statüsü, rolleri, beklenti ve normlarındaki değişmelerin yanı sıra, toplumun da yaşlanma ve yaşlılarla ilgili kalıplaşmış yargılarını, değerlerini ve tutumlarını esas almaktadır (Akçay, 2011:15). Yaşlılık dönemine ilişkin standart bir kronolojik yaş saptaması yapmak mümkün olamamakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), gelişmiş ülkelerin çok büyük kısmında kronolojik yaşlılığın başlangıcını 65 ve üzeri yaş olarak kabul etmekte, ancak bu sınırın gelişmemiş ülkeler için yüksek olacağını belirtmektedir. Bu nedenle, örgüt zaman zaman 60 ve üzeri yaştaki bireyleri de yaşlı olarak kabul etmekte olup, 80 yaş üzerindeki bireyleri ise en yaşlı olarak tanımlamaktadır (WHO 1999:11).

3.YAŞLI İSTİHDAMI AÇISINDAN GÜMÜŞ EKONOMİ KAVRAMI

Demografik geçişlerden ortaya çıkan yaşlanma, ölüm oranlarının düşmesi ile doğum hızının düşmesinin birlikte birbirini izlediği bir süreçtir. Bu süreç, toplam nüfus içinde çocuk oranının daha da azalmasına ve yaşlı oranının yükselmesine neden olmaktadır.

Yaşlanma, dünyanın her yerinde yaşanmakla birlikte kapsamı ve hızı değişmektedir. Yaşlanma, gelişmiş ülkeler için birkaç on yıldır önemli bir problemi göstermekteyken, gelişmekte olan ülkeler bu sorunu nüfusun yaşlanması, ölüm ve doğum oranlarının düşmesinden dolayı yeni tecrübe etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun yükselme hızı, gelişmiş ülkelerden daha çoktur. Dünyanın yaşlı nüfusunun, daha az gelişmiş bölgelerde giderek daha fazla yoğunlaşacağı görülmektedir (UN, 2013:3).

Gümüş ekonomi farklı, ancak birbirleriyle alakalı çok sayıda konuyu içermektedir. Yaşlanan nüfusun ekonomik çalışmalar aracılığıyla içerilmesi ve yaşam kalitesinin gerçekleştirilmesi için, yaşlıların ihtiyaçlarını sağlayacak özellikte yenilikçi politikaların, ürünlerin ve hizmetlerin geliştirilmesi, daha fazla büyüme ve istihdamın gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Eatock, 2015:2). Gümüş ekonomi, yaşlanma ve yaşlanmanın ortaya koyduğu imkanlara bütünsel biçimde bakmaya çalışmaktadır. Geniş kapsamlı politikaların gelecekteki yönelimi ile ilgili olarak, yaşlılara yönelik sosyal çevrenin sağlanması, 50 yaş ve üzeri kişiler için istihdam imkanlarının sağlanması, yaşam boyu öğrenme ve önleyici sağlık bakımı gibi kapsamlı politikaları içermektedir. Bunun yanı sıra, sağlık izleme, akıllı evler, sürücüsüz araçlar ve bakım robotları gibi yeni teknolojileri ve yaşlanma maliyetlerini azaltmak için söz konusu teknolojilerden faydalanmayı ve yaşlı kişilerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

Gümüş ekonomi kapsamında, genellikle 50 yaş alt sınır oluşturmasına karşın yaş aralıklarının farklılık gösterebileceği özellikle belirtilmektedir. Ayrıca, yaşlılıkta hem üretici hem de tüketici olarak ekonomik çalışmalarda bulunabilmek için daha aktif kapsama alma koşulları ile maliyeti daha az ve daha etkin sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini içeren politikaların oluşturulmasına doğru bir yönelim bulunmaktadır(Eatock, 2015:5).

Aktif yaşlanma ile ilgili anlayışına göre, yaşlı kişi sayısının hızla artması büyük bir gümüş piyasa oluşturmaktadır. Yaşlılar, sabit bir gelirle geçinmek zorunda olmakla birlikte, sahip olduklarını koruma ve yeniden değerlendirme alışkanlıklarına sahiptirler. Söz konusu tutum ve davranışların, kaynakları ve emeği israf eden, birçok gereksiz üretimi gereksinmemiş gibi gösteren günümüz piyasaları üzerinde de düzenleyici bir etkisinin olması beklenmektedir. Buradan yola çıkılarak gümüş piyasa, hem gençler hem de çalışma isteği ve gücünde olan yaşlı kişiler için yeni istihdam alanlarının açılmasında da önemli bir role sahiptir (Dülger,2012:39).

Yaşlı nüfusu yalnızca pasif konumda ve boş zaman geçirme faaliyetleri ile meşgul etmeyi düşünmek, gerek insani bakımdan bir hata, gerekse ekonomik bakımdan insan gücü kaynağı kaybı meydana getirecektir. Bu nedenle, ülkeler hızla bu kaynağı değerlendirmeye yönelmelidirler. Bu açıdan, genellikle hizmet sektöründe gelişmesi mümkün kurum, alan ve mesleklerden bazıları şunlardır: Yaşlı haklarında uzman hukukçular, çalışma arzu ve gücüne sahip yaşlılara iş bulma şirketleri, yaşlı hemşireliği ve hasta bakıcılığı, yaşlı dostu bilgisayar ile internet kullanımı tasarımcılığı, yaşlılara yönelik halk eğitim programları, emekli üniversiteleri, yaşlı araştırma enstitüleri vb. Belirtilen alanlar ve meslekler yalnızca gençler ve orta yaş grubunda olanlar için değil, aynı zamanda dinç ve aktif yaşlılar için de geçerli iş

alanları özelliği göstermektedir (Dülger, 2012:40). Sosyal, ekonomik ve kültürel etkinliklerle birlikte, spor, eğlence ve gönüllü çalışmalara katılım, bireysel refahın artmasına ve devam etmesine katkı sağlamaktadır. Yaşlı kişiler için işletmeler, çok kuşaklı etkileşimleri desteklemek ve teşvik etmek yoluyla, katılımın gerçekleşmesinde önemli bir görev üstlenmektedir(Samorodov, 1999:8).

4.YAŞLI İSTİHDAMINA YÖNELİK OLARAK UYGULANACAK POLİTİKALAR

Ekonomileri geçiş sürecinde olan ülkeler ve az gelişmiş ülkelerde, günümüzde yaşlı olan çok sayıda kişi enformel ekonomide, formel sektörün sağlamış olduğu uygun çalışma koşulları ve sosyal korumadan yoksun olarak çalışmaktadır. Çok sayıda gelişmiş ülke ve geçiş ekonomilerinde ortalama yaşam süresi genel olarak emekliliği ya da emeklilik yaşını geçmektedir. Bu ülkelerde, doğum oranındaki meydana gelen azalma nedeniyle daha az birey işgücü piyasasına giriş yapmaktadır. Söz konusu yönelim, beraberinde yaş ayrımcılığını da getirmektedir. İşgücü azlığı, işgücü piyasasına giren gençlerin yoğunluğundaki azalma, yaşlanmakta olan işgücü ve erken emeklilik yönünde başvuruları meydana getirmektedir. Bu açıdan, esnek emeklilik, yeni iş düzenlemeleri, uyarlanabilir esnek çalışma çevresi ve engelli yaşlılar için mesleki rehabilitasyon gibi çalışma koşullarını sağlamayı artırmak için politikalar geliştirilmesi gereklidir ve bu tür politikalar, yaşlı bireylerin diğer etkinliklerle ücretli istihdamı birleştirmelerine izin vermektedir(UN,2002:21).

Hükümet ve işverenler, yaşlı işgücü ile ilgili sorunları temelde işletme düzeyinde analiz etmektedir. Özellikle, benzer sorunların yaşandığı ülkelerde bu konuda bir ikilem söz konusudur. Bu ikilem, bir yandan yaş ayrımcılığını sona erdirecek olan istihdamda yaşa bağlı azalmanın olup olmadığına, diğer yandan sadece kronolojik yaşlarına değil, yaşlıların sahip oldukları yeteneklere de bakılarak işlere eşit erişim fırsatı verilip verilmediğine ilişkin olmaktadır. Buna karşılık, ABD'deki Yaşlılar Derneği'ne göre, yaşlı ve genç yetenekler arasında belirgin bir fark yoktur. Bu açıdan, yaşlı çalışanların beceri eksikliği işgücü piyasasındaki işlere yönelik bir eğitim ile giderilebilir ve bu sayede yaşlı işgücünün becerileri işgücü piyasasının gerekleri ile uyumlu hale getirilebilir. Ayrıca, istihdam alternatiflerini iyileştirmeye ve bireyi işe uygun hale getirmeye mi; yoksa işin yaşlı işgücüne daha uyumlu getirilmesine mi, yoğunlaşılacaktır; buna karar verilmelidir(Hirsch, 2003:12-13).

Etkili bir yaş eşitliği stratejisinde öncelikli adım, ayrımcılığa maruz kalan kişiler için etkili çözümler sunmak ve istihdamda yaş ayrımcılığını kısıtlayıcı yasal düzenlemeleri yapmaktır. Bu tür düzenlemeler, bireyler ve gruplar arasında ne zaman ve hangi koşullarda ayırım yapılabileceği ve yapılamayacağını net bir şekilde göstermek zorundadır (O'Conneide, 2005:11).

5.SONUÇ

Aktif yaşlanma anlayışı kapsamında, yaşlıların bu dönemini kendi gereksinimlerini gidererek ve başkasına muhtaç olmayarak geçirmelerinin sağlanması temel olmakla birlikte, ekonomik, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının da buna uygun politikalar ile karşılanması gerekmektedir. Günümüzde, yaşlılar toplumun önemli bir kısmını meydana getirmektedir ve yaşlılık toplumdaki herkesin mutlaka bir gün karşılaşılabileceği risk ve sorunları beraberinde getiren bir dönemdir.

Yaşlı işgücüne yönelik istihdam sorunlarının çözümlenmesi için çalışmak isteyen yaşlı bireyler için sahip oldukları özelliklere göre istihdam imkanları sunulmalı ve yaşlılar için istedikleri ve yapabilecekleri sürece iş yaşamında kalmalarına destek olunmalıdır.

Çalışma arzusu ve gücüne sahip olan yaşlılara yönelik iş bulma kuruluşlarının kurulması, bunun yanı sıra yaşlıların kendi işini kurmaya yönelik gayretleri ve küçük müteşebbüslerin desteklenmesi, işe alımlarının teşvik edilmesi, işe alım süreçlerindeki ayrımcı davranışların önlenmesi, yaşlanan çalışanlara özel yardım programlarının hazırlanarak çalışma kapasitelerinin sürdürülmesi, emekliliğe geçişi kolaylaştıracak kademeli geçiş programların hazırlanması gibi uygulamalar gerçekleştirilerek aktif yaşlanma ve yaşam kalitesinin sağlanması gerekmektedir..

KAYNAKLAR

Akçay, C. (2011). *Yaşlılık, Kavramlar ve Kuramlar*. İstanbul: Kriter Yayınevi.

Demirbilek, S. (2005). *Sosyal Güvenlik Sosyolojisi*. İstanbul: Legal Yayıncılık.

Demirbilek, T., Özgür, A.Ö.(2017). Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10(1), 14-28.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Dülger, İ. (2012). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılığın değişen görünümü, değişen politikaları ve gelişen aktif yaşlanma kavramı. *18-24 Mart Yaşlılara Saygı Haftası Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri Kitabı*, Ankara, 31-49.

Hirsch, D. (2003). *Crossroads after 50 Improving Choices in Work and Retirement*. UK: Joseph Rowntree Foundation.

Eatock, D. (2015). *The Silver Economy Opportunities from Ageing*. Briefing, European Parliamentary Research Service.

O’Cinneide, C. (2005). *Age Discrimination and European Law*. European Commission.

Samorodov, A. (1999). *Ageing and Labour Markets for Older Workers*. ILO Employment and Training Papers, 33.

Şanlier, N. & Baykan, S. (2001). Aile içinde önemli yeri olan yaşlıların sağlık, sosyal, beslenme durumlarının tespiti ve evde bakımları için model önerisi. *1. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu: 2000’li Yıllarda Aile Hizmetleri*, 9-11 Mayıs 2001. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Yayın No: 117, Ankara.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2011). *Aile ve Tüketici Hizmetleri Yaşlılık Süreci*. Milli Eğitim Bakanlığı, 762SHD030, Ankara.

World Health Organization (WHO) (1999). *Men, Ageing and Health: Achieving Health Across the Life Span*. World Health Organization, Geneva.

United Nations (UN) (2013). *World Population Ageing 2013*. Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.

GÜMÜŞ EKONOMİ: YAŞLANAN DÜNYA İÇİN POTANSİYEL BİR GÜÇ

SHU Özge KUTLU DÖNMEZ¹
Doç. Dr. Deniz SAY ŞAHİN²

^{*1}Burdur İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur, Türkiye
ORCID NO: 0000-0002-4774-7326

²Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,
Burdur, Türkiye
ORCID NO: 0000-0001-8171-9743

ÖZET

Bu çalışma, yaşlanan toplumun ortaya çıkardığı zorluklara yanıt olarak geliştirilen, demografik dönüşüm sürecine ekonomik ve sosyal yeni bir perspektif sunan gümüş ekonomiye odaklanmaktadır. Dünya nüfusu düşen doğum oranları ve artan yaşam beklentisinin sonucunda yaşlanmakta, bu durum bir dizi zorluğu beraberinde getirmektedir. Yaşlanan nüfus aynı zamanda ekonomik açıdan bir fırsatı temsil etmektedir. Yaşlı bireyler, birçok tüketim alanında büyüyen bir segmenti oluşturarak ekonomileri giderek daha fazla şekillendirmekte, birçok sektörde talebin artmasına neden olmaktadır. Yaşlanmadan kaynaklanan fırsatlara odaklanan bir yaklaşım olan gümüş ekonomi, 50 yaş ve üzeri bireylerin özel gereksinimlerini ve yaşlanan nüfusa ilişkin kamu ve tüketici harcamalarından ortaya çıkan ekonomik fırsatları ifade etmektedir. Bir fırsat olarak ele alındığında gümüş ekonominin yaşlı bireylerin ihtiyaç ve talepleri doğrultusunda belirli alanlarda gelişim sağlayacağı beklenmektedir. Nitekim yaşlanan dünyada konut sektöründe, görme, işitme veya odalar arasında hareket etme gibi yaşlıların işlevsel sınırlamalara rağmen bağımsız yaşamlarına izin verecek şekilde tasarlanmış konut talebi ortaya çıkmaktadır. Şehirlerde, hareket kabiliyeti kısıtlı kişilere uyarlanmış ulaşım hizmetlerine olan talep artmaktadır. Sağlık sektöründe, yaşlılıkta özerkliğin kaybı ve bağımlı hale gelme nedeniyle, bakım hizmetlerine olan talep artmaktadır. Başta sağlık, konut ve ulaşım alanındaki yeni ve büyüyen pazarlar yaşlanan dünyanın beraberinde getirdiği ekonomik kalkınma fırsatlarını gün yüzüne çıkarmaktadır. Bu bağlamda öncelikle küresel yaşlanma olarak adlandırılan demografik dönüşüm sürecini anlamak ve yaşlanan dünya için bir fırsat olan gümüş ekonomi kavramını doğru tanımlayabilmek, ekonomiyle ilgili temel zorluklar ve fırsatlara odaklanmak önem arz etmektedir. Bu alanda yapılacak olan çalışmalar, gümüş ekonominin potansiyelini harekete geçirmenin yolları ve bu konuda geliştirilecek yeni politikalara yol göstermek açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı refahı, Küresel yaşlanma, Gümüş ekonomi.

THE SILVER ECONOMY: A POTENTIAL STRENGTH FOR AN AGING WORLD

ABSTRACT

This study focuses on the silver economy, which was developed in response to the challenges posed by the aging society and offers a new economic and social perspective to the demographic transformation process. The world population is aging as a result of declining birth rates and increasing life expectancy, which brings with it a number of challenges. The aging population also represents an economic opportunity. Older adults are increasingly shaping economies by forming a growing segment in many consumption areas, causing an increase in demand in many sectors. The silver economy, which is an approach that focuses on the opportunities arising from aging, expresses the special needs of individuals aged 50 and over and the economic opportunities arising from public and consumer spending on the aging population. As an opportunity, silver economy is expected to provide development in certain areas in line with the needs and demands of the elderly. As a matter of fact, in the housing sector in the aging world, there is a demand for housing designed to allow the elderly to live independently despite functional limitations such as seeing, hearing or moving between rooms. In cities, the demand for transport services adapted to people with reduced mobility is increasing. In the health sector, the demand for care services increases due to the loss of autonomy and

dependency in old age. New and growing markets particularly in healthcare, housing and transportation, are bringing to light the economic development opportunities brought by the aging world. In this context, it is crucial to understand the demographic transformation process called global aging, to define the silver economy concept, which is an opportunity for the aging world, and to focus on the main challenges and opportunities related to the economy. Studies to be carried out in this area are important in terms of ways to activate the potential of the silver economy and to guide new policies to be developed in this regard.

Keywords: Elderly welfare, Global aging, Silver economy.

Giriş

Tüm dünya günümüzde nüfusun yaşlanması fenomeniyle karşı karşıyadır. Yaşla birlikte morbidite ve işlevsel bozukluklar arttığından, sağlık ve uzun süreli bakım hizmetleri ile yaşlıların ihtiyaçlarına göre uyarlanmış ürün ve hizmetlere olan talebin artması beklenmektedir. Nüfusun yaşlanması toplum için birçok zorluğu içerisinde barındırırken iş ve ekonomi için fırsatları beraberinde getirmektedir. Bu demografik değişim, hizmet sunucularının ve politika yapımcıların odak noktasını; yaşam süresinin nasıl uzatılacağından, yaşam kalitesini artırmanın yollarına kaydırmıştır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırma, bireylerin temas halinde olduğu alanlara bütüncül bir müdahaleyi gerektirmektedir. Sağlık ve bakım başta olmak üzere, iş gücü piyasası, emeklilik, sosyal güvenlik, eğitim, ulaşım, konut gibi alanların herbirinde yaşlı bireylerin taleplerine dönük ve yaşlanan dünyanın gereklerine yönelik yeni ürün, hizmetlere ve modellere ihtiyaç duyulmaktadır. Büyüyen bir tüketici grubu olarak yaşlıların ihtiyaçlarına yanıt niteliğinde oluşan yeni pazarlar günümüzde “gümüş ekonomi” olarak karşımıza çıkmaktadır.

Artan yaşlı nüfusu şüphesiz yaşlılara ilişkin var olan sorunları derinleştirmekte, yeni sorunları beraberinde getirmekte ve yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının daha görünür hale gelmesine neden olmaktadır (Kutlu Dönmez vd., 2022). Tele-sağlık hizmetleri, akıllı evler, sürücüsüz araçlar ve bakım robotları gibi yenilikçi geronteknoloji çıktılar yaşlanma maliyetlerini azaltmak ve yaşlı bireylerin yaşamlarını iyileştirmek için kullanırken aynı zamanda bunlar ekonomiyi güçlendirmeye yardımcı olmak için de birer fırsattır (Eatock, 2015). 2016 yılında Oxford Economics tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada Amerika Birleşik Devletleri’nde hane halkı servetinin %83’lük kısmının 50 yaş ve üzerindeki bireylere ait olduğu ve toplam harcamalarda bu grubun payının %53,3 olduğu saptanmıştır. En fazla arcama yapılan alanların ise sağlık, ulaşım, yiyecek ve konut olduğu bildirilmiştir (Oxford Economics, 2016). Bu durum yaşlanan nüfusun temsil ettiği ekonomik potansiyelin ne denli güçlü olduğuna dikkat çekmektedir. Gümüş ekonominin fırsat alanları olarak nitelendirilen alanlar şunlardır: medya, moda, sağlık turizmi, ev hizmetleri, emlak, eğitim sistemi, sigorta, kozmetik, mimari, dizayn, ulaşım, taşımacılık, yerel marketler, teknoloji (Zsarnoczky, 2016). Bu noktada gümüş ekonominin, ekonominin hemen her alanı ile ilişki halinde olduğunu söylemek mümkündür.

Gümüş Ekonomiye Kavramsal Bakış

Artan yaşam süresi neticesinde günümüzde daha fazla insan, fiziksel ve zihinsel sağlıklarının azalmasının onları başka kişilerin yardımına bağımlı hale getirdiği bir yaşa erişmektedir. Bu durumun, bilhassa sağlık, bakım ve emeklilik harcamaları üzerinde etkisi bulunmaktadır (Kutlu Dönmez ve Say Şahin, 2021). Bakım hizmetleri maliyetlerinin artması, üretimin azalması, sosyal güvenlik harcamalarının artması, aktif nüfusun azalması yaşlanan toplumların karşı karşıya kaldığı sorunlardan bazılarıdır (Korkut ve Korkmaz, 2018). Bununla birlikte yaşlanma ve artan yaşlı nüfus içerisinde birçok fırsatı da barındırmaktadır. Yaşlanmaya fırsatlar penceresinden bakıldığında göze çarpan kavramlardan biri gümüş ekonomidir. Yaşlı bireyler, satın alma gücünün en önemli gruplarından birini temsil etmektedir. Gümüş ekonomi olarak adlandırılan bu grup, önemli bir ekonomik büyüme faktörüdür. Oxford Üniversitesi tarafından ortaya çıkarılan “gümüş ekonomi” kavramı, tüm ekonomik faaliyetleri, ürünleri, talepleri ve harcamaları dahil olmak üzere 50 yaş ve üzerindeki bireylerin ekonomisine karşılık gelmektedir (Zsarnoczky, 2016). Gümüş ekonomi, bilişim teknolojilerinden ulaşım, turizmden bakım hizmetlerine ulaşan geniş bir sektör yelpazesine sahiptir. Yaşlanan nüfus ile birlikte bilhassa sağlık hizmetleri, bakım hizmetleri ve sosyal hizmetlere olan ihtiyaçların artmasından dolayı bu sektörler gümüş ekonomiye katkı potansiyeli fazla olması muhtemel olan sektörlerdir. Bununla birlikte yaşlı bireylerin yerinde yaşlanmasını desteklemeye yönelik temel gereksinimlerden

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

sosyal gereksinimlere kadar yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının herbirine çözüm sunan ürün ve hizmetleri gümüş ekonomi kapsamında ele almak mümkündür.

Gümüş ekonomi, doğrudan satın alınan ürün ve hizmetler de dahil olmak üzere, 50 yaş ve üstü kişilerin ihtiyaçlarına hizmet eden ekonomik faaliyetlerin toplamı olarak ifade edilmektedir (European Commission, 2018). Bu fenomen, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için yenilikçi politikalar üretmek, ürünler ve hizmetler geliştirerek, daha fazla büyüme ve istihdam sağlayarak yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmekte ve toplumsal katılımını desteklemektedir (Eatock, 2015). Yaşlı bireylere uygun olarak çevre düzenlemelerinin yapılması, yaşam boyu öğrenme, 50 yaş ve üzerindeki bireyler için iş imkanlarının sağlanması, çalışma şartlarının bu gruba uygun olarak düzenlenmesi, yaş ayrımcılığı ile mücadele, önleyici sağlık hizmetleri gibi konulara yönelik politikalar gümüş ekonominin kapsamına girmektedir. Bu bağlamda gümüş ekonominin amaçları; yaşlıların toplumsal hayata hem ekonomik hem sosyal katılımının sağlanmasıdır. Bununla birlikte yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin ve refah seviyesinin yükseltilmesi, ihtiyaçlarına yanıt sunacak güncel politikaların, ürün ve hizmetlerin oluşturulması diğer amaçları arasında sayılabilmektedir (Demirbilek ve Öktem Özgür, 2017).

Yaşlı bireylerin sağlık, katılım ve güvenliği artırmak ve yaşlanmaya “fırsatlar penceresinden” bakabilmek için çeşitli belirleyicilerin yaşam seyri üzerindeki etkisini göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bu noktada Dünya Sağlık Örgütü, aktif yaşlanmanın belirleyicileri olan aktörleri içeren bir çerçeve geliştirmiştir. Bu çerçeve içerisinde yer alan altı boyut, aynı zamanda gümüş ekonomiyi büyütmeyle yönelik zorlukları ve fırsatları tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu aktörler; ekonomik, sosyal, bireysel, davranışsal belirleyiciler, fiziksel çevre, sağlık ve sosyal hizmetlerdir (WHO, 2002). Yaşlıların ihtiyaçlarına yanıt sunan inovasyon endüstrileri, kalıtsal faktörlerin, çevresel etkilerin, kişisel yaşam tarzının, davranışın, sosyal statünün, duygusal ve bilişsel gelişimin, ahlaki ve etik değerlerin, kaliteli boş zamana erişimin bir başka deyişle aktif yaşlanmanın her bir unsurunun yaşlanmayı ve yaşam beklentisini etkilediğini göz önünde tutmaktadır (Imre, 2007; akt. Zsarnoczky, 2016).

Farklı Alanlar ile Gümüş Ekonominin Kesişimi

Yaşlanma günümüz dünyasında önemli bir sosyal ve ekonomik sorun olarak kabul edilmektedir. Nüfus projeksiyonları dünyada yaşlı nüfusun giderek arttığı ve bu grubun toplam nüfus içindeki payının büyüdüğü göstermektedir (Tablo 1).

Tablo 1:Dünyada yaş gruplarına göre nüfusun dağılımı (%)

Dünya	2015	2050	2100
0-14	26,1	21,3	17,7
15-59	61,7	57,2	54,0
60+	12,3	21,5	28,3
80+	1,7	4,5	8,4

Kaynak: United Nations (2015), World Population Prospects: The 2015 Revision.

Yaşlanan dünya ile birlikte belirli ürün ve hizmetlere olan talebin artması, bazı sektörler için bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Büyüyen yaşlı tüketici nüfusa yönelik ürün ve hizmet sağlamanın ekonomik büyümeyi teşvik etme ve yeni işler yaratma potansiyeline sahip olması ana fikrine dayanan gümüş ekonomi, yaşlı bireylerin tüketim özelliklerine odaklanmaktadır (Shulz ve Radvansky, 2014). Gümüş ekonomi konsepti; 50 yaş ve üzerindeki bireylerin istihdamı, yaşam boyu öğrenme, önleyici sağlık hizmetleri gibi çeşitli politikaların gelecekteki eğilimini göz önünde bulundurarak yaşlanmaya ve yaşlanan toplumların sunduğu fırsatlara bütünsel olarak bakmayı amaçlamaktadır. Bütüncül bir yaklaşıma dayanan kavram, birbirinden farklı ancak birbiri ile bağlantılı bir dizi alana temas etmektedir (Eatock, 2015). Bu alanlardan başlıcaları işgücü piyasası, ekonomi, sağlık, bakım, eğitim ve hayat boyu öğrenmedir.

1. İşgücü Piyasası ve Ekonomi

Yaşlı bireylerin işgücü piyasasında daha az yer aldığı bilinen bir durumdur. Bu durumun temel nedenleri; yaşlı bireylerin teknolojiye daha az uyum sağlamları, yaşlı bireylere uygun iş olanaklarının olmaması, erken emeklilik ve emeklilik ile kişiye sağlanan olanaklar, zorunlu emeklilik yaşının düşük

olması, yaş ayrımcılığı ve esnek çalışma modellerinin uygulanmamasıdır (Ofluoğlu ve Özbucak Albar, 2017). Daha esnek emeklilik seçenekleri, yaşlı bireyler için erişilebilir işyerleri, yaşam boyu öğrenme ve yaş ayrımcılığıyla mücadele çabaları gibi unsurların yardımıyla, işgücü piyasasında daha uzun süre kalmak isteyen yaşlı bireyler için fırsatlar oluşturulabilmektedir (Eatock, 2015). Kademeli emeklilik modellerinin uygulanması, yarı zamanlı ve esnek çalışma modellerinin üretilmesi, kişilerin uzun süre çalışma hayatında kalmalarını teşvik edecek uygulamaların planlanması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, yaşlı bireyler ile genç çalışanlar arasında deneyim aktarımına olanak sağlayan eğitim programlarının geliştirilmesi, iş yerlerinin yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenmesi yaşanan nüfusun işgücü piyasası üzerindeki olumsuz etkilerini fırsata dönüştürecek unsurlardır (Avrupa Birliği, 2012). Yaşlı nüfusun artması, ülkelerdeki aktif işgücünün azalmasına ve üretimin daralmasına neden olmaktadır. Bu unsurlar arasındaki etkileşim, nüfusu yaşlanan ülkelerdeki sosyal güvenlik ve finans dengesinin bozulmasını beraberinde getirmektedir. Bir başka ifadeyle aktif işgücünün azalması neticesinde sosyal güvenlik sistemlerindeki prim girdisi azalırken emeklilere yapılan harcamalar artmaktadır. Buna karşılık yaşlı bireylerin farklı alanlarda istihdamı sağlayacak politikaların geliştirilmesi ve emeklilik yaşının ileri bir yaşa çekilerek yaşlı bireylerin daha uzun süre aktif işgücü piyasasında kalmasını olanaklı kılacak modellerin oluşturulması, hem yaşlı bireylerin toplumsal katılımına hem de yaşanan nüfusun ülkelerin ekonomisi üzerindeki harcama yükünü hafifletmeye destek olacaktır.

2. Sağlık ve Bakım Alanı

Yaş ile birlikte sağlık hizmetleri tüketimi önemli derecede artmaktadır. 50 yaş ve üzerindeki bireylerin, hastanede yatan kişilerin %70'ini oluşturması bu durumun somut bir göstergesidir. Bu durum önümüzdeki yıllarda sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacak 65 yaş ve üstü kişilerin sayısının ciddi ölçüde artacağını ve sağlık sistemi üzerinde doğrudan bir baskı oluşturacağını işaret etmektedir. Benzer şekilde bakım sektöründe de aynı baskının hissedileceği öngörülmektedir (European Commission, 2018). Nitekim yaşla birlikte bireyler hareketlerinde daha kısıtlı hale gelmekte ve günlük işlerde ek desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle birçok yaşlı bireyin artan desteğe ihtiyacı vardır (APA, t.y.).

Sağlık ve bakım sistemlerine, teknolojik ve dijital çözümlerin entegre edilmesi bu iki alanda sunulan hizmetlerin verimliliğini gözle görülür şekilde artırmaktadır. Geronteknolojik ürün ve hizmetler yaşlı bireylerin kendi evlerinde yaşlanmalarını, sağlık ve bakım hizmeti sunan kurumlara olan ihtiyacın indirgenmesine olanak sağlarken aynı zamanda yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmekte ve bireylerin farklılaşan ihtiyaçlarına yönelik kişiselleştirilmiş çözüm önerileri sunmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki yeni teknolojik çözümlerin yalnızca bakım kalitesini, verimliliğini artırması ve sağlık sistemi üzerindeki mali baskıyı azaltması değil, aynı zamanda gümüş ekonomide bilişim teknolojileri alanında çalışanlar için yeni iş fırsatları sunması da beklenmektedir (European Commission, 2018). Tansiyon, nabız, kalp ritmi ölçebilen akıllı saatler, alarmlı ilaç saati hatırlatıcıları, yaşlı bireylerin hareketlerini algılayan ve düşme durumlarında yaşlı yakınlarına bilgi veren tele-bakım ürünleri sağlık ve evde bakımla ilgili teknolojik hizmet ve ürünlerden bazılarıdır (Kahyaoğlu ve Kurt, 2017).

3. Eğitim ve Hayat Boyu Öğrenme

Yaşlanma döneminde eğitim; bilgi edinmenin ötesinde boş zamanları efektif kullanma, yaşam doyumu sağlama, kendini gerçekleştirme anlamlarına bürünmektedir (Şanlı, 2012). Hayat boyu öğrenme kapsamında üçüncü yaş üniversiteleri bulunmaktadır. Üçüncü yaş üniversiteleri vasıtasıyla yaşlı bireylerin kişisel deneyimlerinden faydalanma ve toplumsal katılımlarının sağlanması amaçlanmaktadır. Yaşlı bireyler her ne kadar iş yaşamından çekilseler de üçüncü yaş üniversiteleri ve hayat boyu öğrenme kapsamında aktif bir yaşlanma süreci deneyimleme imkanı bulabilmektedir (Elmalı ve Ergin, 2015). Yaşlanma ile eğitim alanının kesişim noktalarından bir diğerini de emeklilik öncesi hazırlık eğitimleri oluşturmaktadır. Emeklilik öncesi danışmanlık veya emeklilik öncesi eğitim olarak literatürde karşımıza çıkan eğitimlerin temel amacı yaşlı bireylerin emeklilik sürecine hazır hale getirilmesidir. Bu bağlamda, ilgili eğitimlerde emeklilik sonrası için finansal planlama, sosyal yaşamda değişen roller ve bu rollere uyum sağlama, boş zamanların etkili bir şekilde değerlendirilmesi gibi konular işlenmektedir (Şen, 2015). Bireylerin, yaşlanma ile birlikte değişen rollere ve durumlara

adapte olmaları hususunda emeklilik öncesi eğitimler önemli birer araçtır.

Günümüzde artan yaşam süresi ile birlikte emeklilik dönemini daha anlamlı kılacak eğitim programlarına olan ihtiyaç ve ilgi artmaktadır. Yapılan araştırmalar, eşini kaybeden yaşlı bireyler için bağımsız yaşam sürme, bireysel finansal planlamalar, yeni ilişkiler kurmaya odaklanan eğitimlere yönelik ihtiyacın artma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Papalia vd., 2002). Geçmişte yaşlı bireylere yönelik sınırlı eğitim imkanları bulunurken günümüzde bilhassa üçüncü yaş üniversiteleri ile bu alanın kapsamının genişlediği görülmektedir. Yaşlı bireylerin bilişim teknolojileri hakkında bilgi düzeylerini artıracak ve kullanım becerilerini geliştirmelerini destekleyecek dijital okuryazarlığı eğitimleri, eğitim alanında talebin arttığı bir diğer konudur.

Gümüş Ekonomiye Yönelik Politikalar

Yaşlanma ve yaşlılık, geçtiğimiz yüzyıldan bu yana uluslararası örgütlerin odak noktası haline gelmiştir. Zira Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği, Birleşmiş Milletler, Avrupa Komisyonu, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü gibi çeşitli uluslararası platformlarda yaşlı hakları ve sorunları konusuna ilişkin bir dizi plan, program, ilke ve belgeler oluşturulmuştur. Yaşlılara yönelik politikaların kapsamının; çalışma yaşamı, sağlık ve bakım, barınma, toplumsal katılım, serbest zamanın değerlendirilmesi ve eğitim ekseninde şekillendiği ve geniş bir yelpazede ele alındığı görülmektedir (Pekesen, 2021). Gümüş ekonomi kavramı, yaşlanan nüfusun yansımaları olan zorluklar ve fırsatlarla ilgili çok çeşitli alanları kapsamaktadır (European Commission, 2018). İşgücü piyasası, ekonomi, sağlık, bakım ve eğitim bu alanlardan bazılarıdır. Başta Avrupa olmak üzere yaşlanan toplumlardaki politika yapıcılar, yaşlanan nüfusun toplumsal zorluklarıyla mücadele etmek için çaba göstermektedir. Bu çabalar ilk etapta kısa ve uzun vadede sağlık, bakım ve emekli maaşlarına yapılan kamu harcamalarının sürdürülebilir olmasına odaklanmıştır. Süreç içerisinde mevcut çabaların kapsamı genişlemiş olup teknoloji ve sosyal yenilikleri de içerisine alan, yaşlı bireylerin genel sağlık ve refahını iyileştirmeyi amaçlayan çözümler ile birlikte kapsamlı bir bakış açısı kazanılmıştır. Bununla birlikte gümüş ekonominin yaşlı bireylerin tüketimlerini temsil etmenin ötesinde hem yaşlı hem genç nesiller için fırsatlar sağladığı, günümüzde kabul gören bir anlayış haline gelmiştir (European Commission, 2018). Sunduğu fırsatlar bakımında gümüş ekonomi, iktisadi hayatın çerçevesini yeniden şekillendirmekte ve teknolojik inovasyon aracılığıyla yaşlanmanın anlamını dönüştürmektedir (Erceg ve Bojanic, 2017).

Yaşlı nüfus bakımından dünyadaki “süper yaşlı” beş ülkeden biri Almanya’dır. Yaşlıların deneyimlerini aktif olarak kullanabilmeleri için uygulanan gönüllülük programları ülkede oldukça yaygındır. Yaşlı Vatandaşlık Büroları (Seniorenbüros) olarak adlandırılan merkezler, yaşlı bireyler ile gönüllü falliyetler arasında köprü görevi görmektedir (AARP, 2017). “Çok Kuşaklı Evler” “Mehrgenerationehäuser” ülkede uygulanan bir diğer yaşlı dostu uygulamadır. Bu evlerde yaşlı ve genç kuşağın karşılıklı fayda sağlamalarına olanak sağlanmaktadır. Yaşlı bireyler çocukların kitap okuma, ödev yapma gibi faaliyetlerine yardımcı olurken, gençler de yaşlı bireyleri teknoloji kullanımı konusunda desteklemektedir (BMFSFJ, t.y.). Yaşlı bireylerin evlerini ve yaşam alanlarını yaşlı dostu şekilde ve kendi ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlemesi için düşük faizli kredi uygulaması yürütülmektedir. Bu uygulama ile yaşlı bireylerin acil çağrı sistemi barındıran, daha güvenli ve daha erişilebilir konutlarda yaşamaları desteklenmektedir (Mit KfW-Förderung, t.y.).

Yaşlı nüfusu ile dikkat çeken ülkelerden biri de Japonya’dır. Ülkede yaşlı bireylerin yerinde ve güvenli yaşlanmalarını desteklemek amacıyla “gümüş konut” programı uygulanmaktadır. Bu program ile eşik basamaklarının kaldırılması, tekerlekli sandalyeye uygun koridor ve alanların oluşturulması, tutunma barlarının monte edilmesi gibi konutları engelsiz yaşam için uygun hale getiren projelere destek sağlanmaktadır. Japonya’da yaşlı bireylerin istihdamını artırmak amacıyla yaşlılar ile işverenler arasında bağlantı kuran, yaşlı bireylere yönelik çeşitli eğitim programları ile kişilerin istihdam edilebilirliğini artıran programlar yürütülmektedir. Özel şirketler tarafından yürütülen bu programlara devlet tarafından finansman desteği sağlanmaktadır (Yong vd., 2015). Geronteknolojinin önemli bir pazar alanı olarak öne çıktığı Japonya’da robotlar, temizlik, servis, çamaşır yıkama gibi işleri yapmak üzere üretilmekte ve bu ürünlerin kullanımı yaygınlaşmaktadır (Çataloğlu, 2018).

Yaşlı nüfusu fazla olan ve yaşlılara yönelik politika çeşitliliği olan ülkelerden birisi de İsveç’tir. İsveç’te yaşlıların bağımsız yaşamını desteklemek amacıyla belediyelerin yaşlıların ihtiyaç duyduğu bakım, ev tamirat faaliyetlerine yönelik ev yardımı hizmetleri bulunmaktadır. Yaşlıların gündüz aktivitelere katıldığı, ancak yatılı olarak kalmadıkları bakım merkezleri de mevcuttur (Gökbunar vd., 2016). Bu hizmetler ve destek mekanizmaları yaşlı bireylerin kendi evlerinde,

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

bağımsız ve sağlıklı biçimde yaşlanmalarına olanak sunmaktadır. Avrupa’da yaşlanan nüfusun önemli bir tüketici konumunda olduğu alanlardan birisi de turizmdir. Bu nedenle gümüş turizmin geliştirilmesi adına Avrupa Birliği birçok uygulama geliştirmektedir. Üçüncü yaş turizmi olarak da adlandırılan yaşlı bireylerin hem sağlık turizmini hem sosyal turizmini kapsayan bu pazar alanının ekonomik katkısının 240 ile 270 milyar Euro’ya ulaşabileceği tahmin edilmektedir (Aydemir ve Kılıç, 2017).

Sonuç

Demografik dönüşüm neticesinde yaşlanan dünyanın ihtiyaçlarına karşı bir yanıt olarak ortaya çıkan “gümüş ekonomi”, yaşlanmanın beraberinde getirdiği fırsatlara odaklanma ile karakterize edilmektedir. Yaşlanan dünyada yaşlı bireylerin ekonomiye adeta yön verecek biçimde güçlü bir kitleyi oluşturduğu ve tüketim potansiyeline sahip olduğu dikkat çekmektedir. Nüfusun yaşlanmasını sorundan ziyade bir fırsata dönüştüren gümüş ekonominin ülkelerin ekonomik büyümesine katkı sağlayacağı açıktır. Bu bağlamda ülkelerin kendi ekonomik, sosyal ve demografik dinamikleri çerçevesinde gümüş ekonominin boyutunu saptaması önem arz etmektedir. Bu fenomenin ülkelerin ekonomik büyümesinde nasıl bir role sahip olduğu, politika yapıcılarının yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve refah seviyesini artırmak amacıyla yeni ürün ve hizmetlerin oluşturulmasını ve yaygınlaştırılmasını nasıl destekleyebileceği soruları gümüş ekonominin fırsatlarından maksimal seviyede faydalanmak için yanıtlanması gereken iki temel sorudur. Ülkelere sağlayacağı ekonomik katkıların yanı sıra yaşlı bireylerin bağımsız yaşamasını desteklemesini, yaşam kalitesini ve refah seviyesini yükseltmesini, toplumsal katılımını artırmasını gümüş ekonomi kavramının sekonder kazançları olarak değerlendirmek mümkündür.

Kaynaklar

1. AARP. (2017). The Aging Readiness & Competitiveness Report. Erişim tarihi: 01.02.2022, <https://arc.aarpinternational.org/File Library/Full Reports/ARC-Report---Germany.pdf>
2. American Psychological Association, (t.y.). Erişim tarihi: 30.01.2022. Older Adults, <https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/myth-reality.pdf>
3. Avrupa Birliği (2012). Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma Yılı Bilgi Notu. Erişim tarihi: 31.01.2022. https://www.ab.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf
4. Aydemir, B., Kılıç, S. N. (2017). Dünya’da ve Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizmi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(3), 1-11.
5. Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (t.y.). Çok Nesil Evler. Erişim tarihi: 01.02.2022. <https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/programm/was-ist-dasbundesprogramm>
6. Çataloğlu, S. (2018). Yaşlılık, Değer ve Teknoloji. Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi, 1(1), 27-35.
7. Demirbilek, T. ve Öktem Özgür, A. (2017). Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10(1), 15.
8. Eatock, D. (2015). Briefing The Silver Economy Opportunities From Ageing. European Parliamentary Research Service. Erişim tarihi: 30.01.2022, <https://www.europarl.europa.eu/EPRS/EPRS-Briefing-565872-The-silver-economyFINAL.pdf>
9. Elmalı, D. ve Ergin, S. (2015). Beden, Ruh ve Zihin için Gıda Projesinde Aktif Yaşlanma ve Kuşaklararası Dayanışma Örnekleri, Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı içinde (95-105 ss.), Bursa.
10. Erceg, A. ve Bojanic, I. B. (2017). Silver Economy : Demographic Change and Economic Opportunity. D.Barkovic, B. Runzheimer (Ed.), Interdisciplinary Management Research içinde (1005-1020 ss.), Hochschule Pforzheim University, Opajita. ISSN: 1847-0408.
11. European Commission, (2018). The Silver Economy. Erişim tarihi: 30.01.2022, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a9efa929-3ec7-11e8-b5fe-01aa75ed71a1>
12. Gökbunar, A.R., Uğur, A., Duramaz, S. (2016). Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasının kamusal Politikaların Önemi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 12(1), 109-122.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

13. Kahyaoğlu, Y. ve Kurt, A. A. (2017). İleri Yaşta Bilgi ve İletişim Teknolojileri Kullanımı: Sorunlar ve Öneriler. H. Ferhan Odabaşı, B. Akkoyunlu, A. İşman (Ed.), Eğitim Teknolojileri Okumaları- 2017 içinde (289-306 ss.), TOJET, Ankara. ISBN: 978-605-4735-94-5.
14. Korkut, G. ve Korkmaz, A. (2018). Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Toplumsal Katılım, İş ve Hayat, 257-272.
15. Kutlu Dönmez, Ö, Say Şahin, D., Büyükyörük, N. (2022). Yaşlılık ve Yaşlılığın Değişen Yüzü, M. Pekesen (Ed.), Yaşlanan Toplumlarda Güncel Yaşlılık Konuları içinde (11-32 ss.), Efe Akademi Yayınevi, İstanbul. ISBN: 978-625-8065-20-6
16. Kutlu Dönmez, Ö. ve Say Şahin, D. (2021). Sivil Toplum Perspektifinden Yaşlı Bakımı ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler, M. Pekesen (Ed.), Yaşlı Bakım Hizmet Modelleri ve Sosyal Politika Yaklaşımları içinde (263-279 ss.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara. ISBN: 978-625-439-846-9.
17. Mit KfW-Förderung. (2020). Mit KfW-Förderung: Umbauen und Barrieren Reduzieren. Erişim tarihi :01.02.2022
<https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Barrierereduzierung/>
18. Ofluoğlu, G. ve Özbucak Albar, B. (2017). Yaşlı İşgücünün İş Sağlığı ve İş güvenliği Sorunları ve Çözüm Önerileri. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 6(15), 335-360.
19. Oxford Economics, (2016). The Longevity Economy: How people over 50 are driving economic and social value in the US. September, 1–29. Erişim tarihi: 31.01.2022. <http://www.aarp.org/content/dam/aarp/home-and-family/personal-technology/2016/09/2016-Longevity-Economy-AARP.pdf>
20. Papalia, D.E., Sterns, H.L., Fledman, R.D., Camp, C.J. (2002). Adult development and aging. Boston: McGraw-Hill. ISBN: 978-0072937886.
21. Pekesen, M. (2021). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Sosyal Politika Yaklaşımları, M. Pekesen (Ed.), Yaşlı Bakım Hizmet Modelleri ve Sosyal Politika Yaklaşımları içinde (231-262 ss.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara. ISBN: 978-625-439-846-9.
22. Şanlı, S. (2012). Başarılı Bir Yaşlanma için Yaşlı Yetişkinlerin Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
23. Şen, F. (2015). Emeklilik Döneminde Yaşanan Sorunlara Yönelik Bir Çözüm Önerisi: İkinci İşe Hazırlık Eğitimi ve Emeklilik Kulüpleri. EKEV Akademi Dergisi, 19(64), 313-334.
24. Shulz, E. ve Radvansky, M. (2014). Impact of Ageing Populations on Silver Economy, Healthy and Long- Term Care Workforce. Neujobs Policy Brief, 12, 4.
25. United Nations (2015), World Population Prospects: The 2015 Revision, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ESA/P/ WP.241, New York, 2015.
26. World Health Organization (WHO), (2002). Active Ageing a policy framework. Erişim tarihi: 30.01.2022. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
27. Yong, V., Minagawa, Y., Saito, Y. (2015). Policy and Program Measures for Successful Aging in Japan. Successful Aging: Asian Perspectives, 1–349.
28. Zsarnoczky, M. (2016). Innovation Challenges Of The Silver Economy. Vadyba Journal of Management, 28(1),105.

CREATING COMFORTABLE INTERIORS FOR TURKISH ELDERLY

Assist. Prof.(PhD) Arzu CILASUN KUNDURACI

Yaşar University, Faculty of Architecture, Department of Architecture

ABSTRACT

Associated with age-related functional decline, vision and abilities to perceive the visual spectrum and differentiate shapes, colors, and textures reduce and more light is required to complete the same task. Similarly, elderly's indoor environmental comfort requirements change due to hearing difficulties, perceptual disorder and expectations of thermal environment (due to slowing metabolism rate). There are number of studies which focused on the importance of indoor environmental quality (IEQ) factors such as thermal, visual and acoustic comfort to elderly. However, these factors are highly subjective and can be affected by climatic conditions, orientation, location, building structure and properties. Thus, a holistic model which deals with all of the IEQ parameters with a special focus of Turkish elderly is necessary to guide architects, designers, controllers.

Within this study, a website based on Performative Computational Architecture (PCA) method to obtain optimum models for Turkey; considering all IEQ parameters with cost and energy consumption will be introduced. With the built model, this website offers hundreds of optimized room alternatives which satisfy all the IEQ, cost and energy consumption requirements for elderly. The website will be soon available to use freely by professionals and researchers.

Keywords: Elderly, Elderly Spaces, Indoor environmental quality, Cost, Energy Consumption

TÜRKİYE'YE ÖZGÜ YAŞLI DOSTU İÇ MEKANLAR YARATMAK: İNTERNET SİTESİ DESTEĞİ İLE YAŞLI ODASI TASARLAMAK

ÖZET

İlerleyen yaşla birlikte duyuşsal anlamda da bazı değişiklikler yaşanır. Görmede azalma, yazı, renk ve şekilleri ayırt etmede güçlük, daralan görüş açısı ve aynı işlev için daha fazla ışık gerekmesi görme duyusu kayıplarındandır. Ayrıca sesli uyarıların fark edilmesinde güçlük, ses düzeylerinde artış ihtiyacı, algıda bozukluk, düşen metabolizma hızı nedeniyle daha çok üşüme gibi diğer duyu kayıpları da iç mekân konforunu etkilemektedir. Sıcaklık, nem, havalandırma, aydınlatma ve gürültü gibi iç mekân fiziksel çevre kalitesini etkileyen faktörlerin, yaşlı kullanıcı üzerindeki etkilerinin önemine dair uluslararası çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu bahsi geçen iç mekân faktörler, sübjektif kararlardan oldukça etkilenir. Bu faktörler; iklim, yönelme, konum (ana yollara olan uzaklık, kat sayısı, bulunduğu kat), yapının dış çevre ile ilişkisi ve yapının özellikleri vb. koşullara bağlı olarak değişkenlik gösterir. Dolayısıyla Türkiye'deki yaşlılar için; iç mekân çevresel kalitesi, enerji tüketimi ve maliyet açısından optimize edilmiş yaşlı odaları türeten bir modele ihtiyaç vardır.

Bu çalışma kapsamında, Türkiye iklim koşulları, farklı fiziksel çevre özellikleri ile maliyet-enerji tüketimi değerlerine de göz önünde bulundurarak Performansa Dayalı Mimari Tasarım Optimizasyon (PCA) yöntemi kullanan modelin sunulacağı internet sitesi ve içeriği tanıtılacaktır. Yakın zamanda ücretsiz olarak erişime açılacak özelleştirilmiş form yazılımlı internet sitesi üzerinden konu ile ilgili çalışanlar (uzman, tasarımcı, idareciler vb.) seçilen sabit değerlerden değişen kriterlere göre türetilmiş yüzlerce optimize edilmiş oda modelinin performansını inceleyebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Yaşlı Mimarisi, İç Mekân Çevresel Kalite, maliyet, enerji verimlilik

Giriş

Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır ve 80 ve üstü yaş grubunun 2008-2040 yılları arasında diğer yaş gruplarına kıyasla %160 artacağı tahmin edilmektedir (1). Türkiye’de de benzer şekilde nüfusun giderek yaşlandığı ve 2012 yılında %7 olan yaşlı nüfus oranının, 2018 yılında %8.8’e yükseldiği görülmüştür. Ayrıca TÜİK verilerine göre yaşlı nüfus oranının 2039’da %14’e, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’e ulaşacağı öngörülmektedir (2,3). Tüm bu öngörülerden dolayı dünya çapında artan yaşlı nüfusu ve onların beklentilerini karşılamak adına çalışmalar başlamış olsa da, Türkiye’de yaşlılık ve yaşlı bakımı kavramları halen belirgin şekilde görünürlük kazanmamıştır (4).

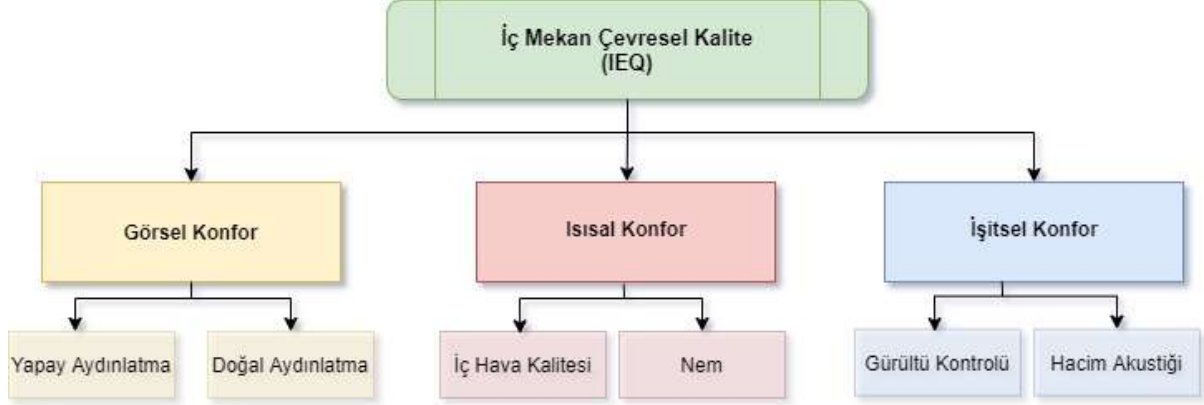
Yaşam süresi ve kalitesi tartışılırken kalıtım, yaşam tarzı ve çevre koşulları dikkat çeken üç temel kavramdır. Bu kavramlar içerisinde fiziksel, sosyal, biyolojik, mimari koşullar ile yaşanan çevre, yaşam süresini etkilemektedir. Zira yaşlanma sürecinde bireylerin toplumsal hayata aktif katılımı ve uyumu, sosyal ve yapısal çevrenin kendilerine sunduğu imkânlarla oldukça bağıntılıdır. Günlük hayatın yaklaşık %80’inin (bu verilen oranın, yaşlı kullanıcılar için daha bile yüksek olduğu bilinmektedir) iç mekânlarda geçirildiği dikkate alındığında (5), yapı içlerinin kullanılabilir ve yaşanabilir olması oldukça önemlidir. Zamanlarının çoğunu kendileri için planlanmış kapalı mekânlarda geçiren yaşlılar için iyi tasarlanmış iç mekânlar, gündelik yaşamda karşılaştıkları fiziki olumsuzlukları azaltıp, mekânsal beklenti ve gereksinimlerini karşılayarak yaşam kalitesini/memnuniyetini artırıp sağlık durumlarını iyileştirmekte önemli rol oynamaktadır (6–9). Mekânlar sosyal çevre ve davranışı da şekillendirirler. Kurumsal bakım için uzun yıllar yaşadıkları evleri ya da alışık oldukları çevreyi bırakarak gelen yaşlıların yaşayacağı uyum problemlerini en aza indirip, uyum sürecini hızlandırma konusunda, mimari tasarımın önemi büyüktür (10,11). Literatürde bugüne kadar yaşlılık ve mimarlığı ilişkilendirilerek hazırlanmış ulusal çalışmalar incelendiğinde, şehircilik (12), sosyal katılım (13), ulaşılabilirlik, sirkülasyon ve ergonomi (14–18), mekânsal davranış (10) ve antropometrik ölçüler özelinde (19) incelendiği görülmektedir. Yaşlılar için tanımlı mimari ölçütler ve standartlar; sirkülasyon sorunlarını, düşme ve kazaları azaltarak, kullanıcının bağımsız hareketine olanak vermeyi hedefledikleri için son derece önemlidirler.

İlerleyen yaşla birlikte duyuşsal anlamda bazı değişiklikler yaşanır. Görmede azalma, yazı, renk ve şekilleri ayırt etmede güçlük, daralan görüş açısı ve aynı işlev için daha fazla ışık gerekmesi görme duyusu kayıplarındandır (10,19). Ayrıca sesli uyarıların fark edilmesinde güçlük, ses düzeylerinde artış ihtiyacı, algıda bozukluk, düşen metabolizma hızı nedeniyle daha çok üşüme gibi diğer duyu kayıpları da iç mekân konforunu etkilemektedir (20). Sıcaklık, nem, havalandırma (21–25) aydınlatma (26–29) ve gürültü (30–34) gibi iç mekân fiziksel çevre kalitesini etkileyen faktörlerin, yaşlı kullanıcı üzerindeki etkilerinin önemine dair uluslararası çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu bahsi geçen iç mekân faktörler, subjektif kararlardan oldukça etkilenir. Bu faktörler; iklim, yönelme, konum (ana yollara olan uzaklık, kat sayısı, bulunduğu kat), yapının dış çevre ile ilişkisi ve yapının özellikleri vb. koşullara bağlı olarak değişkenlik gösterir (Draganova, Tsuzuki, and Nabeshima 2019). Ancak Türkiye’deki yaşlı nüfusunun, Türkiye iklim koşulları ve IEQ açısından nasıl konforlu olacağına dair literatürde bugüne kadar yapılmış bir ulusal çalışma bulunmamaktadır. var olan çalışmaların büyük çoğunluğu Sosyal Bilimler Enstitüleri (%40,8) ile Tıp Fakültelerinden (%29,2) olduğu görülmektedir (35). Alaydın’ın (2019) çalışmasında da belirtildiği üzere, Mimarlık disiplini bugüne kadar yaşlılık üzerine çalışmış yalnızca 11 tez bulunmaktadır (%2,8). Halbuki yaşlılar için mekân tasarlayacak mimarların, yönetmelikleri oluşturanların ve var olan yapıları denetleyenlerin başvuracağı, yaşlılar için IEQ inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu yayın kapsamında tanıtılan (Haziran 2022’de aktif olarak hizmete başlayacak) internet sitesinde, mimarlara, uygulayıcılara ve araştırmacılara kurumsal yaşlı bakım alanlarında Türkiye yaşlısına özgü optimizasyon sağlayarak konforlu iç mekanlar sunulacaktır.

Literatür Taraması

Bireylerin içinde buldukları yapının sağladığı imkânlardan ya da zorluklardan doğrudan etkilendiği ayrıca yapı ile fiziksel ve psikolojik olarak etkileşimde bulunduğu bilinmektedir. İç mekan fiziksel çevre kalitesi (indoor environmental quality- IEQ) terimi, iç mekanların ısısal, görsel ve işitsel konfora ek olarak, enerji kullanımı, tasarım ve doğal havalandırma konularını içerir ve literatürde sıklıkla karşılaşılmaktadır (Lee and Guerin 2009; Sulaiman, Yusoff, and Kamarudin 2013). IEQ bileşenleri

kullanıcıların sağlık, üretkenlik ve konforunu doğrudan etkilediği için, doğru tasarlanmamış yerlerde kullanıcı memnuniyetlerinin düştüğü ve işitsel, görsel ve ısısal konfor koşullarını bireysel olarak yakalamaya çalışan kullanıcıların enerji tüketimini artırıcı çözümlere başvurduğu görülmüştür (Hoes et al. 2009; Mahdavi and Pröglhöf 2009)(EN 16798-2 TR:2014 2014). Enerji tüketimi ve maliyeti düşürmek için alınacak önlemlerin aynı zamanda IEQ parametrelerini olumsuz etkilememesi de öncelikli hedefler arasında yer almalıdır.



Şekil 1 EN 16798-2 ve ISO 17772-1'e göre iç mekân çevresel kalite faktörleri (IEQ)

Şekil 1'de belirtilen 3 çevresel faktörün her birinin iç mekânda tasarım karakterine ilişkin çeşitli kısıtlamaları ve gereklilikleri olmakla birlikte, birbirleriyle de ilişki halindedir. Örneğin daha fazla günışığı alması için pencere alanının artırılması, doğru tasarlanmadığında yaz aylarında oda sıcaklığını yükseltip ısısal konfora olumsuz etki edebilir. Yaşanan konforsuzluğu gidermek için başvurulacak mekanik ısıtma soğutma sistemleri enerji tüketimini arttıracaktır. Ya da seçilen ısıtma soğutma sistemlerinin gerekli yalıtımlar yapılmadığında iç mekânda işitsel konfor kaybına neden olabilir. Dolayısıyla tüm bu bileşenler birbirleriyle ilişkilendirilerek ele alınmalıdır.

Her biri ayrı uzmanlık konusu olan bu alt başlıkları içeren IEQ'nun ülkemizdeki kurumsal yaşlı bakımıyla ilgili yürürlükteki yönetmeliklere nasıl yansıdığına bakıldığında yeterli detayda ele alınmadığı görülmüştür. Örneğin iç mekân fiziksel çevre kalitesini de kapsayan (indoor environmental quality- IEQ) yürürlükteki Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği dördüncü kısımdaki maddeleri şu şekildedir:

- Madde 38: “Odanın geceleri hafif bir şekilde aydınlatılması sağlanır.”
- Madde 39: “Yaşlıların dinlenme, televizyon izleme, müzik dinleme ve okuma amacıyla kullanacakları dinlenme salonlarının aydınlık ferah ve sakin olması, rahat...”
- Madde 39: “Kuruluşun antre, merdiven başları ve benzeri gibi mekanlarında yaşlıların küçük gruplar halinde sohbet edebilecekleri oturma birim ve köşeleri oluşturularak, amaca uygun döşenir...”
- Madde 42: “Tuvalet ve lavabo hacimlerinde olabileceği gibi, ayrı bir hacimde de ördek ve sürgülerin yıkanabileceği, saklanabileceği ve havalandırma olanağı bulunan bir bölüm düzenlenebilir.”
- Madde 44: “Yemek kokusunun dağılmasını önleyici, havalandırma düzeneği kurulur.”
- Madde 46: “Amaca uygun dolap ve rafların bulunduğu çamaşırhanede havalandırma düzeneği bulunur. Her zaman temiz ve düzenli tutulması sağlanır.”
- Madde 48: “Revir yeteri kadar ışık ve hava almalı, duvar ve zemini temizlenebilir özellikle olmalı ve yeterli ısıtma sağlanmalıdır.”
- Madde 51: “Açık raf sistemine uygun, bol ışık alan yeterli masa, sandalye ve koltuğun bulunduğu bir kütüphane...” (36)

Bu maddeler iç mekân konforunu dikkate almakla birlikte, yeterince açıklayıcı değildir. Değerlendirmek için nicel veriler gerektiren fiziksel çevre ile ilgili “sakin”, “yeteri kadar”, “ferah”, “bol” gibi yoruma açık ifadelerde bulunulmuştur. Hâlbuki fiziksel çevre kalitesi için standartlarca

tanımlanmış parametreler ve öneri değerler bulunmaktadır. Örneğin görsel konfor için standartlarında farklı işlevli hacimler için; önerilen aydınlık düzeyi değeri (illuminance), minimum renksel geriverim indisi (color rendering index) ve maksimum kamaşma değeri (unified glare rating) sunulur (37,38). Isısal konfor için Özel Huzurevleri ile Huzurevleri Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği'nin 4. bölümünde madde 22'de 'Binanın güvenli bir merkezi sistemle ısıtılması sağlanır' ibaresinin dışında hiçbir açıklama bulunmamaktadır. Oysaki azalan metabolizma hızları nedeniyle, yaşlı bireyler kışın enfeksiyonlara ve yazın sıcaklığa bağlı ölümlere karşı daha duyarlı olduğu bilinmektedir (39-41). Benzer şekilde yönetmelikte "sakin" olarak ifade edilen akustik ortamın, yansıma süresi (RT), gürültü seviyesi (LAeq), sinyal-gürültü oranı (SNR), ve konuşma anlaşılabilirliği (SI) parametreleri uyarınca da belirlenmesi gerekmektedir (42). Yönetmelikte yeterli tanım ve detay sunulmaması, tasarımcı, uygulayıcı ve denetleyici kişilere herhangi bir kısıt getirmemektedir.

Kullanıcılar iç mekân konforunun sağlanması adına iç mekânda ısıtma soğutma sistemlerine başvurmakta, doğal aydınlatmanın yeterli olmadığı zamanlarda yapay aydınlatma tercih etmekte ve farklı elektrikli ekipmanlar kullanmaktadırlar. Kullanıcıların konfor koşullarının sağlanması için yapılan bu eylemler binada enerji yüküne dolayısı ile enerji tüketimine neden olmaktadır. Günümüzde yapıların toplam enerji tüketiminin %40'ına neden olduğu bilinmektedir (43). Özellikle kamusal yapılarda konut yapılarına göre %40 daha fazla enerji tüketiminin olduğu (250 kwh/m²;180 kwh/m²) bilinmektedir. Bu nedenle kamusal yapı olan yaşlı bakım evlerinde konfor koşulları sağlanırken enerji tüketiminin en aza indirgenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Konfor koşullarını etkileyen parametreler arasında yapının mekanik, aydınlatma sistemleri gibi aktif sistemler yer alırken, yapının kabuğunun da (pasif) etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin ısısal açıdan konfor koşullarının sağlanması için ısıtma-soğutma sistemlerinin etkisinin yanı sıra yapı kabuğunun ısıl özellikleri (duvarın ısıl ataleti, pencere-duvar oranı, pencere ısısal özellikleri vb.) de çok önemlidir. Avrupa Birliği'nin yayınladığı 'Yapılarda Enerji Performansı' yönetmeliğinde optimal maliyet vurgusu yapılmaktadır (44). Yönetmelikte binaların enerji performans analizi ile maliyet analizlerinin birlikte ele alınıp, optimum performans düzeyinin belirlenmesi istenmektedir. Dolayısı ile yapıların enerji performansı hesabında maliyet parametresi önemli bir etkiye sahiptir.

yaslidostuicmekanlar.com İnternet Sitesinin İçeriği ve Kullanımı

Türkiye'ye özgü, yaşlı kurumsal bakım alanları için IEQ açısından bütüncül bir yaklaşımla optimal konfor koşullarını sağlayan uygulanabilir, çevreci, enerji verimli, yaşlı dostu kurumsal yaşlı oda modellerini oluşturma amacıyla hazırlanan ve Tübitak tarafından da desteklenen projenin çıktılarında biri olan www.yaslidostuicmekanlar.com tanıtılmaktadır. Literatürdeki yayınlar, yönetmelikler ve uluslararası standartlara dayanarak, Türkiye iklim koşulları, farklı fiziksel çevre özellikleri ile maliyet-enerji tüketimi değerlerine de göz önünde bulundurarak Performansa Dayalı Mimari Tasarım Optimizasyon (PCA) yöntemi kullanılarak hazırlanmakta olan ve Haziran 2022'de kullanıma açılıp iki yıl süre ile ücretsiz olarak erişime açılacak özelleştirilmiş form yazılımlı bu internet sitesi, konu ile ilgili çalışanlar (uzman, tasarımcı, idareciler vb.) seçilen sabit değerlerden değişen kriterlere göre üretilmiş yüzlerce optimize edilmiş oda modelinin performansını sunabilmektedir.

Sunulan yaşlı odası tasarımlarının elde edilmesinde Şekil 2'de verilen girdiler, kısıtlar, değişkenler ve temel amaçlar kullanılarak senaryolar oluşturulmuştur. Bu senaryoları oluştururken, bir kısmının sabit bir kısmının ise internet sitesi kullanıcıları tarafından seçilmesine imkan verilmektedir. Örneğin girdiler arasında yer alan konum, oda ölçüleri, yönlenme ve bulunulan çevre (şehir içi/şehir dışı gibi) özellikleri kullanıcı tarafından girilerek yaşlı odasına ait konum, mimari ve çevresel özellikler tanımlanmalıdır. Kısıtlar ise karar vericinin müdahale edemeyeceği, standartlara ve literatüre bakılarak oluşturulmuş sabit öğelerdir. Değişken olarak belirtilen tasarım

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY



Şekil 2 Performans Değerlendirme Senaryoları

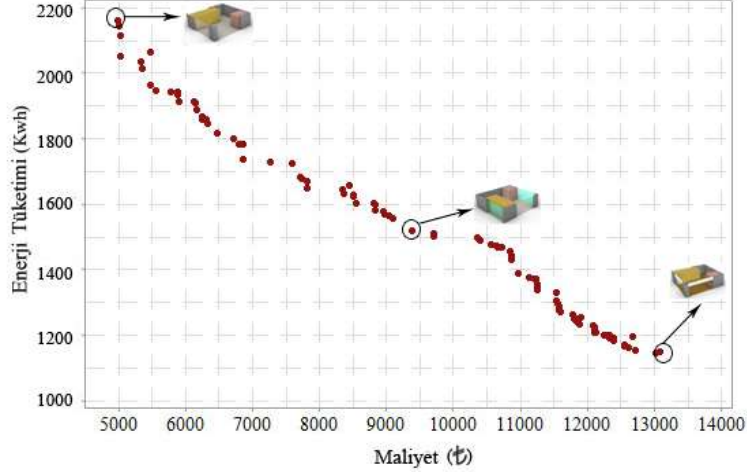
parametreleri ise, iç mekâna ilişkin karar vericiye sunulacak tasarıma ait elemanlardır. Örnek bir senaryo sunmak gerekirse, İzmir şehir içinde yer alan binanın, köşe konumunda bulunan Kuzey cepheli tek kişilik bir yaşlı odası için seçilen 3 farklı kritere göre model önerisi oluşturulacaktır. Bu değerlerin girileceği sayfanın örnek görüntüsü aşağıda verilmiştir (**Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.**).



Şekil 3 Oda oluşturmak için kullanılan ana sayfa

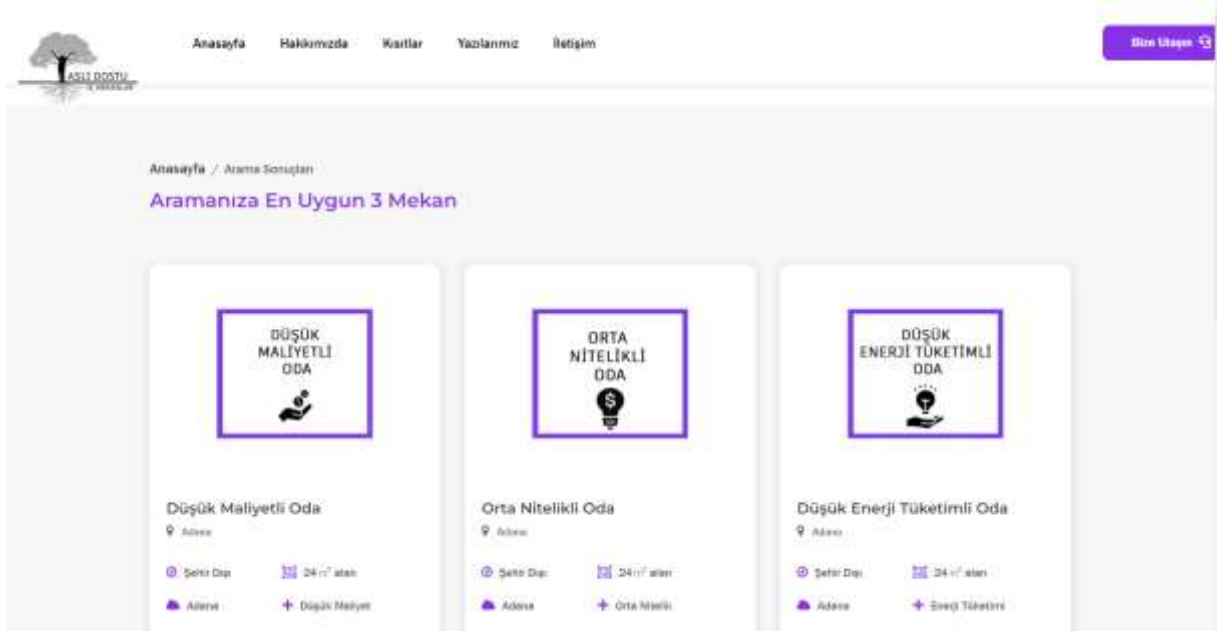
Ana arama sayfasında karar vericiye sunulacak modeller, optimizasyon sonucunda elde edilecek olan Pareto eğrilerinden seçilecek aşağıda kriterleri belirtilen 3 noktaya ait olacaktır (Şekil 4). Geniş aralığa sahip sonuçlar sayesinde (örneğin; her bir senaryo için elde edilen enerji ve maliyet sonuçlarının minimum ve maksimum değerleri arasındaki farkların fazla olması) karar vericiye daha çeşitli tasarım alternatifleri sunulabilmektedir.

- Düşük maliyet- yüksek enerji tüketimi
- Düşük enerji tüketimi- yüksek maliyet
- Orta seviyede enerji tüketimi- orta seviyede maliyet



Şekil 4 Pareto eğrisi ile enerji tüketimi-maliyet dağılımı örnekleri

Ana sayfadaki arama yapılan odanın özelliklerine göre belirlenen 3 ayrı performans kriteri için oda modellenmesi gerçekleştirilmektedir. Her üç performans kriteri de tüm proje kısıtlarını karşılayan sonuçları sunmaktadır. Tanımlanan oda özellikleri için oluşturulan her 3 performans alternatifi, aşağıda görüldüğü üzere kullanıcının tercihine bırakılır (Şekil 5).

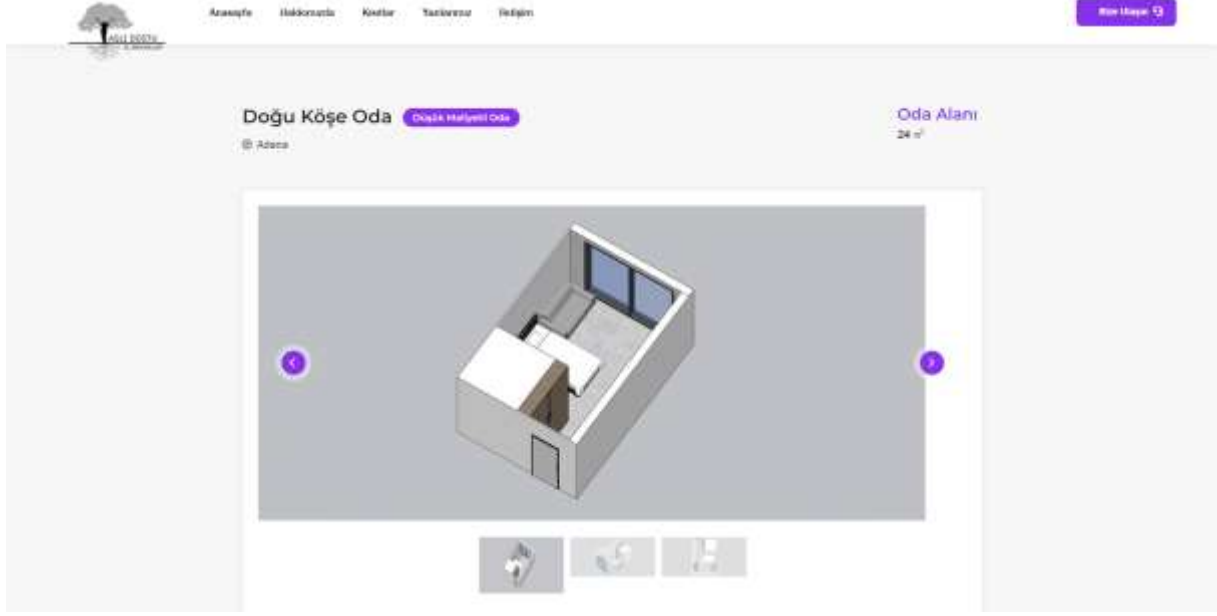


Şekil 5 Aramaya uygun 3 sonucun görüntülenmesi

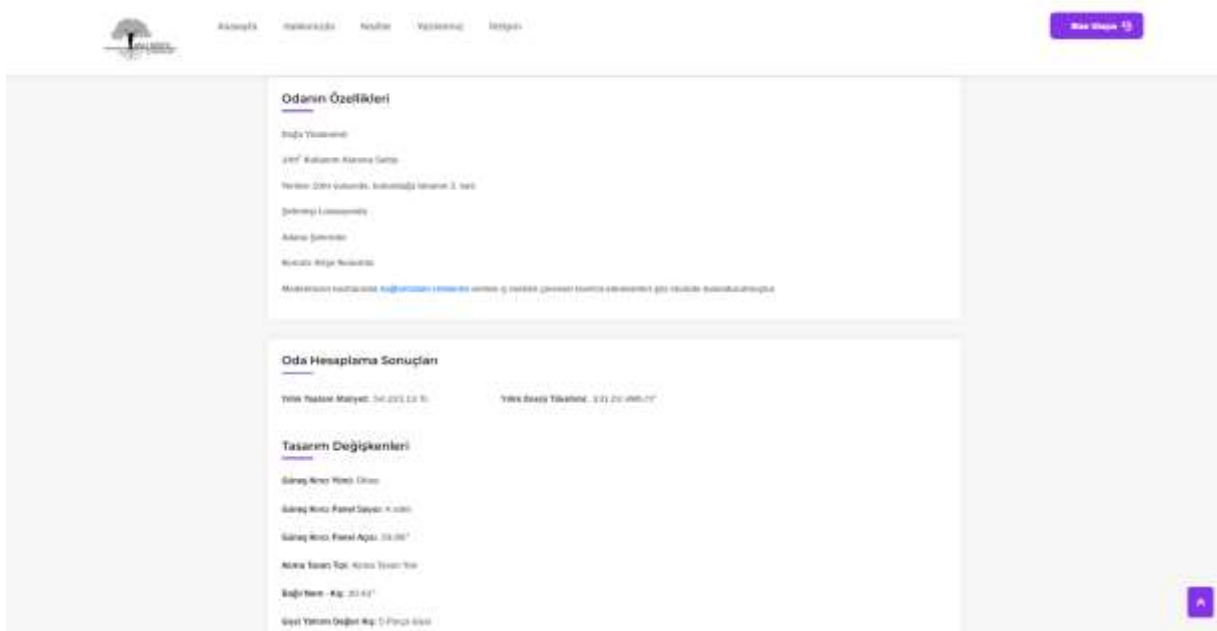
Tanımlanan odanın, performans tercihine göre şekillenen tefrişli plan ve perspektif görünüşleri ile birlikte, odanın toplam maliyeti ve yıllık enerji tüketim değeri de gözlemlenebilmektedir. Ayrıca odanın iç mekanına ait tasarım değişkenlerinin alması gereken değerler (güneş kırıcıya, tavana, cam oranı, tipi ve malzemesine gibi) aynı sayfa üzerinde paylaşılmaktadır. Örnek bir oda için ilgili ekran

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

görüntüleri aşağıda verilmiştir **Şekil 6-9Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı..**



Şekil 6 Örnek oda için verilen perspektif ve plan görüntüleri



Şekil 7 Örnek oda için oda özellikleri, hesaplama sonuçları ve tasarım değişkenleri

Sonuç

Bu çalışmanın ön hazırlık aşaması olarak, Türkiye’de yer alan farklı kurumsal yaşlı bakım alanlarında yaşayan yaşlılar ve farklı pozisyonlardaki görevlilerle (doktorlar, idareciler, bakım personeli gibi) görüşülmüştür. Tesislerde kalan yaşlılarla (toplamda 280 katılımcılı) anket çalışması tamamlanmış, ayrıca ses kayıtları eşliğinde mülakatlar yapılmıştır. Gerçekleştirilen ziyaretlerde aydınlık düzeyi, gürültü düzeyi ve sıcaklık ölçümleri alınmıştır. Elde edilen kullanıcı (hem beklenti hem memnuniyet) anketleri, uzman görüşleri ve mekân okumaları ile analiz edilmiştir. Tüm bu çalışmalar doğrultusunda ihtiyaç olarak belirlenen iç mekân çevresel önerilerine ilişkin kaynağı oluşturmanın; yalnızca birkaç huzurevini inceleyip, sınırlı sayıda yaşlı ile görüşerek hazırlanmasının sağlıklı olmadığına karar verilmiştir. Üstelik görüşülen mimarlık dışındaki uzmanlar, mimarların bu alanda plan önerileri geliştirerek vereceği desteğin büyük faydası olacağına altını çizmiştir. Bu konuda daha bütüncül ve kapsayıcı bir sisteme ihtiyaç olduğu görüldüğünden Türkiye’ye özgü yaşlı kullanıcı profiline ve mimari diline ait; tasarımcıların, uygulayıcıların ve denetleyicilerin kullanımına ücretsiz olarak açılacak bir rehber ihtiyacı duyulmuştur. Bu yayın kapsamında tanıtılan internet sitesi, bu anlamda bir rehber görevi görerek literatüre katkı koymayı hedeflemektedir.

Teşekkür: Bu yayında bahsi geçen internet sitesi, TÜBİTAK 1002 Proje desteğinden faydalanılarak hazırlanmıştır (Proje no: 220K287).

Kaynakça

1. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu. Ankara; 2017.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2016 [Internet]. Haber Bülteni 24644. 2016 [cited 2017 Jul 10]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2018 [Internet]. 2018. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf
4. Alaydın NN. Türkiye ’ de lisansüstü tezlerde yaşlılık çalışmaları : Bir içerik analizi çalışması. Yaşlı Sorunları Araştırma Derg [Internet]. 2019;12(1):60–72. Available from: <http://dergipark.gov.tr/yasad>
5. Bluysen PM. The Indoor Environment Handbook. London: Earthscan; 2009.
6. Bozovic DR. Healing Spaces for Elderly. 2009;
7. Nedopil C, Schaubert C, Glende S. Creating User-Friendly Healing Environments with Adaptable Lighting for Senior Citizens. 2013 [cited 2017 May 24]; Available from: www.youse.de
8. Reiling J, Hughes RG, Murphy MR. The Impact of Facility Design on Patient Safety. Vol. Vol. 2, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. 2008. p. 26.
9. Sakallaris BR., MacAllister L., Voss M., Smith K., Jonas WB. Optimal healing environments. Glob Adv Heal Med. 2010;84(12):40–5.
10. Akan E. YAŞLILIK KURUMLARINDA YAŞLI MEKANSAL DAVRANIŞ VE BİLİŞİMİNİN MEKANSAL DİZİM BAĞLAMINDA İRDELENMESİ. İstanbul Teknik Üniversitesi; 2017.
11. Candaş Kahya N, Özgen S, Aydın E, Sağsöz A, Özdemir İ. Yaşlıların Huzurevlerinden Fiziksel Beklentileri: Trabzon Huzurevi Örneği. In: III Ulusal Yaşlılık Kongresi. İzmir, Turkey; 2005. p. 323–37.
12. Şener B. Türkiye’de Yaşlı Konutlarının Yapılabilirliğine Yönelik Fizibilite Çalışması. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2004.
13. Kutsal G. Spatial Priorities of Older Adults for Social Participation in a Senior Center.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- 2016;(January).
14. Bulduk EÖ. Yaşlılık yaşam kalitesi ve ergonomik tasarımlar. In: IV Ulusal Yaşlılık Kongresi. Ankara; 2007. p. 468–74.
 15. Özcebe H. Yaşlılar için Ev ve Çevre Düzenlemeleri. In: Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi yayınları; 2007. p. 133–48.
 16. Tural O. Tasarım ölçütleri açısından yaşlı bakımevlerinin dış mekanlarının kullanılabilirliği. In: III Ulusal Yaşlılık Kongresi. İzmir, Turkey; 2005. p. 290–307.
 17. Ünver B, Karatosun M, Salık Y, Altın Ö, Karatosun V. Yaşlıların kullanımı açısından hastane çevresel koşullarının uygunluğunun değerlendirilmesi. In: III Ulusal Yaşlılık Kongresi. İzmir; 2005. p. 149–56.
 18. Vural N, Engin N. Yaşlılar İçin Tasarlamak. In: III Ulusal Yaşlılık Kongresi. İzmir, Turkey; 2005. p. 279–89.
 19. Bekdaş O. Yaşlı Bireylere Yönelik Tuvalet - Banyo Tasarımında Kullanılmak Üzere Bazı Antropometrik Ölçülerin Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. [Sivas]: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
 20. Koeritzer MA, Rogers CS, Van Engen KJ, Peelle JE. The Impact of Age, Background Noise, Semantic Ambiguity, and Hearing Loss on Recognition Memory for Spoken Sentences. *J Speech, Lang Hear Res* [Internet]. 2018 Mar;61(3):740–51. Available from: http://10.0.4.20/2017_JSLHR-H-17-0077
 21. Fan G, Xie J, Yoshino H, Yanagi U, Hasegawa K, Wang C, et al. Investigation of indoor thermal environment in the homes with elderly people during heating season in Beijing, China. *Build Environ*. 2017;126:288–303.
 22. Hwang RL, Chen CP. Field study on behaviors and adaptation of elderly people and their thermal comfort requirements in residential environments. *Indoor Air*. 2010;20(3):235–45.
 23. Jiao Y, Yu H, Wang T, An Y, Yu Y. Thermal comfort and adaptation of the elderly in free-running environments in Shanghai, China. *Build Environ*. 2017;118:259–72.
 24. Mendes A, Pereira C, Mendes D, Aguiar L, Neves P, Silva S, et al. Indoor air quality and thermal comfort - Results of a pilot study in elderly care centers in portugal. *J Toxicol Environ Heal - Part A Curr Issues*. 2013;76(4–5):333–44.
 25. Schellen L, van Marken Lichtenbelt WD, Loomans MGLCLC, Toftum J, de Wit MH. Differences between young adults and elderly in thermal comfort, productivity, and thermal physiology in response to a moderate temperature drift and a steady-state condition. *Indoor Air*. 2010;20(4):273–83.
 26. Derungs Licht AG. Lighting for Senior Care Facilities. 2017.
 27. Stevens JA. Falls among older adults — risk factors and prevention strategies. *J Safety Res*. 2005;36:409–11.
 28. Tural E, Tural M. Luminance contrast analyses for low vision in a senior living facility: A proposal for an HDR image-based analysis tool. *Build Environ* [Internet]. 2014;81:20–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.buildenv.2014.06.005>
 29. White MD, Ancoli-Israel S, Wilson RR, Ancoli SI. Senior Living Environments : Evidence-Based Lighting Design Strategies. *Meta-Analysis* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 1];7(1):60–78. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/193758671300700106>
 30. Acoustic Bulletin. Internoise 2016 – do we have the right standards for elderly care ? [Internet]. Internoise 2016. 2016 [cited 2017 Dec 26]. p. 1–10. Available from: <http://www.acousticbulletin.com/internoise-2016-do-we-have-the-right-standards-for-elderly-care>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

31. Davies WJ, Cox TJT, Kearon AT, Longhurst BJ, Webb CLC. Hearing loss in the built environment: The experience of elderly people. *Acta Acust United With Acust* [Internet]. 2001;44(0):1–29. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/dav/aaua/2001/00000087/00000005/art00010>
32. Davies WJ, Cox TJ, Kearon AT, Longhurst BJ, Webb CL. Towards room acoustics for an elderly population. *Proc Inst Acoust* [Internet]. 2000;22(2):459–66. Available from: <http://usir.salford.ac.uk/2439/>
33. Gordon-Salant S. Hearing loss and aging: new research findings and clinical implications. *J Rehabil Res Dev* [Internet]. 2005;42(4 Suppl 2):9–24. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.631.2631&rep=rep1&type=pdf>
34. Hout N van. Acoustic research in care of the elderly [Internet]. Vol. 2015, Ecophon Saint-Gobain. 2015 [cited 2017 Dec 27]. Available from: <http://www.ecophon.com/za/about-ecophon/eco-magazine/healthcare-articles/2015/acoustic-research-in-care-of-the-elderly/>
35. Özkul M, Kalaycı I. Türkiye’de Yaşlılık Çalışmaları. *Istanbul J Sociol Stud*. 2015;0(52):259–90.
36. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği [Internet]. Ankara; 2014. Available from: <http://www.eyh.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmel?kler/ozel-huzurevler?-?le-huzurev?-yasli?-bak?m-merkezler?-yonetmel?g?>
37. EN 12464-1, 12464-1 E. Light and lighting - Lighting of work places - Part 1 : Indoor work [Internet]. European Standard. Brussels: European Committee for Standardization; 2002. Available from: [file:///C:/Users/amira/Downloads/I.S.EN12464-1-2002 \(5\).pdf](file:///C:/Users/amira/Downloads/I.S.EN12464-1-2002 (5).pdf)
38. CEN. European Standard 12464-1 Light and lighting – Lighting of work places Part 1: Indoor work places. 2003.
39. American Society of Heating R and A-CE. Thermal Environmental Conditions for Human Occupancy: ANSI/ASHRAE Standard 55-2017 (Supersedes ANSI/ASHRAE Standard 55-2013) Includes ANSI/ASHRAE Addenda Listed in Appendix N. ASHRAE; 2017.
40. Mourtzoukou EG, Falagas ME. Exposure to cold and respiratory tract infections. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11(9):938–43.
41. Ormandy D, Ezratty V. Health and thermal comfort: From WHO guidance to housing strategies. *Energy Policy*. 2012;49:116–21.
42. Çevre ve Orman Bakanlığı. Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi Yönetmeliği [Internet]. Ankara; 2010. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/06/20100604-5.htm>
43. EU. Energy Use in Buildings [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 29]. Available from: <https://ec.europa.eu/energy/en/eu-buildings-factsheets-topics-tree/energy-use-buildings>
44. Directive 2010/31/EU. Directive 2010/31/EU, Energy Performance of Buildings (recast). *Official Journal of the European Union*. 2010. p. 13–35.

YAŞLILIKTA DAVRANIŞSAL BİR SORUN OLARAK TANATOFOBİ

**Doç. Dr. Deniz SAY ŞAHİN¹
SHU Özge KUTLU DÖNMEZ²**

¹Öğretim Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Burdur, Türkiye
ORCID NO: 0000-0001-8171-9743

^{*2} Yüksek Lisans Öğrencisi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Burdur, Türkiye
ORCID NO: 0000-0002-4774-7326

ÖZET

Tanatofobi, bireyin kendi ölümü veya ölme süreci korkusu ile karakterize edilen bir kaygı biçimidir. Ölüm, yaşları veya geçmişleri ne olursa olsun insanlarda duygusal tepki uyandıran bir konudur ve bu haliyle ölüm korkusu normal görünmektedir. Ancak normal olmayan şey, yüksek stres, önemli biçimde kaygı, sıkıntı ve panik yaratan, bazen yaşlının depresyona girmesini ve hastaneye dahi yatışını gerektirebilecek bir korku düzeyidir. Tanatofobi; düşünce, duygu ve davranışlardan oluşan davranışsal bir sorun olmakla birlikte bu korkunun nedenleri ve tetikleyicileri, önceki ölüm deneyimlerine dayanan biyolojik ve çevresel faktörlerin bir birleşimidir. Geçmiş deneyimler ile birlikte yaş, cinsiyet, dini inançlar, sağlık ve sosyal destek mekanizaları bir kişinin ölüm kaygısını yaşama derecesinde belirleyici role sahip unsurlardandır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte özgüvenin azalması, aktivite ve hareket düzeyinin düşmesi, arkadaş kaybı, azalan ekonomik-fiziksel bağımsızlık ve kronik hastalıklar nedeniyle bireyler kaygıya daha fazla maruz kalmaktadır. Ölüm yaşamın kaçınılmaz bir parçası olsa ölüm ve sonrası hakkındaki bilinmezlik, yaşlanma ile birlikte ölüme yaklaşma, yaşlı bireylerde ölüme ilişkin kaygı düzeyinin artmasına ve korku yaşanmasına neden olabilmektedir. Her ne kadar yaşamın sonu ve ölüm süreci ile ilgili ritüeller ve inanç şekilleri farklı olsa da yapılan araştırmalarda ölüm süreci ile ilgili, acısız bir ölüm, sevdiğine elveda diyebilmek için bir fırsatın olması, insanların kendi evlerinde huzurlu bir şekilde ölmek istemeleri gibi evrensel bulgular vardır. Bu nedenle yaşlı bireylerin ölüme ilişkin beklentilerinin anlaşılması, yaşam sonu süreci ile ilgili talep ve isteklerinin konuşulması ve bilinmesi, ölüm kaygılarının nedenlerinin anlaşılması, yaşlıların ruh sağlıklarını ve yaşam kalitelerini iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadır. Unutulmamalıdır ki, onurlu bir yaşam nasıl nasıl bir hak ise, onurlu ve huzurlu bir ölüm de her insanın hakkıdır.

Anahtar kelimeler: Tanatofobi, Ölüm kaygısı, Yaşlılık.

THANATOPHOBIA AS A BEHAVIORAL PROBLEM IN OLD AGE

ABSTRACT

Thanatophobia is a form of anxiety characterized by the individual's fear of her/his own death or the process of dying. Death is an issue that evokes an emotional reaction in people regardless of their age or background, and as such, the fear of death seems normal. What is not normal, however, is high stress, a level of fear that creates significant anxiety, distress, and panic, sometimes requiring the elderly to become depressed and even hospitalized. Thanatophobia; although it is a behavioral problem consisting of thoughts, feelings and behaviors, the causes and triggers of this fear are a combination of biological and environmental factors based on previous death experiences. Age, gender, religious beliefs, health and social support mechanisms, together with past experiences, are among the factors that have a decisive role in the degree to which a person experiences death anxiety. Individuals are more exposed to anxiety due to the decrease in self-confidence, reduce in activity and

movement level, loss of friends, decreased economic-physical independence and chronic diseases with increasing age. Even if death is an inevitable part of life, the unknown about death and its aftermath, approaching death with aging, may cause an increase in the level of anxiety and fear about death in older adults. Although the rituals and beliefs about the end of life and the death process are different, there are universal findings about the death process such as a painless death, an opportunity to say goodbye to their loved ones, and people wanting to die peacefully in their own homes. For this reason, understanding the expectations of the elderly regarding death, talking and knowing their demands and wishes regarding the end-of-life process, understanding the causes of death anxiety play an important role in improving the mental health and quality of life of the elderly. It should not be forgotten that just as a dignified life is a right, a dignified and peaceful death is the right of every human being.

Keywords: Thanatophobia, Death anxiety, Old age

Giriş

Dünya üzerinde yaşayan her bireyin hayatının bilinmeyen bir döneminde ölüm ile karşılaşacağı bilinen bir gerçektir. Bu gerçek ve ölüme dair bilinmezlikler bireylerde tanatofobiye bir başka deyişle ölüm kaygısını ortaya çıkarmaktadır. Ölüm kaygısını, bireylerin ve bireyler için anlamlı olarak nitelendirilebilecek her şeyin kaçınılmaz olarak yok olacağına ilişkin farkındalık olarak ifade etmek mümkündür. Ölümden korkmak ve endişelenmek her bireyin deneyimleyeceği bir durumken; bu kaygı ve endişe seviyesinin artması, artan kaygı düzeyinin kişinin hayatının olağan akışını engellemesi ölüm kaygısını bir sorun haline getirmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte eş, arkadaş gibi yakın çevrede yaşanan kayıplar yaşlı bireylerin ölüm ile daha sık karşılaşmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte yaşlandıkça, ölüme biraz daha yaklaşıyor olma gerçeği yaşlı bireylerde ölüm kaygısını tetiklemektedir. Ölüm kaygısı, dengede tutulması halinde yaşlı bireyleri daha anlamlı bir hayat deneyimleme noktasında motive eden bir unsur olurken, artan kaygı düzeyi yaşlı bireylerin hayatını ve sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Ölüm ve Tanatofobi

Sigmund Freud, “yaşamın amacı ölümdür” diyerek ölümü, insan hayatının nihai hedefi olarak tanımlamıştır. Hayat yolculuğunda insanın dünyadaki varlığının sona ermesi ile karakterize edilen ölüm, tıpkı insanın doğması, yaşaması gibi hayatın ayrılmaz bir parçası olan gerçekliktir. Zira doğum, yaşam ve ölüm; hayatın başlangıcı ve sonu arasında geçen yaşama karşılık gelen üç aşamadır. Ölüm ve yaşam birbirine tezat iki kavram gibi görünse de esasında bu iki kavram; bir bütün olarak insan hayatına karşılık gelmektedir (Say Şahin ve Bulduk, 2020). Bu bağlamda ölüm olarak adlandırılan kavram, yaşamı bütünleyen bir unsur olması ve yaşamın amacı olması nedeniyle yalnızca bir son olmasının ötesinde daha derin anlamlar kazanmaktadır (Jung, 1997). Gerçekleştiğinde var olamayacak olmamız nedeni ile doğrudan tecrübe edilemeyen, yaşamın tamamen ve kesin olarak sonlanması anlamına gelen ölüm, tarihteki tüm inanç ve kültürlerde yaşamın bir parçası ve hayatın içindeki önemli bir olay olarak kabul edilmiştir. Bir kavram olarak ölüm, insanların biyolojik, bilişsel ve duygusal fonksiyonları dahil olmak üzere bütün bedensel ve vücutsal işlevlerin sonlandığı bir başka ifadeyle yaşamsal faaliyetlerin nihai olarak ve geri dönüşümsüz olarak ortadan kalktığı durumu tanımlamaktadır (Koçanoğlu, 2005). Farklı kültürlerde, toplumlarda ve disiplinlerde, bireyin kişiliğine, yaşına, dinine ve kültürel konumuna göre değişen çok farklı ölüm tanımları yapılmıştır. Tüm bu tanımlamalardaki ortak noktalar; canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğinin kaybolması ve bir veya daha fazla hayati organın tamamen işlevsiz kalmasıyla yaşamın kaçınılmaz sonunun gelmesidir (Say Şahin ve Örnek Büken, 2020). Ölüm olarak adlandırılan olgu, her bireyin hayatının bilinmeyen ve herhangi bir döneminde karşı karşıya kalacağı bir fenomendir (Özen, 2008). Ne zaman ve ne şekilde karşılaşılacağına dair bilinmezlikler, ölüme ilişkin belirsizlikleri ve endişeleri içinde barındırmaktadır. Doğum ve yaşam kadar hayatın içinden olan ölüm olgusu, birçok kişi tarafından yaşamın genel akışı içerisinde görmezden gelinirken esasında ölüm, her geçen an biraz daha yaklaşılan, aniden geldiği bilinen, insan hayatının kaçınılmaz son durağıdır (Kubler Ross, 1986). Tanatofobi, Antik Yunanca’da ölüm veya ortadan kaybolmak anlamına gelen “thanatos” ile korku, panik anlamına gelen “phobos” kelimelerinin birleşiminden ortaya çıkmıştır (Raymond, 2020). Tanatofobi genellikle ölüm kaygısı olarak adlandırılmaktadır. Daha spesifik olarak, ölüm korkusu veya ölme sürecinden korkma olarak tanımlanması mümkündür. Kişilerin yaşlandıkça kendi sağlığı için, herhangi bir yakınını kaybında aileleri ve arkadaşları için endişelenmesi doğal olup yaygın olarak

karşılaşılan bir durumdur. Ancak bazı insanlarda bu endişeler daha problemlı endişelere ve korkulara dönüşebilmektedir (Holland, 2019). Ölüm kaygısı, hayatımızda mevcut olup her bireyi farklı şekilde etkilemektedir. Tanatofobi olarak adlandırılan bu durum, ölüm düşüncesinde veya ölümlle ilgili herhangi bir konuda korku, endişe veya kaygı olarak ifade edilmektedir (Sinoff, 2017). Amerikan Psikiyatri Birliği, tanatofobiyi resmi olarak bir bozukluk olarak tanımlamamaktadır. Tanatofobinin belirtileri ve semptomları genellikle kişinin kendi ölümünü veya sevdiği birinin ölümünü düşünmeye başladığı zaman ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler; baş dönmesi, yüksek düzeyde kaygı, panik atak, karın ağrısı, düzensiz kalp atışı, terleme, öfke, aileden uzaklaşma gibi fizyolojik veya psikolojik semptomlar olabilmektedir (Holland, 2019). Aslında ölüm kaygısının varlığını neyin etkilediği hala tartışılan konulardan birisidir. Dini inanç, cinsiyet, psikolojik durum ve yaş gibi birçok değişkenin ölüm kaygısını etkilediği öne sürülmektedir. Bu unsurlara ek olarak ölümlle ilgili yaşam deneyimlerinin de ölüm ve ölümlle ilgili tutumları etkilediği ve bireylerin ölüm kaygısı düzeylerinde belirleyici rol oynadığı bilinmektedir (Sinoff, 2017). Ölümle ilişkin korku ve kaygılar normal olsa da bu kaygı düzeyinin fazla olması, bireyin çevreye uyumunu, psikolojik ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Dolayısıyla ölüme dair tutumların bir denge içinde kalması, kişinin bilhassa psikolojik sağlığı ve iyilik hali için önem arz etmektedir.

Yaşlılarda Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısının, en yalın haliyle ölüm ve ölme beklentisi ve farkındalığı ile ilgili korku ve kaygı olarak tanımlandığı belirtilmiştir (Nyatanga ve Vocht, 2006). Bu haliyle kavramın tanımı, hem korku hem de kaygı kavramlarını içerse de, bu iki kavram arasındaki farkı vurgulamak önemlidir. Nitekim korku, kişinin refahına yönelik gerçek bir tehdide bir yanıt olup çoğu zaman koruyucu bir işlev görmektedir. Böyle bir tehdidin varlığında kişinin hemen hissetmesini ve buna göre hareket etmesini sağlamaktadır. Korku hissi deneyimlendiğinde bireyin vücudunda stres hormonları salgılanmakta, vücut gerginleşmekte ve kalp daha hızlı atmaktadır. Tehdit ortadan kalktıktan sonra ise vücut kısa sürede normal bilişsel, duygusal ve fizyolojik işleyişine dönmektedir (Perusini ve Fanselow, 2015). Öte yandan kaygı, beklenen bir tehlikeye gösterilen tepkidir. Kaygıyı tehdidin kendisine değil, bir tehdidin gerçekleşme olasılığına verilen tepki olarak ifade etmek mümkündür. Dolayısıyla kaygı, tehdit olmadığı halde mevcut olan bir duygudur, bir başka ifade ile gerçek bir tehdidin varlığından bağımsız olarak sürekli var olabilmektedir (Perusini ve Fanselow, 2015). Bu nedenle, ölüm kaygısı, ara sıra ölme korkusunun aksine, bireyin bilişsel ve duygusal işleyişini daha geniş bir düzeyde etkileyebilmektedir (Nyatanga ve Vocht, 2006).

Dünyanın yaşlanması ile birlikte, yaşlı bireylerin ölüme dair korkuları da dahil olmak üzere karşılaştıkları zorluklar ve korkularla ilgili sorular daha da anlamlı hale gelmektedir. Ölüm kaygısı en yalın haliyle, bireylerin ölüm ve ölme korkusu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin ölüm kaygısının düzeyi ile ilgili değişkenlerden birisi yaşıdır. Ölüm, herkesin hayatının bir noktasında yüzleşmek zorunda olduğu bir gerçek olsa da, gençler kadar uzun yaşam beklentisi olmaması nedeniyle yaşlılar için ölümün önemi daha fazladır (Cicirelli, 2006). Yaşlı bireylerin ölüme karşı tutumları ve tepkileri, yalnızca kendi yaşlanma süreçlerine uyumlarını etkilemekle kalmamak bununla birlikte yaşam kalitelerini de etkilemektedir. (Wu vd., 2002). Bu durum yaşlı bireylerdeki ölüm kaygısının doğasını anlamayı zaruri hale getirmektedir.

Ölüm, yaşlanma dönemiyle ilgili kaygıların başında gelen ve yaşlı bireyler için tahammül etmesi zor olan bir olgudur. Yaşlanma döneminde ölüme ilişkin korku ve kaygıların artmasının temel nedeni, yaşlanmayla birlikte kişilerde ortaya çıkan işlevsel kayıplar, fiziksel ve ruhsal değişikliklerdir. Artan kayıplar kişileri ölüm gerçeği ile daha fazla karşı karşıya getirmektedir. Bununla birlikte yaşlı bireylerin geleceğe dair planlarındaki azalma, arkadaş, aile üyesi gibi tanıdık kişilerin ölümüne şahit olma gibi unsurlar yaşlı bireylerin ölümü daha yoğun şekilde düşünmelerine ve ölüm kaygısı hissetmelerine neden olabilmektedir (Dağlı, 2010). Ölüm kaygısı, bireyler arasındaki en temel ve yaygın kaygı türlerinden biridir. Yaşlı bireyler beklenen yaşam sürelerinin sonuna daha yakın olduklarından ölüm kavramı ile daha çok ilişkilendirilmektedir (Say Şahin ve Örnek Büken, 2020). Yaşlı bireyler arasında ölüm kaygısının prevalansı; farklı fiziksel problemlere, kronik hastalıklara, engellilik durumuna, hareket kabiliyetine, başkalarına bağımlı olma durumuna, eş, arkadaş gibi önemli kayıplara maruz kalma durumuna bağlı olarak değişebilmektedir (Bidgoli vd., 2020). Yaş ile doğru orantılı olarak yaşamın sonuna yaklaştıkça kişilerin ölüm kaygısının artacağı düşünülse de literatürde yapılan birçok çalışma bu durumun aksini ortaya koymaktadır. Yaşlı bireylerde farklı düzeylerde rastlanan ölüm kaygısının, yaşlı nüfus içinde yaşa paralel olarak artmadığı, bunun tersine

yaşın ilerlemesi ile birlikte ölüm kaygısının azaldığı ve sonrasında sabit bir düzeyde seyrettiği bildirilmektedir (Fortner ve Neimeyer, 1990; Tang vd., 2002).

Yaşlı bireylerin yaşamı anlamlandırması için ölüm kaygısı, güçlü bir motivasyon kaynağıdır. Ancak yaşlı bireylerin psikolojik ruh hallerini sağlıklı ve dengede tutabilmeleri amacıyla ölümün sürekli olmaktan ziyade, zaman zaman bilinç düzeyinde tutulması gerekmektedir. Nitekim ölümün, yaşlı bireyin sürekli bilincinde olması, kişinin psikolojik dengesini bozmaktadır (Koç, 2002). Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı hissetme nedenlerinden birini de ölüm sonrasına dair belirsizlikler oluşturmaktadır. Esasında yaşı farketmeksizin her birey ölümden sonraki hayata ilişkin belirsizlikleri merak etmekte ve bu belirsizlikler kişide kaygı uyandırabilmektedir. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısına neden olan unsurlardan bazıları şunlardır:

- Ölüm anında acı çekilmesi,
- Halihazırda yaşamın sürüldüğü dünyadan ayrılmak istememe,
- Öldükten sonra dünya hayatında sahip olunan mal, mülk ve varlıkların kime kalacağı endişesi,
- Çocukların veya eşin yalnız kalacağı kaygısı,
- Ölümden sonraki hayata dair belirsizlikler,
- Öldükten sonraki hayatta cezalandırılacağını düşünme (Say Şahin ve Örnek Büken, 2020; Say Şahin ve Bulduk, 2020).

Ölüm Kaygısı ile Başa Çıkma

Ölüm kaygısı; doğum ile birlikte varolan, kişinin yaşantısı boyunca varlığını sürdüren, hemen her korkunun temelinde yatan, kişinin karakterinin gelişiminde ve şekillenmesinde rolü bulunan, kişinin bu dünyadaki yaşantısının sona ereceği, varolmayacağı ve bir hiç olabileceğinin farkındalığı akabinde ortaya çıkan bir duygudur (Karakuş vd, 2012). Yaşlı bireyler, yaşam sonu dönemine etkili bir şekilde hazırlanmak ve bu süreci sağlıklı bir biçimde geçirebilmek için değişen birçok duruma ve role uyum sağlamak durumundadır. Kuşkusuz, ölüm korkularıyla başa çıkmak ve ölümlü kabul etmeyi öğrenmek, yaşamın son aşamasıyla başa çıkmada önemli bir uyum sürecini gerektirmektedir. Aslında bu kaygı ile başa çıkmak biraz da hayatı nasıl yaşadığınız ve anlamlandırduğunuzla da ilişkilidir. Birçok insan, hayatın olağan akışı içerisinde nadiren ölüm hakkında düşünür. Bununla birlikte, sürekli ve bilinçli bir şekilde ölümlü düşünmek, sonumuzun olduğunu bilerek sürekli ölüm kaygısı hissetmek, hayatımızın önemli yönlerini, eylemlerimizin çoğunu etkiler ve bazen hayatı kaçırmamıza neden olur. Ölüm kaygısı ile başedebilmenin belkide en iyi yolu hayatın ve yaşamın bir anlamı olduğuna inanarak yaşamaktır. İnsanlar yaşamları sürecinde doyuma ulaşmalarını sağlayan, ruhunu tatmin eden birşey yaptıkları zaman (iş, ilişkiler, bilim, inanç vb.) ölüm kaygıları azalacaktır. Bunun için öncelikleri belirlemek, ne istediğini bilerek yaşamak, daha ilginç ve anlamlı bir hayat yaşamak için belkide altın kurallar olabilir. Aslında düşündüğümüzde kişi 'kendi' olduğunu hissettiğinde hayatı anlam kazanır. Bunun yanında arkasında kalanlara bir miras bıraktığını bilerek yaşamak ve üretken olmak da ölüm ve yaşamın sonu ile ilgili kaygıyı azaltabilecek bir etkidir. Çünkü her birey mutlaka bir başkası için önemlidir ve geride bıraktığınız eser sizi sadece yakınlarınız için önemli olmaktan çıkarak hiç tanımadığımız insanların hayatında da yer edinmenizi sağlayacaktır. Bireyin tüm bunların farkında olması da, onu duygusal açıdan motive ederek yaşamı ile ilgili doyuma ulaşmasını sağlayacaktır. Ayrıca unutulmamalıdır ki her canlı ölümlüdür, bu nedenle ölümün normalliğini kabullenmek yaşamın her evresinin güzel bir deneyim olduğuna inanarak ve bu deneyimlerden keyif alarak yaşamayı öğrenmek, ölüm kaygısı ile başetmeyi sağlayan en önemli unsurlardan biri olabilir. Tüm bunlarla birlikte unutulmamalıdır ki, ölüm tek başına hem kişinin kendisi, hem de yakınları için kaygı yaratan bir durumdur. Bu kaygının nedeninin anlaşılması kaygı ile baş etmenin anahtarıdır ve hem bireyi hem de aileyi manevi olarak rahatlatacaktır.

Sonuç

Yaşlılık, yaşam evrelerinin son aşaması olup hayat yolculuğunun ölümden önceki son durağıdır. Ölmekten ve ölüm sürecinden korkma olarak kavramsallaştırılan ölüm kaygısı, ölüm gerçeğine karşı insanlar tarafından verilen doğal bir tepki ve normal bir durumdur. Ölüm kaygısı, insanları farklı derecelerde etkileyen evrensel bir fenomendir. Kaygı normal bir duygu olduğu gibi, ölümlü ilgili kaygı da normal bir deneyimdir. Ölüme karşı normal olarak tanımlanabilecek kaygı düzeyi yaşlıları, yaşama bağlayan ve yaşamdan olabildiğince fazla doyum sağlamalarına yönelik motivasyonlarını

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

artıran bir unsur olarak ele alınırken, yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşlı bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve hayatın olanağan akışını bozmaktadır. Bu noktada yaşlı bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyen bu fenomen ile başa çıkma noktasında en önemli husus kişilerin anlamlı bir yaşam deneyimine sahip olmasıdır. Zira yaşamdan tatmin olma, kendini gerçekleştirme, yaşam doyumuna sahip olma gibi unsurlar yaşlı bireyler ile ölüm kaygısı arasında koruyucu bariyer görevi görmektedir. Sonuç olarak ölüm de tıpkı doğum ve yaşam gibi hayatın bir parçasıdır. Yaşlıların yaşamının önemli bir parçası olan ölüm kaygısı ve bunun yaşlı bireylerin sağlıkları üzerindeki etkisi düşünüldüğünde, yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ile başa çıkmalarına ve yaşadıkları psikolojik stresi azaltmalarına yardımcı olacak müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Bidgoli, Z.Z., Tagharrobi, Z., Sooki, Z., Sharifi, K. (2020). Death Anxiety and Its Predictors Among Older Adults, *Journal of Holistic Nursing and Mifwifery*, 30(2), 101-110.
2. Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journal of Gerontology*, 61, 75-81.
3. Cicirelli, V.G., (2003). Older adults' fear and acceptance of death: A transition model, *Ageing International*, 28(1), 66-81.
4. Dağlı, E.N. (2010). Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
5. Fortner, B.V., Neimeyer, R.A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23: 387-411.
6. Holland, K. (2019). Everything you should know about thanatophobia. Erişim tarihi: 05.02.2022. <https://www.healthline.com/health/thanatophobia#:~:text=Thanatophobia%20is%20commonly%20referred%20to,family%20after%20they're%20gone>.
7. Jung, C.G. (1997). Ruh ve Ölüm. Gürol E, Çev. Ed. Analitik Psikoloji. Payel Yayınevi; İstanbul.
8. Karakuş, G., Öztürk, Z., Tamam, L. (2012). Ölüm ve Ölüm Kaygısı, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
9. Koç, M. (2002). Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6, 7-20.
10. Koçanoğlu A. Personel meanings of death and religiosity as predictors of death anxiety and death fear of university students (Doktora Tezi). Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi; 2005.
11. Kubler Ross, E. (1986). *Death the Final Stage of Growth*. A Touchstone Book: New York.
12. Nyatanga, B., de Vocht, H. (2006). Towards a definition of death anxiety. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(9), 410-413.
13. Özen, D. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi.
14. Perusini, J. N., Fanselow, M. S. (2015). Neurobehavioral perspectives on the distinction between fear and anxiety. *Learning & Memory*, 22(9), 417-425.
15. Raymond, C. (2020). Coping with Thanatophobia, Erişim Tarihi: 06.02.2022, <https://www.verywellmind.com/what-is-thanatophobia-3577764>.
16. Say Şahin, D. ve Örnek Büken, N. (2020). Death Anxiety and Concept of Good Death in the Elderly, *Turkish Journal of Geriatrics*, 23(1): 18-26.
17. Say Şahin, D., Bulduk, M.F. (2020). Yaşlılık ve Yaşamın Sonuna Dair. Say Şahin D, Ed. Etik Yönleri ile Yaşlılık ve Yaşlanma içinde (317-335 ss.). Ekin Yayınevi; Bursa.
18. Sinoff, G. (2017). Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State. *Frontiers in Medicine*, 4, 11.
19. Tang, C.S., Wu, A.M., Yan, E.C. (2002). Psychosocial Correlates of Death Anxiety Among Chinese College Students. *Death Studies*, 26(6): 491-499.
20. Wu, A. M. S., Tang, C. S. K., Kwok, T. C. Y. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health*, 14, 42-56.

**TOPLUM TEMELLİ YAŞLI DESTEK POLİTİKALARI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME:
VEFA SOSYAL DESTEK GRUPLARI**

Öğr. Gör. Uğur ATALAR

¹Kahramanmaraş İstiklal Üniversitesi, Elbistan Sağlık Hizmetleri MYO, Yaşlı Bakımı Pr., Türkiye

Öğr. Gör. Dr. Barış DEMİREL

²Kırıkkale Üniversitesi, Delice MYO, Sosyal Hizmetler Pr., Türkiye

ÖZET

Birçok ülkede ve Türkiye’de yaşlılar, tüm dünyayı olumsuz etkileyen Covid-19 salgını nedeniyle sosyal izolasyon sürecini deneyimlemişlerdir. Yaşlıların kardiyovasküler, nöro-bilişsel, zihinsel ve ruhsal sağlık sorunları gibi problemlerinin bulunması, risk altındaki yaşlıları sosyal izolasyon aracılığıyla korumayı gerektirmiş ve sosyal izolasyon önemli bir sağlık önlemi olarak değerlendirilmiştir (Armitage ve Nellums, 2020). Bununla birlikte özellikle kronik rahatsızlığı olanlar ve yaşlılar salgın sürecinden en çok etkilenen bireyler olarak tespit edilmiştir (Rothan ve Byrareddy, 2020).

Covid-19 salgın sürecinde özellikle yerinde sunulan hizmetlerin ve bazı kuruluşların faaliyetlerine ara vermesi nedeniyle yaşlıların sosyal, fiziksel ve duygusal bazı gereksinimlerinin giderilmesinde güçlükler yaşanmıştır. Birçok kurum ve organizasyon yaşlılara sunulan hizmetlerin azaltılmasının potansiyel yayılım riskini ve salgının olası zararlarını da azalttığını ifade etmiştir (Morrow-Howell vd., 2020). Bu kapsamda kamusal alanda kısıtlamalara tabi tutulan yaşlılara yönelik toplum temelli uygulamalar hayata geçirilmiştir. Örneğin Covid-19 sürecinde Amerika’da yerel yaşlı kurumları; eve yemek ulaştırma, kişisel bakım, kronik hastalık yönetimi, ulaşım ve sosyal katılım gibi konuları içeren yaşlılara özel bir dizi hizmeti sunmaktadır (Makaroun vd., 2020).

Türkiye’de ise İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olmak üzere birçok bakanlık salgını önleyebilmek ve olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla yeni tedbir kararları almıştır. Özellikle İçişleri Bakanlığı, sokağa çıkma yasağı genelgesiyle, 65 yaş ve üstü bireyler ve kronik hastalığı bulunan bireylerin ikametlerinden dışarı çıkmalarını, açık alanlarda, parklarda gezinmelerini ve toplu ulaşım araçlarıyla seyahat etmelerini sınırlandırmıştır (İçişleri Bakanlığı, 2020). Bu kararın olumsuz etkilerinin asgari düzeyde tutulması, sokağa çıkma yasağı bulunan bireylerin mağdur olmaması ve temel gereksinimlerinin karşılanması için de mülki idare amirlerinin (vali/kaymakam) başkanlığında 65 yaş üstü bireylere hizmet götürmek için “Vefa Sosyal Destek Grupları” oluşturulmuştur (İçişleri Bakanlığı, 2020). Yaşlıların gereksinimlerini odak alan taleplerin 112, 155 ve 156 acil çağrı hatları üzerinden ulaştırılması ve vefa sosyal destek grupları tarafından yerine getirilmesi hedeflenmiştir. Covid-19 sürecinde yaşlı bireylere yönelik gerçekleştirilen Vefa Sosyal Destek Grupları, yaşlıların “toplum temelli bakımına” yönelik bir politika aracı geliştirilmesi fırsatı sunmaktadır. Bu çalışmada; Vefa Sosyal destek grupları bir toplum temelli uygulama olarak ele alınmış ve bu uygulamanın politika düzeyinde geliştirilmesine yönelik önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Toplum temelli bakım, yaşlı destek uygulamaları, yaşlı bakımı.

**AN ASSESSMENT ON COMMUNITY-BASED ELDERLY SUPPORT POLICIES: VEFA
SOCIAL SUPPORT GROUPS**

ABSTRACT

In many countries and in Turkey, the elderly have experienced the social isolation process due to the Covid-19 epidemic, which has negatively affected the whole world. Social isolation of the elderly has become an important health precaution because they are at risk for cardiovascular, neuro-cognitive, mental and spiritual health problems (Armitage ve Nellums, 2020). However, especially those with

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

chronic diseases and the elderly have been identified as the individuals most affected by the epidemic process (Rothan ve Byrareddy, 2020).

During the Covid-19 epidemic, difficulties were experienced in meeting some of the social, physical and emotional needs of the elderly, especially due to the interruption of on-site services and some organizations' activities. Many institutions and organizations argue that reducing services to the elderly reduces the potential risk of spread and the harm it can cause (Morrow-Howell vd., 2020). In this context, community-based practices have been implemented for the elderly, who are subject to restrictions in the public sphere. For example; during the Covid-19 process, especially local elderly institutions in the United States provide a range of services to elderly individuals, including food delivery, personal care services, chronic disease management, transportation and social participation (Makaroun vd., 2020).

In Turkey, many ministries, including the Ministry of Interior, Ministry of Health, Ministry of Family and Social Services, took new measures/decisions in order to prevent the epidemic and reduce its negative effects. In particular, the Ministry of Internal Affairs, with the curfew circular, restricted individuals aged 65 and over and individuals with chronic diseases from leaving their residences, strolling in open spaces, parks and traveling by public transportation (Ministry of Interior, 2020). In order to keep the negative effects of this decision at a minimum level, to ensure that individuals with curfew are not victims and to meet their basic needs, "Vefa Social Support Groups" have been established to provide services to individuals over the age of 65 under the chairmanship of the local governors (Ministry of Interior, 2020). The needs-oriented demands of the elderly were received over the 112, 155 and 156 emergency call lines and were fulfilled by vefa social support groups. Vefa Social Support Groups for elderly individuals during the Covid-19 process offer the opportunity to develop a policy tool for the "community-based care" of the elderly. In this study; Vefa Social support groups were considered as a community-based practice and suggestions were made to improve this practice at the policy level.

Keywords: Community-based care, elderly support practices, elderly care.

GİRİŞ

Birçok ülkede ve Türkiye’de yaşlılar, tüm dünyayı olumsuz etkileyen Covid-19 salgını nedeniyle sosyal izolasyon sürecini deneyimlemişlerdir. Yaşlıların kardiyovasküler, nöro-bilişsel, zihinsel ve ruhsal sağlık sorunları gibi problemlerinin bulunması, risk altındaki yaşlıları sosyal izolasyon aracılığıyla korumayı gerektirmiş ve sosyal izolasyon önemli bir sağlık önlemi olarak değerlendirilmiştir (Armitage ve Nellums, 2020). Bu kapsamda sosyal izolasyon uygulamaları ve çeşitli kısıtlamalar dünyada olduğu gibi ülkemizde de hayata geçirilmiştir. Covid-19 vaka oranları ortaya çıkan kısıtlamaların esnetilmesi ya da daha katı bir hale gelmesine yön vermiştir. Türkiye’de Covid-19 pandemi sürecinin başından bu yana uygulanan en yaygın tedbir maske-mesafe ve hijyen uygulaması olurken özellikle 65 yaş üstü bireyler ve kronik hastalığı bulunan kimseler için sokağa çıkma yasakları daha yaygın olarak kullanılmıştır. Sosyal izolasyon süreci yalnızca kronik hastalığı bulunanlar ve 65 yaş üstü bireylere uygulanmamakla birlikte toplumun tüm kesimleri üzerinde uygulanmış; yaşlılar ve kronik hastalığı bulunanlar için bulaş ve hastalığın olumsuz etkileme riski fazla olduğundan bu grupların kısıtlamaları daha uzun süreli olabilmıştır. Esas olarak toplumun tüm kesimleri bu kısıtlamalardan olumsuz etkilenirken sağlığın korunması açısından sosyal izolasyon bir kamu politikası olarak uygulanmıştır. Bu uygulama süreçlerinde özellikle yaşlılar, engelliler, kronik hastalığı bulunanlar fiziksel, maddi ve çevresel gereksinimlerini giderme konusunda güçlükler yaşayabilmiştir. Yaşanan güçlüklerin asgari seviyeye indirilmesi ve pandemi sürecinin en fazla risk altındaki bu kesimler ve toplumun tamamına yönelik olarak “Vefa Sosyal Destek Grupları” uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu çalışmada, Covid-19 sürecinde yaşlı bireylerin daha fazla yararlanıcısı konumunda buldukları Vefa Sosyal Destek Grupları, toplum temelli bir uygulama olarak ele alınmış ve bu uygulamanın politika düzeyinde geliştirilmesi akademik olarak tartışılmıştır.

COVID-19 VE YAŞLILIK

Covid-19 ilk olarak Çin'de ortaya çıkmış ve birkaç ay içinde tüm dünyada yayılım göstermiştir. Bu süreçte ülkelerin ekonomik, sosyal, demografik, siyasal olmak üzere birçok alanda da olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Bununla birlikte özellikle kronik rahatsızlığı olanlar ve yaşlılar virüsten en çok etkilenen bireyler olarak tespit edilmiştir (Rothan ve Byrareddy, 2020).

Covid-19 salgın sürecinde özellikle yerinde sunulan hizmetlerin ve bazı kuruluşların faaliyetlerine ara vermesi nedeniyle yaşlıların bazı sosyal, fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanması zorlaşmıştır. Birçok kurum ve organizasyon yaşlılara sunulan hizmetlerin azaltılmasının potansiyel bulaş riskini ve yaşlılara verebileceği zararı azalttığını savunmaktadır (Morrow-Howell vd., 2020). Etkilenme düzeyi daha yüksek olan ve daha dezavantajlı olarak değerlendirilen yaşlılara yönelik bazı yeni uygulamaların geliştirilmesi de yaşlı refahının korunması adına bir gereklilik haline gelmiştir. Örneğin Covid-19 sürecinde Amerika'da yerel yaşlı kurumları; eve yemek ulaştırma, kişisel bakım, kronik hastalık yönetimi, ulaşım ve sosyal katılım gibi konuları içeren yaşlılara özel bir dizi hizmeti sunmaktadır (Makaroun vd., 2020).

Covid-19 salgını sürecinde yaşlı bireylerin teknoloji becerilerinin geliştirilmesi ve çevrimiçi platformları daha fazla kullanmaları toplum temelli yaşlı bakımı açısından bir fayda olarak yorumlanmaktadır (Morrow-Howell, vd., 2020). Almanya'da 65 yaş üstü bireylerin % 77'si kişisel bilgisayarına sahip olup yine aynı yaş gurubunda internet kullanım oranının % 75 olduğu da belirlenmiştir (Ehni ve Wahl, 2020). Bu bağlamda fiziksel mesafe uygulamaları ve günlük yaşam işlevlerinin teknolojik yöntemler aracılığıyla sürdürülmesine dair genel bir güven ortamının oluştuğunu ifade etmek yanlış olmayacaktır. Ancak teknolojik cihazlara erişimi kısıtlı bireyler açısından yalnızlaşma ve depresyon riskinin de var olduğu bilinmelidir (Ayalon vd., 2020). Covid-19 sürecinin dışında ise fiziksel, ortopedik, zihinsel nedenlerle yatağa bağımlı olan veya fiziksel hareketlilik noktasında kısıtlı olan bireyler için de teknolojik cihazlar, yalnızlık ve depresyon konusunda önleyici ve destekleyici araçlar olarak kullanılmaktadır. Sosyal destek ağı olarak değerlendirmek gerekirse teknoloji kullanımı ve aracılığıyla herhangi bir bireyin bir diğeriyle iletişim olanağının artırılması önemli bir katkı olarak değerlendirilmektedir (Tuna Uysal, 2020).

Vefa Sosyal Destek Grupları

11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü, SaRs-Cov-19'u bir salgın olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2020). Dünya siyasal, ekonomik ve sosyal sorunlarla mücadele içerisindeyken aniden ortaya çıkan bu virüsle birlikte farklı bir süreç gelişim göstermiştir. Henüz Covid-19 aşısı bulunmadan önce salgın için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sosyal izolasyonun sağlanması ve hijyen kurallarına azami özen gösterilmesini virüsle mücadelede önleyici tedbirler olarak açıklamıştır. Sosyal izolasyon, yaşlıların korunması için gerekli bir önleyici tedbir olmakla birlikte yaşlıların yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler de söz konusu olmuştur (Nascimento, 2020). Sosyal izolasyon süreci, yaşlıların hareketsizlik düzeylerini artırmış; depresyon ve diğer ruhsal rahatsızlıklar konusunda da daha riskli bir sürece neden olabilmıştır (Hawkey ve Cacioppo, 2010).

Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını Mart 2020 tarihinden itibaren Türkiye'de de etkisini göstermeye başlamış ve vaka sayılarında görülen artışlarla birlikte İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı başta olmak üzere birçok bakanlık önlem amacıyla yeni tedbir kararları almıştır. Özellikle 2020 yılı mart ayında İçişleri Bakanlığı tarafından yayınlanan 21.03.2020 tarihli 65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesiyle; 65 yaş ve üstü bireylerle kronik akciğer hastalığı, astım, KOAH, kalp/damar hastalığı, böbrek, hipertansiyon ve karaciğer hastalığı olanlara yönelik önlemler alınmıştır. Ayrıca bağımsızlık sistemini baskılayan ilaçları kullanan bireylerin ikametlerinden dışarı çıkmaları, açık alanlarda, parklarda dolaşmaları ve toplu ulaşım araçlarıyla seyahat etmeleri sınırlandırılmıştır (İçişleri Bakanlığı, 2020). Yine aynı genelgeyle sokağa çıkma kısıtlaması bulunan bireylerin mağdur olmaması; temel ihtiyaçlarının karşılanması için vali/kaymakamların başkanlığında "Vefa Sosyal Destek Grupları" oluşturulmuştur (İçişleri Bakanlığı, 2020). Bu bireylerin ihtiyaçları ise 112, 155, 156 numaraları üzerinden alınmaya başlamış, gruplarda vali/kaymakamlar tarafından belirlenen kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri, AFAD, Kızılay, diğer sivil toplum örgütlerinin temsilcileri ve yerel yönetim temsilcileri yer almıştır.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Toplumun büyük bir kısmı pandemi sürecinin güçlüklerini azaltabilmek adına vefa sosyal destek gruplarının hizmetlerinden yararlanmış ve 11.02.2022 tarihli yapılan açıklamada “vefa grupları aracılığıyla 22,7 milyon bireye hizmet götürüldüğü İçişleri Bakanlığı tarafından paylaşılmıştır (<https://www.icisleri.gov.tr/arama/ara/vefa%20sosyal>).

TOPLUM TEMELLİ YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

Toplum içerisinde yaşamak, sağlığı geliştirmede, iyileşme ve bütünlüğü korumada etkili bir güç olmakla birlikte özellikle zihinsel sağlık alanında toplumsal katılım, zihinsel hastalık veya rahatsızlık konusunda hassas ve kırılabilir bireylerin öz benliğini kazanması noktasında kritik bir faktördür (Rich, 2010). Toplum temelli bakım ise, yaşlılık alanında yaşlıların kendi toplumlarında yaşama ve hayatlarını devam ettirmelerine izin veren bakım seçenekleriyle ilgilidir. Toplum temelli bakım yalnızca bir çeşit bakım modelini oluşturmamakla birlikte farklı yapıda bakım seçeneklerinin bir dizisini kapsayabilmektedir.

Toplum temelli bakım mümkün olduğu kadar yerel kaynaklar kullanılarak yerel bilgi ve deneyimler ışığında yaşlı bireylere sürdürülebilir ve özgün bakım seçeneklerinin sunulmasını amaçlamaktadır (Ritchie, 2000). Toplum temelli bakım, sağlık ve sosyal hizmetlerin resmi veya gayri resmi birey, grup veya topluluklar tarafından evde veya kendi çevresi içinde olacak şekilde ihtiyaç duyan bireyin işlevselliğini, konforunu ve sağlığını geliştirici, rehabilite edici şekilde sağlanması olarak da ele alınmaktadır (Ogunmefun vd., 2012). Yapılan bir araştırmada ev ve toplum temelli bakım hizmetlerinin kullanımındaki artışın, bakım evi ve huzur evi kurumsal bakım hizmetlerinin kullanımında azalışa neden olduğu ve toplum temelli bakım hizmetlerinin kurumsal bakım seçeneklerine göre daha az maliyetli olduğu yönünde bulgulara rastlanmıştır (Kane vd., 2013). Güler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da kurumlarda sağlanan bakım hizmetlerinin yüksek maliyetli olduğu ve yaşlıların kendi yaşam alanından kopmadan gerekli destek hizmetlerinin sağlanmasının yararlı olacağı yönünde benzer bir bilgi paylaşımına yer verilmiştir (Güler vd., 2019).

Yaşlı bireyler yaşam deneyimleri, kültürel geçmişleri, genleri ve sağlık hikayelerinde var olan farklılıklara bağlı olarak çeşitli gereksinimlere ihtiyaç duyabilmektedirler. Bu noktada özellikle toplum temelli yaşlı bakım hizmetleri, yaşlıların kendi ortamlarında ihtiyaçlarına cevap veren olanaklar sağlayabilmektedir. Sosyal hizmet alanında kullanılan tıbbi modelin yerini sosyal modele bırakması ile ayakta ve evde tedavi birimleri, evde destek hizmetleri gibi birimler aracılığıyla bakım hizmetlerinde eve ve topluma doğru bir kayma yaşanmıştır (Simmons, 1994). Bu geçişle birlikte özellikle refah uygulamaları kapsamında devletler yaşlılara yönelik sosyal politika uygulamalarını, mali kaygılar ve yaşlı katılımını artırması gerekçeleriyle tercih etmeye başlamışlardır.

Kurumsal bakım hizmetlerinde bakımı sağlanan yaşlı birey, toplum temelli bakım hizmetlerinde doğrudan dışarıdan destek alabilmekte ve kendi bakımını sağlayan konumunda yer almaktadır (Ritchie, 2000). Toplum temelli bakım hizmetlerinde yaşlı birey, kendi bakım seçeneklerini oluşturulması için teşvik edilirken kurumsal bakım hizmetlerinde yaşlı birey, kaldığı veya kalacağı kurumun bakım seçeneklerine uyum sağlamak zorunda kalabilmektedir. Kamu kurumları, sivil toplum örgütleri ve yerel yönetimler kurumsal bakım hizmeti alanında bakım hizmeti veren konumunda iken toplum temelli bakım hizmetlerinde bu yapılanmalar “güçlendiren” konumuna ve rolüne geçmektedir (Ritchie, 2000). Örneğin bir sivil toplum örgütü yaşlılara yönelik materyal desteği sağlıyorsa (örneğin mülteci kampında yemek desteği gibi) toplum temelli bakım hizmetleri konusunda güçlendirici bir rol üstlendiği anlamına gelmektedir. Güçlendirme yaklaşımı temelinde uygulanan bu toplum temelli yaşlı bakım hizmetleri yaşlı bireyin kendi yaşam sürecindeki bireysel kararlılığı ve içinde bulunduğu topluma demokratik katılımını kapsamaktadır.

Yaşlı bireyler için diğer aile üyeleriyle birlikte kendi evlerinde ya da çocukları gibi yakın akrabalarının yanlarında yaşamlarını sürdürmeleri düşük maliyetli bir yaşam biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle doğu kültürlerinde sıkça rastlanan bu durum akrabaları bulunan yaşlılar için büyük bir sorumluluk olarak değerlendirilebilir. Avrupa ve Kuzey Amerika’da, yaşlılar son yıllarını yalnız veya eşyle birlikte geçirirken, gerekli durumlarda bakım evlerine yakın olacak ve kısa bir süre içinde hizmet alabilecek mesafede yaşamlarını sürdürmeye devam edebilmektedirler. Bu durum tüm Avrupa’da kademeli olarak görülen bir durumdur (Warpenius vd., 2015). Geleneksel kültür, engelli ve yaşlı bireylerinin bakımlarının aile bireyleri tarafından karşılanmasını talep etmekte; resmi kurumlar

aracılığıyla uzun dönem bakım noktasında yaşlı bireylerin çocuklarının çekince duydukları, toplumsal bir eleştiriyi karşılayabilecekleri düşüncesine sahip olmaları ve ebeveynlerine duydukları saygı olarak ön plana çıkmaktadır (Hsu ve Chen, 2019).

Türkiye’de Toplum Temelli Yaşlı Destek Uygulamaları

Toplum temelli yaşlı bakım uygulamalarının temel hedefi yaşlının kendi yaşam alanında ve sosyal çevresinde kalarak yaşamını sürdürmesidir. Aynı zamanda toplumsal bakım olarak da bilinen toplum temelli uygulamalar; günlük yetişkin bakımını, yemek desteğini, yaşlı hizmetlerini, ulaşım ve diğer destek hizmetlerini kapsamaktadır (Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu, 2017). Bu kapsamda toplum temelli yaşlı bakım uygulamalar merkezi yönetim, yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri tarafından desteklenmektedir.

Bu kapsamdaki toplum temelli uygulamalar Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı uygulamalarında öne çıkmaktadır. Ayrıca geliştirilen mevzuat süreci herkes ve her kurum için geçerliliğini korumaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sürdürülen ve öne çıkan hizmetler; evde bakım hizmeti, 2022 sayılı yasa kapsamında ödenen yaşlılık aylığı, Yaşlı Destek Programı (YADES) ve Yaşlı Hizmet Merkezleri şeklindedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülen ve öne çıkan hizmetler ise; evde sağlık bakım hizmeti ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)’dir. Yaşlıların fiziksel hareketlilik düzeylerinin gerilemiş olması da dikkate alındığında evde sağlık hizmetlerinin potansiyel yararlanıcılarının yaşlılardan oluştuğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Aynı zaman TRSMler aracılığıyla da toplumun tüm kesimlerine olduğu gibi yaşlılara yönelik de rehabilite edici, iyileştirici uygulamalar söz konusudur.

Yerel yönetimler tarafından sağlanan toplum temelli yaşlı destek uygulamaları belediyeler tarafından sürdürülmekte özellikle de büyükşehir belediyelerine bu doğrultuda sorumluluklar verilmiştir. Yaşlılara yönelik ücretsiz veya indirimli seyahat hizmetlerinin sağlanması yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca özellikle yaşlılara yönelik olarak temizlik hizmetleri, yemek hizmetleri, genel sağlık hizmetleri ve psikolojik destek hizmetleri de söz konusudur.

Sivil toplum örgütleri tarafından sağlanan toplum temelli yaşlı destek uygulamaları ise toplumsal katılımı sürdürmek ve yaşlıların kendilerini daha iyi hissetmeleri açısından son derece önemlidir. Her ne kadar sivil toplum örgütlenmeleri yaygınlaşsa da Türkiye açısından yaşlı ve çocuklara yönelik faaliyet gösteren toplam dernek sayısı 314; tüm faaliyet alanları içinde ise % 0,26’lık bir ağırlığa sahiptir (Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü 2022). Faaliyet gösteren yaşlılık odaklı sivil toplum örgütlerinin yaygınlaşması ve etkinliklerinin artması gerekirken günümüzde ön plana çıkmış; geriatri ve gerontolojik temelde dernekler varlık göstermektedir. Ayrıca sivil toplum örgütlerinin dışında üniversiteler bünyesinde faaliyet gösteren yaşlı çalışmalarını odak alan uygulama ve araştırma merkezleri kurulmuştur.

SONUÇ

Aileler, sosyal temasın ve günlük etkileşimlerin merkezi kaynağı olmakla Covid-19 virüsünün yayılımı için potansiyel bir kaynak olarak ifade edilmektedir (Stokes ve Patterson, 2020). Bu kapsamda tüm insanları oldukça zorlayan, yaşam standartlarını değiştiren ve yeni yaşam becerileri edinme gerekliliği doğuran bir süreç olmuştur. Dezavantajlı nüfus gruplarının yaşadığı güçlüklerin artış göstermesiyle özellikle de risk grubunda bulunan engelliler ve yaşlıların destek gereksinimi daha görünür bir noktaya gelmiştir. Bu doğrultuda mevcut durumda var olan ve öne çıkan yaşlı destek uygulamaları pandemi sürecinde de aktif bir şekilde sürdürülmüştür. Tüm bunlarla birlikte yaşlı refahını önceleyen ve yaşlı yaşamını kolaylaştırmayı hedefleyen “Vefa Sosyal Destek Grupları” uygulaması toplum temelli bir politika olarak uygulanmıştır. Yaşlılara yönelik sosyal politika uygulamalarının her yönüyle çoğalması gerekirken özellikle pandemi koşullarında yaşlıların yerinde kalmaları ve yaşam alanlarında daha rahat kalabilmeleri vefa sosyal destek gruplarının katkısıyla da gerçekleştirilebilmiştir. 65 yaş ve üstündeki nüfusun oranının 2018 yılında % 8,7 olarak belirlendiği, 2023’te yaşlı nüfus beklentisinin % 10,2, 2040’da % 16,3, 2060’ta % 22,6, 2080’de ise % 25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2018). Türkiye açısından paylaşılan istatistiksel bu veri de yaşlılara yönelik politika arayışını ve gereksinimini açıklar niteliktedir. Vefa Sosyal Destek Gruplarının

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

yaygınlaştırılması ve pandemi sonrasında da devam etmesi gereken bir politika aracı olduğu düşünülmektedir. Bu işleyişi sürdürürken nitelikli meslek elemanları aracılığıyla sürdürülmesinin beklenen yararı artıracağı ön görülmektedir. Bir diğer öneriyle Aile Sosyal Destek Programı (ASDEP) uygulamasını yeniden değerlendirilerek Vefa Sosyal Destek Uygulamalarını da içerecek şekilde revize edilmesi de yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. *Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu, 2017*. Erişim Adresi: <https://www.aile.gov.tr/media/9334/tuerkiye-de-ya%C5%9Fl%C4%B1-bak%C4%B1m-hizmetleri-avrupa-dan-en-iyi-uygulama-ornekleri-ve-tuerkiye-i%C3%A7in-bir-model-tasar%C4%B1m%C4%B1-proje-kitab%C4%B1.pdf> Erişim Tarihi: 03.03.2022
- Armitage, R., & Nellums, L.B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., . . . Wahl, H.-W. (2020). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1-4.
- Gürer, A., Çırpan, F.K. ve Özlen, N.A. (2019). Yaşlı bakım hizmetleri. *Journal of Health Services and Education*, 3(1), 1-6.
- Ehni, H.J., & Wahl, H.-W. (2020). Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 515-525.
- Hawkley L.C. ve Cacioppo JT. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40 (2), 218-227.
- Hsu, H.-C., & Chen, C.-F. (2019). LTC 2.0: The 2017 reform of home- and community-based long-term care in Taiwan. *Health Policy*, 123, 912-916.
- İçişleri Bakanlığı. *65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi*. Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsizligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi> Erişim Tarihi: 04.03.2021
- İçişleri Bakanlığı. *Vefa Sosyal Destek Grupları*. Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/arama/ara/vefa%20sosyal> Erişim Tarihi: 04.03.2022
- Kane, R. L., Lum, T. Y., Kane, R. A., Homyak, P., Parashuram, S., & Wysocki, A. (2013). Does Home- and Community-Based Care Affect Nursing Home Use? *Journal of Aging & Social Policy*, 25(2), 146-160.
- Makaroun, L. K., Bachrach, R. L., & Rosland, A.-M. (2020). Elder Abuse in the Time of COVID-19 Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. *Am J of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 876-880. doi:https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017
- Morrow-Howell, N., Galucia, N., & Swinford, E. (2020). Recovering from the COVID-19 Pandemic: A Focus on Older Adults. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 526-535.
- Nascimento, M. d. (2020). Covid-19: U3A students' report on the impacts of social isolation on physical and mental health and access to information about the virus during the pandemic. *Educational Gerontology*, 46(9), 499-511.
- Ogunmefun, C., Friedman, I., Mothibe, N., & Mbatha, T. (2012). A national audit of home and community-based care (HCBC) organisations in South Africa. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 7(4), 327-337. doi:10.1080/17450128.2012.673754
- Rich, C. H. (2010). Mental İllness in Madagaskar: A Model of Community-Based Care. *Journal of Pastoral Theology*, 20(2), 128-151.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Ritchie, M. A. (2000). Social capacity, sustainable development, and older people: Lessons from community-based care in Southeast Asia. *Development in Practice*, 10(5), 638-649. doi:10.1080/09614520020008814
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 1-4. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433
- Simmons, J. (1994). Community Based Care. *Social Work in Health Care*, 20(1), 35-46. doi:10.1300/J010v20n01_06
- Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü. *Dernek İstatistikleri*. Erişim Adresi: <https://www.siviltoplum.gov.tr/derneklerin-faaliyet-alanlarina-gore-dagilimi> Erişim Tarihi: 11.03.2022
- Stokes, J. E., & Patterson, S. E. (2020). Intergenerational Relationships, Family Caregiving Policy, and COVID-19 in the United States. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 416-424.
- Tuna Uysal, M. (2020). Yaşlı bireylerin sosyalleşmesinde dijital teknolojinin rolü: dijital yaşlılar üzerine bir çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (50), 43-59.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018). Nüfus Projeksiyonları 2018-2080. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567> Erişim Tarihi: 11.03.2022
- Warpenius, E., Alasaarela, E., Sorvoja, H., & Kinnunen, M. (2015). A mobile user-interface for elderly care from the perspective of relatives. *Informatics for Health and Social Care*, 40(2), 113-124.

YAŞLI BAKIM POLİTİKALARINDA ÇİN VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

Öğr. Gör. Uğur ATALAR¹,

¹Kahramanmaraş İstiklal Üniversitesi, Elbistan Sağlık Hizmetleri MYO, Yaşlı Bakımı Pr., Türkiye

Öğr. Gör. Dr. Barış DEMİREL²

²Kırıkkale Üniversitesi, Delice MYO, Sosyal Hizmetler Pr., Türkiye

ÖZET

Günümüzde sanayi toplumu olarak nitelendirdiğimiz yapının yaygınlaşması yaşam biçimlerinde, aile üyelerinin istihdama katılımında, aile içi rol ve sorumluluklarda, çocuk bakımı, yaşlı bakımı vb. konularda yeniden değerlendirme yapılması zorunluluğunu doğurmuştur. Konumuz bağlamında geleneksel toplum ve aile örgütlenmelerinde yaşlı bakımı aile tarafından özellikle de kadın tarafından sürdürülmekteyken günümüzde yaşlı bakımı noktasında kurumsal politikalara duyulan gereksinim öne çıkmaktadır. Bu durum ailede yaşlı bakımından sorumlu görülen kadının istihdama girmesi ve ortalama yaşam süresinin uzamasıyla ilişkili olarak düşünülebilir. Dolayısıyla yaşlıların artan ve çeşitlenen gereksinimlerine cevap verebilmek adına yaşlı bakımının temel alındığı politikalar dünya genelinde gelişim göstermektedir.

Çin ve Türkiye ülkelerinin yaşlı bakım politikalarının referans alınarak bir değerlendirmede bulunulmasının gerekçesi; her iki toplum yapısında yaşlının saygınlık, bilgelik ve tecrübe kaynağı olarak görülmesidir. Yani her iki ülke açısından yaşlılara yönelik değerlendirmeler daha olumlu olarak görülebilir. Diğer taraftan iki ülkenin yaşlı bakım politikalarına bakıldığında yaşlıya yönelik bakım hizmetlerinin aile odaklı desteklenmesi ön plana çıkmaktadır. Bu durum, yaşlının sosyal çevresinin korunması açısından destekleyici olarak değerlendirilebilir. Ancak mutlaka, aile odağının dışında kurumsal bakım politikalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Çin ve Türkiye'nin yaşlı bakımı konusundaki eylem planları karşılaştırıldığında; Çin'in yaşlı bakımı sağlayan kurumları, örgütleri ve bireyleri desteklediği, yaşlı bakımının sağlanmasında vatandaşlarını birincil derecede sorumlu tuttuğu ve devletin bu alanı özel sektöre bırakarak ekonomik faydayı öncelikli kıldığı görülmektedir. Çin hükümeti daha çok planlama, rehberlik, danışmanlık ve süpervizörlük sorumluluğunu üstlenmektedir. Türkiye'nin eylem planında ise yaşlılara yönelik ücretsiz sosyal ve sağlık desteklerinin sağlanmasına öncelik verildiği, yaşlı bakımı konusunda devletin çok daha fazla rol üstlendiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çin ve Türkiye'de yaşlı politikaları, yaşlı, yaşlı bakımı.

COMPARISON OF CHINA AND TURKEY IN ELDERLY CARE POLICIES

ABSTRACT

The prevalence of the structure that we describe as an industrial society today has an impact on lifestyles, the participation of family members in employment, family roles and responsibilities, child care, elderly care, etc. necessitated a re-evaluation of the issues. In the context of our subject, while elderly care is carried out by the family, especially by women, in traditional society and family organizations, today the need for institutional policies in elderly care comes to the fore. This situation can be thought of as related to the employment of the woman who is responsible for the care of the elderly in the family and the prolongation of the average life expectancy. Therefore, in order to

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

respond to the increasing and diversifying needs of the elderly, policies based on elderly care are developing around the world.

The rationale for making an assessment with reference to the elderly care policies of China and Turkey; In both societies, the elderly are seen as a source of dignity, wisdom and experience. In other words, the evaluations for the elderly can be seen as more positive for both countries. On the other hand, when we look at the elderly care policies of the two countries, family-oriented support of care services for the elderly comes to the fore. This situation can be evaluated as supportive in terms of protecting the social environment of the elderly. However, institutional care policies should be expanded beyond the family focus.

When the action plans of China and Turkey on elderly care are compared; It is seen that China supports institutions, organizations and individuals providing elderly care, holds its citizens primarily responsible for the provision of elderly care, and the state leaves this area to the private sector and prioritizes economic benefit. The Chinese government assumes more responsibility for planning, guiding, consulting and supervising. In Turkey's action plan, on the other hand, it is seen that providing free social and health support to the elderly is given priority, and the state assumes a much greater role in elderly care.

Keywords: Elderly, elderly care, elderly policies in China and Turkey.

GİRİŞ

Yaşlanan nüfus, endüstrileşen toplumların genel bir özelliğidir. Toplumların endüstrileşmesiyle birlikte içinde yer alan yaşlı nüfus da gitgide artış göstermektedir. Bu sebeple ülkelerin yaşlı bireylere bakış açısı ve yaşlı bireylere yönelik geliştirilen politikalar gün geçtikçe daha da önemli hale gelmektedir. Yaşlıların yaşadığı zorluklar, uzun süre politikaların doğrudan konusu olmamış fakat bugün birçok toplumda temel bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (Zastrow, 2015).

Yaşlı nüfusun artışında savaşların azalması, salgın hastalıkların tedavisi, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve bebek ölümlerinin azalması gibi faktörlerin belirleyici olduğu ifade edilebilir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010). Sağlıklı beslenme, sağlık ve bakım politikalarının daha iyi bir noktaya gelmesi, genç yetişkinlik döneminden itibaren yaşlanmaya dair daha bilinçli bir davranış ve tutum geliştirilmesi yaşlı nüfusundaki artışın diğer nedenleri olarak sayılabilir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun artışı beraberinde “Yaşlı Bakım” alanını odak kılmış ve gelişmesine neden olmuştur. Genel olarak ifade etmek gerekirse 1950 yılında 60 yaş üstü bireylerin toplam nüfusun % 8’ine; 2000 yılında % 10’una karşılık geldiği; 2050 yılına gelindiğinde ise ortalama bir milyar bireyin 60 yaş ve üstünde olacağı, her beş bireyden birinin yaşlı olacağı öngörülmektedir (Mandıracıoğlu, 2010). Bir başka nüfus projeksiyonuna göre Çin’in de içinde yer aldığı gelişmekte olan ekonomiler grubu ülkelerinde 2020 yılından 2050 yılına ulaşıldığında bağımlı-yaşlı nüfusunun % 30’dan % 50’ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (<https://hbs.unctad.org/age-structure/>). Bu çalışmada, uyguladığı katı nüfus politikası sebebiyle dünyada en çok yaşlıya sahip ülkelerden Çin ve son yıllarda gelişmişlik düzeyiyle buna paralel olarak yaşlı nüfusunda belirgin bir artış gözlenen Türkiye’nin yaşlı bakım politikaları karşılaştırılmaktadır.

ÇİN’DE YAŞLILIK VE YAŞLI BAKIMI

Çin, 1980’lerden itibaren uygulamaya koyduğu tek çocuk politikasıyla nüfus artışını kontrol altına almaya çalışmıştır. Çin’in uyguladığı tek çocuk politikası belli bir süre sürdürülebilir olsa da çalışma çağındaki nüfus oranının giderek azalması neticesinde 2021 yılında bu politikanın üç çocuğa kadar destekleneceği şeklinde değiştirildiğine yer verilmiştir (Anadolu Ajansı). 60 yaş üzeri nüfusun 2020 yılında % 18,7 oranına ulaşması bu politika değişikliğinde belirleyici olmuştur. Resmi verilere göre Çin’deki 60 yaş üstü yaşlı sayısı 2012 sonunda 194 milyon kişi ile dünyada birinci sırada yer almıştır.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

2020 yılı verilerinde ise 60 ve üzeri yaştakilerin oranı toplam Çin nüfusun içinde % 18,7'ye ulaşmış durumdadır (Anadolu Ajansı). Yaşlılığı 65 yaş alt sınırında değerlendirdiğimizde ise 2020 yılı verileriyle Çin'in % 8,3'ünün 65-74 yaş; % 3,7'sinin ise 75 yaşın üzerinde olduğu görülmektedir (<https://hbs.unctad.org/age-structure/>). Sayı yıllık olarak 10 milyon artmakta ve 2053 yılı itibarıyla, 487 milyon olması beklenmekte, bu sayının da Çin'in toplam nüfusunun % 35'ine karşılık geleceği öngörülmektedir (Song, 2014).

2010 yılında yapılan bir araştırmada tek başına yaşayan yaşlıların bulunduğu hane sayısının 2030 ve 2050 yıllarında 2000 yılında olduğundan 1,94-1,95 ve 2,86-2,91 kat daha fazla olacağı; aynı hanede başka herhangi bir birey olmadan yaşayan yaşlı çiftin bulunduğu hane sayısının 2030 ve 2050 yıllarında 2000 yılında olduğundan 2,3-2,4 ve 3,0-3,4 kat daha fazla olacağı; son olarak da içinde 65 yaş üstü en az bir yaşlının bulunduğu hane sayısının 2030 ve 2050 yıllarında 2000 yılında olduğundan % 35,4-% 36,0 ve % 83,3-% 96,1 daha fazla olacağı ön görülmektedir (Zeng, 2010).

Birleşmiş Milletler ESCAP'ın yaşlı bakımıyla ilgili yaptığı çalışmada belirtildiği gibi Çin'de bulunan yaşlıların % 18,6'sı günlük yaşam aktiviteleri için yardıma ihtiyaç duymaktadır. Yine aynı raporda kısmi veya tam engelli yaşlıların sayısının 2013 yılında 37,5 milyon kişi olduğu ve bu sayının 2053 yılında 100 milyonu bulabileceği ifade edilmiştir (Social and Economic Commission for Asia and Pasific, 2015).

1980'lerden bu yana uygulanan tek çocuk politikası, yaşlı bireylere yönelik geleneksel aile desteğinin azalmasına sebep olmuştur. Bu sebeple uzun dönem bakım için topluma ve devlete olan talepte bir artış gözlenmiştir. Bu dönemden itibaren özellikle sağlık bakım reformları komünizm etkisi altındaki merkezi planlamadan serbest piyasaya doğru bir kayma gerçekleştirmiştir (Zhan, 2005). Çin'de genel aile yapıları incelendiğinde ise, genellikle hanede gelir getiren kişinin çocukları olduğu ve yaşlı bakımının yaşlının çocukları veya akrabaları tarafından sağlandığı görülmektedir. Çin'deki yaşlıların % 57'sinin çocuklarının, hanenin geçimini sağladığı bilinmektedir (Li, 1998). Bu sebeple ailenin yaşlı bakımının ana kaynağı olarak değerlendirilmesi mümkündür.

Tek çocuk olan bireyler ise, yaşlılara yönelik bakımı zorlukla yerine getirebilmektedirler (Social and Economic Commission for Asia and Pasific, 2015). Özellikle yaşlı bireylerin sayısındaki artışı ve yaşlı bireylerin çocuklarından ayrı yaşadığı durumlarda bu bireyler günlük yaşam aktivitelerinde bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Çin'de 2010 yılında yapılan nüfus sayımında 2000 yılında % 9,2 olan 80 yaş ve üstü nüfus oranının % 11,8'e yükseldiği; bu yaşlıların birçoğunun günlük yaşam aktivitelerinde yine bakıma ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (Zhang vd., 2009). Çin'de yaşlı bakımının ana kaynaklarını genel olarak: aileler, hasta bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri ve günlük bakım merkezleri şeklinde sıralamak mümkündür. Bakım mekanizmaları aşağıda yer alan üç başlıkta incelenmektedir.

Evde Bakım Hizmetleri: Evde bakım hizmetleri kısmi veya birçok rahatsızlığı bulunan yaşlıların ilk tercihi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bakım türü, aile bireyleri tarafından verilen enformel bakımı ve profesyonel bakım elemanları tarafından verilen formel bakımı içermektedir.

Toplum Bakım Hizmetleri: Bu bakım türü yaşlılara yönelik günlük bakım merkezlerini, toplum bakım yönetim merkezleri, toplum sağlık hizmetleri merkezi ve yemek hizmetlerini kapsamaktadır.

Kurumsal Bakım Hizmetleri: Kurumsal bakım hizmetleri, kırsal kesimde bakım hizmeti veren hasta bakım evlerini, yaşlı bireylere yönelik yurtları, ölümcül hastaların ölene kadar bakıldığı bakımevlerini ve bunun gibi yaşlılara yönelik hizmet veren diğer kurumların hizmetlerini kapsamaktadır.

Süreç ve Uygulamalar

Çin'de 60 yaşın üzerindeki, yaşlı birey olarak nitelendirilmektedir. İş gücü fazlası bulunması sebebiyle emeklilik cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde emeklilik yaşı, hastalık durumuna bağlı olarak 55-60 yaş olarak belirlenmişken, bu durum kadınların emekliliğinde ortalama

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

10 yaş daha erken olarak tespit edilmiştir. Fakat bu durum yüksek statüde yer alan kadınlar (örneğin profesörler) için geçerli değildir (Song, 2014). 2012 yılının sonunda Çin Hükümeti tarafından Yaşlı Bireylerin Faydalarını ve Haklarını Koruma yasası yeniden düzenlenmiş ve yasada bakımla ilgili şu maddelere yer verilmiştir (Social and Economic Commission for Asia and Pasific, 2015):

- a) *Aile ve diğer bakım verenler hasta yaşlılara zamanında tedaviyi sağlamalı ve ekonomik anlamda güçlük çeken yaşlıların maliyetlerinin sorumluluğunu üstlenmelidir.*
- b) *Kırsal ve kentsel bölgelerde toplumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik duyulan ihtiyaç ve günlük bakım, sağlık bakımı, ruhsal destek, zihinsel sağlık danışmanlığı hizmetleri veren kurumlar, örgütler ve bireylerin cesaretlendirilmesi ve desteklenmesi öngörülmektedir.*

Çin’de yaşlılar huzurevinde kalmak için ödeyecekleri ücreti kendileri karşılayabilecek durumda olsalar dahi, bu ücretin ödenmesi konusunda çocuklarının yaşlı bireylere kefil olması yasal bir gerekliliktir. Yukarıdaki bahsedilen toplumsal bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve kurumsal bakım hizmetlerinin maliyetleri yine yaşlı veya yaşlının genellikle çocukları veya eşi olmak üzere akrabaları tarafından karşılanmaktadır. Bu bakım hizmetleri ise yerel yönetimler tarafından organize edilmektedir (Wu vd., 2008).

Çin yasalarında sadece tek çocuğunu kaybetmiş yaşlılar ve engelli yaşlılar yardıma muhtaç kişiler olarak yer almaktadır (Song, 2014). Ancak bu muhtaç kişilere yönelik doğrudan yardımlar bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. 2013 yılı itibarıyla 18 bölgede 80 yaş üzeri yaşlılara yönelik yardım yapıldığı, 22 bölgede yoksulluk içerisinde bulunan yaşlılara yönelik parasal destek sağlandığı Çin’in ilgili bakanlığı tarafından açıklanmıştır (Social and Economic Commission for Asia and Pasific, 2015).

Çin hükümeti “Five Guarantee System” isimli hizmetiyle birlikte yaşlılara yiyecek, giyim, barınma, sağlık bakımı ve ölümden sonra defin hizmetleri vermektedir. Ancak bu hizmetlerden faydalanmak için üç şartın bulunması gerekmektedir. Bu şartlar; çalışamayacak durumda olmak, herhangi bir gelir kaynağından yoksun olmak ve destek veya bakım sağlayabilecek herhangi bir çocuğa veya yakına sahip olmamak şeklindedir (Wu vd., 2008).

Çin hükümetinin 2011 yılında açıkladığı 12. Beş Yıllık kalkınma planında ise yaşlı bakımıyla ilgili geriatrik hastaneler, geriatrik rehabilitasyon hastaneleri, genel hastanelerin geriatrik birimlerinin kurulmasıyla birlikte yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin gelişmesinin sağlanması; kronik hastalıkları önleme hizmetlerinin sağlanması, yaşlı bireylerin bu konuda farkındalıkların artırılması ve yıllık genel kontrollerinin yaptırılması konusunda desteklenmesi; yaşlıların fiziksel aktivite konusunda farkındalık kazanmalarının sağlanması ve sağlık bakımı konusunda bilgilendirilmelerinin sağlanması amaçlarını içeren maddelere yer verilmiştir.

Çin hükümetinin 2021-2025 yıllarını kapsayan 14. kalkınma planında ise “uzun vadeli ve dengeli nüfus gelişimini teşvik etmek ve yaşlı bakımına odaklanarak nüfus hizmetlerini iyileştirmek için revize edilmiş doğum politikaları da dahil olmak üzere uzun vadeli bir nüfus stratejisi geliştirilecektir” hükmüne yer verilmiştir. Bu hükümle yaşlı bakımına vurgu yapılırken beraberinde doğum politikasında da değişime gidildiği anlaşılmaktadır. Yine adı geçen kalkınma planında yaşlı bakımı (elderly care) başlığı altında “yaşlı bakım programlarının ve yaşlı bakım sektörlerinin koordinasyonu, temel yaşlı bakım hizmet sisteminin iyileştirilmesi, yaşlı bakım hizmetlerinin kamuya daha açık hale getirilmesi ve evde yaşlı bakımının desteklenmesine yönelik çalışmalar yapılarak, ev koordinasyonunu sağlayan bir yaşlı bakım hizmet sisteminin oluşturulması” kapsamında yaşlı bakımına yönelik politikalara ağırlık verileceği paylaşılmaktadır. Ayrıca devlet tarafından işletilen yaşlı bakım kurumlarında hizmet kapasitelerini ve kalitelerini artırmak için reform yapılması, devlet tarafından finanse edilen yaşlı bakım kurumlarını özel sektörün yönetmeye teşvik edilmesi, kamuya açık yaşlı bakımı için devlet-şirket ortaklıklarının başlatılması ve politika desteği sağlanması

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

değerlendirilmektedir. Son önemli vurgu ise yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerini iyileştirmek için tıbbi bakım ve sağlık hizmetlerinin daha iyi entegre edilmesi, yaşlı hemşireliği için özel eğitimlerin yoğunlaştırılmasının planlandığına yer verilmektedir. Demanslı yaşlıların bakım ihtiyaçlarının daha iyi karşılanabilmesi içinse yaşlı bakım kurumlarındaki ayrılan oranın % 55'e çıkarılması" hedeflenmektedir.

Çin'de belirli bakanlıklar bulunmasına rağmen, mevzuat bölgelere göre farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle özellikle Çin'de var olan emekliliği teşvik etme politikasının yanında Heilongjiang, Anhui and Qinghai gibi bazı iller yaşlı bakımı konusunda sosyal önlemler almışlardır (Social and Economic Commission for Asia and Pasific, 2015). Bununla beraber özellikle nüfusun büyük çoğunluğunun yaşamını sürdürdüğü (nüfusun üçte ikisi) kırsal kesimde yaşayan bireylerin tamamını kapsayan herhangi bir emeklilik sistemi bulunmamaktadır (Liu, 2014). Emeklilik sistemi bulunanların sağlık ödemeleri devlet tarafından karşılanırken; herhangi bir işte çalışmayan veya düzenli bir geliri bulunmayan kişilerin sağlık ödemelerinin kendileri tarafından gerçekleştirilmesi beklenmektedir (Zhan, 2005). Ayrıca kişinin nerede çalıştığı ve nerede yaşadığı, yapacağı harcamaları belirlemektedir. Bu eşitsizlik durumu bölgesel farklılıklar, istihdam farklılıkları, kentsel ve kırsal farklılıklardan meydana gelmektedir (Zhan, 2005).

Herhangi bir engeli bulunmayan yaşlı bireylere yönelik sunulan bakım hizmetleri, bakım verenler için herhangi bir emeklilik sistemi içermemektedir. Bu nedenle genellikle Çin'de erkekler çalışmakta, kadınlar ise bakım veren durumundadırlar (Zhan, 2005). Kırsal kesimde yaşayan bireylere yönelik uygulanan "İleri Yaş Sigortası" ülkenin henüz yeterince gelişmediği gerekçesiyle 1998 yılında sonlandırılmış olup Çin hükümeti tarafından 2010 yılında "Kırsal İleri Yaş Sigortası"na dönüştürülmüştür (Zeng, 2010). Bugün Çin'de, 60 yaş ve üzerindeki tüm kırsal kesimde yaşayanların yaşlılık aylığı alma hakkına sahip olduğu söylenebilir (Chen vd., 2021).

Çin'de huzurevi açma süreci birçok zorluğu içinde barındırmaktadır. Ancak yerel yönetimler tarafından açılan kurumsal bakım hizmetlerine ek olarak Çin hükümeti alan temini, personel maaşlarının ödenmesi, vergi indirimi gibi konularda özel girişimleri desteklemektedir (Wu vd., 2008). Çin'de devlet kurulu tarafından yayınlanan bazı belgelere göre hasta bakım evleri iş vergisinden, yaşlı bireylere yönelik kar amacı gütmeyen kurumlar ise gelir vergisinden muaf tutulmaktadır. Çin hükümeti, kendi yerel yönetimleri tarafından ekonomik olarak desteklenen bakım merkezleriyle birlikte kentsel ve kırsal kesimde özel bakım hizmetleri sunan firmalara yer temini, hızlı onay ve vergi indirimleri uygulayarak, yaşlıların bakım masraflarını azaltmayı planlamaktadır (Shobert, 2012). Devletin bakım konusundaki ilk tercihi yaşlının evde bakımının sağlanmasıdır. Bu nedenle özel huzurevi açma süreçleri zorlaştırılmıştır. Örneğin, yabancı bir firmanın Çin'de özel huzurevi açabilmesi için bu alanda çalışıyor olması ayrıca Sivil Sorunlar ve Sağlık Bakanlığı ile çalışma deneyimi bulunan bir firma bulması gerekliliği bulunmaktadır.

TÜRKİYE'DE YAŞLILIK VE YAŞLI BAKIMI

Dünya'da yaşlı nüfusun giderek artış göstermesine paralel olarak Türkiye'de de nüfusun giderek yaşlandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Buna ilişkin birkaç sayısal veriye bakıldığında; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2009 yılı verilerine göre; 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus, toplam nüfusun % 67,2'sini oluşturmaktadır (TÜİK, 2010). Toplam nüfusta yaşlıların oranı arttığı gibi, yaşam beklentisi de yükselmektedir. 1960'larda kadınlar için 54 yıl, erkekler için 51 yıl olan yaşam süresi 2011 yılı itibarıyla kadınlarda 72 yıl, erkeklerde ise 68 yıldır. 2019 yılı beklentileri ise kadınlar için 81,3; erkekler içinse 75,9 yaşa yükselmiştir (TÜİK, 2021). TÜİK, 2016 yılı verileri ışığında, ülkemizdeki 65 yaş üstü yaşlı bireylerin genel nüfus içindeki oranı 2012 yılında % 7,51 olarak belirlenmişken bu durumun 2050 yılında % 20,8'e 2075 yılında ise % 27,7'ye ulaşabileceği öngörülmektedir (TÜİK).

Süreç ve Uygulamalar

1982 Anayasasının 61. maddesinde Sosyal Hizmetler kapsamına giren nüfus grupları açık bir şekilde belirlenmiş; korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona gereksinimi olan çocuk olmak üzere engelli ve yaşlılara öncelik tanıyarak, devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmünü getirmiştir. 03.06.2011 tarihinde 633 sayılı “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile oluşan yeni teşkilatlanma sonucu, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. Günümüzde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının ismi Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; ilgili Genel Müdürlüğün ismi ise “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak revize edilmiş ve mevcut daire başkanlığı yaşlı hizmetlerini yürütmeye devam etmektedir.

Yaşlı bakım alanında belediyeler, yardıma gereksinimi olan yaşlıların barınması için huzurevi yapmakta, ücretsiz muayene ve ilaç yardımı yapmakta, gıda, yakacak, ev temizliği hizmetlerine destek olmakta, belediye otobüslerinden ücretsiz veya indirimli yararlanmalarını sağlamak gibi görevleri yerine getirmektedir. Ayrıca yaşlılara yönelik bazı formel ve enformel bakım seçenekleri bulunmaktadır. Ancak bu bakım seçenekleri bazı koşulları yerine getirmekle mümkün olmaktadır. Türkiye’deki bakım politikalarının yasal mevzuatı incelendiğinde ilk olarak bakıma muhtaç yaşlı bireylere yönelik kurumsal bakım hizmetleri olan; huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri akla gelmektedir. Huzurevlerine kabul koşulları, Huzurevleri ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'nin 53. Maddesinin (a) bendinde şu şekilde yer almaktadır. Bu koşullar; *60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak, kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak, ruh sağlığı yerinde olmak, bulaşıcı hastalığı olmamak, uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak ve sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak*, şeklindedir.

Huzurevlerinde kalması sosyal inceleme raporuyla uygun görülen yaşlıların ekonomik yoksunluk içinde olması durumunda ücretsiz; yaşlının ekonomik yoksunluğu söz konusu değilse kuruluştaki ücretli olarak kalabilmesi mümkündür. Ücretsiz kalan yaşlılar için harçlık, giyim yardımları yapılması, tedavilerinin sağlanması, sosyal etkinlikler için yol masraflarının karşılanması gibi durumlar yine aynı yönetmelikte yer almaktadır. Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerine kabul şartlarında ise huzurevlerinden farklı olarak *“bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle süreli ya da sürekli olarak özel ilgi, desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi olmak”* ifadesi yer almaktadır. Huzurevleri, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri yönetmeliğinin 81. maddesinde ise kurumda geçici ve gündüzlü bakım hizmetinden bahsedilmektedir. Bu madde ile gündüzlü bakım alan yaşlıların yol masrafları ve geçici süreli kalanların ücretlerinin ise yaşlı ya da yakınları tarafından ödenmesi şartı bulunmaktadır.

Ülkemizde 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun’un uygulamaları 1977 yılından beri devam etmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü tarafından 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamında ödenen aylıklar, 2012 yılından itibaren 633 sayılı KHK ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından ödenmektedir. Kendilerine aylık bağlanan yaşlıların sağlık giderleri de devlet tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca işsizliğin ve yoksulluğun belirgin olarak yaşandığı bölgelerde Aşevleri de Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından yaşlı bireylere günlük sıcak yemek verilmesi amacıyla işlev görmektedir. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Müdürlüğü (2012), Yaşlanma Ulusal Eylem Planının yaşlı bakımı ile ilgili yer verdiği bilgilere ise aşağıda yer verilmektedir. Buna göre;

- Kırsal kesimdeki yaşlıların yaşa bağlı sağlık sorunlarıyla ilgili periyodik sağlık taramalarının yapılması sağlanacaktır.
- 2022 sayılı kanun kapsamında kurum bakımı dışında kalan yaşlılara yapılan ödemelerin miktarı artırılabilecektir.
- Talep eden yaşlıların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi amacıyla düzenli olarak evlerinde kontrol edilmeleri ve gerekli hallerde ücretsiz olarak sağlık kuruluşlarına ulaşmaları sağlanacaktır.
- Yaşlılara yönelik evde bakım hizmet modelinin tanımlanması, standartlarının belirlenmesi ve evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılacaktır.
- Evinde yaşayan yaşlılara yönelik elektronik uyarı ya da yardım cihazlarıyla istedikleri hizmetlere ulaşabilecekleri acil çağrı merkezleri oluşturulacaktır.
- Bakıma muhtaçlık ve bakım hizmetleri kriterleri belirlenecektir.
- Yerel yönetimler ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yaşlılara hakları ve hizmetler konusunda verilen danışmanlık hizmetlerinin etkinliği artırılacak ve sürece gönüllü kuruluşların katılımı sağlanacaktır.
- Yoksul yaşlıların ekonomik olarak karşılanabilir sosyal konutlarda yaşaması sağlanacaktır. Yaşlılar için ekonomik olarak karşılanabilir konut imkanları ve bireysel tercihler de göz önüne alınarak toplum içinde “kendi ortamlarında yaşlanmasının” teşvik edilmesi planlanmaktadır.
- Konutların fiziki koşulları ve çevre düzenlemelerinin yaşlıların gündelik hayatlarını kolaylaştıracak şekilde planlanması için gerekli olan mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır.
- Ev ortamında yaşlıya bakan aile üyesinin psiko-sosyal ve maddi yönden desteklenmesi ve korunması sağlanacak, bu bireylere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilecektir. Yaşlı bireyler için geriatri hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla kronik (Alzheimer, MS, Diyabet vb.) hastalığı olan, tedavileri uzun süreli yatalı bakımı gerektiren ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan yaşlılar için hastanelerle bağlantılı merkezler oluşturulması sağlanacaktır.
- Ruh sağlığı yerinde olmayan, bulaşıcı hastalığı olan ve tütün, alkol ve madde bağımlısı olan yaşlıların bakımlarının sağlanması için hastanelerle bağlantılı kuruluşlar oluşturulması sağlanacaktır.

Türkiye Cumhuriyeti 11. kalkınma planında (2019-2023) ise yaşlı bakımına yönelik bazı temel hükümlere yer verilmiştir. 2015 yılında % 8 olan yaşlı nüfus oranının 2050’de iki katına çıkmasının beklenmesi de bu konudaki politikalara yer verilmesinin temel belirleyicisi olarak düşünülebilir. Yaşlı nüfusunun artışıyla artan gereksinimlerin ve yaşlı taleplerinin giderilebilmesi adına gerekli sağlık ve sosyal güvenlik önlemlerinin sürdürülmesine vurgu yapılmaktadır. Yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi özellikle de kırsal alanlarda bu hizmete ağırlık verileceği paylaşılmaktadır. Geriatri ve palyatif bakım sağlayan tesislerin artırılması, yaşlı bakım alanında çalışan personellerin niteliği ve niceliğinin artırılması, uzun süreli bakım-sağlık ve diğer hizmetlerden yararlanarak kaliteli bir yaşlanma süreci için gerekli adımların atılması yönünde eğilimler olduğu anlaşılmaktadır. Uzun süreli bakıma gereksinimi olan yaşlılar için alternatif bakım modelleri geliştirilmesi ve yaşlı yoksulluğu bağlamında özellikle kırsal alanlarda yaşayan yaşlılara öncelik verilerek hizmetlerin sürdürüleceğine yer verilmektedir.

ÇİN VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

Yakın aile ilişkilerinin vurgulandığı kültürlerde olduğu gibi Çin ve Türkiye’de de yaşlılara bakmak ailelerin yükümlülüğünde görülmektedir. Ancak her iki ülke yaşlı bakımı ve yaşlılara yönelik bakım

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

hizmetlerinden sunumunda bazı benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir. Bakım hizmetleri genel olarak iki ülkede de kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır.

Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel, sosyal, psikolojik ihtiyaçlarının giderildiği, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerinin arttırıldığı bakım türüdür. Her iki ülkede yürütülen kurum bakım modelleri bu durumun birer çıktısı olarak ifade edilebilir.

Dünyada uzun dönemli kurum bakımının bireyler üzerinde yalnızlaşma, sosyal izolasyon, duygusal çöküntü, depresyon, yabancılaşma gibi olumsuz etkilere neden olması ve maliyetinin yüksek olması nedeniyle evde bakım modelinin tercih edildiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle iki ülke de geleneksel aile yapılarının da bir sonucu olarak evde bakım seçeneklerini ön planda tutmakta, aile yapılarını güçlendirmeye çalışmaktadır. Ancak iki ülke arasında evde bakım hizmetlerinin karşılaştırması yapıldığında, Çin'deki yaşlıların evde bakım maliyetlerini kendilerinin, çocuklarının veya akrabalarının karşıladığı görülmektedir. Türkiye'de ise Çin'dekinden farklı olarak ağır derecede engelli bulunan veya kronik hastalığı bulunanlardan devlet hastanelerince verilen % 50 ve üzeri ağır engelli heyet raporlarıyla birlikte bakımını sağlayan kişilere evde bakım ücreti ödenebilmektedir. Aylık olarak ödenen evde bakım ücretinde yaşlının aynı zamanda engelli statüsünde olması beklenirken her iki ülkede de yaşlılara yönelik bazı nakdi yardımlar bulunmaktadır. Bu durum Çin'de kent ve kırsal alanlarda ödeme miktarları açısından farklılık gösterirken, Türkiye'de kent ve kırsal alan ayrımı yapılmaksızın tüm ihtiyaç sahibi yaşlılara aynı miktarda ödeme yapılmaktadır.

Çin'de kurumsal bakım hizmetleri incelendiğinde huzurevlerinin özel sektör tarafından bireysel girişimlerle açıldığını, devletin bu girişimlere hazırlık, yer temini gibi konularda destek sağladığını görülürken; yaşlının aylık bakım giderinin yaşlı tarafından karşılandığı görülmektedir. Ayrıca Çin'de huzurevine giriş aşamasında yaşlının maliyeti karşılayabilecek düzeyde gelire sahip olmasının yanı sıra çocuklarının yaşlı bireye kefil olması beklenmektedir.

Türkiye'de ise kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütleri tarafından kurumsal bakım hizmetleri sunulmaktadır. Devlete ve özel sektöre ait huzur evlerinde kalabilmek için yaşlının sosyal ve/veya ekonomik açıdan yoksunluk içerisinde olması beklenmektedir. Yaşlının sadece sosyal yoksunluk içerisinde olması halinde ücretin kendisi tarafından ödendiği; hem sosyal hem de ekonomik yoksunluk içerisinde olması halindeyse ücretin devlet tarafından karşılandığı görülmektedir. İki ülkenin de yaşlıya gereken önemi vermesine rağmen yaşlılara yönelik destek hizmetlerinin yönetim biçimlerinin etkisi altında kaldığı görülmektedir.

Toplumsal destek hizmetleri ele alındığında Türkiye sosyal sermayesi yüksek bir ülke olmasına rağmen başka bireylerin bakımı konusunda devlet bakım maliyetlerini karşılamakta ve yaşlıları desteklemektedir. Çin'de bireylere yönelik yemek hizmetinin sunulması özel girişimlerle sağlanmakta ve maliyeti yine yaşlı birey tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de aşevleri yoksulluk içerisinde bulunan yaşlılara yönelik ücretsiz beslenme desteği sağlamaktadır.

Çin ve Türkiye'nin yaşlı bakımı konusundaki eylem planları karşılaştırıldığında Çin'in yaşlı bakımı sağlayan kurumları, örgütleri ve bireyleri desteklediği, yaşlı bakımının sağlanmasını yine vatandaşlara bıraktığı, devletin bu alanı özel sektöre bırakarak ekonomik faydayı öncelikli kıldığı görülmektedir. Çin hükümeti daha çok planlama, rehberlik, danışmanlık ve süpervizörlük sorumluluğunu üstlenmektedir. Bu da Çin'in liberal ekonomik anlayışıyla ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Ancak Türkiye'nin eylem planında yaşlılara yönelik ücretsiz sosyal ve sağlık desteklerinin sağlanmasına öncelik verildiği, yaşlı bakımı konusunda devletin çok daha fazla rol üstlendiği görülmektedir. Bu durum Çin'deki ekonomik sistemin yaşlı bakım hizmetlerine etkisi olarak değerlendirilebilir.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Türkiye’de bakımı sağlanan yaşlının bakım verenlerine yönelik destekler söz konusu iken Çin’de bakımı sağlayan aile bireylerine veya diğerk bakım sağlayıcılara yönelik bir destek uygulaması söz konusu değıldir.

SONUÇ

Dünya’da yaşlı nüfusun giderek artmasıyla birlikte yaşlı bireylerin bakım konusu oldukça gündem haline gelmiştir. Çin ve Türkiye, geleneksel aile yapılarını koruma isteğı içinde, refah düzeylerini artırarak mevcut sosyal sorunlara çözüm bulma arayışındadır. İki ülkede de yaşlının yüksek statüde tutulduğı, bilgelik ve tecrübe kaynağı olarak görüldüğü bilinmektedir. Ancak son zamanlarda küreselleşme ve endüstrileşmeyle birlikte yaşlının konumunda sarsılmalar meydana gelmiştir. Bu sarsılmalarla birlikte yaşlının bakım sorunu ortaya çıkmıştır. İki ülkenin de yaşlı bakım politikaları incelendiğinde yaşlıya yönelik bakım hizmetlerinin aile çerçevesinde geliştirilmesinin yaşlının yaşam kalitesi için önemli olduğı anlaşılmaktadır. Ancak Türkiye ve Çin’de yaşlıya bakım sağlayan kişilerin yaşlının engellilik durumuna bakılmaksızın desteklenmesinin, yaşlının aile içinde (kendi yaşam alanında) kalması açısından oldukça önemli olduğı düşünülmektedir.

Çocuk bakım politikalarında da tartışılan “duygusal emek”in karşılığının devlet tarafından bakım sağlayıcılara verilmesi, yaşlı bakımı sorununa getirecek çözümler arasında görülmektedir. Ayrıca engeli bulunan yaşlılara evde bakım sağlayan bireylere yönelik emeklilik ve sigorta sisteminin varlığı da Türkiye açısından oldukça önemli bir kazanım olarak değerlendirilmektedir.

Sosyal ve ekonomik anlamda yaşlının yoksunluk içinde bulunduğı durumlarda yaşlılara yönelik formel bakım politikalarının uygulanması, kamu hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bakıma gereksinim duyan her Türk vatandaşının bakım hizmetlerinden yararlanabileceğı bir sosyal bakım güvence sistemi içinde “Bakım Sigortası” uygulamasının oluşturulması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Anadolu Ajansı, Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/nufus-artis-hizi-yavaslayan-cin-cocuk-sayisi-kisitlamalarini-esnetiyor/2260252#:~:text=2020%20say%C4%B1m%C4%B1%20sonu%C3%A7lar%C4%B1na%20g%C3%B6re%20%C3%87in,60%20ve%20%C3%BCzeri%20ya%C5%9Ftakiler%20olu%C5%9Fturuyor> Erişim Tarihi: 02.03.2022.
2. Anadolu Ajansı, Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/nufus-artis-hizi-yavaslayan-cin-cocuk-sayisi-kisitlamalarini-esnetiyor/2260252#:~:text=2020%20say%C4%B1m%C4%B1%20sonu%C3%A7lar%C4%B1na%20g%C3%B6re%20%C3%87in,60%20ve%20%C3%BCzeri%20ya%C5%9Ftakiler%20olu%C5%9Fturuyor> Erişim Tarihi:01.03.2022.
3. Chen, Y., Zhao, L., Fan, Y., & Xie, B. (2021). Does the New Rural Pension Scheme improve residents’ livelihoods? Empirical evidence from Northwestern China. *Plos one*, 16(4), e0250130.
- 4.Çin Hükümeti 12. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Adresi: <https://policy.asiapacificenergy.org/sites/default/files/12th%20Five-Year%20Plan%20%282011-2015%29%20for%20National%20Economic%20and%20Social%20Development%20%28EN%29.pdf> Erişim Tarihi: 09.02.2022.
- 5.Çin Hükümeti 14. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Adresi: http://www.fujian.gov.cn/english/news/202108/t20210809_5665713.htm Erişim Tarihi: 02.03.2022.
6. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2012). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Erişim Adresi: <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/yayin-kaynak/> Erişim Tarihi: 11.02.2022.
7. Hablemitoğlu, Ş. Özmete, E. (2010). *Yaşlı refahı: Yaşlılar için sosyal hizmet*. Kilit Yayınları.
- 8.Huzurevleri ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliğı, Erişim Adresi:<https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4414&mevzuatTur=KurumVeKurulYonetmeliği&mevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 03.01.2022.
9. Li, W.L. (1998). Aging and Welfare Policies in China. *Sociological Focus*, 31(1), 31-43.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

10. Liu, J. (2014). Ageing, migration and familial support in China. *Geoforum*, 51, 305-312.
11. Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 39-45.
12. Shobert, B. (2012). Senior care in china: Challenges and opportunities. *China Business Review*, 38-41.
13. Social and Economic Commission for Asia and Pasific. (2015). *Long-term care for older persons in China*.
14. Song, Y. (2014). Losing an child: the one child policy and elderly care in China. *Reproductive Health Matters*, 22(43), 113-124.
15. Türkiye Cumhuriyeti 11. Kalkınma Planı, Erişim Adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/12/On Birinci Kalkınma Planı-2019-2023.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/12/On-Birinci-Kalkinma-Plani-2019-2023.pdf) Erişim Tarihi: 01.03.2022.
16. Türkiye İstatistik Kurumu (2010). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Erişim Tarihi: 15.01.2022.
17. Türkiye İstatistik Kurumu (2021). İstatistiklerle Yaşlılar, Erişim Adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslılar-2020-37227](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227) Erişim Tarihi: 22.02.2022.
18. UNCTAD e-Handbook of Statics (2021) Erişim Adresi: <https://hbs.unctad.org/age-structure/> Erişim Tarihi: 02.03.2022.
19. Wu, B., Mao, Z., & Xu, Q. (2008). Institutional Care for Elders in Rural China. *Journal of Aging & Social Policy*, 20(2), 218-239.
20. Zastrow, C. (2015). *Sosyal Hizmete Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.
21. Zeng, Y. (2010). Challenges of population aging in China. *China Economic Journal*, 2(3), 277-283.
22. Zhan, H.J. (2005). Ageing, healt care and elder care: Perpetuation of gender inequalities in China. *Health Care for Women International*, 26, 693-712.
23. Zhang, Wenjuan, Du, & Peng. (2009). Regional disparity in changes of healthy life expectancy of Chinese elderly: Expansion or compression? *Population Research*, 33(5), 68-76.
24. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2022.pdf> Erişim Tarihi: 15.02.2022.
25. 633 sayılı “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Erişim Adresi: <https://www.alomaliye.com/2011/06/08/633-sayili-aile-ve-sosyal-politikalar/> Erişim Tarihi: 11.12.2021.

YAŞLI BAKIM PERSONELLERİNİN MAHREMİYETE İLİŞKİN TUTUMLARI

Fatma TOK YILDIZ¹

Fatma HASTAOĞLU²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Sivas, Türkiye

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Yaşlı Bakım Programı, Sivas, Türkiye

ÖZET

Bu çalışmada yaşlı bakım merkezlerinde çalışan bakım personelinin mahremiyete ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır ve tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Çalışma, Eylül - Aralık 2021 tarihleri arasında Sivas'ta faaliyet gösteren yaşlı bakım merkezi bakım personellerine yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Eylül - Aralık 2021 tarihleri arasında Sivas'ta faaliyet gösteren yaşlı bakım merkezlerinde çalışan tüm bakım personelleri, örneklem ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onamı alınan 64 bakım personeli oluşturmuştur. Araştırma için etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır. Çalışmaya katılan katılımcılara Tanıtıcı Özellikler Formu ve Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar Ölçeği uygulanmış ve bulgular SPSS 22.0 programına aktararak değerlendirilmiştir. Çalışmaya 64 bakım personeli katılmış, bunlardan %57.8'ü kadın (n=37), %42.2 si (n=27) erkektir. İki alt boyutuyla değerlendirilen Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar Ölçeği toplam puan ortalaması 56.03±6.45 olarak belirlenirken, Mahremiyetin Gerekliliği alt boyut puan ortalaması 41.81±3.37 ve Mahremiyetin Göz Ardı Edilebilirliği alt boyut puan ortalaması 14.21±5.76 olarak bulunmuştur. Katılımcıların mahremiyete yönelik tutumları tanıtıcı özelliklerine göre değerlendirildiğinde; Mahremiyetin Gerekliliği alt boyutunda cinsiyetin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu, kadınların erkeklere oranla mahremiyetin gerekliğine daha önem verdiği, erkek katılımcıların mahremiyetin göz ardı edilebilir olduğu görüşünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrenim durumu ile Mahremiyetin Göz Ardı Edilebilirliği alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiş, öğrenim durumu düşüğe mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine ilişkin tutumlar yükselmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda bakım merkezlerinde çalışan bakım personellerinin yaşlıların mahremiyetine yönelik tutumlarının ortalamasının üzerinde olduğu ve mahremiyete önem verdikleri söylenebilir. Bununla birlikte katılımcıların mahremiyeti gerekli gördükleri ancak eğitim seviyesi düşüğe mahremiyetin göz ardı edilebileceği sonucuna ulaşılabilir. Bu sonuçlara göre, mahremiyetin göz ardı edilebilirliğini azaltmak için hizmet içi eğitimler verilmesi yararlı olacaktır. Bu eğitimlerin özellikle de bakım personellerinin mahremiyetin göz ardı edilmemesine yönelik farkındalıkları ve uygulamalarını artırıcı içerikte olması gerekmektedir. Benzer şekilde, cinsiyet fark etmeksizin verilen bakımlarda mahremiyete daha fazla özen gösterilmesinin sağlanması için bakım personellerinin bilinçlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Mahremiyet, Tutum, Bakım, Personel

Giriş

Mahremiyet temel bir insan hakkı olup, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "gizlilik" olarak tanımlanmaktadır (TDK 2021). Mahremiyet sadece gizlenecek olan için değil, yaşam kalitesini artırmak için bir ihtiyaç, kendini gerçekleştirme ve özerkliğini koruma yollarından biri olarak da değerlendirilmelidir (İzgi 2014).

Dünya'da ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır (WHO 2021; TÜİK 2021). Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar yaşanmaktadır. Yaşlıların yaş alma ve eşlik eden hastalıklara paralel olarak günlük yaşam aktiviteleri azalmakta, bağımsız olarak yerine getirdikleri fonksiyonları yarı bağımlı veya tam bağımlı hale

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

gelmektedir (Karadakovan 2014). Bu doğrultuda yaşlanma ile birlikte yaşlıların bakım gereksinimleri de giderek artmakta ve mahremiyeti etkilenebilmektedir (İzgi 2014; Karadakovan 2014).

Bakım merkezleri, yaşlıların alışkın olduğu ev ortamından farklıdır. Ayrıca bakım merkezlerinde yaşlıların alışkın olduğu arkadaşlık ilişkilerinde ve sosyal çevresinde ciddi değişimler olur. Bu nedenle bakım merkezlerinde kalan yaşlıların algıları, yaşama bakışı ve yaşam tarzında değişimler gözlenebilir. Yaşlı bireyin ev ortamında sürdürdüğü özel yaşam, bakım merkezlerinde diğerleriyle paylaşılan bir yaşama dönüşür (Schopp ve ark. 2003, Ngwane 2011). Bu durum bakım merkezlerinde mahremiyet kurumsal yaşamın öncelikli gereksinimleri arasında yer almasına neden olmaktadır. Bununla birlikte bakım merkezlerinde mahremiyetin sürdürülmesi yaşlıların iyilik hali açısından önemlidir (Schopp ve ark. 2003). İnsanlar yaşlandıkça, özellikle bakım merkezleri gibi ortamlarda bakım gereksinimlerinin artması ile birlikte mahremiyet kaybı yaşamaktadır (Ngwane 2011). Bunun sonucunda da bakım personellerinin yaşlıların mahremiyet sınırlarına saygı göstererek bakımlarının dengelemesi bir zorunluluk haline gelmektedir (Ngwane 2011). Mattiasson ve Hemberg (1998) tarafından yaşlılarda yapılan bir çalışmada yaşlıların bakım personellerinden mahremiyetlerine önem göstermelerini bekledikleri belirlenmiştir.

Bakım verilirken bakım veren tarafından özel alana müdahale kaçınılmaz olup, bakım alan açısından da özel alanın korunması ve bakımın gerçekleştirilmesi arasında mahremiyete yönelik bir ikilem yaşanmaktadır. Bununla birlikte bakım merkezlerinde bilginin paylaşımı ve yaşam alanların ortak olması gibi yaşlı mahremiyetinin ihmal edilebileceği durumlar olabilir (Schopp ve ark. 2003). Bundan dolayı bakım merkezlerinde yaşlıların bakımları sırasında mahremiyetinin korunması öncelikli olarak bakım merkezi personellerinin sorumluluğundadır (Schopp ve ark. 2003). Bu da bakım merkezlerinde bakım veren personellerin yaşlı mahremiyetini korumaya yönelik tutumlarında daha duyarlı olmaları gerektirmektedir (İzgi 2009).

Mahremiyet, bakımın önemli bileşenlerindedir. Bakım merkezlerinde yaşlılara bakım veren personelin mahremiyete yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma, yaşlıların mahremiyetinin sağlanması açısından oldukça önemlidir. Bu doğrultuda çalışmanın:

- Bakım merkezlerinde çalışan bakım personellerinin mahremiyete yönelik tutumlarının geliştirilmesi için eğitimlerin verilmesine,
- Bakım merkezlerinde çalışan bakım personellerinin mahremiyete yönelik tutumlarının geliştirilmesi için politikaların planlanmasına,
- Bakım merkezlerindeki çalışan bakım personellerinin yaşlıların mahremiyetinin korunmasına yönelik farkındalık ve duyarlılıklarının artırılmasına,
- Yaşlıların bakım merkezlerinde aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin, iyilik hallerinin ve yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Materyal ve Metot

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma, yaşlı bakım merkezlerinde çalışan bakım personellerinin mahremiyete ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Eylül - Aralık 2021 tarihleri arasında Sivas'ta faaliyet gösteren yaşlı bakım merkezlerinde çalışan tüm bakım personelleri, örneklem ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onamı alınan 64 bakım personeli oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu ve Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar Ölçeği kullanılmıştır.

Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuş olan bu formda 7 soru yer almaktadır. Bu form bakım vericilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, bakım merkezinde

çalışma yılı, bakım merkezinde çalışmaya istekliliği, hizmet içi eğitim alma durumunu belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Soruların doldurulması yaklaşık 5 dakika sürmektedir.

Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar Ölçeği

İzgi tarafından 2009 yılında geliştirilen ölçek 5'li likert şeklindedir. Ölçek 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık cronbah alfa değeri 0,77 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçek cronbah alfa değeri 0.55 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Mahremiyetin Gerekliliği, Mahremiyet Göz Ardı Edilebilirliği iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 16 en yüksek puan 80'dir. Ölçeğin Mahremiyetin Gerekliliği alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 9 en yüksek puan 45'dir, Mahremiyet Göz Ardı Edilebilirliği alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 7 en yüksek puan 35'dir. Ölçekten Alınan puanın yüksek olması mahremiyete önem verildiğini göstermektedir. Ölçekte puanların değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin doldurulmasının yaklaşık 5 dakika sürmektedir.

Araştırmanın Uygulanması ve Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi etik kurulundan E-60263016-050.06.04-41201sayılı etik kurul onayı, uygulamanın yapıldığı T.C. Aile Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım personeline çalışma hakkında bilgi verilerek sözel ve yazılı izinleri alındıktan sonra veriler araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Bakım vericilere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isim yazılmayacağı, toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı ve gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama ölçütleri kullanılmıştır. Verilerin normalliğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Veriler parametrik şartları sağlamakta olup, bağımsız iki grup için independent sample t test, ikiden fazla grup için F testi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. İki gruplu karşılaştırmalar için ANOVA kullanırken, hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik varsayımı sağlayanlarda Tukey, homojenlik varsayımını sağlamayanlarda Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1. Bakım Verici Tanıtıcı Özellikler (N=64)

	n (%)
Yaş $X=37.06\pm 11.15$ (min:22, maks:58)	
Cinsiyet	
Kadın	37 (57.8)
Erkek	27 (42.2)
Medeni durum	
Bekar	24 (37.5)
Evli	40 (62.5)
Eğitim düzeyi	
İlköğretim	15 (23.4)
Lise mezunu	27 (42.2)
Yükseköğretim- üniversite mezunu	22 (34.4)
Bakım merkezinde çalışma yılı $X=6.98\pm 4.19$ (min:1, maks:18)	
Bakım merkezinde çalışmaya istekliliği	
İsteyerek	54 (84.4)
Zorunluluktan	10 (15.6)
Hizmet içi eğitim alma durumu	
Evet	60 (93.8)
Hayır	4 (6.3)

Çalışmaya katılan bakım personellerinin yaş ortalaması 37.06 ± 11.15 (min:22, maks:58), %57.8'ü kadın, %42.2 si erkektir. Katılımcıların bakım merkezinde ortalama 6.98 ± 4.19 yıldır çalıştığı ve %84.4'ünün bu merkezlerde isteyerek çalıştığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Bakım Vericilerin Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt Boyutları ve Ölçek	Puan Ortalaması X±S	Bu araştırmada Alınan En Düşük ve En Yüksek Puan (Min- Max)	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puan (Min- Max)
Mahremiyetin Gerekliliği	41.81±3.37	27- 45	9- 45
Mahremiyetin Göz Ardı Edilebilirliği	14.21 ±5.76	7- 35	7- 35
Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar	56.03±6.45	47- 80	16- 80

Tablo 2' de bakım merkezlerinde çalışan bakım vericilerin yaşlı mahremiyetine yönelik tutumlarının puan ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar Ölçeği toplam puan ortalaması 56.03 ± 6.45 , Mahremiyetin Gerekliliği alt boyut puan ortalaması 41.81 ± 3.37 ve Mahremiyetin Göz Ardı Edilebilirliği alt boyut puan ortalaması 14.21 ± 5.76 olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Yaşlı Mahremiyetine Yönelik Tutumlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Mahremiyetin Gerekliliği X±S		Önemlilik testi
Cinsiyet		
Kadın	42.59±2.55	t=2.241 p<0.05
Erkek	40.74±4.05	
Mahremiyetin Göz Ardı Edilebilirliği X±S		Önemlilik testi
Eğitim		
Ortaöğretim	17.20±7.10	F=0.79 p<0.05
Lise	13.55±4.95	
Ön Lisans/ Lisans	13.00±5.21	

Araştırmada katılımcıların mahremiyete yönelik tutumları tanıtıcı özelliklerine göre değerlendirilmesi Tablo 3'te verilmiştir. Kadın bakım personellerinin erkeklere göre mahremiyetin gerekliğine yönelik puan ortalamaları daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Çalışmada yer alan erkek katılımcıların (15.85 ± 5.59) mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine ilişkin puan ortalamalarının kadın katılımcılara (13.02 ± 5.66) göre daha yüksek olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrenim durumu ile Mahremiyetin Göz Ardı Edilebilirliği alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p < 0.05$) ve öğrenim durumu düştükçe mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine ilişkin tutumların yükseldiği tespit edilmiştir.

Tartışma

Araştırmaya katılan bakım personellerinin yaş ortalaması 37.06 ± 11.15 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde huzurevlerinde yapılan benzer çalışmalarda bakım personellerinin yaş ortalaması sırasıyla

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

39.11 (İzgi 2009), 37.69 (İzgi ve ark. 2013), 38,04 (Üstün ve ark. 2017), 39.44 (Murakami ve ark. 2018) ve 39.70 (Tok Yıldız ve ark. 2018) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada bakım personelinin %84.4'ünün bakım merkezlerinde ve %84.4'ünün bu merkezlerde isteyerek çalıştığı tespit edilmiştir. Tok Yıldız ve ark. (2018) huzurevinde mahremiyete yönelik yapmış olduğu nitel çalışmada ise huzurevinde çalışan bakım personellerini tamamının isteyerek çalıştığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda katılımcıların yaş ortalaması ve bakım merkezlerinde isteyerek çalışmaya ilişkin bulguların literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmada bakım personellerin mahremiyete önem verdikleri söylenebilir. Ayrıca katılımcıların mahremiyetin gerekliliğine yönelik tutumlarının yüksek olduğu, buna karşın mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine ilişkin tutumlarını düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda bakım personellerinin mahremiyete önem verdikleri (Murakami ve ark. 2018; Tok Yıldız ve ark. 2018) ve mahremiyetin ihmal edilmemesi gerektiğini düşündükleri (İzgi 2009, Üstün ve ark. 2017) bildirilmiştir. Bakım personelleri bir yandan yaşlıların en temel gereksinimlerini karşılarken, bir yandan da mahremiyete saygı göstermek zorunda olmaları gerektiğini unutmamalıdır.

Araştırmada mahremiyetin gerekliliği alt boyutunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kadın bakım personellerinin mahremiyetin gerekliliğine yönelik tutumlarının erkeklere göre daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda ise mahremiyetin gerekliliği alt ölçeği puan ortalamalarının kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir (Murakami ve ark. 2018; Üstün ve ark. 2017). Çalışmada yer alan erkek bakım personellerinin mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine ilişkin puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek, ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Üstün ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada da mahremiyetin göz ardı edilebilirliği alt ölçeği puanları kadınların erkeklerden göre daha yüksek çıkmış ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapılan başka bir araştırmada ise mahremiyetin göz ardı edilebilirliği alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel düzeyde cinsiyete göre değişiklik göstermekte olup kadınların puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Murakami ve ark. 2018). Çalışma sonuçlarının mahremiyetin gerekliliği ve mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine yönelik tutumda cinsiyet açısından farklı tutumların olduğunu göstermesine katkı sağladı düşünülmektedir. Ayrıca ülkemiz kültüründe mahremiyete yönelik tutumların belirlenmesinde cinsiyet odaklı düşünmenin de etkili olabileceği söylenebilir.

Çalışmada bir diğer alt boyut olan Mahremiyetin Göz Ardı Edilebilirliği ile bakım personellerinin öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ve öğrenim durumu düştükçe mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine ilişkin tutumların yükseldiği belirlenmiştir. Murakami ve ark. (2018) ve Üstün ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeylerine arttıkça mahremiyetin göz edilebilirliği puan ortalamaları yükseldiği saptanmıştır. Literatür ile çalışma sonuçlarının mahremiyetin göz ardı edilebilirliğine ilişkin tutumlar açısından benzerlik gösterdiği söylenebilir. Eğitim düzeyi düştükçe mahremiyetin ihmal edilebilirliğinin düşünülmesi beklenen bir sonuçtur.

Sonuç

Elde edilen bulgular doğrultusunda bakım merkezlerinde çalışan bakım personellerinin yaşlıların mahremiyetine yönelik tutumlarının ortalamasının üzerinde olduğu ve mahremiyete önem verdikleri söylenebilir. Bununla birlikte katılımcıların mahremiyeti gerekli gördükleri ancak eğitim seviyesi düştükçe mahremiyetin göz ardı edilebileceği sonucuna ulaşılabilir. Bu sonuçlara göre, mahremiyetin gerekliliğine yönelik tutumlarını arttırmak ve göz ardı edilebilirliğini azaltmak için hizmet içi eğitimler verilmesi yararlı olacaktır. Bu eğitimlerin özellikle de bakım personellerinin mahremiyetin göz ardı edilmemesine yönelik farkındalıkları ve uygulamalarını artırıcı içerikte olması gerekmektedir. Benzer şekilde, cinsiyet fark etmeksizin verilen bakımlarda mahremiyete daha fazla özen gösterilmesinin sağlanması için bakım personellerinin bilinçlendirilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Aging and Health (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Erişim tarihi: 13.01.2022
2. TDK (2022). <https://kelimeler.gen.tr/mahremiyet-nedir-ne-demek-214168> Erişim Tarihi: 12.03.2022.
3. İstatistiklerle Yaşlılar 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227>. Erişim tarihi: 13.01.2022
4. İzgi C (2014). Mahremiyet Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri. Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(1): 25-37
5. İzgi M. C. (2009). Etik açıdan yaşlı mahremiyeti: huzurevi örneğinde hizmet alanlar ve verenler açısından bir değerlendirme. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
6. İzgi MC, Çoban M, Kapçı EG, Yalım NY (2013). The Attitudes of Nursing Home Carers Towards the Privacy of Elderly People: A scale Development Study. Turkish Journal of Geriatrics, 16(2): 172-176.
7. Karadakovan A. (2014). Yaşlı Bireyin Sağlığı ve Temel Gereksinimleri. İçinde Yaşlı Sağlığı ve Bakımı. A. Karadakovan (ed.). Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara, ss. 99-270. .
8. Mattiasson AC, Hemberg M (1998). Intimacy- Meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? Nursing Ethics, 5(6):527-534 <https://doi.org/10.1177/096973309800500607>
9. Murakami İ, Çoban M, Kütük A (2018). Bakım verenlerin yaşlı Mahremiyetine ilişkin tutumları: Adana’da seçilmiş bir grup örneği. Türkiye Biyoetik Dergisi, 5(2):64-72.
10. Ngwane EM (2011). Perception and Perspectives of Privacy in Institutionalized Elderly Care. Thesis, Human Ageing an Elderly Sevices, Arcada University of Applied Sciences.
11. Schopp A., Leđno-Kılıpı H., Vălmăki M., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Scott P. A., Arndt M., Kaljonen A. (2003). Perceptions of privacy in the care of elderly people in five european countries. Nursing Ethics,10(1):39-47.
12. Üstün Ç., Türkmen S., Tavşanlı N. G.. (2017). Perception of Privacy of Nursing Home Workers with Regard to the Services Provided to the Elderly. Nobel Med, 13(2), 42-47, Turkish.
13. Yıldız F. T., Karagözoğlu Ş., Yıldız İ. (2019). Privacy of the Elderly: A Qualitative Evaluation in Terms of Nursing Home Residents and Caregivers. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 27(3), 196 - 203. Doi: 10.5336/mdethic.2019-70135

**COVID-19 SÜRECİNDE TÜRKİYE VE İTALYA’NIN YAŞLI BAKIM POLİTİKALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Doç. Dr. Müşerref YARDIM

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Bölümü, Konya, Türkiye
ORCID: 0000-0001-8090-4146

Dr. Betül KARAKOYUNLU

Konya Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, Konya, Türkiye
ORCID: 0000-0003-2772-3500

ÖZET

Yaşlılık bireyin fizyolojik ve biyolojik ihtiyaçlarının değişmesi bakımından insan ömrünün diğer aşamalarından ayrılmaktadır. Yaşlılığın getirdiği sosyal, ekonomik, fiziksel ya da psikolojik değişimlerle başa çıkabilmek için ülkelerin farklılık gösteren sosyal politikalar uyguladığı bilinmektedir. Bu politikalar afet ya da salgın gibi olağanüstü dönemlerde değişiklik göstermektedir. 2019 yılında Çin’de ortaya çıktıktan sonra tüm dünyaya yayılan COVID-19 sürecinde yaşlı bakım politikaları tüm ülkelerde olağan dönemdeki sosyal politika anlayışından farklılaşmıştır. Bu farklılaşmada ülkelerin yaşlı nüfus oranı, yaşlı nüfusun ülke ekonomisine etkilerinin yanı sıra toplumların geleneksel ve dini değerlerinin de etkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda Avrupa ve Türkiye’de yaşlılara uygulanan sosyal politikaların değişim gösterdiği ve farklı unsurlar tarafından motive edildiğini söylemek mümkündür. Bu çalışmada karşılaştırılmalı olarak İtalya ve Türkiye’nin COVID-19 sürecinde yürüttüğü yaşlılık politikaları ile ilgili haberlerin söylem ve içerik analizi yapılacaktır. Araştırma sonucunda İtalya ve Türkiye’de uygulanan yaşlılık politikalarının hangi noktalarda ve hangi özelliklere göre birbirinden ayrıldığı ve bu politikaların COVID-19’la mücadelede nasıl bir sonuç yarattığı ortaya konacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık Politikaları, İtalya, Türkiye, Pandemi

**COMPARISON OF ELDERLY CARE POLICIES OF TURKEY AND ITALY IN THE
COVID-19 PROCESS**

ABSTRACT

Old age differs from other stages of human life in terms of changing the physiological and biological needs of the individual. It is known that countries apply different social policies in order to cope with the social, economic, physical or psychological changes brought about by old age. These policies change in extraordinary times such as disasters or epidemics. In the process of COVID-19, which spread all over the world after emerging in China in 2019, elderly care policies differ from the social policy understanding in the ordinary period in all countries. It is seen that the ratio of the elderly population of the countries, the effects of the elderly population on the country's economy, as well as the traditional and religious values of the societies, are also effective in the understanding of elderly care determined during the epidemic process. In this context, it is possible to say that the social policies applied to the elderly in Europe and Turkey have changed and are motivated by different factors. In this study, discourse and content analysis of the news about the old age policies carried out by Italy and Turkey during the COVID-19 process will be made comparatively. As a result of the research, it will be revealed at what points and according to which characteristics the old age policies implemented in Italy and Turkey differ from each other and what kind of results these policies have in the fight against COVID-19.

Keywords: Aging Policies, Italy, Turkey, Pandemic

Giriş

Yaşlılık, bireyin hayatının daha evvelki dönemlerindeki yetilerini temelli kaybettiği ve sağlık bakımından zayıfladığı döneme işaret etmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşlılık 65 yaşından büyük olup, çevreye uyum yeteneğinin kaybedilmesi ile ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda DSÖ 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arası orta yaşlılık ve 85 üstünü ileri yaşlılık olarak tanımlamıştır. Yaşlılıkla ilgili tanımlar daha önceki dönemde bir hastalık ya da olağan dışı bir süreç şeklinde iken, zamanla yaşlılığın hayatın olağan bir dönemi olduğu kabul edilmiştir. Tufan, yaşlanma sürecini ana rahminde başladığını ifade ederek bu doğal akışa dikkatimizi çeker. Bedensel yaşlanma biyolojik bakımdan bir gerilemeyi işaret etmekte, ana rahminde başlayarak ölüme değin sürmektedir (2003: 13). Ancak popüler kültürün yaşlılığa bakışı sosyal dışlanmayı çağrıştırmaktadır. Yaşlılar, bunak, tüketen, sessiz, tutucu ve değişime kapalıdır. (akt.: Zastrow, 2013: 641). Hem üretimle hem de tüketimle bağı kurularak olumsuzlanmasına karşın yaşlılık, insan yaşamının rutin bir durağı olup kaçınılmazdır. Diğer yandan yaşlılık salt bireysel olmayıp aynı zamanda toplumsaldır. Toplumun yaşlanması ülkelerin toplam yaşlı nüfusunun diğer nüfusa oranla artması anlamına gelmektedir. Kahrıman'a göre ülke nüfusunun yüzde dörtten daha azı yaşlı ise genç nüfuslu ülke, yüzde dört ile yedi arasında ise orta yaşlı ülke, yüzde yedi ile on arasında ise yaşlı nüfusa sahip ülke ve yüzde onun üzerinde ise çok yaşlı nüfuslu ülke olarak kabul edilmektedir (2014: 20). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada 60 yaş üzeri nüfus diğer yaş aralığından daha fazla artış göstermektedir ve 1970-2025 yılları arasında yaşlı oranının toplam nüfusun yüzde 22,3'üne tekabül edeceği öngörülmektedir. Diğer bir deyişle 2050 yılında dünyada yaklaşık 2 milyar yaşlı olacağı ifade edilmiştir (WHO, 2014). En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip üç ülke, Monako (31,3), Japonya (27,3) ve Almanya (21,8) 'dır. Türkiye yaşlı nüfus bakımından 167 ülke arasında 66. sıradadır. Avrupa İstatistik Ofisi Eurostat'ın 2015 yılında gerçekleştirdiği çalışmaya göre 28 AB ülkesinde 80 yaş ve üzeri 26.761, 655 kişi yaşamakta olup, Avrupa'nın en yüksek yaşlı nüfusa sahip ülkesi 43,8 yaş ortalaması ile İtalya'(6,5)'dir. Türkiye'de ise yaş ortalaması 29,7'dir. Türkiye 1.4 oranındaki yaşlı nüfusu ile Avrupa İstatistik Ofisi Eurostat'ın listesinde 37. sırada yer almaktadır. Bu bağlamda AB nüfusu yaşlanırken Türkiye, Avrupa'ya oranla genç nüfusa sahip bir ülke konumundadır (European Union, Eurostat International, 2016). Ancak yıllar içinde bakıldığında Türkiye, yaşlı nüfusu toplam nüfus oranına göre artış gösteren bir ülkedir. 1935-2016 yılları arasında yaşlı nüfusun toplam nüfus oranlarına yönelik TÜİK verileri incelendiğinde 1940 yılında 3.5 olan yaşlı nüfus oranı 2016 yılı itibari ile yüzde 8,3 e yükselmiş ve bugüne değin en yüksek orana ulaşmıştır.¹ Bu durumda Türkiye dünya ortalaması içinde yaşlı oranı düşük bir ülke olmasına karşın kendi içinde yaşlanan bir ülkedir.

Ülkelerin dünya nüfusuna oranla sahip oldukları yaşlı nüfus oranı ve yaşlanma oranları geliştirecekleri yaşlı politikalarının seyrini belirlemektedir. Öte yandan nüfusun yaşlanması ülkelerin hem demografik bakımdan etkinliğini azaltmakta hem de ekonomi ve sağlık kalemlerindeki harcamaları artırmaktadır. Yaşlılık dönemi bireyin fiziksel ve ruhsal bakımdan hayatın ayrı bir aşamasına tekabül etmekle beraber, hem üretim hem de tüketim bağlamında ekonomiye katılımın azalması ya da statüsel değişiklikler gibi kamu politikalarını ilgilendiren değişimleri işaret etmektedir. Ülkelerin yaşlılara yönelik belirledikleri politikalarda ekonomik faktörlerin yanı sıra sosyal ve kültürel faktörlerin de etkili olduğu görülmektedir. Yaşlıların sağlık ve bakım hizmetleri, sosyal yardımlar, yaşam kalitesinin artırılması, istihdam alanında ortaya çıkabilecek sorunlar ya da emeklilik sistemleri yaşlı politikalarının temel argümanlarıdır. Yaşlılıkla ilgili kamu politikaları ekseriyetle istihdam ve emekliliği ilgilendiren sosyal güvenlik sistemleri ve bakım, sağlık ya da sosyal destek gibi programları içeren sosyal politika hizmetleri ekseninde şekillenmektedir. Öte yandan yerel kültür, sosyal yapı ya da kutsal öğreti ile yakından ilgilidir. Örneğin Türk toplumunda hem geleneğin hem de kutsal öğretinin tesiri ile yaşlı bakımı neredeyse bir mecburiyet olarak görülmüştür. Bu bağlamda ülkelerin ekonomik faktörlerinin yanı sıra kültürel öğelerin de yaşlılık politikaları ile doğrudan ilgisi bulunmaktadır.

Ülkelerin yaşlı destek programları olağan dönemde belirli bir rutin içinde gerçekleşebilir ancak doğal afetler ya da salgın dönemlerinde dezavantajlı tüm gruplar için geliştirilecek özel politikalara ihtiyaç

¹ TÜİK, Yaşlı Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 1935-2016

vardır. Yaşlı nüfus bir ülkenin deyim yerindeyse sırtının kamburu olarak görülmektedir. Nitekim bu yaş aralığı gençliğinde verdiklerini şimdi talep eden, hatta kimi durumlarda gençliğinde vermediği halde talep eden bir ekonomik külfete karşılık gelmektedir. Modernleşme ve sanayileşme ile birlikte üretim ve tüketim etkinliklerine katkısı azalan yaşlılık sosyal bir sorun haline gelmiştir. Bu bağlamda pek çok Avrupa ülkesi için yaşlı nüfusun azaltılmasında pandemi bir meşruiyet sağlamıştır. Kimi ülkelerin pandemiye kendiliğinden gelen bir piyango olarak görerek yaşlıları gözden çıkarmasına karşın, Türkiye yaşlılarla ilgili oldukça ihtimamlı bir politika izlemiştir. Buna karşın İtalya'nın yaşlı politikaları incelendiğinde ise yaşlıların vazgeçilmez olduğuna yönelik bir tutum sergilendiği dikkat çekmektedir. Bu çalışmada İtalya ve Türkiye'nin pandemi sürecindeki yaşlılık politikalarının, yabancı basına konu olan haberler üzerinden içerik ve söylem analizi yapılarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

1. İtalya ve Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar

Türkiye

Ülkelerin yaşlı politikalarının nedenleri incelendiğinde modern dönemde aile yapısındaki değişimlerin yanı sıra ekonomik, demografik nedenler, sosyal devlet ilkesi ve insani sebepleri saymak mümkündür (Taşçı, 2010: 177). Anayasanın 61. Maddesinde yaşlılar “*Sosyal Güvenlik Bakımından Özel Olarak Korunması Gerekenler*” başlığı altında sayılmış ve “*Yaşlılar, Devletçe Korunur. Yaşlılara Devlet Yardımı ve Sağlanacak Diğer Haklar ve Kolaylıklar Kanunla Düzenlenir*” denilerek yaşlı bireyler koruma altına alınmıştır. Türkiye’de yaşlılara yönelik uygulanan politikaları sosyal güvenlik sistemleri ve sosyal politika hizmetleri kapsamında iki başlıkta ele almak mümkündür. Blake sosyal güvenlik sistemlerinin tüketimin kolaylaşması ve güvenlik olmak üzere iki amacı bulunduğuna dikkat çeker. Yaşlıların tüketimini kolaylaştırmak, bireyin çalışma yetilerini kaybettiği dönemde temel ihtiyaçlarının karşılanmasına yöneliktir. Güvenlik unsuru ise özellikle uzun ömürlülük halinde bireyi güvence altına almakla ilgilidir. Bu bağlamda yaşlılık sigortası hem yaşlıların yoksullaşmasını önlemek hem de dağıtıcı objektifliği sağlamaktadır (2006: 1). Sosyal güvenlik alanında yaşlılara yönelik en yaygın uygulama yaşlılık sigortası kapsamında ödenen emeklilik aylığı veya toptan ödeme yapılması şeklindedir. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda “*Kadınlara 58, Erkeklerle İse 60 Yaşını Doldurmuş ve En Az 9000 Gün Malullük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortası Primi Bildirmiş Olması Şartıyla Yaşlılık Aylığı Bağlanır. Ancak, Dördüncü Maddenin Birinci Fıkrasının (A) Bendi Kapsamında Sigortalı Sayılanlar İçin Prim Gün Sayısı Şartı 7200 Gün Olarak Uygulanır*” denilmektedir.² Ancak bu noktada prim ödemesi bulunmayan, engelli veya çalışma gücünü yitirmiş olan yaşlıların ekonomik bakımdan korunması gündeme gelmektedir. Prim ödeme gün şartını taşımayan yaşlılara da 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun’a göre aylık bağlanmaktadır. İlgili kanuna göre 65 yaşını doldurması şartı ile başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde engelli olanlar, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından muhtaç olduğuna karar verilenler, SGK tarafından herhangi bir aylık bağlanmayanlar ve nafaka sair gelirleri olmayanlara aylık bağlanacağı hüküm altına alınmıştır.³ Buna mukabil Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen aylık ya da toptan ödemeler dışında da kimi yardım sistemlerinin varlığı söz konusudur. 6891 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında yaşlıların kimi yardımlardan faydalanması mümkündür. Kanun amacını “*fakru zaruret içinde ve muhtaç durumda olan vatandaşlara yardım etmek, sosyal adaleti pekiştirici tedbirler olarak gelir dağılımını adil biçimde dağıtmak*” şeklinde ifade etmektedir. Bu bağlamda muhtaç durumda olan, sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi olmayan ya da bu kuruluşlardan aylık almayan vatandaşlara ayni ve nakdi yardımda bulunmak için her il ve ilçede sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları kurulmuştur.⁴

Sosyal yardımlar yaşlı vatandaşların doğrudan kendisine ödendiği gibi bakımını üstlenen yakınlarına da ödenebilmektedir. Belirli bir düzeyde engeli bulunan ya da bakıma muhtaç vatandaşların bakımını üstlenenlere Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından aylık bağlanması usulü de yaşlılığa yönelik politikalar arasındadır.⁵ Uygulama sayesinde hem yaşlının ailesi ile birlikte

² <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

³ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2022&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

⁴ <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3294.pdf>

⁵ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2828&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

ve doğal ortamında kalarak mental iyiliği sağlanmakta, hem de bakımını üstlenen aile bireylerine sağlanacak ekonomik destek sayesinde yaşlı bakımı cazip hale getirilmektedir. Öyle ki ekonomik durumu zayıf olan kardeşlerden birinin bakım parası için gönüllü olarak yaşlı anne babaya bakmaya talip olduğu bilinmektedir.

Sosyal Güvenlik Sistemlerinin yanı sıra yaşlılarla ilgili diğer bir uygulama sosyal hizmet alanında verilmektedir. Sosyal hizmet alanında uygulanan politikalar toplumların ekonomik, sosyal ya da kültürel yapılarının yanı sıra dini inanç pratiklerine bağlı olarak şekillenmektedir. Türkiye özelinde düşünüldüğünde gerek kültürel yapının, gerek geleneğin ve gerekse inanç sisteminin getirisi olarak yaşlılara ayrı bir önem atfedildiği görülmektedir. Geleneksel yapıda yaşlıların ailenin sayılacak büyükleri olması, bereketin sembolü olarak görülmesi, dinsel öğreti tarafından da yaşlıya saygının ve bakıma muhtaç olduğu dönemde sahip çıkılmasının öğütlenmesi, Türkiye’de sosyal hizmet politikalarının belirlenmesinde etkili olmuştur.

Hâlihazırda Türkiye’de yaşlı bireylerin bakım ve korunmasına yönelik iş ve işlemler Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı olarak çalışan Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yerine getirilmektedir. Bu bağlamda ülkemizde 60 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyleri korumak, bakmak, psikolojik ve fiziksel gereksinimlerini karşılamak, sürekli bakım ve rehabilitasyon hizmeti vermekle görevli ve yükümlü huzurevleri ve huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri kurulmuştur.⁶ Her iki merkez de yatılı olarak hizmet veren kurumlardandır. Bunun yanı sıra gündüzlü bakım hizmeti veren kurumlar da bulunmaktadır. Huzurevinde kalmayı tercih etmeyen yaşlıların gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerini karşılamak üzere “Yaşlı Hizmet Merkezleri” hizmet vermektedir.⁷ Yine Yaşlı Dayanışma Merkezleri olarak bilinen kurumlar da gündüzlü bakım hizmetleri kapsamındadır. Altan ve Şişman’a göre bu merkezler yatılı bakıma ihtiyaç duymayan, yalnız ya da aileleri ile yaşayan yaşlılara sosyal ve psikolojik destek vermek amacı ile kurulmuştur. Yaşlı bireylerin bu merkezlerde zamanlarını değerlendirmeleri, hayat koşullarını iyileştirmeleri yanında sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırmak ve mesleki danışmanlık hizmeti hedeflenmektedir (2003). Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın yanı sıra Belediyeler de yaşlılara yönelik politikalar geliştirmektedir. Kimi belediyelerin bünyesinde Huzurevlerinin bulunduğu bilinmektedir. Öte yandan örneğin İzmir Büyükşehir Belediyesi Alzheimer hastalığı ile mücadele edilmesi kapsamında gezici yaşlı kültür sanat otobüsü oluşturmayı planlamaktadır. Gezici yaşlı dayanışma ve rehabilitasyon merkezlerinin yaşa bağlı fiziksel ve ruhsal sorunların yanı sıra yaşlılar üzerinde oluşan sosyal tahribatı azaltmayı hedeflediği ifade edilmektedir. Bu bağlamda yaşlılığın getirdiği depresyon ve izolasyon sebebi ile azalan sosyal etkinliklerin artırılması gereği vurgulanmıştır.⁸

Yaşlıların emeklilik ve muhtaçlık dönemlerinin yanı sıra çalıştıkları dönemde de güvence altına alınmaları gerekmektedir. Nitekim yaşlılar popüler kültürün ortaya koyduğu olumsuz bakış açılarının da etkisi ile iş hayatında ayrımcılık ve sosyal dışlanmaya ve yaş ayrımcılığına maruz kalmaktadır. Bu ayrımcılık işe alım sürecinde veya iş hayatına dâhil oldukları dönemde ortaya çıkabilmektedir. Akdemir ve arkadaşları bu durumun nedenini fiziksel güzellik ve cinselliğin yanı sıra ekonomik verimlilik ve üretkenliğe gösterilen özen ve öneme bağlar. Buna göre siyaset, reklam ya da eğitim alanında olduğu fark etmeksizin genç imajlar teşvik edilmektedir. Genç olmaları kimliğinin bir parçası olan toplumlarda yaşlanmak kendine olan güvenin azalmasına sebep olarak yaşlılığa karşı olumsuz bir tutum geliştirilmesine neden olmaktadır (Akdemir vd., 2008). Çocuklar ve yaşlılar ekonomik üretkenlik ve verimlilik bakımından pasif birer üyelerdir. Ancak yaşlıları çocuklardan daha dezavantajlı kılan şey çocukların üretkenliğe geçme ihtimali varken yaşlılarda bu ihtimalin neredeyse ortadan kalkmış olmasıdır. Diğer bir deyişle yaşlılık ölümle ilişkilendirilerek bir son mesabesinde görülürken çocukluk bir başlangıçtır. Bu bakımdan yaşlılık sürekli bakım ihtiyacı ile ilişkilendirilmekte, bağımlılık ya da ayak bağı olarak nitelenmektedir. Şu halde yaşlı bireylerin yalnızca sosyal güvenlik sistemleri ya da sosyal hizmetlerle desteklenmesi değil sosyal ayrımcılığa ve

⁶ <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4414&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5>

⁷ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-5.htm>

⁸ <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/yasli-lara-yonelik-hizmetler-94808>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

iş yaşamındaki olumsuzluklara karşı korunacakları önlemler de alınması gerekmektedir. Türkiye’de son yıllarda bu yönde olumlu adımlar atılmış olmasına karşın gerekli seviyede olmadığı bilinmektedir. Bu durumun aşılması toplumsal algıların değiştirilmesi, yaşlıların iş yaşamının gerektirdiği formasyon ya da eğitime tabi tutulması ve çalışma hayatında yaşanan yaş ayrımcılığı ve sosyal dışlanmaya yönelik kanuni düzenlemelerle mümkündür.

Türkiye’de uygulanan yaşlı politikalarının bir diğer boyutu şehir içi toplu taşıma ya da şehirlerarası seyahat alanında uygulanmaktadır. Şehirlerden şehirlere uygulama farklılıkları ortaya çıkmakla birlikte ekseriyetle yaşlıların toplu taşıma araçlarından indirimli faydalanması ya da belirli saatlerde ücretsiz hizmet alması şeklindedir. Bu araçların çoğunda yaşlıların oturarak seyahat etmesi için ayrılmış koltuklar bulunmaktadır. Belediyelerin yanı sıra diğer kurumların da yaşlı vatandaşlara hizmetlerinde öncelik verdiği bilinmektedir. Sağlık uygulamalarında yaşlı vatandaşlara öncelik verilmesi, sırada bekleme sürelerinin azaltılması, özel olarak ayrılan alan ya da koltukları örnek vermek mümkündür.

İtalya

İtalya’nın yaşlılar ile ilgili sosyal politikaları ülkenin tarihsel güney-kuzey ayrımıyla yakından ilgilidir. Yoksulluğun yüksek olduğu güney bölgesi aynı zamanda bölgenin kaderini etkileyen kritik sorunlar yaşamaktadır (Ferrera, 2006: 205; Benassi ve Mingione, 2007: 133). Bu ayrımla birlikte İtalya’nın yaşlılara yönelik sosyal politikasını ele almak için “clientalist” kayırmacılık olarak ifade edilen yapısını da zikretmek gerekmektedir. Çoğu demokrasi, kayırmacılık dönemleri yaşamıştır. 1800 yılında New York’ta (Tammany), 1945 sonrası İtalya’da (Hıristiyan Demokrasisi) veya daha yakın zamanda Batı Bengal’de (Sol Cephe) olduğu gibi, bazen kayırmacılık sistemik hale gelmiş ve siyasete uzun süre egemen olmuştur. Eşitsizlik genellikle kayırmacılığın önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilir (Robinson ve Verdier, 2013). Eşitsizlik konusunda en çok yaşlılar mağdur olmaktadır. Yaş ayrımcılığı, yaşlıların insan haklarını ihlal etmektedir ve giderek dijitalleşen dünyada bu eşitsizlikler farklı şekillerde şiddetlenmektedir. Örneğin, yaşa dayalı ayrımcılıklar, yaşlı kişilerin tıbbi bakıma eşit erişimini zorlaştırmaktadır.

Eurostat verilerine göre yaklaşık 60 milyon nüfusuyla bir Güney Avrupa ülkesi kategorisinde yer alan İtalya’da, 65 yaş ve üzeri kesimin oranı %21.4’dir. Nüfusun %6,5’i 80 yaş ve üstünden oluşmaktadır. Bu veriler İtalya’nın Avrupa’daki en yüksek yaşlı nüfusuna sahip ülke olduğunu göstermektedir (Eurostat <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>). İtalya’nın bir göç ülkesi olması yaşlı nüfus oranlarında küçük oynamalara sebebiyet vermiştir. Hayatta kalma beklentisi ve uluslararası göç gibi diğer faktörlerin yaş yapısı üzerinde etkileri olmuştur. Bir yandan, her yaşta ölüm oranının devam eden düşüşü, yaşlıları giderek daha fazla ilgilendirmektedir. Öte yandan, son otuz yılda yaşanan pozitif net göç akışlarının, hem aktif yaştaki nüfusu koruyarak hem de doğurganlık düzeylerini olumlu yönde etkileyerek süreci hafiflettiği ifade edilmektedir. Ancak, öngörüler, göçmenlerin yaşlılığa giren kohorta ekstra katkısının 2019 gibi erken bir tarihte görüleceğini göstermektedir (Billari ve Dalla-Zuanna, 2013; Blangiardo & Rimoldi, 2013). Yaşlılık oranlarının 2050 yılında artacağı öngörülmektedir. Nüfusun yaşlanması, ekonomik büyüme, etkili sağlık ve emeklilik sistemlerinin sürdürülebilirliği ve yaşlıların esenliği ile ilgili birçok endişeye neden olmaktadır. Ekonomik refah büyük ölçüde işgücünün boyutuna ve kalitesine bağlı olduğundan, birçok araştırmacı yaşlanan ülkelerin daha yavaş ekonomik büyüme yaşayacağını varsaymaktadır (De Bloom, Boersch-Supan, McGee ve Seike, 2011).

Yaşlılara yönelik sosyal politikaların başında emeklilik sistemi gelmektedir. İtalyan emeklilik sisteminin, ilk emeklilik planlarının 1863 yılına kadar uzandığı düşünülürse uzun bir geçmişi vardır. 1969 reformu yıllık gelirlerde 200’den fazla emeklilik fonundan oluşacak olan, tüm nüfusu kapsayan, kullandıkça öde sosyal sigorta sisteminin kurulmasına yol açmıştır. 1990’ların başında, İtalya, farklı uygulamalar olsa da, çok avantajlı olduğu düşünülen emeklilik hakları açısından koşullar sunan, oldukça parçalı ve heterojen bir emeklilik sistemine sahipti. Sosyal yardımlar, sosyal emeklilik ve asgari emekli maaşı gibi 3 farklı başlık altında özetlenen emeklilik ödemelerinden beş milyonun üzerinde kişi faydalanmaktadır. Emeklilik kriterlerinin çok sıkı olduğu İtalya’da yoksulluk sınırı altında yaşayan emeklilerin de sayısı oldukça fazladır (Benassi ve Mingione, 2007: 154). Emeklilik sisteminde 2011 reformu, özellikle emekli maaşlarının hesaplanmasıyla ilgili olarak, 1990’larda

başlatılan reformları devam ettirmektedir. Bununla birlikte, yaşam beklentisi olan emekliliğe erişim için temel bir parametre sunar. Öte yandan emeklilik sistemini uyumlu hale getirme ve rasyonalize etme arzusu, daha sonra çok sayıda istisnanın getirilmesiyle karşı karşıya kalmıştır.

Emeklilikten sonra yaşlılara yönelik politikalar sağlık alanında bakım ve hizmeti kapsamaktadır. İtalya'da hızla yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların ve uzun süreli rahatsızlıkların artan prevalansı ile el ele gitmektedir (OECD, November 2015). "PASSI d'Argento" Ulusal Gözetim Sistemi, 2013 yılında 65 yaş üstü kişilerin yaklaşık % 64'ünün en az bir kronik hastalıktan mustarip olduğunu bildirmiştir (%33 kardiyovasküler hastalık, %25 KOAH; %20 diyabet; %13 kanser). Dahası yaşlıların %13'ünde üçten fazla kronik hastalık vardır (Argento, 2013). Ancak İtalya'da yaşlılar için uzun süreli bakım sağlanması hala yetersiz kalmaktadır. 65 yaşında yaşam beklentisi OECD genelinde en yüksekler arasındadır ve 65 yaşında demans yaygınlığı OECD ortalamalarından daha kötüdür. İtalya'da 2013 yılında toplam nüfusun sadece %2'si uzun süreli bakım alırken, bu oran Hollanda ve İsviçre gibi benzeri ülkelerde %4,5'e kadar çıkmaktadır (OECD, November 2015). Her sosyal koruma sistemi, sosyal riskler ve bakım ihtiyaçlarıyla ilgili olarak toplu sorumluluklar ve aile sorumlulukları arasında belirli bir denge kurmuştur. Yaşlıların İtalya'da sosyo-ekonomik risklere karşı korunması devletten önce aile ve akrabaya aittir. Devletin, aile üyelerine maddi desteği söz konusu olmaktadır. İtalya'da sosyal hizmet zayıf olmakla birlikte yalnızca yerel düzeyde organize edilmektedir. Bu durum, bölgeler arasında önemli farklılıklar olmakla birlikte, 65 yaş ve üzeri kişilerin sadece %2'sini ilgilendirmektedir. En önemli sosyal politika önlemi, 1980'lerde tanıtılan *l'indennità di accompagnamento* adı ile bilinen ulusal bir para yardımıdır. Başlangıçta engelliler için ayrılmış olup, evde veya bir kurumda yaşasalar da sürekli bakıma ihtiyacı olan yaşlılara da yarar sağlamaktadır. Bu yardım yaş ve gelir düzeyi ne olursa olsun verilmektedir (Da Roit ve Le Bihan, 2009: 43). Kısacası İtalya'daki sosyal yardım sistemi, resmî bir güvence olmaktan ziyade başta aile olmak üzere daha çok gönüllülüğe dayanmaktadır (Gough, 2006: 237).

2. COVID-19 Sürecinde Türkiye ve İtalya'nın Yaşlı Bakım Politikalarının Karşılaştırılması

2.1.Yöntem

Çin'de ortaya çıkan ve hızlı bir şekilde tüm dünyaya yayılan COVID-19 salgınının sağlık açısından olumsuz sonuçları özellikle savunmasız gruplarda daha çok hissedilmiştir. Bu grubun en başında yaşlı nüfus bulunmaktadır. Pandeminin başlamasıyla birlikte yaşlı kesim kimi zaman dikkate alınmamış kimi zaman da virüsün yayılmasından sorumlu tutulmuştur. Ancak salgında dezavantajlı gruplar arasında yer almaları ülkelerin geliştireceği politikaların önemli hale gelmesine neden olmuştur. Ülkelerin yaşlılara yönelik COVID-19 kaynaklı politikaları arasında farklılık arz ettiği görülmektedir. Türkiye ve İtalya'da benzerliklerden ziyade zaman zaman zıt uygulamalara rastlanmaktadır. Ulusal ve uluslararası platformlarda, COVID-19 sürecinde Türkiye'nin yaşlı kesime karşı daha dikkatli ve hassas davrandığı ifade edilirken olumsuz yaklaşımları ile İtalya Avrupa ülkeleri arasında ilk sırada zikredilmektedir.

Bu çalışmada Türkiye ve İtalya'nın uygulamaları İngilizce yayın yapan haberlerin söylem analizinden yola çıkılarak karşılaştırılmıştır. Söylem analizi, en geniş anlamıyla, fiziksel eylemler veya özelliklerden çok anlam düzeyinde, doğal olarak meydana gelen iletişimin sistematik araştırmasıdır. Tek ve üniter bir teknikten ziyade, bazı önemli ortak çıkarları olan bir yöntem ve yaklaşımlar kümesi olarak düşünülen söylem analizi, birçok disiplin için çalışma alanı oluşturmaktadır. Bu bağlamda söylem analizinin tanımı konusunda bir mutabakat sağlanamamıştır. Bu terim ilk olarak Söylem Analizi (1952) başlıklı çalışmasında Zellig Harris tarafından kullanılmıştır. Harris makalesinde söylem analizini basit bir cümlenin sınırlarının ötesinde betimleyici dilbilimi sürdürmek için bağlantılı konuşma veya yazının analizi için bir yöntem olarak tanımlamaktadır. Ancak söylem analizi, 1960'lardan itibaren dilbilim, göstergebilim, antropoloji, psikoloji ve sosyoloji gibi disiplinlerdeki çalışmalarla birlikte gelişme göstermiştir. Konu ile ilgili uluslararası yayın yapan medyadaki haberlerin söylem analizi, Türkiye ve İtalya'nın pandemi sürecinde ortaya koydukları uygulamaların benzeştiği ve ayrıştığı noktaları anlamada yardım olmuştur.

2.2.Bulgular

2.2.1.Türkiye Örneği

Türkiye’de COVID-19 sürecinde yaşlı bakım politikaları incelendiğinde üç grup özelinde politika geliştirildiği görülmektedir. Bu grupları emekli, çalışmayan ve evlerinde bulunan yaşlılar, hala kamu ya da özel sektör hizmetinde bulunan yaşlılar ve huzurevlerinde barınmakta olan yaşlılar olarak tasnif etmek mümkündür. Öte yandan yaşlı vatandaşlara yönelik uygulamaların muhatabı 60 ile 65 yaş üzeri vatandaşlar olmuştur. Geliştirilen politikaları ise aşı, sokağa çıkma yasağı, seyahat yasağı, idari izin ve huzurevlerine yönelik tedbirler olarak temalaştırmamız mümkündür.

Pandemi sürecinde yaşlılarla ilgili alınan ilk önlem sokağa çıkma yasağıdır. Sürecin henüz başında Mart ayında İçişleri Bakanlığı tarafından yayınlanan genelge ile 65 yaş ve üzeri vatandaşların sokağa çıkması yasaklanmıştır. 65 yaş ve üstünün tam kısıtlama ile karşı karşıya kalmasının sebebi şüphesiz ki üretim ve ekonomi içinde yer alma oranlarının düşük olduğuna yönelik varsayımdır. İlerleyen dönemlerde yaşlıların sağlık kontrolleri, sosyal izolasyon, ruhsal açıdan etkileri ya da gün ışığından mahrum kalmaları gibi nedenlerle sokağa çıkma yasakları zaman zaman seyreltilmiştir. Kimi zaman belirli günlerde belirli saat aralığında sokağa çıkmalarına izin verilmiş kimi zaman da diğerleri için sokağa çıkma yasağı verildiğinde sokaklar yalnızca yaşlılara bırakılmıştır. Bu uygulamanın nedeni yaşlıların steril bir ortamda dışarıda olmaları ve diğerleri ile temas ederek enfekte olmalarının engellenmesidir.⁹ Örneğin Nisan ayından sonra artan ölüm vakaları sebebi ile başlangıçta iki büyükşehir olan İstanbul ve Ankara’da daha sonra ülke geneline yayılan uygulamada 65 yaş ve üstünün yalnızca 10.00-16.00 saatleri arasında dışarı çıkmasına izin verilmiştir. Yine 03.04.2020 tarih ve 6235 sayılı genelge ile yaşlıların yalnızca Pazar günleri 14.00-20.00 arasında dışarı çıkmasına izin verilmiştir. Yaşlıların dışarda oldukları sürede maske takması ve sosyal mesafe kurallarına uyması gerekmektedir. Yasaklar seyreltiği dönemde de yaşlıların yalnızca yürüme mesafesinde kalmalarına izin verilmiş, aksi takdirde para cezası ile karşı karşıya kalacakları ifade edilmiştir.¹⁰

Yaşlılar, sosyal dolaşımın azaltılması için toplu taşıma araçlarına binmelerine kısıtlama getirilmesine ek olarak şehirlerarası seyahat yasağının da konusu olmuşlardır. 20 yaş altı ve 65 yaş üstü vatandaşların şehirlerarası seyahatleri 30.11.2020 tarih ve 20076 genelge ile zorunluluk gerektiren hallere bağlı olmak kaydıyla izne tabi olmuştur.

Sokağa çıkma yasağı dönemlerinde yaşlıların temel ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı gündeme gelmiş ve bu durumun aşılması için VEFA Sosyal Destek grupları kurulmuştur. VEFA Sosyal Destek Grupları Valilik ve Kaymakamlıkların koordinesinde polis, jandarma, AFAD, Kızılay ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri gibi çeşitli gruplardan oluşmaktadır. Bu gruplarda 144 bin 907 kişi aktif olarak hizmet vermiştir. Sokağa çıkma kısıtlaması olan ya da kronik hastalığı olan vatandaşlar 112, 155 ve 156 gibi numaralardan bu gruplara ulaşmış ve ihtiyaçlarını iletmişlerdir.¹¹ VEFA Sosyal Destek Grupları vatandaşlardan gelen pek çok talebin yanı sıra maske, kolonya ya da sabun gibi ihtiyaçları dahi temin ederek isteklilerin kapısına kadar götürmüştür. Dahası PTT aracılığı ile maaş alan 65 yaş üzerinin ve kronik rahatsızlığı bulunanların maaşları ve diğer ödemeleri VEFA Destek Grupları tarafından vatandaşların evlerine teslim edilmiştir. Öyle ki 15 Mart tarihi itibari ile 6 milyonu aşkın talebin karşılandığı vurgulanmaktadır.¹²

Sokağa çıkma yasağı dönemlerinde evlerinde olanlar için durum stabildir ancak 65 yaş üzeri olup hala çalışan vatandaşlar için oldukça karmaşık bir hal almıştır. Nitekim yasaklar başlangıçta hâlihazırda işgücü içinde bulunan yaşlıları hesaba katmamıştır. İstanPol tarafından hazırlanan

⁹ <https://abcnews.go.com/Health/wireStory/turkeys-senior-citizens-allowed-sunday-70728795>

¹⁰ <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-11-11/turkey-reimposes-curfews-for-at-risk-seniors-as-virus-surges>

¹¹ <https://www.haberturk.com/65-yas-ustu-yasaklar-yeni-karar-belli-oldu-65-yas-ustu-seyahat-yasagi-toplu-tasima-yasagi-kalkti-mi-3111369>

¹² <https://www.haberturk.com/vefa-destek-grubu-nedir-kimler-faydalanabilir-vefa-destek-grubu-numarasi-kac-3006585>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Türkiye’de *İşgücündeki Yaşlılar ve Güvencesizlik* adlı rapora göre 65 yaş üzerinde olup hala çalışmaya devam edenlerin oranı yüzde 12’dir. İlgili raporda OECD ve AB ülkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus genel nüfusa oranla az olmasına karşın bu grubun halen istihdam edilenlerinin oranı yüksektir. Çalışma hayatında aktif olarak rol oynayan yaşlıların pandemi döneminde karşı karşıya kaldığı bir diğer sorun da yaş ayrımcılığı olmuştur. Nitekim Türkiye’de pandemi sürecinde yaş ayrımcılığının arttığı ve buna bağlı olarak klişe ve önyargıların yaşlıları çalışma hayatı içinde olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda pandemi sürecinde çalışmak zorunda olan yaşlılar fazladan yük taşımışlardır.¹³

Ayrımcılık ve sosyal dışlanma için olmasa da halen istihdam aşamasında olan yaşlıların sokağa çıkma dönemindeki durumu ilerleyen dönemde netleştirilmiştir. 03.04.2020 tarih ve 6235 sayılı Genelge ile 65 yaş ve üzeri esnaf ve sanatkârların vergi kaydı ya da mesleki faaliyet belgesini, çalışanların ise SGK hizmet belgesini ibraz etmesi şartı ile sokağa çıkma yasağından muaf tutulacağı karara bağlanmıştır.

Kamuda çalışan yaşlılar ise daha talihlidirler. Nitekim 14 Nisan 2021 tarih ve 2021-8 sayılı Genelge ile 60 yaş ve üzeri ve yaşına bakılmaksızın kronik hastalığı bulunan kamu çalışanları idari izinli sayılmıştır. Öte yandan bu kişiler fiilen göreve gelmedikleri dönemde esas görevlerini yerine getirmiş sayılmış ve herhangi bir özlük hakkı kaybına uğramamışlardır. Ancak idari izin hakkından, 60 yaş üstü olsa da MİT ve Sağlık Bakanlığı çalışanları ile yönetici pozisyonunda çalışanlar muaf tutulmuştur. Diğer bir muafiyet özel sektör çalışanlarına yöneliktir.¹⁴ Nitekim özel sektörde çalışan yaşlıların idari izinli sayılmadığı hesaba katılırsa Türkiye’de pandemi döneminde yaşlıların kamu ya da özel sektör, meslek ya da yönetici olup olmamalarına göre ayrımcılığa maruz kaldığı görülmektedir. Öyle ki ilerleyen dönemde kamuda normalleşme politikaları gereğince idari izinler iptal edildiğinde dahi 60 yaş üzeri olup kronik hastalığı bulunanların idari izinli sayılmaya devam edildiği görülmektedir.¹⁵

Türkiye’de pandeminin henüz başında ortaya konan yaşlı politikaları sokağa çıkma yasakları ve çalışma hayatına yönelik tedbirler şeklindedir. İlerleyen süreçte aşının piyasaya sürülmesi ile birlikte yaşlılara yönelik politikaların aşılama yönünde seyrettiği görülmektedir. Aşılama politikasında öncelik piramidi sağlık çalışanları ile eczacılardan başlatılmış, ikinci sıra yaşlılar ve koruma evlerinde kalan yaşlılara verilmiştir. Yaşlılar arasında da öncelik 90 yaş ve üzerinden başlanarak 85-89 yaş arası, 80-84 yaş arası, 75-79 yaş arası, 70-74 yaş arası ve 65-69 yaş arası olarak geriye doğru ilerlemiştir.¹⁶ Reuters’ın 21 Ocak 2021 tarihli haberine göre Türkiye’de başlangıçta yoğun bir aşı talebi olmuşsa da daha sonra yavaşladığı ifade edilmiştir. Ancak sağlık çalışanlarının aşılansından sonra huzurevlerinde kalan yaşlıların aşılama programına alındığı ve aşılandırmanın yeniden hızlanacağı vurgulanmaktadır.¹⁷

Türkiye 65 yaş üstünü aşılama için olağanüstü bir çaba sarf etmiştir. Ancak yaşlılar arasında aşuya yönelik şüphelerin yüksek olduğu görülmektedir. 65 yaş ve üstünün yüzde 23,6’sı aşı yaptırmama kararı almıştır.¹⁸ Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı yaşlı vatandaşları ikna çalışmaları başlatmıştır. The Guardian’ın haberine göre evvela ülkenin güneydoğusunda başlayan ve aşı olmayı reddeden yaşlıları hedefleyen aşı ikna girişiminin büyük başarı elde ettiği vurgulanmaktadır. Bu bölgede görev yapan sağlık çalışanları yaşlıları arayarak neden aşı olmadıklarını sormakta ve aşı için kuruluşlara başvurmayanların evlerine soğutucu kutularda aşılarla giderek evde aşı hizmeti vermektedir. Kimi zaman muhtarları ve aşiret liderlerini de yanlarına alan sağlık çalışanları yaşlıları ikna etmek için yüz yüze iletişim tekniklerini kullanmışlardır. Dikkat çekici olan bir diğer husus muhtarların ve yerel kanaat önderlerinin kişileri ikna etmek için kupon ya da hediye kartı teklif ederek

¹³ <https://tr.euronews.com/2021/05/08/65-yas-ve-uzerine-uygulanan-yasaklar-cal-smak-zorunda-olanlar-goz-ard-etti-rapor>

¹⁴ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/04/20210414-5.pdf>

¹⁵ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/06/20210630-14.pdf>

¹⁶ <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-78296/asi-uygulanacak-grup-siralamasi.html>

¹⁷ <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-turkey-vaccine-int-idUSKBN29Q0H3>

¹⁸ <https://www.theguardian.com/world/2021/apr/27/covid-vaccination-persuasion-teams-reap-rewards-in-turkey>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

sağlık çalışanlarına yardımcı olduğudur. Yaşlıların aşı olmaya ikna olmasında sağlık görevlilerinin ayaklarına kadar gelmesi ve bunca meşakkate katlanmasına duyulan mahcubiyet duygusu etkili olmuştur. Nitekim kimi yaşlılar bu tutum karşısında mahcubiyetlerini iletmış ve sağlık çalışanlarını “cennetlik” olarak nitelemiştir. Bu teknikle 35 ayrı ekip çok çeşitli ikna yollarını deneyerek günde yaklaşık 150 kişiyi aşı olmaya ikna etmiştir. Örneğin Fatma Gültekin isimli yaşlı bir kadının aşının yan etkilerine dair endişelerini dile getirmesi üzerine sağlık ekipleri herhangi bir yan etki olması durumunda başında bekleyeceklerine söz vererek yaşlı kadını ikna etmeyi başarmıştır. Öte yandan yaşlıların aşı olmamak için sunduğu bahaneler müstehzi bir dille ifade edilmektedir. Dr. İbrahim Kaygusuz The Gaurdian’a verdiği röportajda, 76 yaşındaki anneannesinin kısır olmaktan korktuğu için aşı olmak istemediğini ifade etmiştir. Kaygusuz’a göre bu insanların bilinmeyene olan korkularını örtmek için ürettikleri bahanelerdir ve gerçek korkular değildir. Nitekim Kaygusuz, anneannesine başka çocuğa ihtiyacı olmadığını hatırlatmak durumunda kaldığını vurgulamaktadır. Kimi yaşlıların gerekçeleri ise daha makuldür. Örneğin aşının orucu bozduğunu ifade eden yaşlılar bulunduğu ifade edilmektedir.¹⁹

Sağlık çalışanlarının aşı konusundaki tutumu oldukça kararlı görünmektedir. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca tarafından Güneydoğuda başlayan kampanyanın tüm ülkeye yayılmasına yönelik planlama yapıldığı ifade edilmiştir. Ne var ki İstanbul’da ikamet eden 65 yaş üstü vatandaşlar sağlık ekipleri tarafından üçüncü doz aşılarını yaptırmaları için tek tek aranmış ve üçüncü doz aşının önemi hatırlatılarak teşviki amaçlanmıştır.²⁰ Türkiye’de yaşlıların en yüksek risk grubuna sahip olan sağlık çalışanlarından hemen sonra aşı programına alınması ve aşılama ile ilgili gösterilen çabalar pandemi dönemi yaşlı politikaları ile ilgili bilgi vermektedir.

Pandemi sürecindeki yaşlılara yönelik diğer bir politika huzurevlerine yönelik olmuştur. Türkiye henüz ilk COVID-19 vakası tespit edilmeden önce huzurevi ziyaretlerini kısıtlamış ve yaşlı vatandaşları virüsten korumak için DSÖ tarafından desteklenen bir dizi önleyici tedbir almıştır. DSÖ aynı zamanda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na teknik uzmanlık desteği sağlamıştır. Huzurevlerine ziyaretin yanı sıra çalışan personel için de bir takım önlemler alındığı görülmektedir. Görevliler için koruyucu ekipman tedarik edilmiş, seyahatlerinin en aza indirilmesi sağlanmış ve hijyen ve beslenme politikaları konusunda iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir. DSÖ Türkiye’nin huzurevleri politikalarından memnuniyetini çok sefer dile getirmiştir. Bu tavsiyeler doğrultusunda huzurevlerine dışarıdan ziyaretçi kabulü durdurulmuş ve yaşlı sakinlerin de dışarı çıkışı kısıtlanmıştır. Öte yandan huzurevi personeli de dışarı ile ilişkisini asgariye indirmiş 7, 10 veya 14 günlük sabit rotasyonlarla, evleri ve dışarı ile bağlarını keserek çalışmış ve yaşlılara virüs bulaştırma ihtimali en aza indirilmiştir. Ayrıca personelin her dışarı giriş çıkışında PCR testi yaptırması istenmiştir. Yaşlılar günlük dört kez sağlık kontrolünden geçirilmiş, erken teşhis ve tanı hedeflenmiştir. Karantina döneminde yaşlılara ziyaret yasağı getirilmişse de gerekli önlemler alındıktan sonra müzik grupları tarafından moral günleri düzenlenmiş ve psikososyal desteğin sürdürülmesi öngörülmüştür²¹. Bu dönemde huzurevi sakinlerine manevi destek de sağlanmıştır. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Orhan Koç’a göre bugünün en iyi desteği manevi destektir.²²

DSÖ tarafından aktarılan bilgilere göre Türkiye’de huzurevlerinde barınmakta olan yaşlılar da sürecin yönetilmesinden memnundur. Örneğin huzurevinde barınmakta olan yaşlı bir vatandaş ”titiz önlemlerle korunuyoruz, tıbbi kontrollerimiz düzenli olarak yapılıyor ve bu dönemde buradan daha güvenli bir yer bulamayız” demektedir. Huzurevlerinde alınan tedbirlerin başlıca amacının bir kişinin enfekte olarak tüm kuruma yayma riskini en aza indirmek olduğu ifade edilmiştir. Ziyaretlerin kısıtlanması, personelin dışarı giriş çıkışlarının engellenmesi, sabit vardiyalar ya da hastanede tedavi

¹⁹ <https://www.theguardian.com/world/2021/apr/27/covid-vaccination-persuasion-teams-reap-rewards-in-turkey>

²⁰ http://www.news.cn/english/2021-09/23/c_1310205400.htm

²¹ <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/turkey-limiting-the-spread-of-COVID-19-among-elderly-in-care-homes> Erişim Tarihi 28.01.2022

²² <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-COVID-19/news/news/2020/12/turkey-shielded-its-elderly-from-COVID-19-by-protecting-health-workers-in-nursing-homes>

görmesi gereken huzurevi sakinlerinin dışarı her giriş çıkışlarında COVID-19 taramasından geçirilmesi olası bir yayılıma karşı tedbir mahiyetindedir. Nitekim herhangi bir huzur evi sakininde ufak bir enfekte şüphesi olduğunda tüm kurum taranmış ve 24 saat sağlık gözetimi uygulaması gerçekleştirilmiştir.²³

2.2.2.İtalya Örneği

İlk olarak Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan ve hızla tüm dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi tüm toplumları ve tüm kesimleri farklı derecede etkilemiştir. COVID-19'dan en fazla olumsuz etkilenenlerin başında kırılğan grupların ilk sırasında yer alan yaşlılar gelmektedir. Yaş faktörü ve kronik hastalıklar yaşlıların bağışıklık sistemlerini zayıflatırken çoğu zaman Coronavirüsle mücadeleyi kaybetmişlerdir. Ayrıca pandemi sürecinde tedavi konusunda da yaş ayrımcılığına maruz kalmaları, gençlere öncelik vermek adına yaşlı bireylerin hem fizyolojik hem de ruhsal bakımları dikkate alınmaması ve ihmal edilmeleri yaşlıları dezavantajlı duruma getirmiştir. Toplu ölümler yüzünden pandemi sürecinde yaşlılarla ilgili en çok gündeme gelen huzurevleri ve bakımevleri olmuştur.

İtalya'da ilk COVID-19 vakasına 31 Ocak 2020 tarihinde Çinli turistlerin gelmesiyle rastlanmıştır. COVID-19 kaynaklı ilk ölüm tarihi 22 Şubat 2020 olmuştur. Ölüm ve aktif vaka sayısı İtalya Çin'den sonra virüsün hızla yayıldığı ve vakaların yüksek olduğu ikinci ülke konumuna gelmiştir. Nüfusunun %22'si yaşlı bireylerden oluşan İtalya Avrupa'nın en çok yaşlı nüfus oranına sahip olma özelliğini taşımaktadır. Bu durum İtalya'da virüsten enfekte olanların ve ölenlerin çoğunun yaşlı olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. İtalya'da pandeminin başlaması ile birlikte ilk haftalarda salgında ölenlere bakıldığında 707 kişinin yaşlarının 70 ila 79; 852 kişinin 80 ila 89 aralığında olduğu; 198 korona ölümünde ise yaşın 90'dan daha yüksek olduğu görülmektedir. 50 yaşın altında hayatını kaybedenlerin sayısı ise 17 olarak kayıtlara geçmiştir. Böylelikle İtalya'da COVID-19'dan ölenlerin yaş ortalaması 79,5 olarak açıklanmıştır (Deutsche Welle Türkçe, 18.03.2020). Pandemi yaklaşık 2 yıl sonra, 15 Şubat 2022 itibari ile İtalya'da 50 yaş üstüne negatif test gösterme zorunluluğu kaldırılarak yerine aşı zorunluluğu getirilmiştir. İtalya COVID-19 sürecinde yaşlı ölüm oranlarının yüksek olması yanında yaşlılara yapılan hak ihlalleri ile gündeme gelmiştir. Ulusal ve uluslararası medyada yaşlıların toplumda değersizleştirilmesi ve bakımevlerinde yaşanan hak ihlalleri sıkça dile getirilen konular arasında yerini almıştır.

2.2.2.1."Yaşlılar Vazgeçilemez Değiller"

COVID-19 salgını ile beraber İtalya'nın yaşlılara yönelik tedavi ve önlem politikaları eleştirilerin odağı olmuştur. 2 Kasım 2020 tarihinde ulusal medya olan ANSA'da çıkan haberde (ANSA, 02.11.2020) Ligurya Valisi Giovanni Toti'nin İtalya'nın yaşlıları hakkında attığı bir tweet tartışılmaktadır. Toti tweet'inde "*her bir COVID-19 kurbanı bize acı verdiği için şu verileri aklımızda tutmalıyız: Daha dün Ligurya'daki 25 ölümün 22'si çok yaşlı hastalardı. Yaşlılar, ekonominin üretken çabası için vazgeçilmez değil, çoğunlukla emekli olan kişilerdir*" ifadelerini kullanmaktadır. Vali, yaşlıların topluma yük oldukları ve ölümlerinin toplumun yararına olduğu görüşünü dolaylı yoldan dile getirmeye çalışmaktadır. Benzer durum daha belirgin olarak yaşanmasa da diğer Avrupa ülkelerinde de görülmektedir. Pandemi yaşlıların tedavi ve bakımlarının sağlanmasının "bir kayıp" olduğu ifade edilirken ölüme terk edilmeleri meşrulaştırılmaya çalışılmıştır. Bir başka ifadeyle pandemi sürecinde İtalya gibi diğer Avrupa ülkelerinde yapılan açıklamalar ve uygulamalara bakıldığında yaşlıların ihmal sonucu ölümleri, istenmeyen bir durumdan ziyade istenilen ve arzu edilen bir gelişme olarak tarihe geçmiştir.

Giovanni Toti'nin tweet'i hem ülkede hem de ülke dışında ciddi tepkileri beraberinde getirmiştir. Tweet halk arasında tartışma fırtınasına yol açarken politikacılar da dâhil olmak üzere birçok kesim tarafından eleştirilmiş ve 12.000'den fazla yorum yapılmıştır. Her ne kadar Toti daha sonra sosyal medyadan yaptığı paylaşım için özür dilemişse de, ifadelerinin "delilik" olduğuna dikkat çekilmiştir.

²³ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-COVID-19/news/news/2020/12/turkey-shielded-its-elderly-from-COVID-19-by-protecting-health-workers-in-nursing-homes>



Giovanni Toti
@GiovanniToti



Per quanto ci addolori ogni singola vittima del #Covid19, dobbiamo tenere conto di questo dato: solo ieri tra i 25 decessi della #Liguria, 22 erano pazienti molto anziani. Persone per lo più in pensione, non indispensabili allo sforzo produttivo del Paese che vanno però tutelate.

11:58 AM · Nov 1, 2020



Toti'nin, daha sonra RAİ TV'ye verdiği demeçte yaşlıları kötü gidişatın sorumlusu yaptığı görülmektedir. Ona göre ülkenin salgın karşısında başarılı olabilmesi için yaşlılara sınırlama getirilmelidir. Toti demeçlerinde “75 yaş üstü kişileri korumayı başarsaydık, ülkeyi açık tutabilirdik. Yaşadığımız ve yaşayacağımız işsizlik, daha düşük gelirler açısından devam edecek olan tüm dramatik sorunlara sahip olmazdık... Çünkü hastane müdahalesi açısından sorun yaşamazdık... Yaşlılarımızı daha fazla ve hakkaniyetle koruyarak hastanelerin üzerindeki baskı ve ölüm sayısı sonsuz derecede azalacaktır. Normalde Covid'in hafif sonuçları olduğu, bu kadar çok İtalyan'ı evlerine kapatmak, ülkenin üretimini engellemek, okulu ve gençlerimizin geleceğini durdurmak ve gerçekten risk alanlara herhangi bir müdahaleyi düşünmemek aptallık olur. Umuyoruz ki bu sefer demagoji değil bilgelik olur” demiştir (NEWSRND, 01.11.2020). İtalya'nın en yüksek 65 yaş üstü nüfusa sahip bölgesi olan Ligurya'nın valisi, koronavirüs enfeksiyonlarının hızla yayılmasını önlemek ve ülke çapında genel bir karantinadan kaçınmak amacıyla 70 yaşından büyüklerin ev dışında hareketlerinin sınırlandırılmasını savunmaktadır. Bir başka ifadeyle yaşlıların sokağa çıkma yasağı çerçevesinde evlerde tutulması, toplumun diğer nüfusunun kısıtlamalara maruz kalmadan rahat hareket edebilmesine imkân verecektir. Valinin açıklamaları koruma adı altında yaşlıların virüsü yayan kesim olduğu stereotiplerine ivme kazandırmaktadır.

COVID-19 salgını, yaşlılara yönelik önyargı ve kalıp yargıları beslemiş, yaygın yaş ayrımcılığını açıkça ortaya çıkarmıştır. *İnsan Hakları Konseyi*'ne sunulan raporunda (A/HRC/48/53) açıklandığı gibi, yaş ayrımcılığı, kişinin yaşlı olduğu yönündeki algısına dayalı olarak klişeler, önyargılar ve/veya ayrımcı eylemler veya uygulamalar anlamına gelmektedir. Tipik olarak, bu, yaşlı kişiler hakkında zayıf, değişimden hoşlanmayan, verimsiz, korunmaya ve maliyetli sağlık ve bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiler olarak görülüp olumsuz genellemeler yapılmaktadır. Pandemi sırasında, yaş ayrımcılığına dayalı yorumlar ve nefret söylemi, sokağa çıkma yasağının nedeni olarak yaşlıların suçlanması, savunmasız ve toplumlara yük olarak etiketlenmesiyle gündeme gelmektedir (OHCHR, 01.10.2021).

2. 2.2.2. Bakımevi ve Huzurevi İhlalleri

Avrupa COVID-19 salgınına hazırlıksız yakalanırken, COVID-19 hastalarına yer açmak için hastanelerden yaşlıların çıkartılmasına yönelik haberler gündeme gelmiştir. Yaşlı bakım evlerinden gelen hastalar tahliye edilirken klinik durumlarının dikkate alınmadığı ve PCR testi yapılmadan huzurevlerine geri gönderildikleri görülmektedir. Örneğin İspanya'da yaşlıların yataklarında terk edilmiş halde ölü bulunmaları ve salgının ilerleyen aşamalarında huzurevlerindeki ölüm haberlerinin devam etmesi sonrası askeri birlikler dezenfeksiyon için çağırılmıştır. İsveç'te de huzurevi çalışanlarından, hastalanan yaşlıları hastaneye göndermemeleri istenmiştir (Ortaylı, 2020).

İtalya'da yaşlılarla ilgili gelen haberler de farklı değildir. Haberlerde huzurevleri ve bakımevleri sıkça gündeme getirilmiştir. CNN'in 16 Nisan 2020 tarihli haberinde pandemi sürecinde

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

yaşlı bakımevlerinde yaşanan sağlık ihlalleri ve bu ihlallerin soruşturulması dile getirilmektedir.²⁴ Yaşlı bakım evlerinde test uygulaması çok yaygın değildir. Hastaların virüsten öldüklerinden şüphelenilse bile COVID-19 ölümleri olarak sayılmadığını da unutmamak gerekir. Haberde teftiş ve denetlemelerde 600 yaşlı bakım evinin %17'sinin ulusal koronavirüs protokollerine uymadığına yer verilmektedir. Bu ihlaller personel için koruyucu ekipman eksikliğini ve koronavirüs hastalarını izole etmek için ayrılmış karantina alanının olmamasını içermektedir. Sonuç olarak on beş tesisin kapatıldığı ve toplam 78.500 dolardan (72.000 avro) fazla para cezasına çarptırıldığı ifade edilmektedir. Haberde Milano yakınlarındaki bir yaşlı bakımevinde sakinlerin üçte birinden fazlasının koronavirüs pandemisi sırasında bir aydan kısa bir süre içinde öldüğü ifade edilmektedir. Pandeminin ilk aylarında Mediglia belediyesindeki bir bakım evi olan Borromea Residence'ta 150 kişiden 63'ünün öldüğü açıklanmıştır. Ancak ölenlere koronavirüs testi yapılmadığı için kaçının COVID-19'dan öldüğü bilinmemektedir. Bergamo ilinde 7-27 Mart 2020 tarihleri arasında 600'den fazla huzurevi sakini ölmüştür. Benzer şekilde Lombardiya, Veneto ve Emilia idari bölgelerinden de ölüm haberleri gelmiştir. İtalyan *Gerontoloji ve Geriatri Derneği* başkanı Raffaele Antonelli Incalzi'ye göre, İtalya'daki 7.000 bakım evi "ne donanımlı ne de eğitilmiş personele sahiptir". Bu mekânların aynı zamanda "biyolojik saatli bombalar" olduğu vurgulanmaktadır. Bu durum, aşırı kalabalık hastanelerde acil tedavilere yer açmak için yaşlı hastaların hazırlıksız bakım tesislerine taşınmasından kaynaklanmıştır.

COVID-19 salgını sırasında, Kuzey İtalya'nın bakım evleri, dış çevre ile çok az teması olan izole edilmiş kaleler gibidir. Dolayısıyla kimsenin girip çıkmadığı bu huzurevlerinde yalnızlık genel durumdur. Kuşatılmış bir kale algısı, ölenlerin akrabalarının ve halkın katılımı olmadan halka açık bir cenaze töreni yapılmaması gerçeğiyle pekiştirilmektedir. Ölüler, onları önceden tanıyan ve sevenlerle hiçbir temas kurmadan ortadan kaybolur. Yerel mezarlıklarda yer kalmadığı ve yakınlarda ölü yakma yapılamayacağı için askeri kamyonlar ölümlerin tabutlarını başka bölgelere taşımışlardır. Televizyonda görülen bu sahneler tüm İtalyan vatandaşları üzerinde derin bir etki yaratmıştır.²⁵

İtalya'da bakım evlerindeki yaşlılara yapılan muamele *Uluslararası Af Örgütü* tarafından da gündeme getirilmiştir. Hazırlanan raporda, İtalya'nın üç bölgesindeki bakım evlerinde pandemiye müdahalede yetkililer tarafından alınan kararların ve benimsenen uygulamaların yetersizliği dile getirilmektedir. Özellikle, bakım evlerindeki yaşlıların yaşam, sağlık ve ayrımcılık konusunda güvence altına alınmaması gündeme gelmektedir. Yaşlıların resmen kaderlerine terk edildikleri vurgulanırken COVID-19 gibi sağlık acil durumu sırasında bakım evlerindeki yaşlıların yaşamını ve onurunu korumak için zamanında önlemler alma konusunda İtalyan kurumlarının ulusal, bölgesel ve yerel düzeydeki eksikliklerini vurgulamaktadır. Yeterli tedbirlerin alınmasındaki gecikme veya başarısızlık, genellikle yaşam, sağlık ve yaşlı bakım evlerinde yaşayanlar ve çalışanlar arasında ayrım gözetmeme hakkının ihlaliyle sonuçlanmaktadır. Enfekte veya potansiyel olarak enfekte olanlar da dâhil olmak üzere yaşlı hastaların hastanelerden bakım evlerine taburcu edilmesi, virüsün bakım evlerinde yayılmasına katkıda bulunmuştur. Bu, özellikle bakım evlerinin, sakinleri ve personeli korumak için gerekli sistemlere, insan ve malzeme kaynaklarına sahip olduğundan emin olunamamasının yanı sıra, gerekli koruyucu önlemlerin uygulandığını doğrulamada etkin bir gözetimin olmamasından kaynaklanmıştır. Bu bağlamda İtalya'da, pandeminin başlangıcından bu yana binlerce yaşlı bakım evi sakini hayatını kaybetmiştir. Bakımevi ziyaretlerine yönelik zamansız kısıtlamalar, kişisel koruyucu ekipmanın (KKD) olmaması veya gecikmesi ve yaşlı sakinlerin ve personelin test edilmesindeki gecikmeler, trajik sonuca katkıda bulunan eksikliklerden bazılarıdır. Bu sonuçlar, *Dünya Sağlık Örgütü'* nün (WHO) pandeminin başlangıcından bu yana yaşlıların virüse karşı en savunmasız kişiler arasında olduğuna dikkat çekmesine rağmen, bakım evlerinin hastaneler lehine önceliğinin kaldırıldığını göstermektedir. Diğer yandan, bakım evlerinde düzenli ve sık test yapılmasını gerektiren net bir ulusal politika veya yönerge bulunmamaktadır (Amnesty International, 18.12.2020).

²⁴ (<https://edition.cnn.com/2020/04/16/europe/italy-care-homes-coronavirus-violations-intl/index.htm>)

²⁵ (<https://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/23178/1/FullText.pdf>)

Sonuç

Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılında ortaya çıktıktan sonra tüm dünyaya yayılan COVID-19 salgını nedeni ile tüm kurumlar yeni normale uygun sosyal sistemler ve politikalar geliştirmek durumunda kalmıştır. *Dünya Sağlık Örgütü* (WHO) tarafından salgının başından beri yaşlıların dezavantajlı gruplar arasında sayılması nedeni ile ülkelerin bu gruba yönelik tedbirleri önem arz etmiştir. Avrupa ve Türkiye bağlamında düşünüldüğünde gerek olağan dönemde gerekse pandemi döneminde yaşlı bakım politikaları birbirinden farklılaşmaktadır. Çalışmada İtalya ile Türkiye'nin pandemi süreci uygulamaları yaşlılar özelinde karşılaştırılmıştır. İtalya Avrupa'nın en yüksek yaşlı oranına sahip ülkesidir. Türkiye ise 1.4 oranındaki yaşlı nüfusu ile Avrupa İstatistik Ofisi Eurostat'ın listesinde 37. sırada yer almaktadır. Türkiye'de pandemi sürecinde yaşlılara yönelik geliştirilen politikaları aşı, sokağa çıkma yasağı, seyahat yasağı, kamu personeline idari izin ve huzurevlerine yönelik tedbirler şeklinde sıralamak mümkündür. Diğer yandan yaşlılara yönelik politikalar dışarı çıkma zorunluluğu bulunmayan yaşlılar, halen çalışma hayatı içinde olan yaşlılar ve huzurevlerinde bulunan yaşlılar olarak ayrı uygulama ve tedbirlerin konusu olmuştur. Sürecin hemen başında uygulamaya konulan ilk tedbir sokağa çıkma yasağı ve ardından seyahat kısıtlamasıdır. Bu yasakların gün ve saatleri sık sık değiştirilmiş, kimi zaman tam bir yasak uygulanmış kimi zaman belli zaman aralıklarında çıkmalarına izin verilmiş kimi zaman da diğer herkes yasak kapsamında iken sokaklar yalnızca yaşlılara bırakılmıştır. 65 yaşın üzerinde olduğu halde halen çalışanlar ise yasaktan muaf tutulmuştur. Kamuda çalışan yaşlılar ise daha talihli olmuş, 60 yaş üzeri yaşlılar bu süreçte idari izinli sayılmıştır. Ancak özel sektörde çalışan yaşlı vatandaşlara izin verilmesine yönelik bir uygulamanın benimsenmediği görülmektedir. Diğer yandan kamuda görev yapsa da sağlık çalışanları, MİT çalışanları ya da idareci pozisyonunda olanların izinli sayılmadığı dikkat çekmektedir. Bu bağlamda Türkiye özelinde düşünüldüğünde yaşlıların sektör, meslek ya da yönetici olup olmamalarına göre ayrımcılığa maruz kaldığı görülmektedir. Sokağa çıkma yasağı bulunan dönemlerde yaşlıların alışveriş, ilaç, maaş çekme gibi sair ihtiyaçlarını karşılamak üzere VEFA destek grupları oluşturulmuş ve yaşlıların her türlü ihtiyacını fiili olarak karşılamıştır. Aşı bulunduktan sonra yaşlılara yönelik tedbirlerin aşılama pratiklerine yöneldiği görülmektedir. Türkiye'de yaşlılar sağlık çalışanları ve eczacılardan sonra üçüncü öncelik sırasına dâhil edilmiştir. Yaşlıların aşılama için ev ziyaretleri yapılması, sağlık çalışanlarının güneydoğunun en ücra yerlerinde birebir görüşmelerle yaşlıları ikna etmeye çalışması dikkat çekicidir. Öyle ki aşı olmak istemeyen yaşlıların ikna edilmesinde muhtarlar ve yerel aşiret liderleri dahi devreye sokulmuştur.

Pandemi sürecinde dünya genelinde en tartışmalı yerlerden biri huzurevleri olmuştur. Gerek yaşlıların salgının zayıf halkası görülmesi gerekse de sakinlerinin ailelerinden uzakta hayat geçiriyor oluşu huzurevlerindeki durumu daha kritik hale getirmiştir. Türkiye daha ilk vaka ortaya çıkmadan huzurevi ziyaretlerine kısıtlama getirmiştir. Huzurevinde barınan yaşlıların da dışarı giriş çıkışları kısıtlanmış, mecburi çıkışlarda ise her defasında PCR testi uygulanmıştır. Huzurevinde görevli çalışanların ise dışarı ile ilişkilerinin asgariye indirilmesi için sabit vardiyalı görev sistemleri benimsenmiştir. Çalışanların her dışarı çıkışlarında PCR testine tabi tutulduğu görülmektedir. Diğer yandan bakımevlerinde kalan yaşlılara manevi destek sağlanması da Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı politikaları arasında olmuştur.

İtalya'nın pandemi dönemi yaşlı politikalarının da huzurevleri ile anıldığı görülmektedir. Nitekim ülke sık sık huzurevi ihlalleri ile gündeme gelmiştir. Türkiye ile kıyaslandığında örneğin aşılama konusunda İtalya'nın yaşlılara öncelik verdiği veya ikna girişimlerinde bulunduğu bir tablodan söz etmek mümkün değildir. Türkiye'nin her fırsatta yaşlıların hassas noktası olduğunu vurgulamasına karşın İtalya, sosyal medyanın da gündemine düşen ve "yaşlılar vazgeçilmez değildir" şeklinde söylemlen bir anlayışa sahip olmuştur. Yaşlıların en çok yaşadığı bölge olan Ligurya'da, Vali Giovanni Toti'nin attığı tweetle, yaşlıların ekonominin üretken çabası için vazgeçilmez olmadığını açıkça söylemesi, yaşlıların toplum için bir yük olduğu ve ölmelerinin neredeyse toplum yararına olduğuna yönelik görüşün benimsendiğini göstermektedir.

Pandeminin başından beri İtalya'da ölenlerin büyük bir çoğunluğu yaşlılardan oluşmuş ve ölüm yaş ortalaması 79,5 olarak açıklanmıştır. Diğer yandan bakımevlerinde kalan çok sayıda yaşlının öldüğü de basına yansımıştır. Ancak huzurevlerinde kalanlara PCR testi yapılmadığı için bu ölümlerin sebebi COVID-19 olarak açıklanmamış ve dolayısı ile ölüm sebepleri tespit edilememiştir. Ulusal ve

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

uluslararası basında ise İtalya, bakımevlerinde yapılan hak ihlalleri ve coronavirus protokollerine uymaması ile gündeme gelmiştir. İtalyan basınında yapılan haberlerde ise yaşlıların değersizleştirildiği, salgının yayılmasının asıl sorumlusu olarak görüldüğü dikkat çekmektedir. Bu tutum yaşlılara PCR testi yapılmaması, tedavilerinin yapılmasının birer kayıp olması ve hastanelerde yatak açmak için yaşlıların bakımevlerine yollanması gibi uygulamalarda açıkça görülmektedir. Hal böyle iken İtalya’da bakımevlerinin önceliği hastaneler lehine kaldırılmış ve yaşlılar kaderine terk edilmiştir. Çalışmanın başında vurgulanan, pandemiye kimi ülkelerin yaşlı ya da kronik nüfusu azaltmada birer piyango olarak gördüğüne yönelik düşünce hatırlanırsa, benzer bir tutumun İtalya’da da varlığı dikkat çekmektedir. Pek çok Avrupa ülkesinde olduğu gibi İtalya’da da ihmal sonucu ölen yaşlıların ölümü arzu edilmeyen bir durum değil, aksine memnuniyet yaratan bir sonuç olmuştur. Diğer yandan yaşlıların sokağa çıkma kısıtlamaları da benzer bir katı tutumla karşı karşıyadır. Yaşlıların fiziki ya da ruhsal durumları hesaba katılmadan tam kısıtlanmasının salgının yayılımı bakımından en uygun çözüm olarak benimsendiği görülmektedir. Bu düşünceye göre zaten üretmeyen ve tüketmeyen yaşlılar asıl virüsü yayan kesimdir ve içeri girerlerse herkes rahatça dışarı çıkabilecektir.

İtalya’da henüz hayatta olan yaşlılar ayrımcılığa ve dışlamaya maruz kalırken ölümlerinin durumu pek iç açıcı değildir. Kuzey İtalya’da bakım evleri çevre ile teması olmayan korunaklı kaleler gibi inşa edilmiştir. Kale algısı, içinde ölen yaşlıların akraba ve yakınlarının olmadığı cenaze törenlerini meşru kılmıştır. Yerel mezarlıklarda yer kalmaması ve ölü yakılması için uygun alan bulunmadığı gerekçesi ile askeri kamyonlarının ölümlerin tabutlarını diğer bölgelere taşıdığı görüntüler, Pandemiye yaşamış hemen hiç kimsenin hafızasından silinmeyecek sembol görüntüler arasında olmaya devam edecektir.

Kaynakça

Akdemir, N., Çınar F.İ., Görgülü, Ü. (2008). ‘Yaşlı İstismarı ve İhmali’ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, Ankara, Ss. 67-75.

Altan, Ö, Z., Yener, Ş. (2003). “Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar”, Kamu-İş Dergisi. 7:2, Ss 2-36.

Ansa, 02.11.2020, https://www.ansa.it/english/news/politics/2020/11/02/toti-suggests-limitations-on-elderly-to-avert-lockdown_A642c646-B741-4b87-Bd29-203e27f49556.Htm

Argento, Gruppo Tecnico Di Coordinamento Del Sistema Di Sorveglianza Passi D’argento, Luzi P. (Ed.), Sperimentazione Passi D’argento (Progressi Delle Aziende Sanitarie Per La Salute In Italia): Verso Un Sistema Nazionale Di Sorveglianza Della Popolazione Ultra64enne, Istituto Superiore Di Sanità, Roma 2013. Rapporti Istisan 13/9, <http://www.epicentro.iss.it/Passi-Argento/>

Benassi, D., Enzo M. (2007). ‘İtalyan Refah Sisteminde Sosyal İçerme Amaçlı Asgari Gelir Desteğini Denemek,’ *Temel Bir Hak Olarak Vatandaşlık Gelirine Doğru*, Der. Ayşe Buğra Ve Çağlar Keyder, İletişim Yayınları, İstanbul, Ss. 125-187.

Billari, F. C., Dalla, Z. G. (2013). Cohort Replacement And Homeostasis In World Population, 1950–2100. *Population And Development Review*, 39(4), Ss. 563-585. Doi: 10.1111/J.1728-4457.2013.00628.X

Blake, D. (2006). Pension Economics, John Wiley & Sons Ltd., Gb. Amnesty International, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/12/italyviolations-of-the-human-rights-of-older-residents-of-care-homes-during-covid-19-pandemic/>

Blangiardo, G. C., Rimoldi, S. (2013). L'invecchiamento Importato Nelle Regioni Italiane. . *Rivista Italiana Di Economia, Demografia E Statistica*, Lxvii(3/4), Ss. 55-62.

Bloom, D. E., Boersch-Supan, A., Mcgee, P., Seike, A. (2011). Population Aging: Facts, Challenges, And Responses. *Pgda Working Paper Series*, 1-10. Retrieved From http://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1288/2013/10/Pgda_Wp_71.pdf

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Da Roit, B., Le Bihan, B. (2009). La Prise En Charge Des Personnes Âgées Dépendantes En France Et En Italie. Familialisation Ou Défamilialisation Du Care ? Lien Social Et Politiques, (62), 41–55. <https://doi.org/10.7202/039313ar>

Deutsche Welle Türkçe, (18.03.2020). <https://www.dw.com/tr/italyada-koronavir%C3%B6sten-%C3%B6lenlerin-ya%C5%9f-ortalamas%C4%B1-795/a-52831021>.

Ferrera, Maurizio. (2006). ‘Sosyal Avrupa’da Güney Avrupa Refah Modeli’, *Sosyal Politika Yazıları*, Der. Ayşe Buğra Ve Çağlar Keyder, İletişim Yay., İstanbul, Ss. 195-229.

Gough, Ian. (2006). ‘Güney Avrupa’da Sosyal Yardım,’ *Sosyal Politika Yazıları*, Der. Ayşe Buğra Ve Çağlar Keyder, İletişim Yay., İstanbul, Ss. 231-260.

Harris, Z. S. (1970). Discourse Analysis: A Sample Text. In *Papers In Structural And Transformational Linguistics* (Pp. 349-372). Springer, Dordrecht.

Kahraman, Ayça, Türkiye’de Sosyal Koruma Kapsamında Yaşlılık ve Yaşlılıkla İlgili Uygulanan Politikalar. (2017). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.

Newsrd, 01.11.2020

Ortaylı, Nuriye, (2020). “COVID-19 Ve Sihirli Aynası: Yoksullar, Yaşlılar, Siyahlar”, <https://yetkinreport.com/2020/06/06/covid-19-ve-sihirli-aynasi-yoksullar-yaslilar-siyahlar/>

Oecd, November 2015, <https://www.oecd.org/italy/health-policy-in-italy-november-2015.pdf>

Ohchr, 01.10.2021, <https://www.ohchr.org/en/newsevents/pages/displaynews.aspx?newsid=27572&langid=E>

Robinson, J. A., T. Verdier (2013). The Political Economy Of Clientelism. *The Scandinavian Journal Of Economics* 115 (2), Pp. 260–291.

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. *Çalışma ve Toplum*, 1, Ss. 175-202.

Tufan, İ. (2003). Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık Ve Yaşlanmak (Yaşlanmanın Sosyolojisi). Anahtar Kitaplar Yay: İstanbul.

Tüik, Yaşlı Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 1935-2016

World Health Organization, “Active Ageing: A Policy Framework”, <http://whqlibdoc.who.int/hq/>, (01.02.2022)

Zastrow, C. (2013). Sosyal Hizmete Giriş, (Ed: Çiftçi, Ö. Çev.: Aykara, A. Vd.). Nika Yayınevi: Ankara.

<https://edition.cnn.com/2020/04/16/europe/italy-care-homes-coronavirus-violations-intl/index.htm>

<https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-turkey-vaccine-int-idUSKBN29Q0H3>

<https://www.theguardian.com/world/2021/apr/27/covid-vaccination-persuasion-teams-reap-rewards-in-turkey>

<https://www.theguardian.com/world/2021/apr/27/covid-vaccination-persuasion-teams-reap-rewards-in-turkey>

http://www.news.cn/english/2021-09/23/c_1310205400.htm

<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/turkey-limiting-the-spread-of-COVID-19-among-elderly-in-care-homes> Erişim Tarihi 28.01.2022

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-COVID-19/news/news/2020/12/turkey-shielded-its-elderly-from-COVID-19-by-protecting-health-workers-in-nursing-homes>
- <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-COVID-19/news/news/2020/12/turkey-shielded-its-elderly-from-COVID-19-by-protecting-health-workers-in-nursing-homes>
- <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/turkey-limiting-the-spread-of-COVID-19-among-elderly-in-care-homes> Erişim Tarihi 28.01.2022
- <https://abcnews.go.com/Health/wireStory/turkeys-senior-citizens-allowed-sunday-70728795>
- <https://abcnews.go.com/Health/wireStory/turkeys-senior-citizens-allowed-sunday-70728795> Erişim Tarihi 28.01.2021
- <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-11-11/turkey-reimposes-curfews-for-at-risk-seniors-as-virus-surges>
- <https://tr.sputniknews.com/avrupa/201609291025068023-avrupa-yasli-nufus/>
- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2022&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3294.pdf>
- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2828&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4414&mevzuatTur=KurumVeKurulusYon etmeligi&mevzuatTertip=5>
- <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-5.htm>
- <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/yasli-lara-yonelik-hizmetler-94808>
- <https://www.haberturk.com/65-yas-ustu-yasaklar-yeni-karar-belli-oldu-65-yas-ustu-seyahat-yasagi-toplu-tasima-yasagi-kalkti-mi-3111369>
- <https://www.haberturk.com/vefa-destek-grubu-nedir-kimler-faydalanabilir-vefa-destek-grubu-numarasi-kac-3006585>
- <https://tr.euronews.com/2021/05/08/65-yas-ve-uzerine-uygulanan-yasaklar-cal-smak-zorunda-olanlar-goz-ard-etti-rapor>
- <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/04/20210414-5.pdf>
- <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/06/20210630-14.pdf>
- <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-78296/asi-uygulanacak-grup-siralamasi.html>

GERIATRİK BİREYLERDE BİLİŞSEL DURUM, PSİKOSOSYAL DURUM, UYKU KALİTESİ İLE AKTİVİTE KISITLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ
INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE STATUS, PSYCHOSOCIAL STATUS, SLEEP QUALITY AND ACTIVITY LIMITATION IN GERIATRIC INDIVIDUALS

Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ¹
Onur ALTUNTAŞ²
Mine UYANIK³

¹Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

²Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

³Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı 65 yaş üzeri geriatrik bireylerde bilişsel durum, psikososyal durum, uyku kalitesi ve aktivite kısıtlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya kendi evinde yaşayan yaş ortalaması 71.15±6.69 olan 65 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara genel bilgiler içeren sosyodemografik bilgi formu, Mini Mental Durum Testi (MMDT), Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Groningen Aktivite Kısıtlılık Skalası (GAKS) uygulanmıştır.

Bulgular: MMDT, GDÖ-15, PUKİ ve GAKS skorları arasındaki korelasyon incelendiğinde; MMDT skoru ile GDÖ-15 skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ($r: -.223, p>0.05$) olmadığı saptanmıştır. MMDT skoru ile PUKİ skorları arasındaki ilişki incelendiğinde iki skor arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ($r: -.181, p>0.05$) olmadığı görülmüştür. MMDT ile GAKS skorları arasında negatif yönlü orta; istatistiksel açıdan anlamlı ($r: -.334, p<0.05$) bir ilişki olduğu bulunmuştur. GDÖ-15 skoru ile PUKİ ($r: .516, p<0.01$) ve GDÖ-15 ile GAKS ($r: .640, p<0.01$) skorları arasındaki ilişki incelendiğinde her iki ölçek skoru ile pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. PUKİ ile GAKS skorları arasındaki ilişki incelendiğinde ise pozitif yönlü orta düzeyde ($r: .476, p<0.01$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Araştırma sonucunda geriatrik bireylerde bilişsel durum ile depresyon ve uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken; bilişsel durum iyileştikçe aktivite kısıtlılığının azaldığı; depresyon eğilimi arttıkça uyku kalitesinin azaldığı ve aktivite kısıtlılık oranının arttığı; uyku kalitesi azaldıkça aktivite kısıtlılıklarının arttığı görülmüştür. Geriatrik bireylere yönelik uygulanacak müdahale çalışmalarında bu parametrelerin göz önünde bulundurulması ilgili alanda çalışan profesyonellere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Bilişsel Durum, Depresyon, Uyku Kalitesi, Aktivite.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the relationship between cognitive status, psychosocial status, sleep quality and activity limitation in geriatric individuals over 65 years of age.

Material and Methods: 65 participants living in their own home with a mean age of 71.15±6.69 were included in the study. Sociodemographic information form containing general information, Mini Mental Status Test (MMST), Geriatric Depression Scale Short Form (GDS-15), Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI) and Groningen Activity Limitation Scale (GALS) were administered to the participants.

Results: When the correlation between MMSE, GDS-15, PUKI and GALS scores were examined; It was determined that there was no statistically significant relationship ($r: -.223, p>0.05$) between the MMSE score and the GDS-15 score. When the relationship between MMSE score and PUKI scores was examined, it was seen that there was no statistically significant relationship between the two scores ($r: -.181, p>0.05$). Negatively moderate between MMSE and GALS scores; A statistically significant ($r: -.334, p<0.01$) relationship was found. When the relationship between GDS-15 score and PUKI ($r: .516, p<0.01$) and GDS-15 and GALS ($r: .640, p<0.01$) scores was examined, it was determined that there was a positive moderate relationship with both scale scores. When the relationship between PUKI and GALS scores was examined, a statistically significant relationship was found at a moderately positive level ($r: .476, p<0.01$).

Conclusion: As a result of the research, there was no statistically significant relationship between cognitive status, depression and sleep quality in geriatric individuals; as cognitive status improves, activity limitation decreases; As depression tendency increases, sleep quality decreases and activity limitation rate increases; It was observed that as sleep quality decreased, activity limitations increased. It is thought that considering these parameters in intervention studies to be applied to geriatric individuals will guide professionals working in the relevant field.

Keywords: Elderly, Cognitive Status, Depression, Sleep Quality, Activity.

GİRİŞ

Canlı varlıklarda zamanla meydana gelen değişikliklerin süreci “yaşlanma” olarak adlandırılır. “Yaşlılık” ise sözlük anlamı olarak yaş almış olma ve ilerlemiş yaşın etkilerini göstermesi halidir. Yaşlılık, canlıların biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan ve üreme dönemi bittikten sonra ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm süreci olarak tanımlanır¹. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri kişileri yaşlı, 85 yaş ve üzerini ise çok yaşlı olarak tanımlamaktadır².

Yaşlı nüfus, dünya çapında hızla büyüyen bir nüfus kesimi haline gelmiştir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 2017 Bildirgesine göre, 65 yaş üstü dünya nüfusu, toplam nüfusun yaklaşık %11’ini oluşturmaktadır ve bu oranın 2050 yılına kadar %22’ye yükselmesi beklenmektedir³. Türkiye’de ortalama yaşam süresi ve yaşlı nüfusu dünya nüfusuna paralel olarak hızla artmaktadır; Türkiye nüfusunun %9,1’inin 65 yaş üstü olduğu belirtilmektedir⁴.

Yaşlanma biyolojik bir süreçtir ve bu süreç sırasında insan vücudunda önemli değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler fiziksel, bilişsel ve psikososyal alanlarda görülür. Bilişsel bozulmalar, yaşlanma ile beraber ortaya çıkan yaygın bir problemdir. Klinik olarak bilişsel bozulmalar, fonksiyonellikte azalma, unutkanlık, tekrarlayıcı hareketler, geçmişte rutin olarak yapılan görevleri yerine getirmede güçlük ve oryantasyon problemleri şeklinde kendini gösterebilir⁵.

Yaşlı bireyler bilişsel problemlerin yanı sıra anksiyete, depresyon, izolasyon gibi ruh sağlığı problemleri ve statü kaybı, yalnızlık, değersizlik ve kötü refah ve sağlık kalitesi gibi sosyal problemler de yaşayabilirler⁶. Tüm bu psikososyal problemler arasında depresyon, yaşlılarda en sık karşılaşılan psikiyatrik problemdir. Bireylerde bilişsel bozulmalar arttıkça depresyon görülme sıklığı da artar⁷.

Yaşlanma ile beraber önemli ölçüde etkilenen ve bireylerin günlük yaşamını etkileyen bir diğer faktör de uyku kalitesidir. Yaşlı bireylerde uyku bozukluğu görülme oranı %50’den fazladır⁸. Bu bozukluklar altında sirkadiyen ritim değişiklikleri, uykuya dalma güçlükleri, uyku süresinde azalma ve uykudan erken uyanma gibi problemler yatar⁸. Yaşlanmanın beraberinde gelen bu faktörler, bireylerin bağımsızlığında önemli bir gösterge olan günlük yaşam aktivitelerini etkiler ve bu alanlarda aktivite kısıtlılığına yol açar⁸.

DSÖ’nün "2021-2030 Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı" başlıklı belgesi, sağlıklı yaşlanma kavramını tartışmakta ve sağlıklı yaşlanmayı teşvik etmek için yaşlı bireylerin fonksiyonel yeteneklerinin değerlendirilerek bu yeteneklerin artırılması gerektiği vurgulamaktadır⁹. Yaşlanma ve Sağlığa Yönelik Küresel Strateji ve Eylem Planı (2016–2020) da dünyadaki yaşlı nüfusun uzun ve sağlıklı yaşamının

altında yatan faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin birbirlerine olan etkisinin incelenmesi gerektiğini belirtmektedir¹⁰.

Tüm bu bilgilerden yola çıkarak, geriatrik bireylerde bilişsel durum, psikososyal durum, uyku kalitesi ve aktivite kısıtlılığını inceleyen bu çalışma planlandı. Bu çalışma 65 yaş üzeri geriatrik bireylerin bilişsel durum, psikososyal durum, uyku kalitesi ve aktivite kısıtlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamız Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünde Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma evreni Ankara ilinde yaşayan 65 yaş üstü sağlıklı geriatrik bireyler olarak belirlenmiştir. Örneklem grubunu ise çalışmaya katılım için gönüllü olan ve dahil edilme kriterlerini taşıyan 65 kişi oluşturmaktadır. Araştırma için dahil edilme kriterleri 65 yaş ve üzerinde olma, ev ortamında yaşıyor olma ve yöneltilen sorulara cevap vermesine engel olabilecek herhangi bir iletişim probleminin olmaması şeklinde belirlenmiştir. Araştırma için dışlama kriterleri olarak ise bilişsel fonksiyonları etkileyebilecek nörodejeneratif hastalığa sahip olma, tekerlekli sandalye veya yatağa bağımlı olma, ileri derecede işitme veya görme probleminde sahip olmak olarak belirlenmiştir. Tüm katılımcılar çalışma içeriği hakkında bilgilendirilerek, çalışmaya gönüllü katıldıklarını beyan eden onam formu alınmıştır. Onam formunun alınmasını takiben yüz yüze anket yöntemi kullanılarak demografik bilgi formu, Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMDT), Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Groningen Aktivite Kısıtlılık Skalası (GAKS) değerlendirmeleri yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

1.Demografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan, katılımcıların genel demografik özelliklerini belirlemek amacıyla demografik bilgi formu kullanılmıştır. Form, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve kronik hastalık durumlarının belirlenmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

2.Mini Mental Durum Değerlendirme Testi(MMDT): Katılımcıların bilişsel durumunu değerlendirmek amacıyla Güngen ve arkadaşları tarafından 2022 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış Mini Mental Durum Değerlendirme Testi kullanılmıştır¹¹. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere toplam 5 ana başlık, 11 alt maddeden oluşmaktadır, toplum skor 30 üzerinden değerlendirilmektedir¹¹.

3.Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu(GDÖ-15): Katılımcıların psikososyal durumunu belirlemek amacıyla GDÖ-15 kullanılmıştır. Ölçek Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durmaz ve arkadaşları 2017 yılında gerçekleştirmiştir¹². Ölçek toplamda 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek toplam puanının 6 puan ve üzerinde olması durumu katılımcıların depresyon açısından anlamlı olduğunu ifade eder¹².

4.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ): Katılımcıların uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendiren, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğu PUKİ kullanılmıştır¹³. Katılımcıların uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğunu değerlendirmektedir. 7 bileşen ve 19 maddeden oluşan PUKİ, 0-21 puan arasında bir değere sahiptir. PUKİ skorununun 5'den küçük olması "iyi uyku kalitesi", 5'den büyük olması ise "kötü uyku kalitesi" göstergesidir¹³.

5.Groningen Aktivite Kısıtlılık Skalası(GAKS): Katılımcıların aktivite kısıtlılıkları düzeylerini belirlemek amacıyla GAKS kullanılmıştır. GAKS, 11 günlük yaşam aktiviteleri ve 7 alet kullanılarak yapılan günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlıkların incelendiği toplam 18 sorundan oluşmaktadır¹⁴. Aktiviteleri 1-5 puan arasında derecelendirilir; 1 tamamen bağımsız olmayı belirtirken 5 tamamen bağımlı olmayı ifade etmektedir. Skaladan en az 18 en fazla 90 puan alınabilir. Puan arttıkça bireylerin bağımlılık düzeyleri artmakta olduğunu gösterir¹⁴.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanılmıştır. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği belirlemek için Kolmogrov-Smirnov normallik testi kullanıldı. Kategorik değişkenlere ait tanımlamayıcı istatistiksel veriler ise frekans ve yüzde değerler kullanılarak analiz edildi. Araştırmada kullanılan veriler normal dağılım gösterdiği için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmada tüm verilerde $p < 0.05$ anlamlı değer olarak belirlendi. Korelasyon katsayısı 0.01-0.29 düşük, 0.30-0.70 orta ve 0.70-0.99 yüksek düzey olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza yaş ortalaması 71.15 ± 6.69 olan 65 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %60'ı kadın, %78.5'i evli ve %30.8'i lise mezunudur. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1'de** özetlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri.

Değişken(n=65)	n	%	
Cinsiyet	Kadın	39	60.0
	Erkek	26	40.0
Medeni Durum	Bekar	14	21.5
	Evli	51	78.5
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	15	23.1
	İlköğretim	20	30.8
	Lise	21	32.3
	Lisans ve Lisansüstü	9	13.8

Katılımcılara uygulanan ölçek puanları, ortalama ve standart sapma değerleri açısından incelenmiştir. Katılımcıların MMDT ortalaması 24.93 ± 3.82 (min:15-max:30). Bireylerin ortalama olarak normal bilişsel düzeyde oldukları görülmüştür. GDÖ-15 puanları incelendiğinde ise ölçek puanı ortalaması 5.12 ± 3.6 (min: .00- max:11)'dir. Bireylerin genel ortalaması için depresyon açısından anlamsız düzeyde oldukları belirlenmiştir. PUKİ ölçek puanlarında ise ortalama 6.87 ± 2.95 (min:1.0-max:14.00)'dir. Uyku açısından bireyler ortalama olarak uyku kalitesinde bozulmalara sahiptir. GAKS sonuçlarında ise ortalama 31.58 ± 11.7 (min:18-max:62)'dir. Ölçek ortalama ve standart sapmaları **Tablo 2'de** gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların bilişsel durum, psikososyal durum, uyku kalitesi ve aktivite kısıtlılık ölçek puanları.

Değişken(n=65)	Ortalama	Standart Sapma
MMDT	24.93	3.82
GDÖ-15	5.12	3.60
PUKİ	6.87	2.95
GAKS	31.58	11.70

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

**MMDT: Mini Mental Durum Tesi GDÖ-15: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu PUKİ:Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi GAKS: Groningen Aktivite Kısıtlılık Skalası*

MMDT, GDÖ-15 PUKİ ve GAKS skorları arasındaki korelasyon incelendiğinde; MMDT skoru ile GDÖ-15 skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) bulunmamıştır. MMDT skoru ile PUKİ skorları arasındaki ilişki incelendiğinde de iki skor arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) olmadığı görülmüştür. MMDT ile GAKS skorları arasında negatif yönlü orta; istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki olduğu bulunmuştur. GDÖ-15 skoru ile PUKİ ve GDÖ-15 ile GAKS skorları arasındaki ilişki incelendiğinde her iki ölçek skoru ile pozitif yönlü orta düzeyde ilişki ($p<0.01$) olduğu saptanmıştır. PUKİ ile GAKS skorları arasındaki ilişki incelendiğinde ise pozitif yönlü orta düzeyde ($p<0.01$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçek puanları arasındaki ilişki **Tablo 3**'de özetlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların bilişsel durum, psikososyal durum, uyku kalitesi ve aktivite kısıtlılık puanları arasındaki ilişki.

		MMDT	GDÖ-15	PUKİ
GDÖ-15	r	-.223		
	p	.074		
PUKİ	r	-.181	.516	
	p	.150	.001	
GAKS	r	-.334	.640	.476
	p	.007	.001	.001

* $p<0.05$ açıdan anlamlı değer, r:Korelasyon kat sayısı MMDT: Mini Mental Durum Tesi GDÖ-15: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi GAKS: Groningen Aktivite Kısıtlılık Skalası

TARTIŞMA

Bu çalışmada geriatrik bireylerde bilişsel durum, psikososyal durum, uyku kalitesi ve aktivite kısıtlılıkları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Geriatrik bireylerin uyku kalitesi arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı, aktivite kısıtlılıkları arttıkça bilişsel durumlarının kötüleştiği, depresyon düzeylerinin arttığı ve uyku kalitelerinin azaldığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda geriatrik bireylerde bilişsel durum ile psikososyal durumun iki yönlü incelenmesi gerektiği belirtilmektedir¹⁵. Aynı zamanda geriatrik bireylerde anksiyete ve depresyon gibi psikososyal problemlerin bilişsel işlevlerde azalmaya sebep olduğu da bildirilmektedir^{15,16,17}. Geriatrik bireylerde özellikle yürütücü işlevlerde ortaya çıkan bilişsel gerilemelerin sık görüldüğü ve bu süreçte depresif problemlerin ortaya çıktığı belirtilmektedir¹⁶. Wilson ve ark. yapmış oldukları çalışmada, geriatrik bireylerde depresyon düzeyleri ile kognitif durum arasında bir ilişki olduğu; depresif semptomların Alzheimer riskinin arttırdığı bulunmuştur¹⁷. Kitiş ve ark. yapmış oldukları çalışmada kendi evlerinde yaşayan geriatrik bireylerin bilişsel durumu ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş, araştırma sonucunda bireylerin bilişsel durumu kötüleştikçe depresyon durumu arttığı bulunmuştur¹⁸. Bizim çalışmamızda ise geriatrik bireylerin bilişsel durumu ile psikososyal durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu durumun da çalışmamıza katılan geriatrik bireylerin hem bilişsel durumunun hem de depresyon düzeylerinin normal düzeyde olduğundan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Literatürde 65 yaş üzeri bireylerin %12-25'inde uyku problemleri olduğu belirtilmektedir^{19,20}. Özellikle geriatrik bireylerin uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede problem yaşadıkları belirtilmektedir¹⁹. Bu

problemlerin normal yaşlanmanın bir sonucu olmasının yanında altta yatan tıbbi durum ve nörolojik süreçlerden kaynaklı olabileceği ifade edilmektedir²⁰. Literatürde yaşlı bireylerde görülen uyku bozukluklarının bilişsel durumda gerilemelere ve demans riskini arttırabileceği belirtilmektedir²¹. Phillips ve ark. yapmış oldukları çalışmada yaşlı bireylerde bilişsel azalma ile beraber uyku kalitesinin azaldığı ve bu iki değişken arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir²². Çalışmamızda ise geriatrik bireylerde bilişsel durum ile uyku kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durumun da çalışmamızdaki geriatrik bireylerin uyku kalitesinde azalma olmasına rağmen bilişsel durumlarında herhangi bir etkilenim olmamasının kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Yapılan birçok çalışmada, yaşlılarda görülen uyku kalitesindeki azalmanın psikiyatrik ve tıbbi bozukluklar için önemli bir uyarıcı olduğu belirtilmektedir^{23,24}. Chang ve ark. yapmış olduğu 2040 kişilik bir örneklem grubunun dahil edildiği bir çalışmada, bilişsel herhangi bozukluğu olmayan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ve depresyon düzeylerinin birbirleri ile ilişkisi olduğunu; uyku kalitesi azaldıkça depresyon düzeylerinin arttığı belirtilmiştir²³. Bu çalışmaya paralel olarak Mayer ve ark. algılanan uyku kalitesi ve tatmininin depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmektedir²⁴. Çalışmamızda uyku kalitesi azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı sonuçları literatüre paralellik göstermektedir.

Artan yaşla beraber, yaşlı bireylerde çeşitli problemler görülür, bu problemler yaşlı bireylerin daha kırılğan olmasına ve bireylerde günlük yaşam aktivitelerde limitasyonlara sebep olur²⁵. Yapılan araştırmalar yaşlı bireylerde bilişsel bozulma arttıkça, kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki limitasyonları arttığı belirtilmektedir²⁶. Ayrıca bilişsel bozukluk ve depresyon eğilimi arttıkça bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki limitasyonlarının arttığı gözlenmiştir²⁷. Kitiş ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada kendi evlerinde yaşayan geriatrik bireylerin depresyon düzeyleri ile günlük yaşam aktiviteleri arasında herhangi anlamlı bir ilişki olmadığı ancak bilişsel durum kötüleştikçe aktivite limitasyonlarının arttığı belirtilmiştir²⁸. Çalışmamızda da geriatrik bireylerde aktivite kısıtlılığı arttıkça bilişsel durumda düşme ve depresyon düzeyinde artış olduğu görülmektedir.

Literatürde oldukça az sayıda araştırmada uyku problemlerinin aktivite kısıtlılığı üzerine etkisinin incelendiği belirtilmektedir²⁹. Bireylerin fiziksel, bilişsel ve psikolojik faktörleri günlük yaşam aktivitelerini etkileyen temel parametrelerdir, bu işlevlerde herhangi bir bozukluk günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa neden olabilir³⁰. Boga ve ark. 2020 yılında yapmış oldukları çalışmada yaşlı bireylerin uyku kalitesi ile günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılığı arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur³¹. Çalışmamızda yaşlı bireylerde uyku kalitesinde bozulmalar arttıkça günlük yaşam aktivitelerinde limitasyonların artması literatür tarafından desteklenmektedir.

SONUÇ

Araştırma sonucunda yaşlı bireylerde bilişsel durum ile depresyon ve uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken; bilişsel durum iyileştikçe aktivite kısıtlılığının azaldığı; bireylerde depresyon eğilimi arttıkça uyku kalitesinin azaldığı ve aktivite kısıtlılık oranının arttığı; uyku kalitesi azaldıkça aktivite kısıtlılıklarının arttığı görülmüştür. Yaşlılarla ilgili yapılacak çalışmalarda bilişsel durum, psikososyal durum, uyku kalitesi ve aktivite kısıtlılıkları arasındaki ilişkilerin göz önünde bulundurulmasının bu alanda çalışanlara yol gösterici olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Beğler T, Yavuzer H. (2012). Yaşlılık ve yaşlanma epidemiyolojisi. Klinik Gelişim, 25:1-3
2. World Health Organization Scientific Group. (1972). Psychogeriatrics: Report of a WHO scientific group. WHO.
3. Fund, U. N. P. (2017). Caring for Our Elders: Early Responses. India Ageing Report–2017.
4. Ceylan, S., Guner Oytun, M., Okyar Bas, A., Kahyaoglu, Z., Dogu, B. B., Cankurtaran, M., & Halil, M. G. (2022). Place of Death of Geriatric Population in Turkey: A 7-Year Observational Study. Journal of Palliative Care, 37(1), 18-25.
5. Petersen, R. C. (2011). Clinical practice. Mild cognitive impairment. *The New England journal of medicine*, 364(23), 2227-2234.
6. Zhang, C., Xiao, S., Shi, L., Xue, Y., Zheng, X., Dong, F., ... & Ouyang, P. (2021). Urban–Rural Differences in Patterns and Associated Factors of Multimorbidity Among Older Adults in China: A Cross-Sectional Study Based on Apriori Algorithm and Multinomial Logistic Regression. *Frontiers in Public Health*, 9.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

7. Leyhe, T., Reynolds III, C. F., Melcher, T., Linnemann, C., Klöppel, S., Blennow, K., ... & Hampel, H. (2017). A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimer's & dementia*, 13(1), 59-71.
8. Dijk, D. J., Duffy, J. F., & Czeisler, C. A. (2000). Contribution of circadian physiology and sleep homeostasis to age-related changes in human sleep. *Chronobiology international*, 17(3), 285-311.
9. World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report.
10. Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11.
11. Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. (2002). Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Türk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry*, 13(4), 273-281.
12. Durmaz, B., Soysal, P., Ellidokuz, H. & Isik, A.T.(2017). Validity and reliability of Geriatric Depression Scale-15 (short form) in Turkish older adults. *North Clin Istanb.* doi: 10.14744/nci.2017.85047.
13. Agargun, M. Y. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
14. Kempen, G. I., Miedema, I., Ormel, J., & Molenaar, W. (1996). The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Social science & medicine*, 43(11), 1601-1610.
15. Wu, Z., Zhong, X., Peng, Q., Chen, B., Zhang, M., Zhou, H., ... & Ning, Y. (2021). Longitudinal Association Between Cognition and Depression in Patients With Late-Life Depression: A Cross-Lagged Design Study. *Frontiers in Psychiatry*, 1816.
16. Wilson RS, Barnes LL, Mendes de Leon CF, Aggarwal NT, Schneider JS, Bach J, et al. Depressive symptoms, cognitive decline, and risk of AD in older persons. *Neurology*. (2002) 59:364–70. doi: 10.1212/WNL.59.3.36.
17. Bahar, A., Tutkun, H., & SERTBAŞ, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 227-239.
18. Wilson RS, Barnes LL, Mendes de Leon CF, Aggarwal NT, Schneider JS, Bach J, et al. Depressive symptoms, cognitive decline, and risk of AD in older persons. *Neurology*. (2002) 59:364–70. doi: 10.1212/WNL.59.3.36.
19. Morin, C. M., Blais, F. C., & Mimeault, V. (1998). Sleep disturbances in late life. In *Handbook of clinical geropsychology* (pp. 273-299). Springer, Boston, MA.
20. Porkka-Heiskanen, T., Zitting, K. M., & Wigren, H. K. (2013). Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta physiologica*, 208(4), 311-328.
21. Yaffe, K., Falvey, C. M., & Hoang, T. (2014). Connections between sleep and cognition in older adults. *The Lancet Neurology*, 13(10), 1017-1028.
22. Phillips, B., & Mannino, D. (2005). Correlates of sleep complaints in adults: the ARIC study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 1(03), 277-283.
23. Chang, K. J., Son, S. J., Lee, Y., Back, J. H., Lee, K. S., Lee, S. J., ... & Hong, C. H. (2014). Perceived sleep quality is associated with depression in a Korean elderly population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 468-473.
24. Mayers, A. G., Grabau, E. A., Campbell, C., & Baldwin, D. S. (2009). Subjective sleep, depression and anxiety: Inter-relationships in a non-clinical sample. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 24(6), 495-501.
25. Al Snih, S., Graham, J. E., Ray, L. A., Samper-Ternent, R., Markides, K. S., & Ottenbacher, K. J. (2009). Frailty and incidence of activities of daily living disability among older Mexican Americans. *Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 41(11), 892.
26. Reppermund, S., Sachdev, P. S., Crawford, J., Kochan, N. A., Slavin, M. J., Kang, K., ... & Brodaty, H. (2011). The relationship of neuropsychological function to instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(8), 843-852.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

27. Diker, J., Etiler, N., Yıldız, M., & Şeref, B. (2001). Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 79-86.
28. Kitiş, A., Ülgen, S. Y., Zencir, M., & Büker, N. (2012). Evde yaşayan yaşlılarda kognitif düzey, depresyon durumu, fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 23(3), 137-143.
29. Duclos, C., Beauregard, M. P., Bottari, C., Ouellet, M. C., & Gosselin, N. (2015). The impact of poor sleep on cognition and activities of daily living after traumatic brain injury: a review. *Australian occupational therapy journal*, 62(1), 2-12.
30. Unsar S, Dindar İ, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *J Pak Med Assoc*. 2015; 65: 642-6.
31. Boga, S. M., & Saltan, A. (2020). Identifying the relationship among sleep, mental status, daily living activities, depression and pain in older adults: a comparative study in Yalova, Turkey. *J Pak Med Assoc*, 70(2), 236-242.

**DEMANS TANILI BİREYLERE YÖNELİK UYGULANAN ERGOTERAPİ
MÜDAHALESİNİN DENGE, BİLİŞSEL DURUM VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Medine Nur ÖZATA DEĞERLİ¹
Onur ALTUNTAŞ²
Menekşe ÖZ³
Mine UYANIK⁴

¹Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

²Dr. Öğr., Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

³Uzm. Fzt., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

⁴Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışma demans tanılı bireylere yönelik uygulanan ergoterapi müdahalesinin denge, bilişsel durum ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini incelemek amacıyla planlandı. **Yöntem:** Çalışmaya Eylül 2021-Ocak 2022 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümü Geriatrik Rehabilitasyon Ünitesine başvuran 12 demans tanılı birey dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 73.83±6.95 (6 kadın, 6 erkek)'dir. Katılımcıların demans tanılama süresi ortalama 6.33±1.30 yıldır. Bireylerin müdahale öncesi ve sonrasında dengesini değerlendirmek amacıyla Tinetti Denge ve Yürüme testi (TDYT), bilişsel durumlarını değerlendirmek için Mini Mental Durum Testi (MMDT), günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için de Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) kullanıldı. Bireylere 8 hafta süresince haftada 2 seans (45 dakika) ergoterapi müdahalesi uygulandı. **Bulgular:** Katılımcıların ergoterapi müdahale öncesi ve sonrası sonuçları karşılaştırıldığında; TDYT, FBÖ ve KAPÖ puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). MMDT skorları incelendiğinde ise müdahale öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). **Sonuç:** Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre, demans tanılı bireylere yönelik uygulanan ergoterapi müdahalesinin, bireylerin dengesini ve günlük yaşam aktivitelerindeki performansını artırdığı tespit edilmiştir. Demans tanılı bireylere uygulanacak müdahale programlarına ergoterapi müdahalelerinin dahil edilmesinin bu bireylere katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demans; Ergoterapi; Günlük Yaşam Aktiviteleri; Bilişsel Durum; Düşme.

ABSTRACT

Objective: This study was planned to examine the effect of occupational therapy intervention applied to individuals with dementia on balance, cognitive status and activities of daily living.

Methodology: Twelve dementia patients who applied to Hacettepe University Occupational Therapy Department Geriatric Rehabilitation Unit between September 2021 and January 2022 were included in the study. The mean age of the participants was 73.83±6.95 (6 females, 6 males). The mean duration of dementia diagnosis of the participants was 6.33±1.30 years. Tinetti Balance and Gait Test (TBGT) was used to evaluate the balance of individuals before and after the intervention, Mini Mental State Test (MMST) was used to evaluate their cognitive status, and Functional Independence Scale (FIM) and Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) were used to evaluate activities of daily living. Occupational therapy intervention was applied to the individuals for 2 sessions (45

minutes) per week for 8 weeks. **Results:** While there was a statistically significant difference in balance and walking, functional independence, occupational performance and occupational satisfaction scores after occupational therapy intervention ($p<0.05$); There was no significant difference ($p>0.05$) between pre-intervention and post-intervention scores for cognitive status. **Conclusion:** According to the results we obtained from our study, it was determined that the occupational therapy intervention applied to individuals with dementia increased the balance of individuals and their performance in daily living activities. It is thought that the inclusion of occupational therapy interventions in the intervention programs to be applied to individuals with dementia will contribute to these individuals.

Keywords: Dementia; Occupational therapy; Activities of Daily Living; Cognitive Status; Fall.

GİRİŞ

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir¹.

Yaşlanma ile birlikte nöral sistemdeki hücre kayıpları sebebiyle bilişsel yıkım artar². Bu nedenle artan yaşlanma ile beraber bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme becerilerini önemli ölçüde etkileyen hafıza başta olmak üzere bilişsel yeteneklerde bozulmalara sebep olan kognitif bozukluklardan birisi olan demans görülme sıklığı da artar³.

Demansla görülen bilişsel bozulmaların denge problemlerini de beraberinde getirdiği belirtilmektedir⁴. Denge problemleri sonucunda gerçekleşen düşmeler ve buna bağlı yaralanmalar morbiditeyi artırmaktadır. Bu nedenle demanslı bireylerde denge problemlerinin tespiti ve rehabilitasyonu oldukça önemlidir⁵.

Demans tanılı bireyler günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken birçok zorluk yaşamaktadır. Demans tanılı bireylerde görülen bilişsel bozulmalar, fiziksel kapasitede azalma, depresyon, sosyal izolasyon ve uyku problemlerine ek olarak görülen kronik hastalıklarla beraber günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonellikleri de etkilenir⁶.

Birçok çalışmada demanslı bireylerde görülen bilişsel problemler, yürüme, denge problemleri ve günlük yaşam aktiviteleri performansındaki azalmalara dikkat çekmektedir. Bu faktörlerin birbirleri ile etkileşim halinde olduğu belirtilmiştir⁷. Anlamli ve amaçli aktivitelerle sagligi ve refahi gelistiren, kisi merkezli ergoterapi mudahalelerinin demansli bireylerde gorulen bilişsel durum, denge ve günlük yaşam aktivitelerindeki performans üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla bu çalışma planlandı. Bu çalışmanın amacı; demans tanısı almış bireylere uygulanan ergoterapi müdahalesinin denge, bilişsel durum ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Eylül 2021 ile Ocak 2022 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümü Geriatrik Rehabilitasyon Ünitesine başvuran 12 demans tanılı birey çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Katılımcılar için dahil edilme kriterleri demans tanısına sahip olma, erken veya orta evrede bulunma şeklinde belirlenmiştir. Dışlama kriterleri ise ileri evrede olma, iletişimi engelleyecek düzeyde görme-ışitme kaybının bulunmasıdır. Tüm katılımcılar çalışma içeriği hakkında bilgilendirilerek, katılımcılardan çalışmaya gönüllü katıldıklarını beyan eden onam formu alınmıştır. Katılımcılara ilk görüşmede problemleri alanların ve önceliklerin belirlenmesi amacıyla Kanada Aktivite Performans Ölçümü(KAPÖ) uygulanmıştır. Daha sonra buna ek olarak Tinetti Denge ve Yürüme Testi (TDYT), Mini Mental Durum Testi (MMDT), Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) yapılmıştır. Değerlendirme sonrasında katılımcıların problemleri ve önceliklerine yönelik 8 haftalık ergoterapi müdahalesi uygulanmıştır. Müdahale sonrasında belirtilen değerlendirmeler tekrar edilerek müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Veri Toplama Araçları

1. Demografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan, katılımcıların genel demografik özelliklerini belirlemek amacıyla demografik bilgi formu kullanılmıştır. Form, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve kronik hastalık durumlarının belirlenmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

2. Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMDT): Katılımcıların bilişsel durumunu değerlendirmek amacıyla Güngen ve arkadaşları tarafından 2022 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış Mini Mental Durum Değerlendirme Testi kullanılmıştır⁸. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere toplam 5 ana başlık, 11 alt maddeden oluşmaktadır, toplum skor 30 üzerinden değerlendirilmektedir⁸.

3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ): KAPÖ, bireylerin kendine bakım, serbest zaman ve üretkenlik alanlarındaki aktivite performansını değerlendiren yarı yapılandırılmış bir değerlendirme aracıdır⁹. KAPÖ uygulamasında ilk olarak bireyin bir gün içerisindeki önemli aktiviteleri belirlenir. Bu aktivitelerin birey için ne kadar önemli olduğu sorulur ve aktiviteler önem sıralamasına dizilir. Bir sonraki aşamada her bir aktivite için bireyin performans ve memnuniyet puanları alınır. Ölçek puanlaması için birey aktivitelere 1-10 puan arasında derecelendirme yapar⁹. Ölçek Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Torpil ve ark. tarafından 2020 yılında yapılmıştır¹⁰.

4. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ): Bireylerin günlük yaşamlarındaki aktivitelerdeki bağımsızlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla FBÖ kullanılmaktadır. FIM toplam 2 alt başlık (fiziksel/motor fonksiyon, bilişsel/kognitif fonksiyon) ve 18 sorudan oluşur. Her madde "1" ile "7" puan arasında değer alır. "1 puan" bireyin tamamen bağımlılığı, "7 puan" tam bağımsızlığı gösterir. Toplam puan 18-126 arasında olmaktadır, toplam puan arttıkça bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin arttığını göstermektedir. FIM Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. tarafından 2005 yılında yapılmıştır¹¹.

4. Tinetti Denge ve Yürüme Testi (TDYT): TDYT denge ve yürüme fonksiyonunu değerlendiren bir ölçektir. İki alt başlığı vardır; denge alt başlığı 16 ve yürüme alt başlığı 12 olmak üzere maksimum puan 28'dir. Puanın düşmesi denge ve yürümede problemler olduğunu gösterir. Ölçek Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Ağırca ve ark. tarafından yapılmıştır¹².

Müdahale Programı

Katılımcılara değerlendirme sonrasında 8 hafta süresince haftada 2 seans 45'er dakika ergoterapi programı uygulanmıştır. Değerlendirme sonuçlarına göre hasta, ergoterapist ve bakım veren iş birliğinde müdahale hedefleri belirlenmiştir. KAPÖ'de belirtilmiş aktiviteler önemlilik puanları baz alınarak aktivite temelli müdahalenin kapsamını oluşturmuştur. KAPÖ'de belirlenen aktiviteler için aktivite eğitiminin yanında, bilişsel müdahaleler (dikkat, hafıza, kişi-yer-zaman oryantasyonu, yürütücü işlevler, görsel algı) ve denge müdahaleleri de (aktivite içerisinde statik-dinamik denge ve yürüme eğitimleri) de dahil edilmiştir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlere ait tanımlamayı istatistiksel veriler ise frekans ve yüzde, sayısal değişkenler için ise ortalama ve standart sapma kullanıldı. Müdahale öncesi ve sonrası gruplar arasındaki farkın incelenmesi amacıyla Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi yapıldı. "p" değeri 0.05 olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza yaş ortalaması 73.83±6.95 olan 12 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar ortalama 6.33±1.33 yıl önce demans tanısı almıştır. Çalışmaya 6 kadın ve 6 erkek demanslı birey dahil edilmiştir. Katılımcıların %75'i evli ve %58.2'ü ilköğretim mezunudur. Gelir durumu açısından katılımcıların %50.0 orta düzeyde gelire sahiptir. Katılımcıların %83.3'ünde demans harici en az bir adet kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcılara ait demografik bilgiler **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri.

Değişken(n=12)	n	%	
Cinsiyet	Kadın	6	50.0
	Erkek	6	50.0
Medeni Durum	Bekar	3	25.0
	Evli	9	75.0
Eğitim Durumu	İlkokul	7	58.3
	Lise	2	16.7
	Üniversite	3	25.0
Gelir Durumu	Düşük	2	16.7
	Orta	6	50.0
	Yüksek	4	33.3
Kronik Hastalık	Yok	2	16.7
	Var	10	83.3
TOPLAM	12	100	

Müdahale öncesi ve sonrası sonuçlar arasındaki fark incelendiğinde, MMDT toplam puanının müdahale öncesinde ortalama 14.16 ± 3.78 , müdahale sonrasında 14.75 ± 4.55 sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrasında MMDT toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Katılımcıların KAPÖ aktivite performans puanlarının müdahale öncesi 3.50 ± 1.16 iken müdahale sonrası 4.58 ± 0.99 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale sonrasında, müdahale öncesine göre aktivite performansında istatistiksel olarak algılanan bir artış olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). KAPÖ aktivite memnuniyet puanları açısından bakıldığında ise müdahale öncesi 3.83 ± 1.40 iken müdahale sonrası 4.75 ± 1.54 olduğu saptanmıştır. Aktivite memnuniyetinde müdahale sonrası istatistiksel açıdan anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). FBÖ toplam puanının müdahale öncesi 91.66 ± 4.27 , sonrasında 92.91 ± 4.48 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale sonrasında FBÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). TDYT' de müdahale öncesinde katılımcıların 17.66 ± 5.77 ve sonrasında 18.33 ± 6.11 puan aldığı belirlenmiştir. Müdahale öncesi ve sonrasında TYDT'de alınan toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0.05$)(**Tablo 2**).

Tablo 2. Müdahale öncesi ve sonrası katılımcıların sonuçları.

	Müdahale Öncesi	Müdahale Sonrası	p
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.	
MMDT	14.16±3.78	14.75±4.55	.443
KAPÖ-Performans	3.50±1.16	4.58±0.99	.012*
KAPÖ-Memnuniyet	3.83±1.40	4.75±1.54	.026*
FBÖ	91.66±4.27	92.91±4.48	.009*
TDYT	17.66±5.77	18.33±6.11	.045*

* $p < 0.05$, MMDT: Mini Mental Durum Değerlendirme Testi, KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü, FBÖ: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, TDYT: Tinetti Denge ve Yürüme Testi

TARTIŞMA

Araştırmamızda demans tanılı bireylere yönelik uygulanan ergoterapi müdahalesinin denge, bilişsel durum ve günlük yaşam aktivitelerine olan etkisi incelenmiştir. Ergoterapi müdahalesinin demanslı bireylerin denge ve yürüme fonksiyonlarını iyileştirdiği ve günlük yaşam aktivitelerindeki performans, memnuniyetleri ve bağımsızlıkları artırdığı ancak bilişsel durumunda herhangi bir değişime sebep olmadığı tespit edilmiştir.

Ergoterapi müdahalelerinin bilişsel fonksiyonlar üzerine etkisini inceleyen bir sistematik derleme sonucunda, ergoterapi müdahalelerinin müdahale almayan hasta gruplarına göre bilişsel düşüşü geciktirdiği ve iyileşme sağladığı belirtilmiştir¹³. 2007 yılında yapılan bir diğer çalışmada, hafif ve orta düzeydeki Alzheimer tip demans tanılı bireylere yönelik uygulanan bilişsel temelli ergoterapi müdahalesinin bireylerin MMDT skorlarını artırdığı gözlenmiştir¹⁴. Çalışmamızda ergoterapi müdahalesi sonrası bilişsel durumda bir artış olmasına rağmen, bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu sonucun elde edilmesinde de örneklem grubunda farklı tip demans tanılı bireylerin olmasının etken olduğunu düşünmekteyiz.

Demanslı bireylere yönelik uygulanan ergoterapi müdahalesinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri üzerine etkisini inceleyen Kumar ve ark., yapmış oldukları çalışmaya 77 demans tanılı birey dahil etmişlerdir. Bu çalışmada müdahale sonrasında bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerinin arttığını belirttilmiştir¹⁵. Ergoterapi müdahalesinin etkisini inceleyen bir diğer randomize kontrollü çalışmada da demans tanılı bireylerin müdahale sonrası 6. hafta ve 12. haftalarda yapılan değerlendirmelerinde bu bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız oldukları tespit edilmiştir¹⁶. Literatürde demanslı bireylere yönelik uygulanacak ergoterapi müdahalelerinde, müdahalelerin merkezinde günlük yaşam aktivitelerinin olmasının daha faydalı olduğu düşünülmektedir^{15,16}. Bu bağlamda kişi merkezli olarak günlük yaşam aktiviteleri alanlarını temel alan ergoterapi müdahalelerini incelediğimiz çalışmamızda, demanslı bireylerin aktivite performans, memnuniyeti ve bağımsızlığının arttığı sonucuna ulaşıldı.

Alzheimer tip demans tanılı hastalarına yönelik düşme önleyici ergoterapi müdahalelerini inceleyen bir sistematik derlemede, müdahaleleri sonucunda bireylerdeki denge ve yürüme fonksiyonlarında iyileşme görüldüğü ve düşmelerin azaldığı belirtilmiştir¹⁷. Çalışmada vurgulanan diğer bir önemli nokta, demans tanılı bireylere yönelik denge fonksiyonlarını inceleyen çalışmaların yeterli sayıda olmamasıdır¹⁷. Detweiler ve ark.' da gözlem altında ve aktivite temelli ergoterapi müdahalelerinin demansı olan bireylerde düşmeyi azalttığını belirtmişlerdir¹⁸. Çalışmamızda demans tanılı bireylere yönelik uygulanan ergoterapi müdahalelerinin bireylerin denge ve yürüme fonksiyonlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

SONUÇ

Araştırma sonucunda demans tanılı bireylere yönelik uygulanan ergoterapi müdahalesinin, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlıklarını artırdığı, denge ve yürüme fonksiyonlarını olumlu yönde etkilerken, bilişsel durum üzerine herhangi bir etkisi olmadığı görülmüştür. Yaşlılara yönelik uygulanan ergoterapi müdahalelerinde bu parametrelerin geliştirilmesine yönelik aktivitelerin yer almasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Beğer, T., & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*, 25(3), 1-3.
2. Gill, D. L., Hammond, C. C., Reifsteck, E. J., Jehu, C. M., Williams, R. A., Adams, M. M., ... & Shang, Y. T. (2013). Physical activity and quality of life. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(Suppl 1), S28.
3. World Health Organization. (2018). Towards a dementia plan: a WHO guide.
4. Zhang, W., Low, L. F., Schwenk, M., Mills, N., Gwynn, J. D., & Clemson, L. (2019). Review of gait, cognition, and fall risks with implications for fall prevention in older adults with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 48(1-2), 17-29.
5. Sayın İ, Küfeciler L, Çırak M, Yazıcı ZM, Güneş S. Yaşlılarda denge sorunları ve teknolojik çözümler. Akgül A, editör. Geronteknoloji. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.24-8.
6. KELEŞ, E., & ÖZALEVLİ, S. (2018). Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 39-42.
7. Huri, M. (Ed.). (2017). *Occupational Therapy: Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*. BoD–Books on Demand.
8. Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. (2002). Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Türk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry*, 13(4), 273-281.
9. Law, M. (2020). *COPM Canadian Occupational Performance Measure: Revised*. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
10. Torpil, B., Ekici Çağlar, G., Bumin, G., & Pekçetin, S. (2021). Validity and Reliability of the Turkish Canadian Occupational Performance Measure (COPM-TR) for people with multiple sclerosis. *Occupational Therapy In Health Care*, 35(3), 306-317.
11. Küçükdeveci, A. A. (2005). Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 51, B23-B29.
12. Ağırca, D. (2009). *Tinetti Balance and Gait Assessment'in (Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği* (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
13. Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: an occupational therapy perspective. *Occupational therapy international*, 18(4), 163-186.
14. Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 44, 391-399.
15. Kumar, P., Tiwari, S. C., Goel, A., Sreenivas, V., Kumar, N., Tripathi, R. K., ... & Dey, A. B. (2014). Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *International archives of medicine*, 7(1), 1-7.
16. Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Rikkert, M. G. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *Bmj*, 333(7580), 1196.
17. Jensen, L. E., & Padilla, R. (2011). Effectiveness of interventions to prevent falls in people with Alzheimer's disease and related dementias. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 532-540.
18. Detweiler, M. B., Kim, K. Y., & Taylor, B. Y. (2005). Focused supervision of high-risk fall dementia patients: a simple method to reduce fall incidence and severity. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 20(2), 97-104.

YAŞLI BAKIMINDA SOSYAL VE FİZİKSEL DESTEK: ROBOTLAR

Yasemin KALKAN UĞURLU

Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ordu, Türkiye

ÖZET

Dünya genelinde 65 yaş ve üzerindeki bireyler “yaşlı nüfus” olarak tanımlanmaktadır. 2030 yılında Amerika’da yaşlıların 70 milyonu geçmesi ve nüfusun %19’unu oluşturması beklenirken, Japonya’da 2025 yılında nüfusun üçte birinin 65 yaşının üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye’de ise yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2, 2040 yılında %16.3, 2080 yılında %25.6 olacağını öngörülmektedir. Yaşlı bireyler, pandemi nedeniyle toplu yaşanan ortamlardan uzak durmayı tercih etmeleri, kendi sağlık tercihleri ve çocukları ile sürekli iletişimi sürdürmek istemeleri nedeniyle mümkün oldukça kendi evlerinde yaşamayı tercih etmektedirler. Ancak gittikçe yaşlanan toplumlarda yaşlıların bakım ihtiyaçlarını giderecek hemşire ve hasta bakıcı sayıları yetersizdir. Bakım robotları, bakım ve hemşirelik ortamlarında kullanılmak veya yaşlılar ve engelliler için bağımsız yaşamı desteklemek için hedeflenen robotik uygulamalardır. Robotlar, birçok ülkede artan yaşlı nüfusun bakım hizmetleri gereksinimlerine yönelik tasarlanmıştır. Bu çalışmada, yaşlı bakımı çerçevesinde kullanılan robotik hemşirelik, ortam destekli yaşam ve yardımcı robotik gibi teknolojilerin mevcut durumunu ve potansiyellerini kısaca gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Care, Elderly Care, Nursing robots

SOCIAL AND PHYSICAL SUPPORT IN ELDERLY CARE: ROBOTS

ABSTRACT

Individuals aged 65 and over are defined as the "old population" around the world. While the elderly are expected to exceed 70 million and make up 19% of the population in the USA in 2030, it is estimated that one third of the population will be over 65 in 2025 in Japan. In Turkey, it is predicted that the rate of elderly population will be 10.2% in 2023, 16.3% in 2040 and 25.6% in 2080. Elderly individuals prefer to live in their own homes as much as possible due to the fact that they prefer to stay away from collective living environments due to the pandemic, their own health preferences and want to maintain constant communication with their children. However, in aging societies, the number of nurses and caregivers to meet the care needs of the elderly is insufficient. Care robots are robotic applications targeted for use in care and nursing settings or to support independent living for the elderly and disabled. Robots are designed for the care services needs of the increasing elderly population in many countries. In this study, it is aimed to briefly review the current status and potentials of technologies such as robotic nursing, environment-supported living and assistive robotics used in the framework of elderly care.

Keywords: Care, Elderly care, Nursing robots

Giriş

Toplum geliştikçe, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi daha fazla önem kazanmaktadır. Gelişen tıbbi bakım sistemleri yaşam kalitesini iyileştirirken, nüfusun yaşlanması uluslararası alanda büyük bir endişeye neden olmaktadır. Çünkü yaşlıları destekleyen ve bakım veren genç nüfus günden güne azalmaktadır, bu durum yaşlıların modern toplumda yalnızlaştığı anlamına gelmektedir. Ayrıca yaşlanan nüfusun bakım giderleri hükümetler için pek çok ekonomik zorluklara neden olmaktadır. Bireysel olarak değerlendirildiğinde ise; yaşlı bireylerin sosyal (ihmal, izolasyon, korku, yalnızlık, can sıkıntısı), finansal (düşük gelir, yük olma korkusu, sigortasız olma), psikolojik (depresyon, zayıf hafıza, demans, uykusuzluk) ve fizyolojik (zihinsel yeteneklerde azalma, daha az etkili refleksler, kas zayıflığı, yürüme anormalliği, kırılabilir kemikler) açıdan pek çok zorluk yaşadıkları söylenebilir.

Günümüzde, özellikle Covid-19 pandemisi ile öne çıkan yaşlı bakım modeli yaşlıların yerinde yaşlanmasıdır(Christoforou, Panayides, Avgousti, Masouras, ve Pattichis, 2019). Yerinde yaşlanma, yaşlının yaşadığı mekanda gerekli toplum kaynaklarından ve bakım olanaklarından faydalanabilmesi esasına dayanan, bireyin alışık olduğu çevrede yaşlanabilmesine imkan veren bir sistemdir. Burada bahsi geçen “mekan” yaşlının evinin yanı sıra, evin yer aldığı fiziksel çevreyi ve yaşlının etkileşimde bulunduğu sosyo-kültürel çevreyi içermektedir (Baloğlu, Kaplançalı, ve Kılıç, 2019; Şentürk ve Kurtkapan, 2017). Yerinde yaşlanma için hızla gelişen bilgisayar teknolojisinin ürünü olan robot sistemleri bir alternatiftir. Yaşlı bakımında yer alan robotik hemşirelik, ortam destekli yaşam ve yardımcı robotik uygulamalar gibi robotik ve modern teknolojilerin misyonu yaşlıları hem fiziksel hem de duygusal olarak desteklemektir. Bu bildiride, yaşlı bireylerin bağımsız yaşaması için geliştirilmiş sosyal ve fiziksel destek sağlayan robot sistemleri sunulmaktadır(Christoforou ve ark., 2019; Chung, Park, Hong, ve Kwon, 2002).

Günlük Ev İhtiyaçlarını Gidermede Robotların Kullanımı

Ev robotları yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini basitleştirmede, yaşlılara daha fazla özerklik vererek yaşam kalitesini artırmada, güvenliklerini sağlamada veya ilaç servisi gibi belirli bir kalite standardına sahip görevleri gerçekleştirmede yardımcı olabilir (Baloğlu ve ark., 2019). Amaçları temizlik, gözetleme, eğlence, depolama vb. günlük görevlere yardımcı olmaktır. Bu robotlar insanlarla etkileşime girmezler, daha çok amaçlanan görevi yerine getirirler. Sosyal yetenek ve duygulardan yoksundurlar, ancak çok ihtiyaç duyulan fiziksel yardımı sunarlar. Öte yandan, sosyal robotlar daha fazlasını sunar. Sosyal robotlar, eğer uygun şekilde kullanılırsa, yaşlı insanlara günlük rutinlerinde yardımcı olacak ve yemek ve ilaç almayı hatırlatmak, aktivite önerileri sunmak ve sosyal etkileşimleri teşvik etmek gibi çok ihtiyaç duyulan bazı işlevleri yerine getirerek yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini artıracaktır (A. Lotfi, C. Langensiepen, ve S. Yahaya, 2018a).

Temel Bakım Gereksinimlerinde Robotların Kullanımı

Yaşlılarda temel bakım gereksinimini sağlamaya yardımcı olan robotlar bir bakım personeli tarafından yapılacak olan pek çok girişimde destekleyici olarak rol alır. Bakım robotları homojen bir teknoloji kategorisi değildir; bunun yerine birçok biçimde, boyutta ve amaçla üretilirler. Bakım robotları, kutu benzeri makineler olarak görünebilir veya bakım personeli için robotik “güç giysileri” gibi insan şeklinde veya giyilebilir olabilirler (Niemelä ve Melkas, 2019). Goeldner ve diğerleri (Goeldner, Herstatt, ve Tietze, 2015) tarafından formüle edildiği gibi, bakım robotiği alanı, “fiziksel ve/veya zihinsel engelli kişiler için bakımla ilgili faaliyetleri kısmen veya tamamen özerk olarak gerçekleştiren tüm makineleri” kapsamaktadır.

Yaşlı bakımında kullanılan kişisel bakım robotlarına veya robotik cihazlara pek çok örnek mevcuttur. Robotik “Lea”, “Indego” ve “Honda” gibi cihazlar yürümeye destek olabilir(Niemelä ve Melkas, 2019). Pearl robot insanlara ilaç alma, yemek yeme, banyo yapma gibi günlük rutinlerini hatırlatabilir ve ayrıca çevrelerinde onlara rehberlik edebilir (Pollack ve ark., 2002). Evde bakım için “Evondos” (Rantanen, Parkkari, Leikola, Airaksinen, ve Lyles, 2017) ilaç dağıtımını yapabilir; “Cody” hastalara nazik bir yatak banyosu yaptırabilir, giydirebilir, inmeli yaşlıların rehabilitasyonunda destek olabilir, “RIBA (Robot for Interactive Body Assistance)” (Mukai ve ark., 2010) ve “Robear” gibi güçlü robotlar yaşlı bireyi kaldırabilir ve transfer edebilir, Dinsow gibi küçük robotlar yaşlı bireyin ilaçlarını almasını hatırlatabilir, gözlemleyebilir, kişisel asistanlık yapabilir, aramalarını yönetebilir (Baloğlu ve ark., 2019). “Paro” dokunuşa cevap veren, hareket edebilen ve bebek foka benzeyen yapısıyla, “AIBO” köpek benzeri şekli ve altı duyguyu (mutluluk, öfke, korku, üzüntü, şaşkınlık ve hoşlanmama) ifade edebilen yapısıyla, “Grace” insanlarla doğal, sezgisel yollarla, insan benzeri bir şekilde iletişim kuran yapısıyla yaşlılara arkadaşlık edebilir ve sosyal destek sağlayabilir. (Lotfi ve ark., 2018a; Robinson, MacDonald, Kerse, ve Broadbent, 2013).

Düzenli Egzersiz Eğitiminde Robotların Kullanımı

Egzersiz eğitimi için robotların konuşlandırılmasının çok erken aşamalarında, 2005 yılında Bickmore ve Picard (Bickmore ve Picard, 2005) tarafından sanal bir egzersiz danışmanı robotu geliştirilmiştir. Felç sonrası hastaların tedavisi için Johnson ve ark. (2006) ADLER adlı bir egzersiz robotu geliştirmiştir. Bu sadece kolun hareketine, bir cismi kavramaya ve taşımaya yardımcı olan bir kol egzersiz robotudur. Tekerlekli sandalye kullanıcıları için 2008 yılında hareket yeteneği olmayan ancak

tehlikeli hareketlerden kaçınmaya yönelik tavsiyelerle yardımcı olan bir robot geliştirilmiştir (Fasola ve Mataric, 2012). 2009 yılında bir egzersiz eğitmeni olan insansı robot Taizo (Matusaka, Fujii, Okano, ve Hara, 2009), 2015 yılında ise, yaşlı yetişkinler için Xuan (A. Lotfi, C. Langensiepen, ve S. W. Yahaya, 2018) adlı bir egzersiz robotu geliştirildi. Fasola ve Mataric (2010) tarafından, yaşlı yetişkinleri otururken kol egzersizine dahil eden ve performanslarını değerlendirirken övgü ve geri bildirim vererek kullanıcıları motive eden bir robot geliştirdi. Fasola ve Mataric (2012) tarafından yapılan bir başka çalışma, insanların sanal eğitim yazılımından ziyade fiziksel bir nesne (örneğin robot) tarafından eğitilmeyi tercih ettiğini göstermiştir. Gözlerini kırıştırabilen ve konuşurken yürüyebilen, dans edebilen Zora robot fiziksel egzersizi öğretmek, dans gösterileri yapmak ve farklı türde oyunlar oynamak için kullanılabilir (Zorabots, 2018). Yaşlı yetişkinler için egzersizin önemine rağmen, yaşlı yetişkinleri fiziksel aktivitelere dahil eden sosyal olarak yardımcı robotlara çok fazla ilgi gösterilmemiştir. Bu görevi yerine getirdiği görülebilen üç robot, Japon Taizo, Singapur Xuan ve Fasola ve Mataric tarafından geliştirilen oturarak kol egzersiz robotudur. Taizo çok küçüktür (yaklaşık olarak bir masa lambası boyutundadır) ve görsel geri bildirim için bir ekranı yoktur. Fasola ve Mataric'in robotu yalnızca oturarak kol egzersizi yapabilir ve bu nedenle tam vücut hareketinden yoksundur ve görsel geri bildirim için bir ekrana sahip değildir. Ancak Xuan robotu, büyük olması (neredeyse bir insan boyutuna eşit), kol ve her şeyden önce görsel geri bildirim sağlayan bir ekran ile donatılmış olmasıyla bu boşluğu kapatmaktadır. (Lotfi ve ark., 2018)

Yaşlı Bakımında Yardımcı Robot Kullanımının Mevcut Durumu ve Potansiyelleri

Robotik teknolojiler potansiyel olarak çok çeşitli farklı uygulamaları mümkün kılabilse de, bunların gerçek yaşlı bakımında tanıtılması ve uygulanması oldukça yavaş görünmektedir. Piyasada birkaç bakım robotu ürünü vardır; bunlardan bazıları ticari başarı elde etmiştir, ancak çoğu robot teknolojisi hala geliştirme aşamasındadır. Örneğin, Bedaf ve ark. (2015) yaşlılar arasında bağımsız yaşamı desteklemek için bakım robotları üzerine bir araştırmayı gözden geçirirken, yazarlar yaşlılar için geliştirilmiş 107 robottan sadece altı tanesini ticari ürün olarak tanımlamışlardır (Niemelä ve Melkas, 2019). Ayrıca yaşlı bakımında robot kullanımının paydaşları olan yaşlı yetişkinlerin ve bakım profesyonelleri nadiren teknolojinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi ile ilgilenmektedir. Bu durum özellikle yaşlılar için oldukça soruna neden olmaktadır. Örneğin, bakım robotları üzerine yapılan araştırmalar, büyük ölçüde yaşlı insanların yalnız, kırılabilir ve aciz olduklarına dair klişe görüşlere dayanmaktadır (Frennert ve Östlund 2014; Parviainen ve Pirhonen 2017; Neven 2010). Robotik mühendisleri, yaşlıları zayıf ve yetersiz bir kullanıcı grubu olarak görme eğilimindedir ve ihtiyaçları bilinmediği için varsayılar. (Compagna ve Kohlbacher, 2015). Ayrıca, bakım robotlarının araştırılması, geliştirilmesi ve entegrasyonunda profesyonel sağlık meslek gruplarının arasındaki çeşitliliğin (Turja ve ark. 2018) yeterince dikkate alınmadığı görülmektedir. Bakım çalışanları, yenilikçi teknolojiyi değerlendirmekten aciz olarak görülebilir ve teknoloji kaynaklı yenilikler iş yerinde başa çıkmada yeni tür sorunlara neden olabilir. Teknoloji kullanımının etkileri veya teknolojinin başarılı, etkin uygulanması için ön koşullar, kapsamlı bir şekilde nadiren araştırılmıştır (Melkas 2013). Genel olarak, teknik olmayan bir bakış açısıyla bakım robotiği alanı hala gelişmekte olan bir araştırma sektörüdür ve robotik alanındaki araştırmacılar ve geliştiriciler kullanıcıların ve onların ihtiyaçlarını, hedef kitledeki bakım hizmetlerini ve organizasyonları, toplumsal kültür ve bakım sistemini çok dikkate almamaktadır. Bakım robotlarını geliştirilirken hem yaşlı yetişkinleri hem de bakım profesyonellerini geliştirme sürecine daha fazla dahil etmek, robotların alanda etkin kullanılmasına yardımcı olabilir (Christoforou ve ark., 2019; Lotfi ve ark., 2018).

Yaşlı yetişkinler ve bakım profesyonellerinin iş birliğiyle geliştirilen robotlar yaşlıları beslemede, banyo yaptırmada, ilaçların taşınmasında ve güvenliğinde fiziksel yardım sağlayabilirler. Ayrıca robotlar ağır görevleri yerine getirebilir: örneğin, RIBA robotu nesneyi bir yataktan tekerlekli sandalyeye yükseltebilir ve hareket ettirebilir. Ayrıca yüzleri ve sesleri tanıyabilir ve sözlü komutlara cevap verebilirler. Bu robotlar, yaşlıların kendi evlerinde bağımsızlığını korumalarına yardımcı olabilirler ancak bunların varlığı, yaşlıların sadece makinelerin bakımına terk edilmesi riskini doğurur. Yaşlılar, genellikle bakıcılar ve günlük işlerini yapan kişilerin tensel temasına ihtiyaç duyarlar. Bir yandan, bu robotlar, evlerinde yaşayabilecek bireylerin bağımsızlığını koruyarak makul maliyetlerle fiziksel yardım sağladıkları için çok yardımcı olabilir. Öte yandan, bu, insan temaslarının miktarını azaltabilir ve duyarsız bir şekilde kullanıldığında yaşlıların nesnellik duygularını ve yaşamları

üzerinde kontrol eksikliğini artırabilir. Bu tür robotlar, yaşlı insanlara, yaşamları üzerinde daha az kontrole sahip olduklarını hissettirebilir. Robotik teknoloji ile yaşlıların itibarını ve özerkliği artırmak ve diğer insanlara bağımlılığını azaltmak mümkün görünmektedir. Bu nedenle, robotlar yaşlı ve zayıf kişiyi güçlendirebilir ve bağımsızlığını artırabilir. Ayrıca, robot tarafından yaşlı bir kişiye ne kadar kontrol veya özerklik verilmesi gerektiği sorusu da devam etmektedir. Yaşlıları mobil hale getirerek güçlendirmek ile hareketliliklerinin yeniden kazanılmasından kaynaklanan tehlikeli durumlardan korumak arasında doğru dengeyi bulmak gerekir (Vercelli, Rainero, Ciferri, Boido, ve Pirri, 2018)

Robot teknolojisi denince akla gelen bir diğer soru robotik teknolojinin etik boyutunun ne olduğudur. Robotlar bilgi merkezlerini temsil edebilir ve inanılmaz miktarda veri toplayabilir. Yaşlının uyuması, egzersiz yapması, eve üçüncü kişilerin girmesini, randevuları gibi alışkanlıkları kaydedebilir. Yaşlı bireyin iletişimi sürekli olarak kaydedilebilir. Ayrıca tıbbi cihazlara bağlanarak tıbbi verileri saklayabilirler. Bir taraftan, bu durum, hastalık hakkında (böylece sonunda makine öğrenimi ve derin öğrenme yoluyla yapay zeka yoluyla yeni belirti ve semptomlar bulmak) ve yaşam alanı hakkında bilgi toplamak için çok güçlü bir aracı temsil eder. Öte yandan, bu güçlü araç, yaşlı bireylerin, ailelerinin ve bakıcılarının mahremiyetine dramatik müdahale edebilir ve dikkate alınması gereken çok büyük etik sorunlar doğurabilir. Bu nedenle yaşlı bakımında robotik teknoloji, etik açıdan hassas bir alanı temsil eder (Christoforou ve ark., 2019; Lotfi ve ark., 2018).

Sonuç

Bu makale, yaşlı bakımında kullanılan yardımcı robot sistemini tanımlamaktadır. Robotlar, yaşlı bireylere beslemede, banyo yaptırmada, ilaçların taşınmasında ve güvenliğinde yardımcı olarak bağımsız yaşamlarını desteklemektedir. Ayrıca yüzleri ve sesleri tanıyarak ve sözlü komutlara cevap vererek sosyal yönden de desteklemektedir. Öte yandan robotik teknolojinin kullanımının artmasıyla yaşlılarda ihmal ve etik sorunlar konuşulmaya başlanmıştır. Yine de piyasa bu yeni teknolojiyi kullanmaya hazırdır ve bilgisayar, internet çağının çocuklarından oluşan nüfus yaşlandıkça potansiyel kullanıcı sayısının da hızla artacağı tahmin edilmektedir. Akıllardaki tüm sorulara rağmen yaşlı bakımında robotik teknolojilerin kullanım sıklığının katlanarak artacağı ve sağlık hizmetlerinde gerçek bir devrime yol açacağı tahmin edilmektedir.

Kaynaklar

Baloğlu, K. A., Kaplancalı, U. T., ve Kılıç, S. (2019). Bakıma İhtiyaç Duyan Yaşlılar İçin Yardımcı Sosyal Robot Araştırması ve Analizi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 1-8.

Bedaf, S., Gelderblom, G. J., & de Witte, L. (2015). Overview and categorization of robots supporting independent living of elderly people: What activities do they support and how far have they developed. *Assistive Technology*, 27(2), 88–100.

Bickmore, T., & Picard, R. W. (2005). Future of caring machines. *Studies in Health Technology and Informatics*, 118, 132-145.

Christoforou, E. G., Panayides, A. S., Avgousti, S., Masouras, P., & Pattichis, C. S. (2019, September). An overview of assistive robotics and technologies for elderly care. In *Mediterranean Conference on Medical and Biological Engineering and Computing* (pp. 971-976). Springer, Cham.

Park, H. K., Hong, H. S., Kwon, H. J., & Chung, M. J. (2001). A nursing robot system for the elderly and the disabled. *International Journal of Human-friendly Welfare Robotic Systems (HWRS)*, 2(4), 11-16.

Compagna, D., & Kohlbacher, F. (2015). The limits of participatory technology development: The case of service robots in care facilities for older people. *Technological Forecasting and Social Change*, 93, 19–31.

Fasola, J., & Mataric, M. J. (2010). Robot exercise instructor: A socially assistive robot system to monitor and encourage physical exercise for the elderly. In *19th International Symposium in Robot and Human Interactive Communication* (pp. 416-421).

Fasola, J., & Mataric, M. J. (2012). Using socially assistive human–robot interaction to motivate physical exercise for older adults. *Proceedings of the IEEE*, 100(8), 2512-2526.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Frennert, S., & Östlund, E. (2014). Review: Seven matters of concern of social robotics and older people. *International Journal of Social Robotics*, 6(2), 299–310.
- Goeldner, M., Herstatt, C., & Tietze, F. (2015). The emergence of care robotics—A patent and publication analysis. *Technological Forecasting and Social Change*, 92, 115-131.
- Johnson, D. O., Cuijpers, R. H., Juola, J. F., Torta, E., Simonov, M., Frisiello, A., ... & Beck, C. (2014). Socially assistive robots: a comprehensive approach to extending independent living. *International journal of social robotics*, 6(2), 195-211.
- Lotfi, A., Langensiepen, C., & Yahaya, S. (2018). Socially Assistive Robotics: Robot Exercise Trainer for Older Adults. *Technologies*, 6(1), 32. doi:10.3390/technologies6010032
- Matusaka, Y., Fujii, H., Okano, T., & Hara, I. (2009, September). Health exercise demonstration robot TAIZO and effects of using voice command in robot-human collaborative demonstration. In *RO-MAN 2009-The 18th IEEE International Symposium on Robot and Human Interactive Communication* (pp. 472-477).
- Melkas, H. (2013). Innovative assistive technology in Finnish public elderly-care services: A focus on productivity. *Work*, 46, 77–91. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1470>.
- Mukai, T., Hirano, S., Nakashima, H., Kato, Y., Sakaida, Y., Guo, S., & Hosoe, S. (2010). Development of a nursing-care assistant robot RIBA that can lift a human in its arms. In *2010 IEEE/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems* (pp. 5996-6001).
- Neven, L. (2010). ‘But obviously not for me’: Robots, laboratories and the defiant identity of elder test users. *Sociology of Health & Illness*, 32(2), 335–347.
- Niemelä, M., & Melkas, H. (2019). Robots as social and physical assistants in elderly care. In *Human-centered digitalization and services* (pp. 177-197): Springer.
- Parviainen, J., & Pirhonen, J. (2017). Vulnerable bodies in human-robot interaction: Embodiment as ethical issue in robot care for the elderly. *Transformations*, 29, special issue: ‘Social robots: Human-machine configurations’ (pp. 104–115).
- Pollack, M. E., Brown, L., Colbry, D., Orosz, C., Peintner, B., Ramakrishnan, S., ... & Roy, N. (2002, August). Pearl: A mobile robotic assistant for the elderly. In *AAAI workshop on automation as eldercare* (Vol. 2002).
- Rantanen, P., Parkkari, T., Leikola, S., Airaksinen, M., & Lyles, A. (2017). An in-home advanced robotic system to manage elderly home-care patients’ medications: A pilot safety and usability study. *Clinical therapeutics*, 39(5), 1054-1061.
- Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661-667.
- Şentürk, M., ve Kurtkapan, H. (2017). Yaşlılığın mekânsallaşması: Kadıköy Moda’daki bir apartman üzerine nitel bir çalışma. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 4-19.
- Turja, T., Van Aerscht, L., Särkikoski, T., & Oksanen, A. (2018). Finnish healthcare professionals’ attitudes toward robots: Reflections on a population sample. *Nursing Open*, 5(3), 300–309. <https://doi.org/10.1002/nop2.138>.
- Vercelli, A., Rainero, I., Ciferri, L., Boido, M., & Pirri, F. (2018). Robots in elderly care. *DigitCult-Scientific Journal on Digital Cultures*, 2(2), 37-50.
- Zorabots (2018), available at: <http://zorarobotics.be/index.php/en/> (Erişim tarihi: 14 Mart 2022).

YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKEN YAŞLILAR İÇİN 3D YAZICILAR İLE ALTERNATİF GIDA ÜRETİMİ

Meryem Göksel SARAÇ¹
Özlem Pelin CAN²

*¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Yıldızeli Meslek Yüksekokulu, Gıda Teknolojisi Bölümü, Sivas, Türkiye

² Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Veterinerlik Fakültesi, Besin/Gıda Hijyeni ve Teknolojisi, Sivas, Türkiye

ÖZET

Çiğneme ve yutma güçlüğü genelde yaşlı bireylerde görülen ve özellikle bakım evlerinde aspirasyon pinömonisine neden olabilen bir sağlık sorunudur. Yaşlı bireyler demans ya da parkinson gibi hastalıklarla mücadele ediyorsa yaşanan sorun çok daha tehlikeli boyutlara ulaşabilmektedir. Ayrıca yaşanan yutma güçlüğü bireylerin tek tip beslenmeyle karşı karşıya kalmalarını sağlayabilmektedir. Bu nedenlerle yutma güçlüğü geçen bireyler için hortumla besleme gibi tıbbi tedavi yöntemleri tercih edildiği gibi koyulaştırılmış sıvı besinlerde diyetlere eklenebilmektedir. Son dönemlerde 3D yazıcıların kullanımının artması ile yumuşak kıvamlı ve istenilen besinsel içeriklere sahip alternatif gıda grupları yazıcılardan çıkarılmakta ve gıda mühendisleri tarafından yeni ürün formülasyonları çalışılmaktadır. Özellikle farklı protein, karbonhidrat, yağ, vitamin ve mineral kaynakları eklenerek üretilen yazıcı çıktısı besinler yutma güçlüğüne bağlı yaşanan besinsel kayıpların önüne geçebilmektedir. Ayrıca 3D baskı gıdalar ile eski usul beslenme alışkanlıklarına benzer şekilde gıda tüketebilmeleri yaşlılar için psikolojik açıdan da kıymetli görülmektedir. Özellikle çiğneme ve yutmada sorun olan et grubu ürünlerin besin içerikleri baz alınarak hazırlanmış formülasyonlardan üretilen 3D baskılı ürünler yaşlı beslenmesinde önemli bir besin eksikliğini kapatmaktadır. Sürekli değişen ve gelişen mühendislik uygulamaları ve 3D yazıcı teknolojisi ile gelecekte yaşlı beslenmesi adına çok daha iyi gelişmeler olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: 3D yazıcı, yutma güçlüğü, yaşlı beslenmesi

ALTERNATIVE FOOD PRODUCTION WITH 3D PRINTERS FOR ELDERLY DYSPHAGIA PATIENTS

ABSTRACT

Difficulty in chewing and swallowing is a health problem that is generally seen in elderly individuals and can cause aspiration pneumonia, especially in nursing homes. If elderly individuals are struggling with diseases such as dementia or Parkinson's, the problem can reach much more dangerous dimensions. In addition, swallowing difficulties can cause individuals to be faced with a single type of nutrition. For these reasons, medical treatment methods such as tube feeding are preferred for dysphagia patients, and thickened liquid foods can be added to the diets. With the increase in the use of 3D printers recently, alternative food groups with soft consistency and desired nutritional content are removed from the printers and new product formulations are studied by food engineers. In particular, print-out foods produced by adding different protein, carbohydrate, fat, vitamin and mineral sources can prevent nutritional losses due to swallowing difficulties. In addition, the fact that they can consume food similar to old-fashioned eating habits with 3D printed foods is considered psychologically valuable for the elderly. 3D printed products, which are produced from formulations prepared based on the nutritional content of meat group products that have problems in chewing and

swallowing, fill an important nutritional deficiency in the nutrition of the elderly. With the ever-changing and developing engineering applications and 3D printer technology, it is thought that there will be much better developments in the name of elderly nutrition in the future.

Keywords: 3D printing, dysphagia, elderly nutrition

1.Giriş

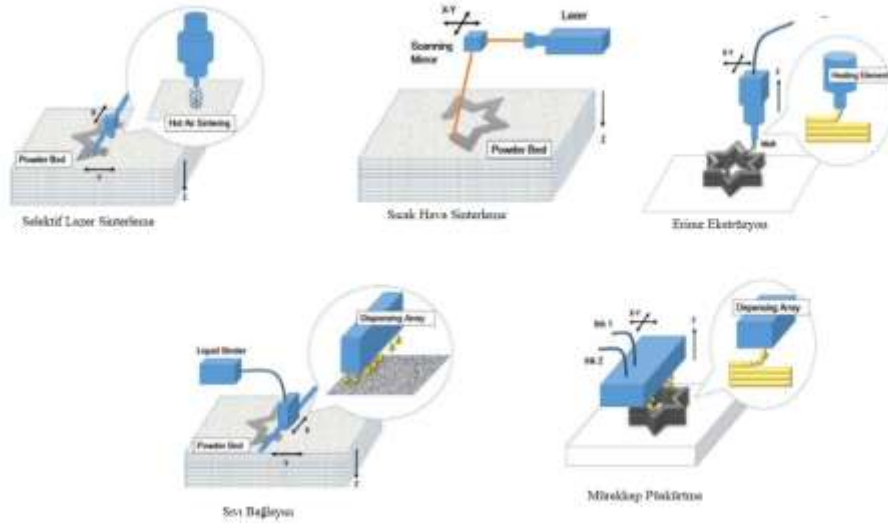
Yutma güçlüğü sorunları tüm dünyada yaygınlaşan ve nüfus oranlamaları yapıldığında azımsanmayacak oranda bireyin muzdarip olduğu bir sağlık sorunudur (Nikhil et al., 2014). Bu nedenle Avrupa İnme Örgütü ve Avrupa Yutma Bozuklukları Derneği kurulmuş ve bireylerin karşılaşabileceği tehlikeli klinik komplikasyonlar nedeniyle araştırmalar ve çalışmalar yapılmaktadır (Dziewas ve ark., 2021). Yutma güçlüğü yaşama yada yutma refleksinin tamamen kaybolması başka sebeplerle yaşansa da inme sonrası akut inme hastalarının %29-81'inde gözlemlendiği bildirilmiştir (Martino ve ark., 2005). Ayrıca yapılan çalışmalarda yutma güçlüğü sorununun bağımsız yaşayan yaşlılarda %30-40, akut geriatrik bakıma başvuranlarda %44 ve kuruma yatan yaşlı hastalarda %60'ın üzerinde olduğu görülmektedir (Baijens ve ark., 2016). Yaşlılarda görülen yutma güçlükleri beslenmenin sağlanmasını ve sürdürülmesini engeller ve kilo kaybı, yetersiz beslenme, dehidrasyon, aspirasyon pnömonisi ve boğulma gibi ciddi komplikasyonlar oluşturabilmektedir (Reber ve ark., 2019). Öte yandan yutma güçlüğü sorunu yaşayan hastaların demans ve parkinson gibi başka sağlık sorunları olması durumu ise yaşadıkları problemleri artırmakta ayrıca ölüm vakalarıyla sonuçlanmasına neden olmaktadır (Marik and Kaplan, 2003). Yutma güçlüğü sorunu hastalıklar ve yaşlılıkla ilişkilendirilse de ilaç kullanımı ve psikolojik değişimler ile de oluşabilmektedir (Ney ve ark., 2009). Yutma güçlüğü tedavisinde genel olarak tüple besleme, koyulaştırılmış sıvı besin ile besleme ve modifiye dokulu besin tüketimi tercih edilmektedir (Barbon ve Steele, 2018). Son dönemlerde özellikle yutma güçlüğü çeken yaşlı bireyler için alternatif gıda ürün grupları geliştirilmekte ve yeni teknolojilerden olan üç boyutlu gıda yazıcıları kullanılarak ürünler üretilebilmektedir. Bu çalışmada yutma güçlüğü çeken yaşlı bireyler için 3D yazıcılar ile geliştirilen ürün çeşitleri ve mekanizmaları açıklanacaktır.

2. Üç Boyutlu Gıda Yazıcıları

Üç boyutlu yazıcı uygulamaları son dönemlerde tıbbi ve medikal malzeme üretiminden oyuncak üretimine kadar birçok sektörde kullanılmaktadır. 3D yazıcılar ilk olarak Charles Hull tarafından 1984 yılında kullanılmaya başlanmıştır (Hull, 1984). 2001 yılında ise gıda üretimi için patent alınmış ve gıda üretim prosesleri için denemeler yapılmaya başlanmıştır (Candoğan ve Bulut, 2021).

3D yazıcılar ile gıda üretim prosesleri genel baskılama yöntemlerinde olduğu üzere 3 temel aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada yazılım desteği ile çıktısı alınmak istenilen yapının 3D modelleme stereolitografisi hazırlanır, ikinci aşamada G-code desteği ile baskısı yapılacak ürünün dilimlenmesi gerçekleştirilir ve son aşamada tercih edilen yazıcı çeşidine göre değişmekle beraber yazıcı ürünü yazdırır (Candoğan ve Bulut, 2021).

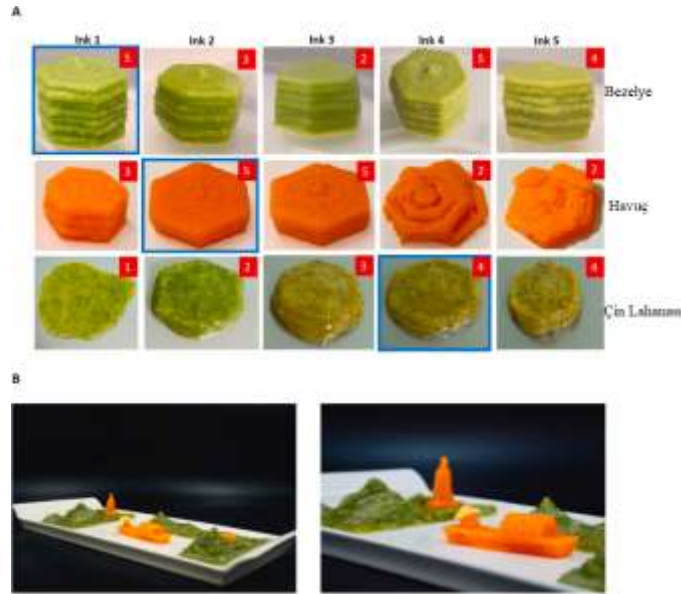
3D yazıcılarda Şekil 1'de ifade edildiği şekilde farklı uygulama prosesleri kullanılabilir.



Şekil 1. 3D yazıcılar için kullanılan cihaz çeşitleri (Sun ve ark., 2015)

3. Örnek Çalışmalar

Yutma güçlüğü çeken hastaların bitkisel besin gruplarından zengin beslenmesini sağlamak amacıyla nişasta oranlarına göre yüksekten aza göre gruplandırılmış bezelye, havuç ve çin lahanası kullanılarak ksantan (XG), kappa karagenan (KC) ve keçiyoynuzu (LBG) gumları ile formülasyonlar hazırlanmıştır. Bu çalışma kapsamında üretilen ürünler uluslararası disfaji diyet standardizasyon girişimi (IDDSI) derneği tarafından belirlenen standartlara göre analiz edilmiştir. Şekil 2’de görüldüğü üzere ürün formülasyonu ve kullanılan sebze çeşit değişikimi elde edilen son ürünleri etkilemektedir (Pant ve ark., 2021).



Şekil 2. Havuç, bezelye ve çin lahanası kullanılarak üretilen ürünler (Pant ve ark., 2021)



Şekil 3. A: 3D baskılı örnekler üzerinde çatal basınç testi, B: Optimize gıda mürekkepleri üzerinde kaşık eğme testi (Pant ve ark., 2021)

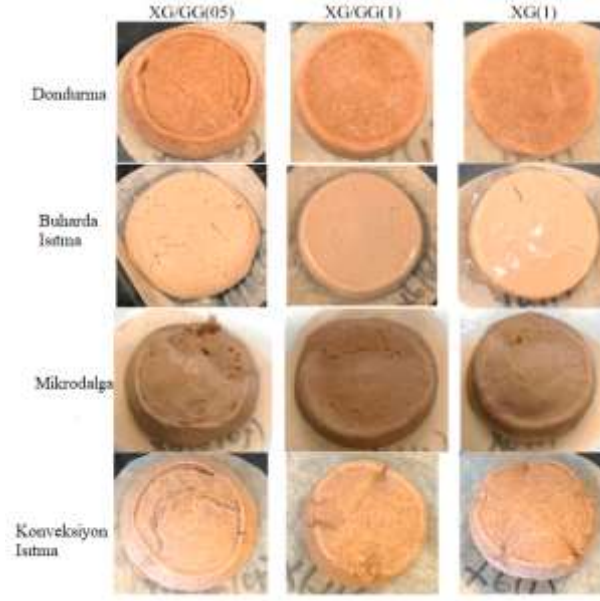
Yutma güçlüğü geçen bireyler için üretilen ürünler çalışma sonucunda testlere tabi tutulmaktadır. Sebzelerden üretilen ürünlerin çatal ve kaşık testleri Şekil 3’de gösterilmiştir. Çalışma sonucunda sebzelerin nişasta içeriği ne kadar yüksek ve su yüzdesi o kadar düşükse, mürekkep formülasyonunda o kadar az kıvam verici gerektiği ayrıca besleyiciliği ve lezzetleri korurken estetik açıdan hoş ve lezzetli yiyecekler basmak için kıvam verici miktarının azaltılması ve daha az sulu sebzeler kullanılması gerektiği belirlenmiştir (Pant ve ark., 2021).

Başka bir çalışmada ise mantar bazlı ürün formülasyonları çalışılmıştır. Siyah mantar özütleriyle beraber k-karagenan (KG), ksantan (XG) ve gum arabik (AG) kıvam vericileride mürekkep formülasyonunda incelenmiştir. Çalışma sonucunda ksantan gum ilavesinin kaşık ve çatal testleride dahil başarılı sonuçlar verdiği belirlenmiştir (Şekil 4) (Xing ve ark., 2022).

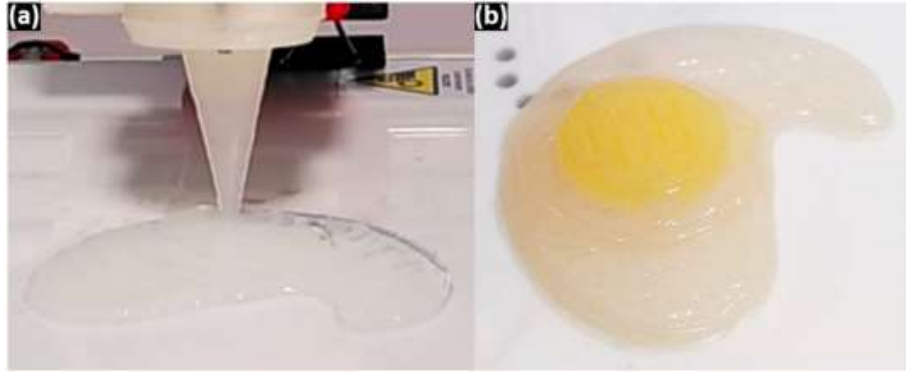


Şekil 4. Siyah mantar özütleri ile üretilen ürünler ve test örnekleri (Xing ve ark., 2022)

Yaşlı beslenmesinde protein içeren besinler önemlidir. Bu nedenle özellikle yutma güçlüğü çeken bireylerin beslenmesi için sığır eti ezmeleri ile 3D yazıcı çıktısı gıdaların üretimi çalışmalara konu olmaktadır. 3D yazıcıda basılan et ürünleri ardından dondurma, buharda ısıtma, mikrodalga uygulama ve konveksiyonel ısıtma proseslerine dahil edilmiş ve son ürün özellikleri incelenmiştir. Kullanılan teknikler içerisinde buharda ısıtmanın ürün son özelliklerini koruma açısından en etkin yöntem olduğu belirlenmiştir (Şekil 5) (Dick ve ark., 2021).



Şekil 5. Sığır eti ile hazırlanan 3D çıktısı ürünler (Dick ve ark., 2021)



Şekil 6. Süt ve portakal suyu ile üretilmiş yumurta benzeri ürünler

Başka bir çalışmada ise süt ve portakal suyu kullanılarak yumurta bazlı ürün çıktıları elde edilmiştir (Şekil 6) (Diañez ve ark., 2021).

4.Sonuç ve Öneriler

3D yazıcı uygulamaları gıda sektöründe yeni çalışılmaya başlanmış uygulama alanlarındandır. Özellikle yutma güçlüğü çeken yaşlı bireyler düşünüldüğünde günlük diyetlerinde besin ihtiyaçlarını karşılayacak ürün formlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca besleyici ve ürün formunu iyileştirici katkı maddeleri düşünüldüğünde üzerinde çalışılabilecek oldukça fazla konu oluşabilmektedir. Ayrıca farklı temel besin gruplar ve karışımlarının hazırlanması yine gelecekte gündemde olacak ve birçok araştırmaya konu olacaktır. Üç boyutlu yazıcılardan elde edilen ürünlerin yutma güçlüğü çeken yaşlılar başta olmak üzere yaşlı bakım merkezleri ve hastanelerde geniş kullanım alanı bulacağı düşünülmektedir.

5.Kaynakça

Baijens, LW., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, GF., Leners, JC., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, DG., Speyer, R., Walshe, M. 2016. European Society for

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome *Clin Interv Aging*, 11:1403-1428
- Barbon, CEA., Steele, CM. 2018. Thickened liquids for dysphagia management: a current review of the measurement of liquid flow *Curr. Phys. Med. Rehabil. Rep.*, 6 (4):220-226
- Candogan, K., Bulut, E.G., 2021. 3D Gıda Baskısı: Güncel Durum ve Gelecek Eğilimleri, *GIDA* 46(1) 152-167
- Diañez, I., Gallegos, C., Brito-de la Fuente, E., Martínez, I., Valencia, C., Sánchez, MC., Franco, CM. 2021. Implementation of a novel continuous solid/liquid mixing accessory for 3D printing of dysphagia-oriented thickened fluids, *Food Hydrocoll.* 120
- Dick, A., Bhandari, B., Prakash, S. 2021. Effect of reheating method on the post-processing characterisation of 3D printed meat products for dysphagia patients, *LWT*, 150:111915
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, EM., Bath, PM *et al.*, 2021. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia *Eur Stroke J*, 6 (3).
- Hull, CW. 1984. Apparatus for production of three-dimensional objects by stereolithography. Google Patents. US4575330A.
- Marik, PE., Kaplan, D. 2003. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly *Chest*, 124:328-336
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., Teasell R. 2005. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications *Stroke*, 36 (12), 2756-2763
- Ney, DM., Weiss, JM., Kind, AJH., Robbins, J. 2009. Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions *Nutr Clin Pract*, 24:395-413
- Nikhil, J., Krishnan, G., Manjula, R., Naidu, R. 2014. Oral and pharyngeal transit time as a factor of age, gender, and consistency of liquid bolus, *J. Laryngol. Voice*, 4 (2): 45.
- Pant, A., Lee, AY., Karyappa, R., Lee, CP., An, J., Hashimoto, M., Tan, U., Wong, G., Chua, CK., Zhang, Y. 2021. 3D food printing of fresh vegetables using food hydrocolloids for dysphagic patients, *Food Hydrocoll.* 114:106546
- Reber, E., Gomes, F., Dähn, IA., Vasiloglou, MF., Stanga, Z. 2019. Management of dehydration in patients suffering swallowing difficulties *J Clin Med*, 8:1923
- Sun, J., Peng, Z., Yan, L., Fuh., J.Y.H., Hong, G.S. 2015. 3D food printing-An innovative way of mass customization in food fabrication. *Int J. Bioprinting*, 1(1): 27-38
- Xing, X., Chitrakar, B., Hati, S., Xie, S., Li, H., Li, C., Liu, Z., Mo, H. 2022. Development of black fungus-based 3D printed foods as dysphagia diet: Effect of gums incorporation, *Food Hydrocoll.* 123:107173

MONOSODYUM GLUTAMAT İLE DENEYSSEL TOKSİKASYON OLUŞTURULMUŞ YAŞLI RATLARDA, BETANİN'İN (C₂₄H₂₆N₂O₁₃) OLASI KORUYUCU ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Gürkan BAYTAR

PhD öğrencisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Disiplinlerarası, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Türkiye

Serdal ÖGÜT

Prof.Dr., , Sağlık Bilimleri Fakültesi-Beslenme ve Diyetetik, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Türkiye

ÖZET

Bu araştırma, Monosodyum glutamat (MSG) nanopartiküllerinin kronik toksisitesine maruz kalan yaşlı ratlarda kırmızı pancar bitkisinde (*Beta vulgaris*) bulunan betanin (C₂₄H₂₆N₂O₁₃) etkili maddesinin koruyucu etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Sonuçlar gıda sektöründe sık kullanılan MSG'nin olumsuz sağlık etkilerine ve kırmızı pancarda bulunan antioksidan özelliğe sahip betaninin (C₂₄H₂₆N₂O₁₃) potansiyel olumlu sağlık etkilerini açığa çıkaracaktır. Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hayvan Deneyleeri Yerel Etik Kurulu'nun onayına istinaden Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Deneysel Araştırma Merkezi'nden temin edilen yaşlı ratlar üzerinde yapılmıştır. Ölme ihtimaline karşın her grupta 12 adet yaşlı rat yer aldı. Yeteri kadar su ve yem verilen kontrol grubu, MSG uygulanan MSG grubu, betanin uygulanan betanin grubu, hem MSG hem de betanin uygulanan MSG+betanin grubu yer aldı. Uygulamalar oral gavaj yöntemi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testi Shapiro Wilk Testi ile değerlendirildi. Elde edilen tüm sonuçlar birbirleri ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve değişimlerin anlamlı olup olmadığı one-way ANOVA yöntemi saptanmıştır ($p<0,05$). Anlamlı çıkan verilerde post-hoc testi (Duncan) kullanıldı. Total antioksidan kapasite (TAK) serum düzeylerinde gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0,05$). MSG'nin toksik etkiyi arttırabileceği ve betaninin antioksidan etkiyi arttırabileceği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Betanin, Monosodyum Glutamat (MSG), Yaşlı ratlar, Total Antioksidan Kapasite

INVESTIGATION OF POSSIBLE PROTECTIVE EFFECTS OF BETANIN (C₂₄H₂₆N₂O₁₃) IN RATS EXPERIMENTAL TOXICATED WITH MONOSODIUM GLUTAMATE

ABSTRACT

This research was carried out to examine the protective effects of betanin (C₂₄H₂₆N₂O₁₃) active substance in red beet plant (*Beta vulgaris*) in aged rats exposed to chronic toxicity of Monosodium glutamate (MSG) nanoparticles. The results will reveal the negative health effects of MSG, which is

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

frequently used in the food industry, and the potential positive health effects of betanin ($C_{24}H_{26}N_2O_{13}$), which has antioxidant properties in red beet. The research was carried out on rats obtained from Hatay Mustafa Kemal University Experimental Research Center with the approval of Aydın Adnan Menderes University Animal Experiments Local Ethics Committee. Despite the possibility of death, 12 old rats were included in each group. The control group given adequate water and feed, the MSG group administered with MSG, the betanin group administered betanin, and the MSG+betanin group administered both MSG and betanin took place. Applications were made by oral gavage method. Normal distribution was evaluated with the Shapiro Wilk Test. All obtained results were statistically compared with each other and one-way ANOVA method determined whether the changes were significant ($p<0.05$). Post-hoc test (Duncan) was used for significant data. The difference between the groups in total antioxidant capacity (CAC) serum levels was found to be statistically significant ($p<0.05$). It has been concluded that MSG can increase the toxic effect and betanin can increase the antioxidant effect.

Keywords: Betanin, Monosodium Glutamate (MSG), Old rats, Total Antioxidant Capacity.

GİRİŞ

Glutamatın sodyum tuzu olan monosodyum glutamat (MSG) formülü $C_5H_8NO_4Na$ 'dır. Gıda katkı maddesi olan MSG; aynı zamanda peynir, üzüm, domates ve mantar gibi ürünlerde de bulunmaktadır. Tatlı, tuzlu, ekşi ve acı gibi dört temel tadın yanında beşinci tat "umami" olarak adlandırılmaktadır. MSG'nin aşırı miktarda tüketilmesi baş ağrısı, migren, yüzde karıncalanma veya yanma, terleme, yüzde basınç veya gerginlik, uyuşukluk, boyunda ve diğer bölgelerde kızarma, hızlı kalp çarpıntısı (kalp çarpıntısı), göğüs ağrısı, mide bulantısı ve halsizlik gibi durumlara neden olmaktadır. Bu durum MSG semptom kompleksi veya Çin restoranı sendromu olarak adlandırılmaktadır (Ahanger vd., 2021). MSG tüketimi oksidatif strese neden olmaktadır. Artan oksidatif stres, membran lipidleri ve proteinlerinde değişiklik meydana getirir. Bu değişiklikler metabolik bozuklukların başlamasına neden olmaktadır. Oksidatif stres, serbest radikallerin ve reaktif oksijen türlerinin (ROT) aşırı üretimine bağlı olarak meydana gelen ve biyomoleküllerde antioksidatif savunma sistemleri tarafından engellenemeyen oksidatif hasarı ağırlaştırılan biyokimyasal dengesizliktir (Kumar & Bhandari, 2013). Nitrat, vitamin ve mineral kaynağı olan kırmızı pancar bitkisinde (*Beta vulgaris*) bulunan betanin ($C_{24}H_{26}N_2O_{13}$) antioksidan potansiyeli nedeniyle de kullanılmaktadır. ROT ortadan kaldırma etkisi bulunmaktadır (Raish vd., 2019). Bu çalışmada MSG ile oluşturulan toksikasyonda antioksidan etkiye sahip betaninin olası koruyucu etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu'nun onayına istinaden Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Deneysel Araştırma Merkezi'nden temin edilen yaşlı ratlar üzerinde yapılmıştır. Ölme ihtimaline karşın her grupta 12 adet yaşlı rat yer aldı. Çalışma 28 gün sürdü. Çalışma sonunda ratlar derin anestezi altında sakrifiye edildi.

Grup 1: Herhangi bir işlem yapılmamıştır. Ratlar rutin beslenme protokolüne tabi tutuldu (Kontrol grubu)

Grup 2: Gavaj ile kronik toksikasyona sebep olabilecek MSG uygulanan grup [120 mg/kg/gün MSG]

Grup 3: Betanin grubu (20 mg/kg/gün)

Grup 4: Gavaj ile kronik toksikasyona sebep olabilecek MSG (120 mg/kg/gün) ve gavaj yöntemi ile Betanin (20 mg/kg/gün) uygulanan grup

TAK ve TOK ölçümleri Erel tarafından (Erel, 2004a, 2004b) geliştirilen hazır kitler [Total Antioxidant Status (TAS) kiti ve Total oxidant Status (TOS) kiti- Rel Assay – Türkiye] vasıtası ile yapıldı. Analizler 2 tekrarlı yapıldı. Analiz günü -80°C'den alınan kanlar sıcak su banyosunda eritildikten sonra kan serumunda spektrofometrik analizler yapıldı.

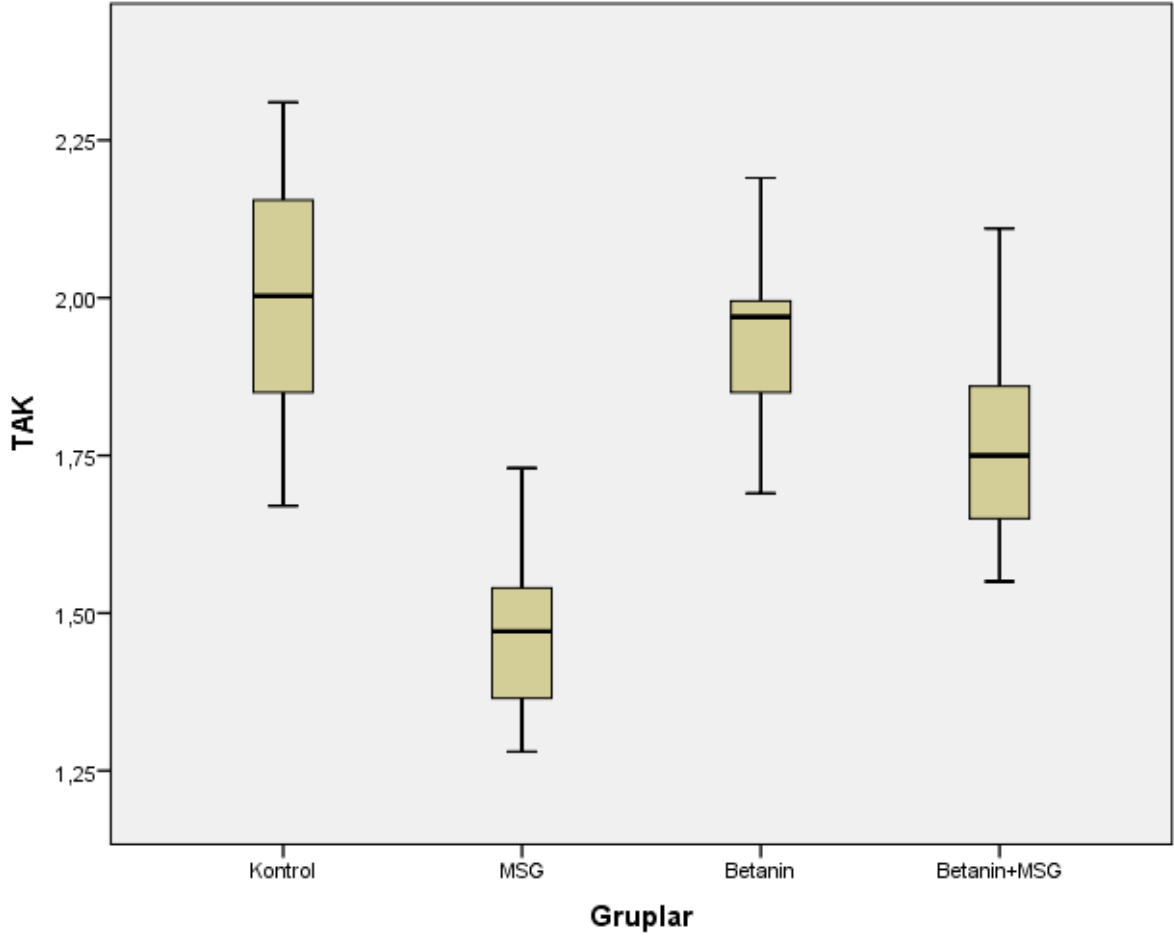
Normal dağılıma uygunluk testi Shapiro Wilk Testi ile değerlendirildi. Elde edilen tüm sonuçlar birbirleri ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve değişimlerin anlamlı olup olmadığı test edildi. Bu amaçla, "tek yönlü varyans analizi" (one-way ANOVA) yöntemi uygulanmıştır. Değerlendirmelerde $p < 0,05$ olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Anlamlı çıkan verilerde post-hoc testi (Duncan) kullanıldı. Sayısal değerlerin tümü aritmetik ortalama \pm standart hata olarak ifade edilmiştir.

BULGULAR

Kontrol grubu, MSG, Betanin ve MSG+Betanin gruplarından 28 (yirmisekiz) gün sonunda alınan kan serumları örneklerinde TAK parametresi çalışılmıştır. TAK (mmol Trolox equivalent /L) değerleri ortalama \pm standart sapma ($X \pm SS$), olarak tablo 1'de verilmektedir. ($p < 0,05$)

Tablo 1. Serum TAK seviyeleri

	Kontrol $X \pm SS$	MSG $X \pm SS$	Betanin $X \pm SS$	MSG+Betanin $X \pm SS$	<i>P</i> değeri
TAK (mmol Trolox equivalent /L)	2,00 \pm 0,20 ^a	1,47 \pm 0,13 ^{a,b}	1,94 \pm 0,13 ^b	1,77 \pm 0,18 ^b	$p < 0,05$
$p < 0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) a,b,c: aynı satırda aynı harfleri taşıyan gruplar birbirinden farklıdır.					



Şekil 1. Monosodyum Glutamat ve/veya Betanin uygulanan Ratlarda Serum TAK Düzeyleri

TARTIŞMA

Elbassuoni ve diğerlerinin(2018) MSG'nin karaciğer ve böbrek üzerindeki etkisi ile olası etki mekanizmasını ve bu sonucun buna L-Arginin veya D vitamini ilavesinden etkilenip etkilenmediğinin araştırıldığı çalışmada yetişkin albino rat kullanılmıştır. Uygulama 2 hafta sürmüştür. MSG tedavi grubu, kontrol grubuna kıyasla TAK seviyeleri hem böbrek hem de karaciğer dokularında önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur (Elbassuoni, Ragy, & Ahmed, 2018). Diniz ve ark. (2005) MSG'ın toksik etkilerini araştırmak amacıyla erkek wistar albino ratlar üzerinde yaptıkları çalışmada; kan alınarak insülin, leptin, glikoz, triasilgliserol, lipid hidroperoksit ve toplam antioksidan maddelerin konsantrasyonları analiz edilmiştir. Sonuç olarak MSG uylanmasının insülin direnci ile karakterize olduğu saptanmıştır. Çalışmada standart diyet uygulanan kontrol grubu, standart diyet ve 100 g/kg/gün MSG uygulanan grup, lif kaynağından zengin diyet uygulanan grup ile lif kaynağından zengin diyet ve 100 g/kg/gün MSG uygulanan grup ayrılmış olup, 45 gün boyunca devam etmiştir. Standart bir diyete eklenen MSG'nin, gıda alımını artırdığı, oksidatif stres ile ilişkili metabolik bozukluklara neden olduğu saptanmıştır (Diniz vd., 2005). Erkek farelerde tiyoasetamid (TAA) ile indüklenen kronik

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

karaciğer hasarında; kimyasal karaciğer hasarına karşı inflamatuvar yanıtta katkıda bulunan multipotent bir sitokin olan makrofaj migrasyon inhibitör faktörü (MIF)'nün karaciğerdeki oksidatif stres ve inflamasyondaki rolünü ve betain'in MIF üzerindeki modülatör etkilerini araştırmayı amaçladıkları çalışmada erkek fare kullanılmıştır. Çalışma sekiz hafta sürmüştür. Kontrol grubu ile betanın grupları karşılaştırıldığında TAK değerlerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak TAA uygulanan gruplarda TAK istatistiksel olarak anlamlı seviyede azalmışken, betanın grubu ve kontrol grubunda TAK istatistiksel olarak anlamlı seviyede yükselmiştir (Vukićević vd., 2020). Yapılan çalışmada da TAK serum düzeylerinde gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p < 0,05$). En düşük TAK değerine MSG grubunda raslanmıştır. Kontrol grubundan sonra en yüksek TAK değerine betanın grubunda rastlanmıştır. TAK serum düzeyi kontrol grubu ile diğer gruplar karşılaştırıldığında tüm grupların TAK serum düzeyinde azalma olmuştur. Ancak sadece MSG grubundaki azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptanmıştır. MSG grubu ile betanın ve MSG+betanın grubu karşılaştırıldığında betanın ve MSG+betanın grubundaki TAK artışının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Betaninin antioksidan kapasiteyi arttırdığı düşünülmektedir. Buna ek olarak MSG ile uygulandığında da MSG'nin oksidan etkisini azalttığı kanısına varılmaktadır.

SONUÇ

Gıda sektöründe yeni teknolojiler ve üretim teknikleri geliştikçe katkı maddeleri artarak kullanılmaya başlanmıştır. Günümüz modern toplumunda farklı tad ve farklı lezzet arayışı içerisinde olan tüketiciler nedeniyle, gıda üreticilerini lezzet artırıcı katkı maddelerinin kullanımına yönlendirmiştir. Dolayısıyla, lezzet artırıcılar özellikle de monosodyum glutamat dünya genelinde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Gıdanın lezzetini, kıvamını ve raf ömrünü uzatmak için yaygın biçimde kullanılan MSG'nin bilinçsizce tüketiminin sağlık üzerine olan etkileri gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra MSG'nin toksik etkilerini minimize etmek hatta ortadan kaldırmak amacıyla doğal olarak bitkilerde bulunan doğal anti oksidanlar göze çarpmaktadır. Bu bağlamda hem antioksidan özelliği hem de gıda sanayide renklendirici olarak kullanılan kırmızı pancardan elde edilen betanın dikkat çekmektedir. MSG'nin yüksek dozlarda uzun süreli tüketilmemesi, özellikle yaşlılık döneminde kullanılmaması görüşündeyiz. Ayrıca antioksidan etkiye sahip Betanın maddesinin çeşitli ilaçlarla kullanımının sinerjik etkisi araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Ahanger, I. A., Bashir, S., Parray, Z. A., Alajmi, M. F., Hussain, A., Ahmad, F., ... Sharma, A. (2021). Rationalizing the Role of Monosodium Glutamate in the Protein Aggregation Through Biophysical Approaches: Potential Impact on Neurodegeneration. *Frontiers in Neuroscience*, 15(March), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.636454>
- Diniz, Y. S., Faine, L. A., Galhardi, C. M., Rodrigues, H. G., Ebaid, G. X., Burneiko, R. C., ... Novelli, E. L. B. (2005). Monosodium glutamate in standard and high-fiber diets: Metabolic syndrome and oxidative stress in rats. *Nutrition*, 21(6), 749–755.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

<https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.10.013>

- Elbassuoni, E. A., Ragy, M. M., & Ahmed, S. M. (2018). Evidence of the protective effect of L-arginine and vitamin D against monosodium glutamate-induced liver and kidney dysfunction in rats. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, *108*, 799–808. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2018.09.093>
- Erel, O. (2004a). A novel automated direct measurement method for total antioxidant capacity using a new generation, more stable ABTS radical cation. *Clinical Biochemistry*, *37*(4), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2003.11.015>
- Erel, O. (2004b). A novel automated method to measure total antioxidant response against potent free radical reactions. *Clinical Biochemistry*, *37*(2), 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2003.10.014>
- Kumar, P., & Bhandari, U. (2013). Protective effect of *Trigonella foenum-graecum* Linn. on monosodium glutamate-induced dyslipidemia and oxidative stress in rats. *Indian Journal of Pharmacology*, *45*(2), 136–140. <https://doi.org/10.4103/0253-7613.108288>
- Raish, M., Ahmad, A., Ansari, M. A., Alkharfy, K. M., Ahad, A., Khan, A., ... Hamidaddin, M. A. A. (2019). Beetroot juice alleviates isoproterenol-induced myocardial damage by reducing oxidative stress, inflammation, and apoptosis in rats. *3 Biotech*, *9*(4), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s13205-019-1677-9>
- Vukićević, D., Rovčanin, B., Gopčević, K., Stanković, S., Vučević, D., Jorgačević, B., ... Radosavljević, T. (2020). The Role of MIF in Hepatic Function, Oxidative Stress, and Inflammation in Thioacetamide-induced Liver Injury in Mice: Protective Effects of Betaine. *Current Medicinal Chemistry*, *28*(16), 3249–3268. <https://doi.org/10.2174/0929867327666201104151025>

YAŞLILIKTA FONKSİYONEL BESİNLER VE İÇERİKLERİ

Emre HASTAOĞLU¹
Özlem Pelin CAN²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Turizm Fakültesi

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Veteriner Fakültesi

ÖZET

Yaşlılık, biyolojik olarak canlının zamana bağlı hücrelerinde meydana gelen hasarlara bağlı olarak biyolojik kapasitesinin azalmasına neden olan bir olgudur. Yaşlanmanın zaman içerisinde meydana geldiğini söylemek mümkün olsa da zaman ve yaşlanma arasında bazen negatif bir korelasyonda olduğu bir gerçektir. Hücrelerin işlevlerini yerine getirebilmesi için çevresel faktörlerin yeri büyük olup beslenme bunlar arasında önemli bir yere sahiptir. Canlılar, büyüme, yaşlanma ve hastalıklardan korunmak için diğer zamanlardakinden daha fazla yeterli ve dengeli besin içeriğine sahip formüllere ihtiyaç duyarlar.

Fonksiyonel gıda, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamanın yanında metabolik faaliyetleri düzenleyen, immun sistemi uyarıcı ve hücrelerdeki glutasyon sentezini destekleyen gıdalar olarak bilinmektedir. Probiyotikli ürünler, prebiyotik içeren ürünler fonksiyonel gıdalar içerisinde yer almaktadır.

Yaşlanma bir süreç olup, hücre düzeyinde meydana gelen hasarları en aza indirmek için fonksiyonel gıdalara daha fazla gereksinim olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü zamana bağlı olarak organizmada çok sayıda fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Örneğin kalp hastalıkları, diyabet, solunum bozuklukları gibi. Bu sebeple fonksiyonel gıdalar sağlıklı yaşlanma için önemli bir yer tutmaktadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlanma, fonksiyonel gıda, bileşim, sağlık

AGING IN FUNCTIONAL FOODS AND INGREDIENTS

ABSTRACT

Aging is a phenomenon that causes a decrease in the biological capacity of the living thing due to the damage that occurs in the time-dependent cells of the living thing. Although it is possible to say that aging occurs over time, it is a fact that there is sometimes a negative correlation between time and aging. In order for cells to perform their functions, environmental factors have a great place and nutrition has an important place among them. Living things need formulas with adequate and balanced nutritional content, more than at any other time, for growth, aging and protection from diseases.

Functional food is known as food that regulates metabolic activities, stimulates the immune system and supports glutathione synthesis in cells, as well as providing adequate and balanced nutrition. Products with probiotics and prebiotics are included in functional foods.

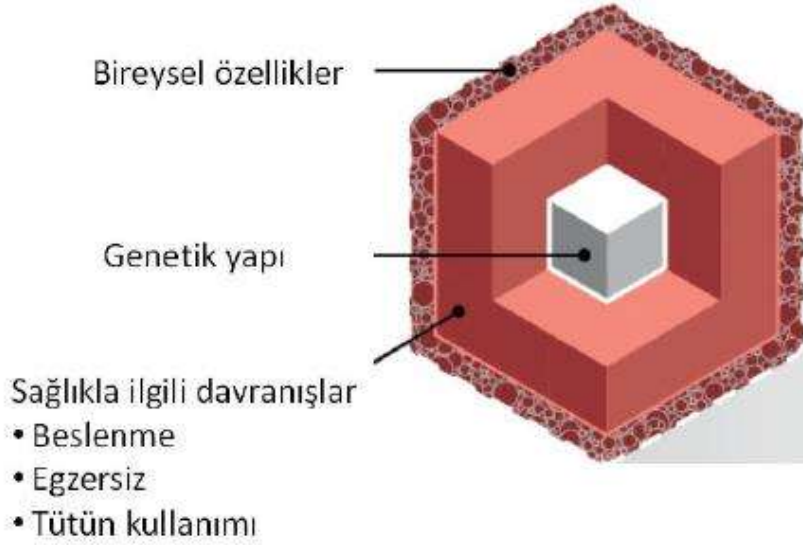
Aging is a process and it is possible to say that there is a greater need for functional foods in order to minimize the damage at the cell level. Because, depending on time, many physiological changes occur in the organism. For example, heart diseases, diabetes, respiratory disorders. For this reason, functional foods have an important place for healthy aging.

Keywords: Aging, functional food, composition, health

Giriş

Yaşlanma doğal bir süreç olup, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak gerilemeyi içermektedir. Ancak yaşlanma bireyler arasında farklılık göstermektedir. Bazıları aktif yaşam sürerken, bazıları ise fiziksel ve belki de mental yönden başka bir kişiye ihtiyaç duyarak yaşamlarını sürdürmek zorundadırlar. Yaşlanma sürecinde hareket yeteneklerinde azalma, bazı organlarda özellikle de göz, kulak ve dişlerde meydana gelen kayıplar yaşlanma sürecini hızlandırmaktadır.

Yaşlanmaya çevresel faktörler önemli derecede etkilidir. Şekil 1’ de yaşlanma üzerine etkili olan faktörler gösterilmiştir. Genetik yapı yaşlanma üzerine etkisi büyük olsa da, bireyin kendisi için yapmış olduğu bireysel özen şekilde görüldüğü gibi daha büyük bir paya sahiptir. Beslenme, egzersiz ve vücut için zararlı bileşen içeren maddelerin kullanımı bireysel özen içerisinde yer almaktadır.



World Report on Aging and Health, World Health Organization, 2015

Şekil 1. Yaşlanma üzerine etkili faktörler

Beslenme bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için temel parametreler arasında yer almaktadır. Canlının gün içerisinde ihtiyaç duyduğu temel maddeler, protein, karbonhidrat, yağla, vitamin ve mineraller olup yaşam evrelerine göre bu maddelere duyulan gereksinim de değişmektedir (Moure ve ark., 2006).

Proteinler; çocukluk çağında büyümeyi ve gelişmeyi desteklemekte ve yaşamın devamlılığını sürdürmektedir. Ayrıca protein yapısında olan enzim ve hormonlar metabolizmanın düzenlenmesini sağlarken, kanda bulunan hemoglobin ve albümin gibi proteinler yaşamsal öneme sahip bazı moleküllerin transferini gerçekleştirmektedir. İmmüoglobulinler ise enfeksiyöz mikroorganizmalara karşı koruma sağlamaktadır. Proteinler, hayvansal ve bitkisel protein olmak üzere iki kısımda incelemek mümkündür. Esansiyel aminoasitleri içermeleri bakımından beslenmede önemli bir yere sahip olan proteinler, kalite açısından da yine esansiyel aminoasitler dikkate alınarak sınıflandırılmaktadırlar (Aiking, 2011).

Bitkisel protein kaynakları depo proteinleri olarak da adlandırılırlar (Saldamlı ve Temiz, 2017). Bitkisel proteinler protein izolatı (protein içeriği %90 ve üzeri) veya konsantresi (protein içeriği %48–70) şeklinde üretilip gıdalarda kullanılmaktadır (Sari ve ark., 2015). Bitkisel protein kaynakları olarak yağlı tohumlar, tahıllar ve bakliyatlar kullanılmaktadır (Asgar ve ark., 2010). Yine yeşil yapraklı sebzeler de bitkisel protein kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Yüksek protein içeriğine sahip hayvansal kaynaklı besinler et, balık, yumurta, süt ve süt ürünleridir. Diyetle alınması gereken esansiyel aminoasitler açısından hayvansal kaynakların öne çıkmasının sebebi; içerdikleri amino asit bileşiminden kaynaklanmaktadır. Hayvansal ürünlerin her biri insan beslenmesinde vazgeçilmez olan

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

aminoasitlerin tamamını içermektedir. Bitkisel kaynaklarda ise bu aminoasitler farklı miktarlarda bulunmakla birlikte, tamamının tüketilebilmesi için diyetteki bitkisel ürün çeşitliliğinin artırılması gereklidir (Shen ve ark., 2008). Tablo 1 de bitkisel ve hayvansal protein kaynaklarının elde edildiği ürünler ve protein miktarı verilmiştir.

Bitkisel Gıda Ürünü / Protein (g/100g)	Hayvan kaynaklı Gıda Ürünü / Protein (g/100g)
Buğday rüşeymi 29,64	Kavurma et (Konya) 31,71
Kabak çekirdeği (kuru) 28,89	Pastırma (Afyon) 30,63
Kırmızı mercimek (kuru) 25,81	Eski kaşar (Kars) 27,56
Ay çiçeği tohumu 24,75	Piliç eti (but) 24,04
Kayısı çekirdeği 24,13	Ton balığı (konserve) 21,81
Çay (siyah, kuru) 21,56	Sığır eti (kol) 21,25
Tahin 20,03	Süt tozu (max 1,5 gr süt yağı) 34,83
Susam tohumu (kuru) 16,81	Maya (kuru) 39,05
Tahin helvası 11,55	Soya kıyma 45,28

Tablo 1. Çeşitli gıdaların toplam protein içeriği (Türkomp, 2020)

Proteinlere olan ihtiyaç canlının yaşam evresine göre değişmekle beraber, hastalık, stres, metabolik faaliyetlerin artışı gibi faktörler ile değişmektedir. Tablo 2' de yaşamın farklı evrelerine ait esansiyel aminoasit ihtiyaçları verilmiştir.

Amino asit	Yenidoğan, 3-4 ay Çocuklar	2 yaş Çocuklar	10-12 yaş Çocuklar	Yaşlılar
İzolösin	70	31	28	10
Lösin	161	73	44	12
Lizin	103	64	44	13
Metiyonin + Sistin	58	27	22	7
Fenilalanin + Tirozin	125	69	22	14
Treonin	87	37	28	5
Triptofan	17	12.5	3.3	5.5
Valin	93	38	25	10

Tablo 2. Elzem amino asitlerin farklı yaş gruplarındaki gereksinim miktarları (mg/kg/gün)

Beslenme günlük ortalama 45 adet olan temel besin öğelerinin, belirli miktarlarda vücuda alınmasıdır. Fonksiyonel gıdalara olan ihtiyacın artması dünya nüfusunun hızla artması ve sınırlı olan besin kaynaklarının verimli kullanılmasını zorunlu hale getirmektedir. Beslenme yaşlanma periyodu üzerine etkili olup, bu sürenin uzatılması aldıkları besinleri ve bu besinlerin nitelikleri ve sağlığa etkileri hakkında çok daha duyarlı ve bilinçli olmaya yönelmiştir (Güven ve Gülmez, 2006). İnsanlar sağlıklı bir hayat ve yaşlanma etkilerini geciktirmek için ekstra faydalar sağlayan gıdalara yönelmektedirler.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Buradan yola çıkarak fonksiyonel gıda kavramı gelişmiş ve bu gıdalara yönelme başlamıştır. Fonksiyonel gıda kullanımında amaç hastalıklardan korunmak, yaşlanmanın etkilerini geciktirerek daha kaliteli bir yaşam sürmektir.

Fonksiyonel gıda sağlığı korumak böylece hastalık riskini azaltacak koşulları oluşturmayı hedeflemektedir (Schmidl ve Labuza, 2000). Sağlığa olumlu etkisi bulunabilecek gıdaların kategorize edilerek sağlık harcamalarını düşürmek amacıyla ulusal bir girişim olarak 1991 yılında Japonya’da FOSHU tanımı ortaya çıkmıştır (Das ve ark., 2012). Bir gıdanın ‘fonksiyonel gıda’ olarak tanımlanabilmesi için, içerdiği yeterli besin öğelerinin yanı sıra insan vücuduna bir veya birden fazla hedef işlevi (fizyolojik fayda) olması ve hastalık riskini azaltması gerekmektedir. Buna göre bir fonksiyonel gıda;

- Doğal olmalı,
- Sağlık üzerine olumlu etkisi olan bir bileşenin gıdaya eklenmesi yada gıda içerisinde var olduğu düşünülen zararlı bileşenin uzaklaştırılmış olması
- Gıdanın bazı bileşenlerinin değiştirilmiş olmasıdır (Gibson ve Roberfroid, 2008).

Fonksiyonel gıdalar normal gıda olarak tüketilebilirler. Gıda içerisine sağlığı korumak için bileşen eklenmesine bağırsak sistemi sağlığını korumak için sağlığa olumlu etkisi olduğu bilinen probiyotik bakterilerin ilave edilmesi örnek olarak verilebilir (Duncan ve ark., 2012). Yaşlılıkta bağırsak problemleri büyük önem arz etmektedir. Yaşanan sıkıntılar için bir çok ilaç takviyesi alındığı bilinmektedir. Bu durumu aza indirmek için probiyotik içeren fonksiyonel gıdaları tüketilmesi problemin kaynağını çözebileceği düşünülmektedir. Yine gıda içerisindeki zararlı bileşenlerin uzaklaştırılması ile elde edilen fonksiyonel gıdalara Allerjik olabilme ihtimalini azaltma amacıyla hidrolize protein kullanımını örnek vermek mümkündür (Ashwell, 2002).

Fonksiyonel gıdalar işlevlerine göre sınıflandırılması

- Vitamin ve mineralce zenginleştirilmiş,
- Kolesterol düşürücü,
- Diyet lifi,
- Probiyotik, prebiyotik, sinbiyotikler,
- Antioksidanlar,
- Fitokimyasallar,
- Şifalı bitkiler

Fonksiyonel gıdaların yaşlılarda meydana getirdikleri biyolojik tepkiler

- Basit metabolik işlemlerin düzenlenmesi,
- Oksidatif strese karşı savunma,
- Kardiyovasküler fizyoloji,
- Gastrointestinal fizyoloji,
- Bilişsel ve ruhsal sağlık,
- Fiziksel performans ve zindelik.

Kategori	Tanım	Örnek
Basit gıdalar	Gıda yapısında doğal olarak bulunan biyoaktif bileşen gıdalar veya gıda grupları	Havuçta beta karoten doğal olarak bulunur. Yulaf kepeği doğal olarak beta gluklan içerir
Biyoaktif bileşen eklenen işlenmiş gıdalar	Gıda işleme sırasında biyoaktif bileşenler eklenmiş	Kalsiyum eklenmiş portakal suyu Omega-3 eklenmiş süt
Daha fazla biyoaktif bileşen içermesi için zenginleştirilen gıdalar	Gıdada biyoaktif bileşen doğal olarak var ancak oranı artırılmış (genetik mühendislik, klasik ıslah vs.)	Probiyotik içeriği artırılmış yoğurt Omega-3 içeriği artırılmış yumurta

Tablo 3. Yaşlı beslemesinde kullanılan bazı fonksiyonel gıda grupları

Sonuç

Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için öğün sayısına dikkat ederek besin çeşitliliği artırılmalıdır. Besin çeşitliliği açısından programlarına en az bir öğünde olacak şekilde fonksiyonel gıdalara yer verilmelidir. Besin çeşitliliği ve miktarı kilo artışı açısından da önemli bir parametre olduğundan eksiklikleri gidermek açısından birkaç gıdayı aynı anda yemek yerine fonksiyonel gıda olarak besin içeriği çeşitlendirilmiş gıdanın seçimi önerilmektedir.

Kaynaklar

- Aiking, H., 2011. Future protein supply. Trends in Food Science & Technology, 22: 112- 120.
- Asgar, M. A., Fazilah, A., Huda, N., Bhat, R., Karim, A. A. (2010) Nonmeat protein alternatives as meat extenders and meat analogs. Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety, 9: 513-529.
- Ashwell, M. (2002). Concepts of functional foods. The International Life Sciences Institute (ILSI), Belgium.
- Das, L., Bhaumik, E., Raychaudhuri, U., & Chakraborty, R. (2012). Role of nutraceuticals in human health. Journal of food science and technology, 49(2), 173-183.
- Duncan, A., Dunn, H., Vella, M., & Stratton, M. (2012). Functional foods for healthy aging: A toolkit for Registered Dietitians.
- Gibson, G. R., & Roberfroid, M. (Eds.). (2008). Handbook of prebiotics. CRC Press.
- Güven, A. ve Gülmez M., 2006. Fonksiyonel Gıdalar ve Sağlıkla İlişkisi. Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni Anabilim Dalı, Yayın No: 205/15-D, Kars-Türkiye
- Moure, A., Sineiro, J., Domínguez, H., Parajó, J. C. (2006) Functionality of oilseed protein products: a review. Food research international, 39: 945-963.
- Saldamlı, İ., Temiz, A. (2017) Amino Asitler, Peptitler, Proteinler. Gıda Kimyası, Saldamlı, İ. (Baş ed.), 227-317 Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, Türkiye.
- Sari, Y. W., Bruins, M. E., Sanders, J. P. (2013) Enzyme assisted protein extraction from rapeseed, soybean, and microalgae meals. Industrial Crops and Products, 43: 78-83.
- Schmidl, M. K., & Labuza, T. P. (2000). Essentials of functional foods. Springer Science & Business Media.
- Shen, L., Wang, X., Wang, Z., Wu, Y., Chen, J. (2008) Studies on tea protein extraction using alkaline and enzyme methods. Food Chemistry, 107: 929-938.

YAŞLANMA SÜRECİNDE KOLAJEN İÇERİKLİ BESLENMENİN ÖNEMİ

Emre HASTAOĞLU¹
Meryem Göksel SARAÇ²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Turizm Fakültesi, Gastronomi ve Mutfak Sanatları, Sivas,
Türkiye

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Yıldızeli Meslek Yüksekokulu, Gıda Teknolojisi Bölümü, Sivas,
Türkiye

ÖZET

Yaşlanma, genellikle, yaş artışından ve genetik faktörlerden etkilenen organizmaların yenilenemez olarak değişimidir. Yaşlanmaya, vücudun morfolojik yapısında ve fizyolojik işlevinde geri dönüşü olmayan dejeneratif değişiklikler eşlik eder. Metabolizma tarafından üretilen serbest radikaller, özellikle reaktif oksijen türleri, insan vücudunda oksidatif hasarın birikmesine neden olabilir ve sonunda yaşlanmaya ve ölüme yol açabilir. Yaşlanma ile birlikte hücre yenilenme hızının düşmesi, sigara ve alkol tüketimi, vücuttaki oksijen azlığı, beslenme yetersizlikleri ile güneş ve diğer dış etkenler nedeniyle 20'li yaşların ortalarından itibaren vücutta kolajen sentezi azalır. Önemli bir protein ve amino asit kaynağı olan kolajenin sentezinin azalması ile yaraların geç iyileşmesi, yorgunluk ve performans düşüklüğü gibi semptomlar da görülmektedir. Kolajen sentezinin azalmasıyla bağ doku ve kırıkdağlar esnekliğini kaybeder ve osteoporoz, romatizma gibi hastalıklar ortaya çıkmaya başlar. Günümüze yaygın olarak görülen bu gibi hastalıkların önlenmesinde kolajen takviyeli beslenme önem kazanmıştır. Kolajenin temel kaynağı olan hayvansal gıdalar, yüksek sindirilebilirlik (>% 90) ve biyo-elverişlilik ile birlikte, temel amino asitlerin tam bir bileşimine sahip oldukları için üstün bir protein kaynağı olarak kabul edilmektedir. Hayvansal proteinin yapısını oluşturan bağ doku, içerdiği kolajen sayesinde yaşlanma sürecinde metabolizmaya destek olarak bağışıklık sisteminin güçlendirir. Çeşitli endüstriyel uygulamalara sahip önemli bir yapısal fibröz proteini olan kolajenin üretiminde genellikle hayvanların kesim yan ürünleri kullanılır. Hayvansal gıdalardan direk elde edilen kolajenin yanı sıra kolajen hidrolizati şeklinde endüstriyel üretimi de yaygınlaşmıştır. Kolajen hidrolizati balık, domuz ve sığırdan üretilmektedir. Balık kaynaklı kolajen hidrolizatının biyoyararlılık değeri domuz ve sığır kaynaklı kolajen hidrolizatına göre daha yüksektir. Yaşlanma ile başlayan kolajen sentezinin azalması, kolajen veya kolajen hidrolizati içeren yiyecek ve içecekler ile desteklenebilir. Doymuş yağ içeriği yüksek hayvansal gıdalar yerine kolajen hidrolizati takviyeli endüstriyel ürünler çeşitlendirilerek tüketimi tavsiye edilebilir.

Anahtar Kelimeler: yaşlanma, kolajen, beslenme, yaşlanma karşıtı

THE IMPORTANCE OF COLLAGEN CONTAINING NUTRITION IN THE AGING

ABSTRACT

Aging is a non-renewable change of organisms that is generally affected by ageing and genetic factors. Aging is accompanied by irreversible degenerative changes in the morphological structure and physiological function of the body. Free radicals produced by metabolism, especially reactive oxygen species, can cause oxidative damage to accumulate in the human body and eventually lead to aging and death. Due to the decrease in cell renewal rate with aging, smoking and alcohol consumption, lack of oxygen in the body, nutritional deficiencies, and sun and other external factors, collagen synthesis in the body decreases from the mid-20s. Decreased synthesis of collagen, which is an important source of protein and amino acids, causes symptoms such as delayed healing of wounds, fatigue and poor performance. With the decrease of collagen synthesis, connective tissue and cartilages lose their flexibility and diseases such as osteoporosis and rheumatism begin to appear. Collagen-supplemented nutrition has gained importance in the prevention of such diseases, which are common today. Animal

foods, the main source of collagen, are considered a superior protein source as they have a complete composition of essential amino acids, along with high digestibility (>90%) and bioavailability. Connective tissue, which forms the structure of animal protein, strengthens the immune system by supporting metabolism in the aging process, thanks to the collagen it contains. Slaughter by-products of animals are often used in the production of collagen, an important structural fibrous protein with various industrial applications. In addition to the collagen obtained directly from animal foods, its industrial production in the form of collagen hydrolyzate has also become widespread. Collagen hydrolyzate is produced from fish, pork and cattle. The bioavailability of fish-derived collagen hydrolysate is higher than that of pork and bovine-derived collagen hydrolyzate. The decrease in collagen synthesis that starts with aging can be supported by foods and beverages containing collagen or collagen hydrolyzate. Instead of animal foods with high saturated fat content, industrial products supplemented with collagen hydrolyzate can be diversified and recommended for consumption.

Keywords: aging, collagen, nutrition, anti-aging

1. GİRİŞ

Artan yaşam beklentisi, doğurganlık oranlarındaki düşüşle birleştiğinde, yaşlanan bir nüfusa doğru küresel bir demografik kaymaya yol açmıştır. Yaşlıların (60 yaş ve üzeri) sayısının 2050 yılına kadar iki katına, 2100 yılına kadar ise üç katına çıkması beklenmektedir. Bireyin bakış açısından bu olumlu bir olgudur, ancak toplumsal düzeyde insanların sağlığını, yaşam kalitesini ve ekonomik koşullarını yönetmek açısından birçok olumsuzluk söz konusu olabilir. Yaşlanmayla birlikte diyabet, kanser ve kalp hastalığı gibi kronik hastalıkların gelişme olasılığı ve duygusal hassasiyet, bilişsel gerileme ve sakatlık riski artmaktadır. Yaş artışına bağlı ortaya çıkan birçok hastalık doğru beslenmeyle önlenbilir ya da geciktirilebilir.

2. YAŞLANMA VE YAŞLILIK

Yaşlı nüfusu son yıllarda ciddi bir artış göstermekte ve yaşlı bireyler aktif, kilosunu normal, sağlıklı ya da aşırı zayıf olduğu gibi, kronik hastalığı ve aşırı özürüllüğü olan ve tamamen bağımlı 80 yaş üzeri yaşlılar da olabilir. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus %16 civarında iken, %2'sini 85 yaş ve üzeri yaşlılardan oluşmakta, bu rakamların önümüzdeki 30 yıl içinde dramatik bir şekilde yükselmesi beklenmektedir.

Yaşlılık tanımı nesil değiştikçe değişen, önemi giderek artan ve artık küçük azınlıkların değil çoğunluğun konusu haline gelen bir kavramdır (Çuhadar ve Lordoğlu, 2016). Yaşlanma hem biyolojik, kronolojik, psikolojik tanımlarına bağlı kalmakla birlikte bunların yanı sıra günümüzde “sosyal yaşlanma” ve “aktif yaşlanma” gibi farklı da bulunmaktadır. Bununla birlikte yaşlanma ile birlikte “*zihni kapasite korunsa bile enerji ve uyum yeteneği azalır ve iş yapma yeterliliği giderek kaybedilir*” gibi bir açıklama olsa da aslında yaşlılar yeterliliklerini ve yeteneklerini kaybetmeden yaşlanabilmektedirler (Örnek Büken, 2010). Biyolojik yaşlılık, zamanın geçişine bağlı olarak ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri ile sınırlanırken, kronolojik yaşlılık, daha çok geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yaşlılık tanımını belirtmektedir (Güler, 1998:105). Psikolojik yaşlılık, bireyin kendini yaşlı hissetmesi ve bunu kabul etmesi olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal yaşlanma ise bireyin çalışma ve sosyal hayatında gücünün azalmasıyla kaybolması şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk, 2015:7).

Yaşlanma, bilişsel ve fiziksel düşüş, depresif belirtiler ve duygusal değişiklikler gibi beslenme ihtiyaçları ile alım miktarı arasındaki dengeyi doğrudan etkileyebilecek bir dizi hastalık ve zayıflama ile birlikte gelebilir (Hastaoğlu, 2018). Yaşlı bireylerin beslenme davranışı, sağlık veya sosyal nedenler, tat ve koku azalması veya yiyecek satın almak ve hazırlamak için gereken fiziksel gücün azalmış olması nedeniyle değişebilir. Kötü beslenme ve bilinçsiz kilo kaybı, müdahaleye cevap vermeyen yetersiz beslenme, sağlığın giderek azalmasına, sağlık hizmetlerinin kullanımının ve mortalitenin artmasına sebep olur. Depresyon, enstrümantal günlük yaşam aktivitesi bağımlılığı ve sigara kullanımı malnutrisyon riskini artıran etkenlerdir. Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan yaşlı hastalar, özellikle kronik mental veya fiziksel hastalıklara sahip oldukları zaman yetersiz beslenmeye yatkındır.

3. YAŞLIKTA BESLENME

Vücudun büyüyüp gelişebilmesi, doku ve hücrelerin yenilenebilmesi ve çalışması için ihtiyaç olan tüm besin gruplarından her birinin yeterli ve dengeli biçimde alınması ve en doğru şekliyle hazırlanarak kullanılmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Buna karşın, yetersiz beslenme; vücut için gerekli olan gıdaların ihtiyaç olandan daha az bir miktarda alınması, dengesiz beslenme ise; vücuda alınan besin maddelerinin oranının dengesiz olmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme, yaşlılığa bağlı hastalıkların önlenmesinde, geciktirmesinde ve tedavi edilmesinde ayrıca fonksiyonel durumun sürdürülmesi ve sakatlıklardan korunmada önemlidir. Beslenme, bireylerin yaşlanma sürecinde vücutlarında meydana gelen her türlü değişimden, kronik hastalık varlığından, sürekli kullandıkları ilaçlardan ve bununla beraber bireyin yaşadığı her türlü fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik durumdan etkilenir. İnsanlar yaşamları boyunca büyüme ve gelişmelerini sağlıklı olarak devam ettirebilmeleri için 40'dan fazla türde besin grubuna ihtiyaç duymaktadırlar. Bu öğelerin eksiklikleri ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Hastaoğlu, 2021).

Temel günlük yaşam aktivitelerinden olan beslenme, yaşlılık döneminde dikkat edilmesi gereken bir gereksinimdir. Yaşlılık döneminde, bireysel farklılıklar da göz önüne alındığında, kişiye göre pek çok fiziksel ve ruhsal değişim yaşanması kaçınılmazdır. Belirli oranda bağımlılık da yaşanabilecek bu dönem için, yaşlının başarılı yaşlanma sürecini destekleyebilmek adına gerek besin alımının gerekse sıvı alımının dikkatle izlenmesi önemlidir.

Tüm yaş grupları için protein alımına ilişkin genel öneri 0.8 g/kg yönündedir. Ancak yaşlı bireylerde kas kitlesi, vücut fonksiyonları ve genel sağlığın korunmasına bağlı olarak deneysel ve toplumsal çalışmalar protein alımının artırılmasını desteklemektedir. Bazı araştırma grupları protein alımını 1.0-1.2 g/kg olarak önermektedir. İnflamasyon, enfeksiyon ve yara iyileşmesi, akut ve kronik hastalık gibi durumlarda protein ihtiyacı daha da artmaktadır. Özellikle malnütrisyon riski altındaki yaşlı bireyler en az 1 g/kg protein alımı sağlanmalıdır. Öğünde 25-30 gram iyi kaliteli protein alımının yaşlı bireylerde maksimum düzeyde kas dokusu artışı sağladığı bildirilmektedir. Sarkopeni görülen bireylerde kas protein sentezinin en üst düzeyde uyarılması için 1.2-1.5 g/kg/gün iyi kaliteli protein alımı sağlanmalıdır. Yaşlı bireylerde hayvansal ve bitkisel kaynaklardan alınan proteinin oranı da önemlidir. Bitkisel kaynaklı proteinin biyoyararlılığı ve elzem aminoasit içeriği daha düşük iken, hayvansal kaynaklı proteinde daha yüksektir. Hayvansal kaynaklı protein alımı ile yağsız doku kitlesi artışı ilişkili bulunmuştur. Ancak unutulmaması gereken nokta, hayvansal protein kaynaklarının kolesterol ve doymuş yağ içeriklerinin de yüksek olduğudur. Bireyin beslenme durumuna, fiziksel aktivite düzeyine ve eşlik eden hastalıkların varlığına göre birlikte değerlendirilerek düzenleme yapılmalıdır. Ayrıca yetersiz enerji alımı durumlarında protein ihtiyacının daha da artacağı akılda tutulmalıdır. Yalnızca protein alımının değil aynı zamanda enerji alımının da yeterli olduğundan emin olunmalıdır. Yetersiz protein alımı durumunda kas zayıflığı, doku kaybı, yara iyileşmesinde gecikme, hastalıklara karşı direncin azalması ve kronik yorgunluk meydana gelirken, fazla protein alımı durumunda ise özellikle hayvansal kan pH'sını düşürerek idrarda kalsiyum atımına neden olmakta ve kemik yıkımı hızlanmaktadır (Bağlam, 2021).

4. KOLAJEN

Kolajen, 100 amino asit kalıntısı başına 13.0 prolin, 9.01 4-hidroksiprolin, 0.09 3-hidroksiprolin ve 33 glisin kalıntısından (veya 100 g kolajende 13.3 g prolin, 10.73 g 4-hidroksiprolin, 0.11 g 3-hidroksiprolin ve 25.8 g glisin kalıntısından) oluşan hayvansal bir proteindir.

Kolajen moleküler yapılarındaki farklılıklara göre 7 sınıfa ayrılmaktadır (Anonim 2013). Bu sınıflar içinde çeşitli dokularda belirli fonksiyonları yerine getiren 19 farklı kolajen tipi bulunmaktadır (Cluv ve ark, 1999). Tip I, II, III, V ve XI kolajenleri liflerden oluşmaları nedeniyle lifli kolajenler olarak sınıflandırılmaktadır (Postlethwaite ve ark., 1978). Diğer kolajen tipleri ağ yapı ya da tabakalardan oluşmaları nedeniyle genel olarak lifli olmayan kolajenler olarak adlandırılırlar (Anonim 2013). Bağ dokusunda bulunan, gıda endüstrisinde kullanımı uygun olan ve kolajen tipleri içinde en yaygın olan tip I ve tip II kolajenlerinin deriye direnç sağlama fonksiyonu bulunmaktadır. Tip I kolajeni kemik, tendon, deri, ligamentler ve yara dokusunda yer almaktadır (Matsumoto, ve ark., 2006). Tip II kolajeni ise kıkırdak doku ve gözün yapısında bulunmaktadır (Oesser ve ark., 2003).

Kolajen hidrolizati balık, domuz ve sığırdan üretilmektedir (Bilek ve Bayram, 2015). Balık kaynaklı kolajen hidrolizatının biyoyararlılık değeri domuz ve sığır kaynaklı kolajen hidrolizatına göre daha yüksektir [10]. Balık kaynaklı kolajen hidrolizati şu anda gıda sanayinde yaygın olarak kullanılmayan, değerli bir protein kaynağıdır. Kolajen hidrolizati, tüm dünyada gıda güvenliği ile ilgili yetkin bir

otorite olarak kabul edilen FDA, EFSA tarafından genel olarak güvenilir kabul edilen (EFSA, 2011). GRAS (Generally Recognized As Safe) olarak ilan edilmiştir ve alerjen riski taşımamaktadır. Türk Gıda Kodeksi takviye edici gıdalar tebliğine göre kolajen hidrolizatının gıdalarda kullanımı uygundur. Kolajen; deri, kemik gibi bağ dokularında bulunan ve memelilerde toplam proteinin yaklaşık %30' unu içeren lifli bir protein olup yapısına göre lifli, lifsiz, fibril, mikrofibril ve membran olarak sınıflandırılan en az 20 farklı kolajen tipi bulunmaktadır (Ata ve Tavman, 2019). Kolajenin ısıl tersinir jel oluşturma özelliği, köpük oluşturma, stabilizasyon, bağlama ve emülsifikasyon gibi fonksiyonel özellikleri bulunması nedeniyle gıda endüstrisinde katkı maddesi olarak kullanılmaktadır. Jelatin adı verilen yapı ise kolajen molekülünün kısmi hidroliziyle alfa zincirlerinin parçalanması sonucu kolajen parçalarının molekül ağırlığı 30 kDa' nın üzerinde olanlar jelatin olarak adlandırılmaktadır (Duman, 2011).

5. KOLAJENİN BESLENMEDEKİ YERİ

Son yıllarda ise kemik suyunun dokuları yenileyen kolajen içeriği bakımından zengin olması insanların daha genç kalması fikrine dikkat çekmekte ve bu anlamda kemik suyunun tüketimi artmaktadır. Ayrıca kemik suyu halk sağlığında çok uzun yıllardır cilt ve bağ doku yenileyici, yara iyileştirici özelliğiyle bilinmektedir (Aljumaily, 2011). Ülkemizde genellikle ev tipi ya da endüstriyel olmayan, perakende gıda üretimi yapılan küçük işletmelerde restoran, lokanta gibi yerlerde üretimi gerçekleştirilen kemik sularına talebin artmasıyla az da olsa endüstriyel olarak üretimi yapılmaya başlanmıştır. Et endüstrisinde kemik oransal olarak önemli bir yan ürün olmakla birlikte yeteri kadar değerlendirilememektedir. Kolajenin vücuttaki bu işlevleri nedeniyle beslenme açısından önemli bir bileşendir. Kolajen vücut tarafından sentezlenebildiği gibi gıdalarda da temin edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlanma birlikte azalan kolajen sentezi nedeniyle kolajen takviyesi kaçınılmaz bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyacın karşılanmasının en önemli kaynağı kemik ve kemik suyunun tüketimidir. Ancak yine yaşlanma ile ortaya çıkan yüksek kolesterolü dikkate alarak beslenmek önemlidir. Çünkü kolajen kaynağı olan besinlerin kolesterol düzeyi de yüksektir. Hayvansal gıdalara alternatif olarak kolajen hidrolizatları da endüstriyel olarak üretilmektedir. Gıda takviyesi olarak likit ve toz formdaki kolajen hidrolizatları hem kemik ve doku sağlığına hem de cilt sağlığı açısından uzmanlar tarafından tavsiye edilmektedir.

Yaşlı beslenmesi açısından düşünüldüğünde, yaşlıların sık tükettiği yiyeceklere kolajen takviyesi yapılması mümkündür. Yaşlıların tüketimine uygun yumuşaklıkta ve kolajen içerikli bar formundaki atıştırma ya da toz formunda kolajen içerikli hazır çorba çeşitlerinin geliştirilerek endüstriyel olarak üretilmesi tavsiye edilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Aljumaily MA. (2011). The Effect of Concentrated Bone Broth as a Dietary Supplementation on Bone Healing in Rabbits. *Annals of the College of Medicine, Mosul* 2011; 37:42-47.
- Anonymous, 2013. http://www.rousselotrhc.com/downloads/cat_view/17brochures.html.Lan g=en.pdf.
- Ata, Ö., Tavman, Ş. (2019). Kolajen ekstraksiyon yöntemlerinin karşılaştırılması. *GIDA* (2019) 44 (3): 383-395 doi: 10.15237/gida.GD18112
- Bağlam, Nurcan. (2021). Yaşlılıkta Beslenme (içinde) Yaşlı Bakım İlkeleri, Nobel Yayınevi.
- Bilek, E., Bayram K. (2015). *Akademik Gıda* 13(4) 327-334.
- Culav, E.M., Clark, C.H., Merrilese, M.J., (1999). Connective tissues: Matrix composition and its relevance to physical therapy. *Physical Therapy* 79: 308-319.
- Duman, M., ve Genççelep, H. Kemik Suyu Üretimi ve Sağlık Üzerine Etkileri. *Kongre Kitabı* 289.
- European Food Safety Authority (EFSA). (2011). EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies. Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to collagen hydrolysate and maintenance of joints pursuant to Article 13(5) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal* 9(7): 2291.
- Güler, Ç. (1998), *Geriatri*, Cilt 1, Sayı 2.
- Gürsoy Çuhadar, Seyran, And Kuvvet Lordoğlu. (2016). Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye'de Yaşlanma ve Sorunlar." *Journal of Faculty of Political Science* 54.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Hastaoğlu, F. (2021). Yaşlı Bireyin Sıvı Besin Gereksinimi ve Beslenmesi (içinde) Yaşlıda Destek Bakım, Akademisyen Yayınevi.
- Hastaoğlu, F. Hastaoğlu, E. (2018). Current Problems of the Elderly: Poor Nutrition. Journal of Current Researches on Health Sector 8.1 89-94.
- Matsumoto, H., Ohara, H., Ito, K., Nakamura, Y., Takahashi, S., (2006). Clinical effects of fish type I collagen hydrolysate on skin properties. ITE Letters on Batteries, new technologies and medicine 7(4): 386–390.
- Oesser, S., Seifert, J., (2003). Stimulation of type II collagen biosynthesis and secretion in bovine chondrocytes cultured with degraded collagen. Cell and Tissue Research 311(3): 393–399.
- Örnek Büken, N. (2010), “Geriatrı ve Etik”, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonda Yeni Ufuklar, Yaşlı Sağlığı, Güneş Tıp Kitapevleri, ss31-53..
- Öztürk, H. (2015), Yaşlanma ve Kırsal Yaşlılık Mevcut Durum Raporu, 1. Baskı, Ankara.
- Postlethwaite, A.E., Seyer, J.M, Kang, A.H., 1978. Chemotactic attraction of human fibroblasts to type I, II, and III collagens and collagen derived peptides. Proceedings of the National Academy of Sciences 75(2): 871–875

**THE IMPORTANCE OF FOOD SUPPLEMENTS IN THE ELDERLY AND NUTRIENT-
DRUG INTERACTIONS**

Nida Nur ADIYAN

ORCID: 0000-0003-0219-2061

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Gaziantep
Türkiye

ABSTRACT

Food supplements, the use of which has become very common in recent years, is very important in order to prevent vitamin-mineral deficiencies that have been reported as a public health problem. Vitamin-mineral deficiencies are generally seen in children, pregnant women, the elderly and individuals who cannot meet their nutritional needs due to various reasons. In the American Dietetic Association (ADA)'s status report on the use of vitamin and mineral nutritional supplements, the use of supplements with scientifically proven efficacy and safety in these individuals with insufficient nutrition or deficiencies is emphasized. Especially as a result of diseases increasing with age, elderly individuals may need to use more than one drug. This situation may cause nutrient-drug interactions between the food supplements and drugs used by individuals which may decrease or increase the effectiveness of the drug, decrease the effectiveness of vitamins and minerals, or cause various side effects. The aim of this review is to explain the importance of nutritional supplements for the elderly and to examine and present the literature on the interactions between commonly used drugs and micronutrients.

Key Words: Elderly, vitamin-mineral supplements, micronutrients, nutrient-drug interactions

Introduction

Food supplements are concentrates or extracts of nutrients such as vitamin, mineral, carbohydrate, fiber, fatty acids, amino acids or other substances of plant, vegetable and animal origin, bioactive substances and similar substances that have nutritional or physiological effects, alone or in mixtures. It is defined as products prepared in single-use powder pack, liquid ampoule, capsule, tablet, lozenge, dropper bottle and other similar liquid or powder forms for which daily intake dose is determined. In the studies, it was stated that their use is common in Turkey as in the world, and it has been reported that the most frequently used supplements are vitamins and minerals and those offered as vitamin-mineral complexes (1,2). According to Turkey Nutrition and Health Survey (TBSA) 2017 data, 9.9% of subjects (males: 6.3%, females: 13.4%) 15 years and over and 14.3% of subjects (males: 9.4%, females: 18.3%) 65 years and over were using food supplements. The most commonly used food supplement among elderly were vitamin B12 (24.7%; males:33%, females: 21.3%), vitamin D (12.7%; males:5.5%, females: 15.6%), multivitamins and minerals (8.5%; males:56.6%, females: 9.3%), omega-3 (5.7%; males:4.4%, females: 6.2%), calcium (6%; males:1.1%, females: 8%) (3).

In the ADA (American Dietetic Association) status report on the use of vitamin and mineral nutritional supplements; it has been reported that vitamin and mineral supplements with scientifically proven effectiveness and reliability can be used in cases where nutrition is not sufficient or deficiencies (such as old age, pregnancy, alcohol abuse, strict dietary patterns, infancy, childhood, chronic drug use etc.) are observed (4).

Elderly individuals often have a variety of pathologies that require the use of multiple drug therapy (polypharmacy adjusted as five or more drugs taken daily by a person) (5). In addition to the use of multiple drugs, they also use supplements for various reasons that lead to malnutrition. The use of drugs and supplements more than in other age groups may cause food/nutrient-drug interactions in these individuals (6). The aim of this review is to explain the importance of the use of supplements in

the elderly and to examine and present the literature on the interactions of drugs and micronutrients, which are commonly used as a result of age-related diseases.

1. The Importance of Using Supplements in Elderly

In Turkey, while the group aged 65 and over was 6 498 239 in 2015, it was increased by 22.5% in the last five years and reached to 7 953 555 in 2020 (7). It is clear that with nutritional modifiable diseases are potentially responsible for a significant proportion of global deaths in both developing and developed countries of the world. As the number of elderly people increases, health care expenditures for their care also increase. Considering that in the majority of the elderly may have one or more of the diseases, the importance of nutrition increases even more (8).

When elderly individuals are fed below the daily energy requirement, the requirements for optimal nutrition cannot be met and nutrient deficiencies occur. In addition, as a result of various age-related diseases (gastrointestinal system, problems in kidney functions, etc.), nutrients cannot be used to sufficiently in the body despite adequate nutrition (2). However, drugs that should be used chronically as a result of diseases that develop with age/polypharmacy; it can cause loss of appetite, decrease in taste and smell perception (hypogeuzia), constipation, diarrhea, results affecting the gastrointestinal system and thus nutrient not sufficient /deficiencies (9).

Calcium requirements increase in the elderly due to conditions such as lack of physical activity, insufficient vitamin D to enable the use of calcium in the body, and malabsorption due to various reasons (2). In TUBER (Turkey Nutrition Guideline), daily recommended intake of calcium for individuals aged 65-70 years is 950 mg (10). According to the list of health claims regarding reducing the risk of disease in the annexes of the Turkish Food Codex Regulation on Nutrition and Health Statements; With the health claim "Vitamin D reduces posture disorder due to muscle weakness", it is stated that the use of supplementary foods containing at least 15 mcg of vitamin D in daily consumption amount in individuals over 60 years of age is expressed (11). Also, IOM recommends that individuals older than 50 years of age take 2.4 mg/day of vitamin B12, which is a crystal form, especially found in fortified foods and supplements (4,12). In the "Modified MyPyramid for Older Adults" developed by researchers at Tufts University, a flag is shown at the top of the pyramid to emphasize the need for additional supplementation of B12, vitamin D, and calcium in the diet of individuals over 70 years of age (13). It is noteworthy that the calcium levels in the elderly were included in the flag because they were below the recommended value (14).

Generally, there are no age-related changes in the intake recommendations of vitamins other than vitamin D, vitamin B12, vitamin B6, folic acid and riboflavin (B2) (8). However, the use of more drugs and supplements compared to other age groups may cause food and nutrient/drug interactions in these individuals.

2. Common Age-Related Diseases and Drug Use

Aging is a complex and inevitable biological process associated with numerous chronically debilitating health effects. It is estimated that there are approximately 50 million deaths worldwide each year (15). According to TURKSTAT's statistics in elderly people at 2020 report; In our country, it was reported that the elderly (41.5%) died mostly due to circulatory system diseases in 2019, followed by tumors with 15.3% (7). The 10 leading causes of all deaths worldwide have been reported as ischemic heart disease (6.3 million), cerebrovascular accidents (4.4 million), lower respiratory tract infections (4.3 million), diarrheal disease (2.9 million), perinatal disorders (2.4 million), chronic obstructive pulmonary disease (2.2 million), tuberculosis (2.0 million), measles (1.1 million), and lung cancer (0.9 million). CDC (Center for Disease Control and Prevention) stated that 80% of elderly individuals have at least one of these diseases and 50% of them have at least two (16,17). Gallagher et al. (2007) stated that elderly patients take several medications at the same time to treat comorbid disorders (18,19).

In a study conducted in nursing homes located in 23 provinces in Turkey; it has been reported that the drugs most frequently used by individuals in nursing homes are cardiovascular system drugs and analgesic drugs. In addition, antiepileptic, antidepressant, antiparkinsonian agents affecting the central nervous system (CNS); agents affecting the endocrine system; agents acting on the gastrointestinal

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

tract (GIS); antibiotics; respiratory system drugs; hemostatic agents such as oral anticoagulant drugs, antianemic, antithrombotic; and immunosuppressive agents are also commonly used drugs (9,20). The drug groups that are commonly used in elderly individuals and that should be evaluated in terms of nutrient-drug interactions are given in Table 1 (9).

Table 1. Drug groups commonly used in elderly individuals (9).

CVD system agents	Cardiotonic glycosides (digoxin) Diuretics Angiotensin converting enzyme inhibitors Antianginal drugs (betablockers, Calcium channel blockers) Antilipidemic drugs (HmgCOA reductases/Statins) Antihypertensives Antiarrhythmic drugs
Hemostatic agents	Oral anticoagulants (warfarin) Antianemic Antithrombotic Antifibrinolytic
Drugs affecting the CNS	Antiepileptic agents Antidepressants Antiparkinsonian drugs
Antibiotics	Tetracyclines Fluoroquinolones
Agents affecting the endocrine system	Metformin Levothyroxine Bisphosphonates
Agents acting on GIS	Proton pump inhibitors Bile acid sequestrants Laxatives
Respiratory system medications	Drugs with theophylline active ingredient
Immunosuppressive agents	Cyclosporine

3. Micronutrient-Drug Interactions

Nutrient-drug interaction; occurs as a result of physical, chemical, physiological and pathophysiological interactions between drugs and nutritional status, nutrient and more than one nutrient or food (6,21). These interactions can make a drug less effective, increase the effect of a drug, or cause unexpected side effects. There are also reports that some drugs may reduce the effectiveness of vitamins and minerals (22,23,24).

If we give an example of the interactions of commonly used drugs and micronutrients in elderly individuals; As a result of the interaction between vitamin E and warfarin (oral anticoagulant), which is one of the hemostasis agents, it increases the risk of bleeding with its antithrombotic effect and these agents inhibit the activation of the vitamin K-dependent coagulation factor. Therefore, the amount of vitamin K taken with the diet or in addition to the diet is very important (2,9).

Proton pump inhibitors, which are agents that affect the gastrointestinal system used in the treatment of gastroesophageal reflux disease, slow down the secretion of gastric acid into the stomach and inhibit the absorption of vitamin B12 (cobalamin) from food, thereby reducing serum B12 levels (4,25). In addition, increasing the pH of the lumen by proton pump inhibitors negatively affects magnesium absorption by inhibiting the activity of TRMP6, a protein with high affinity for magnesium (25, 26). It has been reported that laxatives, which are frequently used in elderly individuals, may cause electrolyte loss and imbalance, and may destroy fat-soluble vitamins in long-term use (9).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Diuretics, which are agents of the cardiovascular system, are frequently used by patients with heart failure and hypertension. Drugs in this group reduce venous return and ventricular filling pressure by decreasing plasma volume (9). It has been reported that diuretics may increase potassium requirement, while high-dose iron supplementation may reduce zinc absorption and the effect of diuretics (2, 21). Some diuretics, antibiotics and proton pump inhibitors can affect serum magnesium levels (4, 14). In addition, also the risk of hypokalemia and hypomagnesemia may occur in individuals using antiarrhythmic drug groups (9). Therefore, the need for certain micronutrients may change (4).

Levodopa, one of the drugs that affect the central nervous system, is known as an antiparkinsonian drug. Levodopa, which is carried by neutral amino acid transporters in the small intestine, is extensively metabolized in the periphery in order to ensure the involvement of the basal ganglia, where its effect can occur (9). It has been reported that the efficacy of this drug may decrease with vitamin B6 (5-10 mg), which is a CoA-decarboxylase (9,21). This causes occurs when levodopa decreases its level in the blood by increasing its peripheral metabolism before it crosses the blood-brain barrier for its uptake to the basal ganglia (9). Therefore, it should be prescribed together with dopa-decarboxylase inhibitors (9,21,27). It has been reported that phenytoin, which is widely used as an antiepileptic agent in elderly individuals, changes folic acid levels in long-term use. It has been reported that the intake of folic acid (>10 mg) as a nutritional supplement may cause seizure attacks by reducing the amount of phenitionin effective, so the dose of the drug may need to be increased (9,21,27,28).

Tetracyclines and some fluoroquinones from antibiotics; It has been reported that it interacts with calcium, magnesium and iron to form chelates with these cations. This causes a decrease in the absorption of tetracyclines and some fluoroquinones (9,21,28).

Metformin, one of the endocrine agents used in the treatment of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), may cause malabsorption of vitamin B12, especially in the presence of atrophic gastritis and in long-term treatments. However, it has been reported that oral vitamin B12 supplementation accompanying the treatment can cure the deficiency within 2-3 months (1,9). Bisphosphonates are used in the treatment of osteoporosis and their oral bioavailability is low. Therefore, additional calcium and vitamin D supplements are recommended to increase the effectiveness of the drug (9,29,30).

Theophylline, one of the respiratory system drugs used in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), carries the risk of hyponatremia, hypokalemia and hypocalcemia. Hypomagnesemia and hypocalcemia may occur in the treatment of cyclosporine, one of the immunosuppressive agents, and additional nutritional support treatment should be added when necessary (9,27,30,31). Therefore, micronutrient monitoring of elderly individuals using drugs should be performed and appropriate interventions should be provided when necessary.

Table 2. Vitamin and mineral interactions with commonly used drugs in elderly individuals (1,9,22).

Supplements	Drug Class/Drug Interaction	Way of interacting
Vitamin Supplement		
Vitamin A	Anticoagulant, antithrombotic drugs; <i>Warfarin etc.</i>	Increases the risk of bleeding
	Antilipidemic drugs; <i>Statins</i>	Inhibits the absorption of vitamin A
	GIS agents; <i>Aluminum hydroxide</i>	Inhibits the absorption of vitamin A
Thiamine (Vitamin B1)	Diuretic drugs; <i>Furosemide etc.</i>	Thiamine induces urinary excretion, causing thiamine deficiency
	Cardiovascular agent; <i>Digoxin</i>	Decreases thiamine absorption into heart cells
	Antiepileptic agent; <i>Phenytoin</i>	Serum thiamine level may be decreased in some patients
	Antidepressant; <i>MAO inhibitors</i>	Induces severe hypertensive episodes
	Antibiotic; <i>Linezolid</i>	Induces severe hypertensive episodes
	GIS agents; <i>Aluminum hydroxide</i>	Inhibits bioavailability due to pH.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Niacin (Vitamin B3)	Cardiovascular agent; <i>Simvastatin</i>	Increases risk of myopathy or rhabdomyolysis
Pyridoxine (Vitamin B6)	Antiparkinson; <i>Levodopa</i>	Reduces the effectiveness of drugs
	Antiepileptic; <i>Phenytoin</i>	Reduces the effectiveness of drugs
	Antibiotic; <i>Isoniazid</i>	Increases vitamin B6 requirement
Biotin (Vitamin B7)	Antiepileptic; <i>Phenytoin etc.</i>	Increases biotin requirement
Folic Acid (B9)	Antiepileptic; <i>Phenytoin, Phenobarbital</i>	While phenytoin can lower folic acid levels, folic acid supplementation can reduce the concentration of fetinoin
	NSAID; <i>Aspirin, Acetaminophen, Ibuprofen etc.</i>	It induces the excretion of folate.
Cobalamin (B12)	GIS agents; <i>H2 Receptor Antagonists, Proton Pump Inhibitors, Antacids</i>	Vitamin B12 reduces absorption
	Endocrine drugs; <i>Metformin</i>	Vitamin B12 reduces absorption
Ascorbic Acid (Vitamin C)	NSAID; <i>Aspirin</i>	Inhibits platelet vitamin C uptake, induces urinary excretion
	Antibiotics; <i>Tetracycline</i>	Its level in plasma and leukocytes decreases, induces urinary excretion
Vitamin D	Antiepileptic; <i>Phenytoin, Phenobarbital</i>	Increases vitamin D requirement
	Immunosuppressive drugs; <i>Cyclosporine, Tacrolimus</i>	Increases vitamin D requirement
	Antilipidemic drugs; <i>Statins</i>	Increases vitamin D requirement
Vitamin E	Anticoagulant; <i>Warfarin</i>	Increases the risk of bleeding
	Cardiovascular agent; <i>Simvastatin + NIACIN com.</i>	Adversely affect the treatment
	NSAID; <i>Aspirin</i>	Inhibits the antithrombotic effect
Vitamin K	Anticoagulant; <i>Warfarin</i>	It acts as a vitamin K antagonist.
Mineral Supplement		
Copper	Antibiotics; <i>Fluoroquinolone; Enrofloxacin, Ciprofloxacin</i>	Decreases the effectiveness of drugs
	NSAID; <i>Aspirin</i>	Copper supplementation increases the anti-inflammatory effect of drugs by reducing the ulcerogenic effect.
	Cardiovascular agent; <i>ACE inhibitors</i>	By changing the binding points of the drug, it inhibits its absorption.
	GIS agents; <i>H2 Receptor Antagonists</i>	Long-term use inhibits copper absorption.
Zinc	Antibiotics; <i>Tetracycline, Quinolone</i>	Inhibits the absorption of both zinc and drug
	Diüretik; <i>Hidroklorotiyazid, Klortalidon vb.</i>	It induces zinc excretion.
	Cardiovascular agent; <i>ACE inhibitors</i>	Risk of zinc deficiency
	Antibiotics; <i>Fluoroquinolones; Norfloxacin, Ciprofloxacin</i>	Decreases the effectiveness of drugs
Iron	Cardiovascular agent; <i>ACE inhibitors</i>	Inhibits absorption by altering the drug's binding sites
	Antibiotics; <i>Fluoroquinolones, Tetracycline, Quinolone</i>	Decreases the effectiveness of drugs

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

	Antiparkinson; <i>Levodopa</i>	
	Endocrine drugs; <i>Levothyroxine</i>	May reduce the effectiveness of the drug when used concomitantly
	GIS agents; <i>Proton Pump Inhibitors</i>	Long-term use may inhibit iron absorption.
Phosphorus	GIS agents; <i>Antacids containing Al-Mg-</i>	Long-term use may cause hypophosphatemia.
	Diuretic drugs; <i>K-sparing diuretics</i>	Concomitant use may cause hyperkalemia.
Iodine	CNS drugs; <i>Lithium</i>	Inhibits secretion of thyroid hormone, causing hypothyroidism
	Cardiovascular agent; <i>Antiarrhythmic drug; Amiodarone</i>	Increases the risk of thyrotoxicosis
Calcium	Antibiotics; <i>Tetracycline, Fluoroquinolones, Itraconazole</i>	Decreases drug absorption and effectiveness
	Cardiovascular agent; <i>Hydrochlorothiazide</i>	Decreases plasma concentration/absorption of drug
	Cardiovascular agent; <i>Digoxin</i>	It causes cardiotoxicity, decreased calcium absorption, decreased phosphate absorption.
	Antiepileptic; <i>Phenytoin, Phenobarbital</i>	May lead to vitamin D deficiency, resulting in decreased calcium absorption
	GIS agents; <i>Proton Pump Inhibitors</i>	Simultaneous use inhibits calcium absorption.
	Immunosuppressive drugs; <i>Cyclosporine</i>	May lower serum level by binding calcium
Chromium	GIS agents; <i>H2 Receptor Antagonists, Proton Pump Inhibitors, Antacids</i>	May lower serum level by binding calcium
	Cardiovascular agent; <i>Beta Blockers</i>	Concomitant use increases the effect of drugs or the absorption of chromium.
Magnesium	NSAID; <i>Aspirin</i> Immunosuppressive drugs; <i>Cyclosporine</i> Antibiotics; <i>Fluoroquinolones, Itraconazole</i>	Decreases the effectiveness of drugs
	Cardiovascular agent; <i>Digoxin</i> Endocrine drugs; <i>Bisphosphonates</i>	Decreases plasma concentration/absorption of drug
	Cardiovascular agent; <i>Nifedipine</i>	Causes hypoglycemia
	Diuretic drugs; <i>Lup, Thiazide</i> GIS agents; <i>Proton Pump Inhibitors</i>	Causes hypomagnesemia
	Antibiotics; <i>Tetracycline</i>	It reduces absorption by forming insoluble complexes with Mg.
Potassium	Diuretic drugs; <i>Lup, Thiazide</i>	Causes hypokalemia
	Cardiovascular agent; <i>ACE inhibitors, Angiotensin receptor blockers, Beta blockers,</i> NSAID drugs Diuretics; <i>K-retaining diuretics</i>	Causes hyperkalemia

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

It is very important to use supplements, which are becoming increasingly common in our country and in the world, especially in elderly individuals who experience nutrient deficiencies due to diseases that increase with age and the inability to adequately meet their nutritional needs. However, elderly individuals are more sensitive to nutrient-drug interactions due to many reasons such as the change in metabolic processes, the use of many prescription or non-prescription drugs, the presence of many diseases at the same time, complex drug therapy and diet regulation. Nutrient-drug interactions can occur physically, chemically, physiologically, and pathophysiologically. As a result of these interactions, the effectiveness of a drug used may decrease or increase, side effects may occur or micronutrient malabsorption may occur. Therefore, the use of nutritional supplements for individuals in this age group; considering the health status of individuals, it should be recommended in the follow-up of health professionals (pharmacists, dietitians, nurses, doctors). Apart from the micronutrient-drug interactions that are defined and reported today, examining other side effects that may occur especially in elderly individuals is very important in terms of reducing the burden on health systems, and more studies are needed.

References

1. Karaarslan, T., Özdemir, E., Sungur, S. (2019). "Besin destek ürünleri ve ilaçlarla etkileşimleri: vitamin ve mineraller." *Journal of Medical Sciences*. 2687-5411.
2. Tek, N.A., Pekcan, G. (2008). Besin destekleri kullanılmalı mı? T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
3. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2017, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1132, Ankara, 2019.
4. Marra, M. V., Bailey, R. L. (2018). "Position of the academy of nutrition and dietetics: micronutrient supplementation." *J Acad Nutr Diet*. 118(11):2162-2173.
5. Hogan, D.B., Kwan, M. (2006). "Patient sheet: tips for avoiding problems with polypharmacy." *CMAJ*. 175(8):876.
6. Akamine, D., Filho, M.K., Carmem, M. (2007). "Drug–nutrient interactions in elderly people." *Curr Opin Nutr Metab Care*. 10(3):304-310.
7. Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK. (2021), 12/12/2021. İstatistiklerle yaşlılar, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227> [18.03.2021]
8. Mercanlıgil, S.M. (2008). "Yaşlılıkta beslenme desteği." *J Nutr and Diet*. 35(2): 63-72.
9. Sağlam, D., Türker, P.F. (2021). *Yaşlılarda besin ilaç etkileşimleri*. Prof. Dr. Muhittin Tayfur. Beslenme ve Diyetetik Güncel Konular-4. 2. Baskı. Hatipoğlu Yayıncılık. Ankara. 2021. ss: 267-283.
10. Türkiye Beslenme Rehberi, TÜBER 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 , Ankara 2016.
11. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, 2017. 12/12/021. Türk Gıda Kodeksi Beslenme ve Sağlık Beyanları Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/01/20170126M1-5.htm> [26.01.2017].
12. Institute of Medicine Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes and Its Panel on Folate, Other B Vitamins, and Choline. *Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline*. Washington, DC: National Academies Press; 1998.
13. Lichtenstein, A.H., Rasmussen, H., Yu, W.W., Epstein, S.R., Russell, R.M. (2008). "Modified MyPyramid for older adults." *J Nutr*. 138(1):5-11.
14. Marra, M.V., Boyar, A.P. (2009). "Position of the American Dietetic Association: nutrient supplementation." *J Am Diet Assoc*. 109(12):2071-2085.
15. Rattan, S.I.S., Sejersen, H., Fernandes, R.A., Luo, W. (2007). "Stress-mediated hormetic modulation of aging, wound healing, and angiogenesis in human cells." *Ann N Y Acad Sci*. 1119:112-121.
16. Gupta, C., Prakash, D. (2015). "Nutraceuticals for geriatrics." *J Tradit Complement Med*. 5(1):5-14.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

17. Zyoud, S.H., Abd-Alhafez, A.B., Hussein, A.O., Abu-Shehab, I.S., Al-Jaba, S.W., Sweileh, W.M. (2014). "Patterns of use of medications, herbal products and nutritional supplements and polypharmacy associating factors in Palestinian geriatric patients." *European Geriatric Medicine*. 5(3):188-194.
18. Gallagher, P., Barry, P., O'Mahony, D. (2007). "Inappropriate prescribing in the elderly." *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 32(2): 113-121.
19. Pasko, P. (2019). *Drugs and food interactions: food-drug interactions among the elderly: risk assessment and recommendations for patients*. Encyclopedia of Biomedical Gerontology. Book Chapter.
20. Kutsal, Y. (2006). "Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı." *Turkish Journal of Geriatrics*. Özel sayı:37-44.
21. Bayraktar-Ekincioğlu, A., Demirkan, K. (2014). "Besin ve besin ögesi ile ilaç etkileşimleri." *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 42(2):154-159.
22. Yetley, E.A. (2007). "Multivitamin and multimineral dietary supplements: definitions, characterization, bioavailability, and drug interactions." *Am J Clin Nutr*. 85(suppl):269S-76S.
23. Petric, D. (2021). "Drug inretactions and drug interaction checkers." *Academia Letters*. Article 3530.
24. Anadon, A., Ares, I., Martinez-Larranaga, MR., Martinez, MA. (2021). "Interactions between nutraceutical/nutrients and therapeutic drugs." *Efficacy, Safety and Toxicity*. 1175-1197.
25. Chong, R.Q., Gelissen, I., Char, B., Penm, J., Cheung, J.M.Y., Harnett, J.E. (2021). "Do medicines commonly used by older adults impact their nutrient status." *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*. 3;100067.
26. William, J.H., Danziger, J. (2016). "Proton-pump inhibitor-induced hypomagnesemia: current research and proposed mechanisms." *World J Nephrol*. 5(2):152.
27. Mason, P. (2010). "Important drugs-nutrient interactions." *Proc Nutr Soc*. 69(4):551-557.
28. Thomas, J.A. (1995). "Drug-nutrient interactions." *Nutr Rev*. 53(10):271-282., Mason, P. (2010). Important drugs-nutrient interactions. *Proc Nutr Soc*. 69(4):551-557.
29. National Institutes of Health Office of Dietary Supplements, Magnesium. [12/12/2021]. <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Magnesium-HealthProfessional>.
30. Boullata, J.I., Armenti, V.T. (2010). *Handbook of Drug-Nutrient Interactions*. 2nd ed.Humana Press, New York, 2010.
31. Martin, J. (2010) *British National Formulary*. Number 59. March 2010. London: BMJ Group and RPS Publishing.

**EFFECT OF GLUCOSAMINE, HYALURONIC ACID AND COLLAGEN
SUPPLEMENTATION ON PHYSICAL FUNCTION IN ELDERLY**

Özge ESGİN^{1*}
Ayşe Özfer ÖZÇELİK^{2}**

¹Research Assistant, Department of Nutrition and Dietetics, Faculty of Health Sciences, Ankara University, Turkey

ORCID:0000-0002-0353-3975

²Professor Doctor, Department of Nutrition and Dietetics, Faculty of Health Sciences, Ankara University, Turkey

ORCID:0000-0002-9087-2042

ABSTRACT

As a result of aging, there is a decrease in the amount of bone and total calcium; restrictions in joint movements and flexibility affect the daily life of individuals negatively. It is thought that increasing physical performance in the elderly will support the increase in the quality of life and contribute to the decrease in the rate of elderly adherence. For the purpose of increase physical function in the elderly, studies on the application of different nutritional supplements are carried out. In recent years, studies on nutritional supplements applied to the elderly concentrated on glucosamine, hyaluronic acid, collagen. In the preparation of this study, PubMed, Scopus, Medline, Google Scholar and Web of Science databases were searched for the terms glucosamine, hyaluronic acid, collagen, elderly, physical performance, hand grip strength. Human and animal studies are included in this review. It is considered that glucosamine, hyaluronic acid and collagen supplements can increase physical performance by affecting lower and upper extremities, hand grip strength and fall risk. It is known that glucosamine supplementation is effective on joint pain, decreases collagen destruction and increases its synthesis, and can increase bone mass. It is argued that hyaluronic acid can be effective in joint pain by providing protective function on articular cartilage and reducing nerve sensitivity. In studies with collagen, it has been reported that collagen supplementation can increase exercise performance, have an effect on muscle strength such as hand grip strength, be effective and safe in osteoarthritis patients. According to the results of the studies, glucosamine, hyaluronic acid and collagen support are effective on the musculoskeletal system. However studies have generally focused on individuals with bone and joint disease. As a result, further studies are needed, to be conducted in healthy individuals.

Key Words: Collagen, Elderly, Glucosamine, Hyaluronic Acid, Supplement

**YAŞLILARDA GLUKOZAMİN, HYALURONİK ASİT VE KOLAJEN DESTEKLERİNİN
FİZİKSEL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖZET

Yaşın ilerlemesi ile kemiklerde ve total kalsiyum miktarında azalma olmakta; eklem hareketlerinde ve esnekliğindeki kısıtlılıklar bireylerin günlük yaşamını olumsuz etkilemektedir. Yaşlılarda fiziksel performansın artırılmasının yaşam kalitesinin yükselmesini destekleyeceği ve yaşlı bağımlılık oranının düşmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Yaşlılarda fiziksel fonksiyonun artırılması amacı ile farklı besin destekleri uygulaması çalışmaları yapılmaktadır. Son yıllarda yaşlılarda uygulanan besin destekleri çalışmaları; glukozamin, hyaluronik asit, kollajen üzerine yoğunlaşmıştır. Bu derlemenin amacı glukozamin, hyaluronik asit ve kollajen suplemanlarının fiziksel fonksiyon üzerine etkisinin incelenmesidir. Bu çalışmanın hazırlanmasında glukozamin, hyaluronik asit, kollajen, yaşlı, fiziksel performans, el kavrama gücü terimleri PubMed, Scopus, Medline, Google Scholar ve Web of

Science veri tabanları taranmıştır. Bu derlemeye insan ve hayvan çalışmaları ile ilgili makaleler dahil edilmiştir. Glukozamin, hyaluronik asit ve kollajen desteklerinin alt ve üst ekstremitelerde, el kavrama gücü ve düşme riski üzerinde etkili olarak fiziksel performansı arttırabileceği düşünülmektedir. Glukozamin desteğinin eklem ağrısı üzerinde etkili olduğu, kollajen yıkımını azaltıp sentezini arttırdığı ve kemik kütlelerini artırabileceği bilinmektedir. Hyaluronik asitin eklem kıkırdağı üzerinde koruyucu fonksiyonu olduğu ve sinir hassasiyetini azaltabildiği böylece eklem ağrılarında etkili olabileceği savunulmaktadır. Kollajen ile yapılan çalışmalarda ise kollajen desteğinin egzersiz performansını arttırabileceği, el kavrama gücü gibi kas gücü üzerinde etkili olduğu, osteoartrit hastalarında etkili ve güvenli olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre glukozamin, hyaluronik asit ve kollajen desteği kas iskelet sistemi üzerinde etkilidir. Ancak yapılan çalışmalar genellikle kemik eklem hastalığı olan bireyler üzerinde yoğunlaşmıştır. Sonuç olarak sağlıklı bireylerde yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Besin Desteği, Glukozamin, Hyaluronik Asit, Kollajen, Yaşlı

Introduction

The elderly population is increasing in Turkey as in the World [1, 2]. World Health Organization (WHO) defines individuals aged 60 and over as elderly. [3]. The beginning of the transition period of elderly from a physically and mentally independent life to a dependent life is 75 years and over [4]. It is reported that the rate of the elderly population in Turkey is 10% according to the results of the Turkey Demographic and Health Survey, and 9.5% according to the Turkish Statistical Institute (TURKSTAT). The elderly dependency ratio, which represents the number of elderly people per 100 people of working age, increased from 12.2% in 2015 to 14.1% in 2020 [2, 5]. Increasing elderly population reveals socio-economic, physiological, psychological and cultural expectations. The aim in the elderly population is to protect and improve the quality of life of the individual. Many factors such as genetics, lifestyle, environmental factors and diseases affect the life span and quality [6].

Health problems increase with aging. The most common causes of mortality were determined as circulatory system diseases, benign and malignant tumors, respiratory system diseases, nervous system and sensory organs diseases in Turkey [2]. Changes occur in the cardiovascular system, immune system, gastrointestinal system, respiratory system and nervous system, as well as changes in the musculoskeletal system, a decrease in the amount of bone and total calcium with aging. [7]. Limitations in joint movements and flexibility seen with aging negatively affect the daily life of individuals. Studies are carried out to minimize these restrictions. [8].

It is stated that the loss of muscle mass and muscle strength associated with aging is the main cause of weakness, decline in functions and disability. Muscle atrophy causes deterioration in the daily activities and decreases the quality of life [9]. Studies are carried out on the application of different nutritional supplements in order to reduce muscle loss, pain and bone destruction, increase physical function and reduce inflammation in the elderly. In recent years, studies on nutritional supplements applied in the elderly population have focused on glucosamine, hyaluronic acid and collagen.

Collagen

Collagen is the most abundant structural protein in both vertebrates and invertebrates. Collagen makes up about 30% of a mammal's total proteins. Due to functional properties, collagen and collagen-derived products are widely used in different industries such as food, pharmaceutical and cosmetic industries. [10]. Collagen supplements are derived from the connective tissue of animals and approximately two-thirds of the total amino acids in collagen supplements are hydroxyproline, glycine and proline. [11].

Studies with collagen have focused on exercise performance, muscle strength, osteoarthritis and bone density. In a study, it was determined that collagen has a moderate effect on countermovement jumps and recovery of muscle pain [11]. It was stated that individuals who were given 15 grams of collagen peptide per day and applied resistance exercise had a significant increase in hand grip strength and leg strength and a decrease in fat mass compared to control group [12]. Collagen has beneficial effects on the protection and healing of connective tissue in people doing routine resistance training and

cardiovascular exercise [13]. In a study by Zdzieblik et al. (2017), it was determined that there was a statistically significant improvement in activity-related pain intensity in individuals who received collagen [14]. Oral ingestion of collagen has been shown to be effective, tolerable, and safe for osteoarthritis [15]. In a double-blind randomized controlled study in individuals with knee osteoarthritis, collagen was found to be an effective supplement to improve general physical ailments resulting from osteoarthritis. [16]. In an ex vivo study, significant reduction of bone loss was observed in mice supplemented with collagen [17]. It is stated that the alginate collagen mixture may stimulate the complex mechanisms that support the growth and development of human neurons [18].

Glukozamin

Glucosamine, an amino sugar, is a precursor component for the synthesis of lipids and glycosylated proteins. It is produced from crustacean skeletons, wheat and maize for commercial use [19]. Glucosamine, which provides anti-inflammation by inhibiting the activity of interleukin-1 and nuclear factor-kB activation, is a component of the cartilage matrix and regulate collagenase activity to prevent damage to articular cartilage [20, 21]. It is stated that the administration of glucosamine at doses of 500 mg and 1000 mg per day has a chondroprotective effect on healthy individuals by reducing the protein degradation of type II collagen and increasing its synthesis, without any obvious side effects [22]. In a study, it was determined that vitamin E supplementation with glucosamine decreased malondialdehyde level by 61.9% and increased superoxide dismutase, catalase, glutathione and zinc levels [23]. It is thought that glucosamine may have an effect on bone mass. In a study in ovariectomized rats, it was found that administration of N-acetyl-D-glucosamine increased trabecular bone volume, calcium content in serum, femur and tibia, significantly decreased the content of alkaline phosphatase in serum [24].

Glucosamine is widely used as a nutritional supplement to reduce joint pain associated with osteoarthritis. In the form of commercial glucosamine, sulfate or hydrochloride salts and found in combination with chondroitin. It has been reported that glucosamine increases hFOB1.19 cell proliferation and decreases autophagy by inhibiting the m-TOR pathway [25]. Therefore, studies on the effect of glucosamine supplementation on physical performance have mostly focused on patients with osteoarthritis. In a study individuals, including the elderly, with temporomandibular joint osteoarthritis, 144 participants have been received 4-hyaluronate sodium injection and oral glucosamine hydrochloride (1.44 g/day) (group A) or 4-hyaluronate sodium injection and oral placebo (group B) for three months. In the 12th month, the maximum intraoral opening was found to be significantly larger in group A compared with group B. Considering the severity of pain, it was stated that the Visual Analogue Scale (VAS) score decreased significantly at the 6th and 12th months in group A [26]. Patients with osteoarthritis (mean age 59.77 ± 11.42 years) treated with hydrolyzed gelatin, chondroitin sulfate, glucosamine sulfate, devil's claw, and bamboo extract had a significant reduction in VAS score for pain and Lequesne Functional Index score at end of the 6th months [27].

Hyaluronic Acid

Hyaluronic acid, a mucopolysaccharide from the glycosaminoglycan group that occurs naturally in all living organisms, is widely found in tissues and intracellular fluids of the body. Biological functions include maintaining the elasticity of connective tissues, controlling hydration, playing a mediator role in inflammation, tumor development and metastasis. Hyaluronic acid, which has some chondroprotective effects, has a protective function on articular cartilage [28]. It is stated that hyaluronic acid, which is effective in tendon healing, can reduce nerve impulses and nerve sensitivity due to osteoarthritis pain, and has protective effects on cartilage. Exogenous hyaluronic acid intake alters the behavior of immune cells by the reducing the production and activity of proinflammatory mediators [29, 30]. Hyaluronic acid derivatives provide osteogenesis and mineralization [31]. In an elderly study (age range 62-88 years), hyaluronic acid injections were reported to be effective in patients with knee osteoarthritis [32]. In a meta-analysis study, it was determined that intra-articular hyaluronic acid injection has therapeutic efficacy in the treatment of knee osteoarthritis [33].

Conclusion

Physiological changes due to aging cause a decrease in physical performance. This may result in a decrease in the quality of life of the elderly and their being away from the social environment.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Therefore, quality of life studies conducted in recent years focus on supplements containing glucosamine, hyaluronic acid and collagen active ingredient, which are thought to improve the musculoskeletal system in the elderly. These studies include a single active ingredient or a combination of two of these three active ingredients. Studies indicate that glucosamine, hyaluronic acid and collagen supplements can increase physical performance by affecting lower and upper extremities, hand grip strength and fall risk. It is noteworthy that these studies focus on patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. There is a need for new studies to be conducted in healthy individuals.

References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, *World Population Ageing: 2017 Highlights*. 2017.
2. Turkish Statistical Institute (TURKSTAT), *Seniors with Statistics, 2020*. 2021.
3. World Health Organization (WHO), *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. 2017.
4. Special Expertise Commission, *Special Expertise Commission Report-Aging*. 2014.
5. Turkey Demographic and Health Survey, *Turkey Demographic and Health Survey Key Findings:2018* 2019.
6. Aslan, M. and Ç. Hocoğlu, *Aging and Psychiatric Problems Associated with Aging Period*. Journal of Duzce University Health Sciences Institute 2017. **7**(1): p. 53-62.
7. Yıldırım, B., Ş. Özkahraman, and S. Ersoy, *Physiological Changes in Elderly and Nursing Care*. Journal of Duzce University Health Sciences Institute 2012. **2**(2): p. 19-23.
8. Aksoydan, E., *Aging and Nutrition*, Ministry of Health, Editor. 2008: Ankara.
9. van den Hoek, A.M., et al., *A novel nutritional supplement prevents muscle loss and accelerates muscle mass recovery in caloric-restricted mice*. *Metabolism*, 2019. **97**: p. 57-67.
10. Liu, D., et al., *Collagen and gelatin*. Annual review of food science and technology, 2015. **6**: p. 527-557.
11. Clifford, T., et al., *The effects of collagen peptides on muscle damage, inflammation and bone turnover following exercise: a randomized, controlled trial*. *Amino Acids*, 2019. **51**(4): p. 691-704.
12. Jendricke, P., et al., *Specific collagen peptides in combination with resistance training improve body composition and regional muscle strength in premenopausal women: a randomized controlled trial*. *Nutrients*, 2019. **11**(4): p. 892.
13. Lopez, H.L., T.N. Ziegenfuss, and J. Park, *Evaluation of the effects of biocell collagen, a novel cartilage extract, on connective tissue support and functional recovery from exercise*. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 2015. **14**(3): p. 30-38.
14. Zdzieblik, D., et al., *Improvement of activity-related knee joint discomfort following supplementation of specific collagen peptides*. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 2017. **42**(6): p. 588-595.
15. Woo, T., et al., *Efficacy of oral collagen in joint pain-osteoarthritis and rheumatoid arthritis*. *Journal of Arthritis*, 2017. **6**(2): p. 1-4.
16. Kumar, S., et al., *A double-blind, placebo-controlled, randomised, clinical study on the effectiveness of collagen peptide on osteoarthritis*. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, 2015. **95**(4): p. 702-707.
17. Wauquier, F., et al., *Human enriched serum following hydrolysed collagen absorption modulates bone cell activity: from bedside to bench and vice versa*. *Nutrients*, 2019. **11**(6): p. 1249.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

18. Moxon, S.R., et al., *Blended alginate/collagen hydrogels promote neurogenesis and neuronal maturation*. Materials Science and Engineering: C, 2019. **104**: p. 109904.
19. Towheed, T., et al., *Glucosamine therapy for treating osteoarthritis*. Cochrane database of systematic reviews, 2005(2).
20. Fenton, J., et al., *Glucosamine HCl reduces equine articular cartilage degradation in explant culture*. Osteoarthritis and Cartilage, 2000. **8**(4): p. 258-265.
21. Gouze, J., et al., *Glucosamine modulates IL-1-induced activation of rat chondrocytes at a receptor level, and by inhibiting the NF- κ B pathway*. FEBS letters, 2002. **510**(3): p. 166-170.
22. Tomonaga, A., et al., *Evaluation of the effect of N-acetyl-glucosamine administration on biomarkers for cartilage metabolism in healthy individuals without symptoms of arthritis: A randomized double-blind placebo-controlled clinical study*. Experimental and therapeutic medicine, 2016. **12**(3): p. 1481-1489.
23. Dai, W., C. Qi, and S. Wang, *Synergistic effect of glucosamine and vitamin E against experimental rheumatoid arthritis in neonatal rats*. Biomedicine & Pharmacotherapy, 2018. **105**: p. 835-840.
24. Jiang, Z., et al., *Dietary natural N-Acetyl-d-Glucosamine prevents bone loss in ovariectomized rat model of postmenopausal osteoporosis*. Molecules, 2018. **23**(9): p. 2302.
25. Lv, C., et al., *Glucosamine promotes osteoblast proliferation by modulating autophagy via the mammalian target of rapamycin pathway*. Biomedicine & Pharmacotherapy, 2018. **99**: p. 271-277.
26. Yang, W., et al., *Oral glucosamine hydrochloride combined with hyaluronate sodium intra-articular injection for temporomandibular joint osteoarthritis: a double-blind randomized controlled trial*. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2018. **76**(10): p. 2066-2073.
27. Puigdemillivol, J., et al., *Effectiveness of a dietary supplement containing hydrolyzed collagen, chondroitin sulfate, and glucosamine in pain reduction and functional capacity in osteoarthritis patients*. Journal of dietary supplements, 2019. **16**(4): p. 379-389.
28. Necas, J., et al., *Hyaluronic acid (hyaluronan): a review*. Veterinarni medicina, 2008. **53**(8): p. 397-411.
29. Moreland, L.W., *Intra-articular hyaluronan (hyaluronic acid) and hylans for the treatment of osteoarthritis: mechanisms of action*. Arthritis Res Ther, 2003. **5**(2): p. 1-14.
30. de Wit, T., et al., *Auto-crosslinked hyaluronic acid gel accelerates healing of rabbit flexor tendons in vivo*. Journal of orthopaedic research, 2009. **27**(3): p. 408-415.
31. Zhai, P., et al., *The application of hyaluronic acid in bone regeneration*. International journal of biological macromolecules, 2020. **151**: p. 1224-1239.
32. Hasegawa, M., et al., *Changes in biochemical markers and prediction of effectiveness of intra-articular hyaluronan in patients with knee osteoarthritis*. Osteoarthritis and cartilage, 2008. **16**(4): p. 526-529.
33. Wang, C.-T., et al., *Therapeutic effects of hyaluronic acid on osteoarthritis of the knee: a meta-analysis of randomized controlled trials*. JBJS, 2004. **86**(3): p. 538-545.

AKTİF VE SAĞLIKLI YAŞLANMADA GERONTOLOJİK SOSYAL HİZMETİN ROLÜ

Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ¹

Umut YANARDAĞ²

Özlem ÖZER³

^{*1}Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü, Burdur, Türkiye

²Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü, Burdur, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane SBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Gerontolojik sosyal hizmet alanı, yaşlı bireylerin aktif ve sağlıklı bir şekilde yaşlanabilmeleri açısından katkı sağlayabilecek bir alan olmakla birlikte biyopsikososyal açılardan iyilik halini yani sağlıklı bir birey olmanın gereklerini destekleyebilecek bir boyuta sahiptir. Sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylere yönelik hizmet kümesinde ağırlıklı olarak psikososyal destek çemberi ve bunun organizasyonu içinde yer almaktadır. Dolayısıyla aktif yaşlanma sürecinde rol alacak önemli meslek gruplarından birinin sosyal hizmet mesleği olduğu söylenebilir. Bu bildiride gerontolojik sosyal hizmet odağında aktif ve sağlıklı yaşlanma sürecinin ele alınması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda gerontolojik sosyal hizmet uygulamalarının aktif ve sağlıklı yaşlanma sürecine ne tür katkılar sunabileceği tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gerontoloji, sosyal hizmet, aktif yaşlanma

ABSTRACT

While the field of gerontological social work is an area that can contribute to the active and healthy aging of elderly individuals, it has a dimension that can support the biopsychosocial well-being, that is, the requirements of being a healthy individual. Social workers are mainly involved in the psychosocial support circle and its organization in the service cluster for the elderly. Therefore, it can be said that one of the important occupational groups that will play a role in the active aging process is the social work profession. In this paper, it is aimed to deal with the active and healthy aging process in the focus of gerontological social work. In this context, the contribution of gerontological social work practices to the active and healthy aging process will be discussed.

Key Words: Gerontology, social work, active aging

Giriş

Dünya’da yaşlı nüfus oranının hızlı bir şekilde artması yeni ihtiyaçları, yeni hizmet modellerini dolayısıyla yeni politikaları zorunlu kılmaktadır. Demografik yapıda meydana gelen değişimler ve bu yapının değişmesine sebep olan unsurlar, yaşlanma ve yaşlılık alanında yapılan çalışmaların ve disiplinler arası iş birliğinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bireylerin yaşamları içerisinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik açıdan sorunların yaşanmasının muhtemel olduğu süreci ifade eden yaşlanma, çok boyutlu bir yapıya sahip olmasından dolayı günümüzde farklı disiplinler tarafından çalışma konusu olmuştur (Aydın ve Sayılan, 2014; Çolak ve Özer, 2015). 18. yüzyıldan itibaren ortaya çıkan hızlı nüfus artışı ve modernleşme olgusu ile birlikte toplumsal yaşam içerisinde dönüşüme uğrayan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme becerisinin azalması” olarak ifade edilen yaşlılık kavramı, çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır (World Health Organization, 2001; Orimo vd., 2006). Öyle ki yaşlılık üzerine yapılan tanımlar incelendiğinde prototipleştirilen bir yapıdan ziyade, farklı disiplinler tarafından ele alınan, çok boyutlu bir süreç göze çarpmaktadır (Tufan, 2016).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Psikolojik, biyolojik, sosyal, ekonomik ve patolojik olarak incelenen yaşlılık kavramı, kronolojik açıdan ele alındığında, 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilmektedir (Yaşar ve Şahin, 2021). Nitekim görece olarak değişen yaşlılık döneminin başlangıcı, objektif ve somut bir göstere olan kronolojik yaş üzerinden 65 yaş sınırı ile belirlenerek bireylerin emekli olması, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanması açısından eşik olarak kabul edilmektedir. Ancak kronolojik yaş ile yaşlanmanın belirtileri arasında tam anlamıyla kuvvetli bir bağ kurulmadığından dolayı, kronolojik yaş ile yaşlanmanın belirtileri ortaya çıkmayabilir (Altan ve Şişman, 2003). Biyolojik açıdan yaşlanma ise kronolojik yaşa bağlı olarak bedensel canlılığın yitirilmesi ve temel işlevlerin yerine getirilmesinde kapasite kaybının ortaya çıktığı bir süreç olarak görülmektedir (Öksüzokyar vd., 2019). Bu kayıpların yalnızca fiziksel açıdan incelenmesi yetersiz kalmakla beraber, yaşlanma çalışmalarında psikososyal boyutun önemi giderek daha fazla öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, gerontolojik sosyal hizmet odağında aktif ve sağlıklı yaşlanma sürecinin ele alınması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda gerontolojik sosyal hizmet uygulamalarının aktif ve sağlıklı yaşlanma sürecine ne tür katkılar sunabileceği tartışılacaktır.

Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma

Yaşlılık olgusu, genç yaşlı ayırmaksızın herkesin hayatını, sosyal ilişkilerini, ekonomiyi ve toplumu farklı şekillerde etkilemektedir (Duben, 2019). Durağan ve değişmez bir dönem olarak görülen ve progresif kapasitesizleşme süreci şeklinde ifade edilen yaşlanma, sosyal açıdan ele alındığında toplum içerisinde yaş ile ilişkili normlara bağlı olarak görülmekle birlikte, bireylerin toplumsal statü ve rollerinin değişme sürecini işaret etmektedir (Arpacı, 2005). Psikolojik açıdan değerlendirildiğinde ise bireylerin hissettiği ve algıladığı yaş olarak ifade edilmekte ve kişinin algılama ve öğrenme becerilerinde ortaya çıkan değişimlerden kaynaklanmaktadır (Yıldız, 2012). Yaşlı, yaşlanma ve yaşlılık kelime anlamı ile belli bir kronolojik yaş eşliğini geçmiş olma durumunu işaret etse de bu kelimelerin anlamları ve işaret ettiği noktalar birbirinden farklıdır. Bu nedenle, gerontoloji ve sosyal hizmet disiplinlerinin ortak ögesi olan yaşlı, yaşlılık, yaşlanma, sağlıklı yaşlanma ve aktif yaşlanma kavramlarının işaret ettiği anlamların irdelenmesi gerekmektedir.

Farklı sosyal sorunların yaşandığı, dezavantajlı bir durum olarak görülen ve sosyal, bilişsel, psikososyal açıdan çeşitli işlevlerin gerilemeye başladığı dönemi işaret eden yaşlanma sürecinin küresel çapta hızlanması ile birlikte DSÖ tarafından 1990'lı yıllardan itibaren aktif yaşlanma kavramı gündeme getirilmiştir (Uyanık ve Başyigit, 2018; Aydın ve Sayılan, 2014). Bireylerin yaşlanma sürecinde yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sağlık, güvenlik ve toplumsal katılım fırsatlarının geliştirilmesi olarak ifade edilen aktif yaşlanma; sosyal yaşam içerisinde aktif kalabilme, yaşam boyu öğrenme sürecinin devamlılık kazanması gibi olguları beraberinde getirmiştir (Ünal, 2012; Aydın ve Sayılan, 2014). Öyle ki doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yılların en yüksek niteliklere sahip olarak fiziksel ve bilişsel kapasitenin korunması ve toplumsal yaşam içerisinde bireylerin etkin biçimde yer alması aktif yaşlanma kavramının önemini arttırmıştır (Ünal, 2012). Öte yandan son yıllarda bilimsel ve politik anlamda önem kazanan ve "ileri yaşlarla birlikte refahı sağlayan fonksiyonel yeteneği geliştirme ve sürdürme süreci" olarak tanımlanan sağlıklı yaşlanma kavramı ise yaşlanma sürecinin geciktirilmesi ve yavaşlatılmasına yönelik çalışmaların artmasına neden olmuştur (Guralnik ve Kaplan, 1989). Bireylerin sağlığı ve toplumsal refahı üzerinde yaşam biçimlerinin etkisinin olduğu görülmekte ve sağlıklı yaşlanma kavramı bu noktadan hareketle inşa edilmekle birlikte, doğru beslenme ve egzersiz sağlıklı yaşam için önemli faktörler arasında yer almaktadır (Göktaş, 2020).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan sorunlar psikolojik, sosyal, kültürel, biyolojik ve ekonomik olmak üzere farklı şekillerde ve yoğunluklarda görülmekle birlikte, bireylerin yaşam memnuniyeti ve kalitesinin artırılarak toplum içerisinde etkin şekilde yer alması oldukça önemlidir (Uyanık ve Başyigit, 2018). Bu düşünceden hareketle oluşturulan aktif yaşlanma ve sağlıklı yaşlanma kavramları bireylerin refahını ve iyilik halini geliştirerek toplumsal katılımını sağlamayı amaçlamaktadır.

Aktif ve Sağlıklı Yaşlanmaya Gerontolojik Sosyal Hizmet Açısından Bakış

Sosyal hizmet mesleği çeşitli uygulama ve faaliyetlerle sosyal iyilik halini arttırmayı amaçlayarak dezavantajlı gruplar içerisinde yer alan yaşlı bireylere yönelik uygulamalarının oluşturulması ve geliştirilmesi yaşlı refahının sağlanmasında önemli bir role sahip olmakta, dolayısıyla aktif ve sağlıklı

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

yaşlanmanın belirleyicisi konumunda yer almaktadır (Yağcıoğlu, 2009). Öyle ki 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nda "Kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesini ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü (Resmi Gazete, 1983) olarak tanımlanan sosyal hizmetler, toplum içerisine yer alan tüm sosyal sorunlara müdahale etmekte, bireyi çevresi içerisinde değerlendirmektedir (Zastrow vd., 2019). Nitekim yaşamın ayrılmaz bir dönemi olan yaşlılık ile ilgili sunulan sosyal hizmet müdahale ve uygulamaları aktif ve sağlıklı yaşlanma kavramları temelinde geliştirilerek bireylerin yaşam doyumunu sağlamayı ve toplumsal katılımını arttırmayı, sosyal iletişimi geliştirmeyi ve yaşam bağlılığını arttırmayı amaçlamaktadır (Şahin, 2002).

Dünya'da ve Türkiye'de nüfus içerisindeki sayıca payı artmaya devam eden yaşlı bireylere yönelik sosyal hizmet uygulamaları çeşitlilik göstermekle birlikte, kamusal alanda resmi olarak yürütülen hizmetlerin genel itibariyle muhtaçlık durumu dikkate alınarak yürütüldüğü görülmektedir. Bireylerin toplumsal katılımının sağlanması için aktif ve sağlıklı yaşlanma noktasından hareketle sosyal hizmet uygulama ve faaliyetlerinin artırılması ve geliştirilmesi gerekmektedir (Yağcıoğlu, 2009).

Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal hizmetler kapsamında yer alan çalışmalar incelendiğinde, sosyal güvenlik noktasında değerlendirilen "2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş, Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun" ve bu kapsamda sağlanan maddi destek ön plana çıkmaktadır (Resmi Gazete, 1976). İlgili bakanlık tarafından yaşlı bireye ve bakmakla yükümlü olan kişiye sağlanan ve sosyal güvenlik yöntemi olarak ifade edilen bu yardım, sosyal hizmet alanı olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan sosyal yoksunluk ya da ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlı bireylerin yaşam standartlarını korumak ve yükseltmek amacıyla oluşturulacak tüm çalışmalardan sorumlu olan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından kurum bakım hizmetleri ve evde bakım hizmetleri sunulmaktadır (Yerli, 2017). Bu hizmetler doğrultusunda bireylerin bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanması amaçlanmaktadır. Genel itibariyle Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal hizmetler kapsamında değerlendirilen uygulamalar incelendiğinde maddi ve bakım temelli ilerleme sağlandığı göze çarpmaktadır (Çolak ve Özer, 2015).

Bakım gereksinimi olan yaşlı bireylerin ihtiyaç analizinin gerçekleştirilmesi, mevcut sorunlarının çözülmesi ve yaşam kalitesinin korunarak yükseltilmesi açısından önemli bir fonksiyona sahip olan sosyal hizmet mesleği, sunulacak olan hizmetler ile bireylerin yaşam memnuniyeti ve sosyal iyilik halini korumayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla mevcut sosyal yardımların ötesinde yaşam destek merkezleri oluşturularak kişilerin toplum içerisinde etkin bir şekilde yer alması ve aktif yaşlanması önem taşımaktadır (Çağlar, 2014).

Avrupa Komisyonu içerisinde yer alan İstihdam, Sosyal İşler ve Kaynaştırma Genel Müdürlüğü ve Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu Nüfus Birimi tarafından ortaklaşa yürütülen ve farklı parametreler incelenerek oluşturulan Aktif Yaşlanma Endeksi'ne göre istihdam ana bileşenlerden birini oluşturmaktadır. Öyle ki bireylerin sosyal yaşam içerisinde yer alarak ücretli bir işte çalışıyor olması hem aktif ve sağlıklı yaşlanması hem de yaşlı yoksulluğunun önlenmesi açısından önem taşımaktadır (Çuhadar, 2020).

Yaşlı bireylerin aktif ve sağlıklı bir şekilde yaşlanması için önemli etkenlerden bir diğeri ise sosyal katılımıdır. Kişilerin sosyal aktiviteler içerisinde yer alarak gönüllülük faaliyetleri gerçekleştirmeleri, çocuğuna, torununa veya başka bir yaşlıya bakım hizmeti sağlaması kişinin toplumsal katılımı noktasında etki oluşturmaktadır. Öte yandan bireylerin bağımsız, sağlıklı ve güvenli bir yaşam sürmesi için fiziksel egzersiz yapması, sağlık hizmetlerine erişim sağlaması, bağımsız yaşam sürmesi, ekonomik yeterliliğinin olması, fiziksel güvenliğe sahip olması ve hayat boyu öğrenme içerisinde yer alması için yaşlılara yönelik sosyal hizmet uygulamaları gerçekleştirilmelidir (Zaidi ve Stanton, 2015). Günden güne yaşlı oranı artan Türkiye'de sosyal yardım ve bakım hizmetlerinin ötesinde yaşlı bireyleri temele alan boyamsal çalışmalar gerçekleştirilerek ihtiyaç tespiti sağlanmalı ve tüm demografik farklılıklar dikkate alınarak araştırmalar ışığında sosyal politikalar düzenlenmelidir. Nitekim yaşlı bir ülke konumuna gelen Türkiye'de bu durum dikkate alınarak aktif ve sağlıklı yaşlanma noktasında kapasite ve olanak sağlayan bir ortam oluşturulmalı, mevcut sosyo-kültürel yapı

dikkate alınarak yaşam destek merkezleri düzenlenmelidir (Çuhadar, 2020). Bu noktada gerontolojik yani yaşlılarla sosyal hizmet uygulamalarının katkısı önemlidir.

Gerontoloji ve sosyal hizmet disiplinleri özellikle yaşlılık ve yaşlanma alanlarının en önemli aktörlerindedir. Ülkemizde gerontologlar yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili yayınlanan çalışmaların yaklaşık %10,8'ini, sosyal hizmet uzmanları ise yaklaşık olarak %9,1'ini gerçekleştirmektedir (Arun, 2018). Bu oranın yaşlılık ve yaşlanma alanındaki profesyonellerin artmasıyla artacağı düşünülmektedir. Bu iki disiplin özellikle gerontolojik sosyal hizmetler kapsamında birleşmektedir. Bu hizmetler yaşlı bireylerin daha kaliteli bir yaşlılık dönemi geçirebilmesi için sunulan hizmetlerin yanında, değişen toplumsal dinamiklere oryantasyonun sağlanabilmesi yönünde yapılan hizmetleri de kapsamaktadır.

Gerontolojik sosyal hizmetler genel olarak; yaşlılık döneminde ortaya çıkan sosyal problemler, psikolojik problemler, etik sorunlar, hak temelli sorunlar ve yasal süreçleri kapsamaktadır. Bu sorunları ortaya koyma ve bu sorunlara çözüm yaratma yönünde çalışmalar yapılması da gerontolojik sosyal hizmetin konusunu oluşturmaktadır. Bu bakımdan özellikle yaşlılara yönelik şiddet, ihmal ve istismarın önlenmesine yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır. Yaşlanma Çalışmaları Derneği'nin güncel olarak yürüttüğü şiddet ve ihlallerin izleme çalışmalarında, ülkemizde yaşlılara yönelik şiddet ve ihlalin her ay arttığı belirtilmektedir (Senex, 2021). Gerontolojik sosyal hizmet, bakım, yoksulluk, sosyal dışlanma gibi yaşlılık döneminde görülme sıklığı artan sorunlara karşı da müdahaleler üretebilmektedir. Gerontolojik sosyal hizmette önemli olan bir diğer konu ise yaşlının kendi kendine yetebilir olması ve özerkliğini korumasıdır. Bu kapsamda yaşlanma sürecinde bireylerin daha bağımsız ve özerk bir hayat sürebilmeleri için fiziksel sağlık boyutunun yanı sıra psikososyal sağlık boyutunun da ele alınması oldukça elzemdir. Dolayısıyla sosyal hizmet mesleğinde yaşlı bireylerin aktif ve sağlıklı yaşlanabilmeleri konusunun önem taşıdığını belirtilebilir.

Sağlıklı yaşlanma hem mevcut işlevselliğin korunması hem de bu işlevselliğin geliştirilmesini ve daha iyiye taşınmasını amaç edinmektedir. Sağlıklı yaşlanabilmek için sağlığı olumsuz etkileyecek faktörlerden uzak durulması esastır. Aktif yaşlanma kavramıyla ifade edilmek istenen, sağlıklı yaşlanma kavramı ile bazı açılardan yakındır. Aktif yaşlanmada vurgu, yaşama faal bir şekilde katılımın sürekliliğidir (Zubaroglu Yanardağ, 2019a).

Gerontolojik sosyal hizmet alanı, yaşlı bireylerin aktif ve sağlıklı bir şekilde yaşlanabilmeleri açısından katkı sağlayabilecek bir alan olmakla birlikte biyopsikososyal açılardan iyilik halini yani sağlıklı bir birey olmanın gereklerini destekleyebilecek bir boyuta sahiptir. Sosyal hizmet uzmanları yaşlı bireylere yönelik hizmet kümesinde ağırlıklı olarak psikososyal destek çemberi ve bunun organizasyonu içinde yer almaktadırlar (Zubaroglu Yanardağ, 2019b). Dolayısıyla aktif yaşlanma sürecinde rol alacak önemli meslek gruplarından birinin sosyal hizmet mesleği olduğu açıktır.

Sonuç

Bireylerin yaşlılık dönemine yönelik yapacağı hazırlıklar bu dönemde karşılaşılabilecek sorunlarla baş edebilme kapasitesini arttırabileceği gibi bu dönemi aktif, üretken ve mutlu bir şekilde geçirebilmelerine de imkân sağlamaktadır. Bu nedenle bu hizmetlerde gerontolojik sosyal hizmet kapsamında önemli bir yer tutmaktadır. İnsanı ve toplumu konu alan bir meslek ve disiplin olarak sosyal hizmet, insan ve onun meydana getirdiği toplumların sorunlarına yönelmiştir. Buradan hareketle bu disiplinin amacı toplum içinde insanların yaşadıkları sorunları belirlemek ve bu sorunların çözümüne yardımcı olmaktır (Kongar, 1976). Gerontoloji ve sosyal hizmet disiplinleri de yaşlı bireylerin toplum içinde yaşadıkları sorunları belirleme ve bu sorunlara çözüm bulabilme amacıyla birleştikleri söylenebilir. Bunu yaparken her disiplin kendine özgü araştırma metodlarını kullanır.

Ülkemizde klasik sosyal hizmetler kapsamında yaşlılara yönelik verilen hizmetler ağırlıklı olarak; sosyal güvenlik hizmetleri, kurumsal ve evde bakım hizmetleri kapsamında gerçekleştirilmektedir (Irmak ve Artan, 2020). Bu hizmetler önemli bir yer tutmakla birlikte kapsayıcılık bakımından yetersiz kalmaktadır. Çünkü yaşlı bireylere yönelik hizmetlere, sadece aş, barınma, bakım gibi bakış açıları ile yaklaşmak aslında pek çok eksikliğin gözden kaçırılmasına neden olmaktadır. Bu durumu aşmak için hizmet verilecek grup ile kapsamlı bir ihtiyaç analizi yapılmalı ve gerontolojik sosyal hizmetin gerektirdiği çok boyutlu çalışmalar gerçekleştirilmelidir. Bu noktada mikro yani yaşlı bireylere ve

ailelerine, mezzo yani yaşlı gruplara ve makro bir diğer deyişle topluluk ve topluma yönelik çalışmaların organizasyonu ve yürütülmesi gerekmektedir. Bunun yanında savunuculuk, eğitim, danışmanlık, arabuluculuk gibi sosyal hizmetin önemli rollerinin gerontolojik sosyal hizmet uygulamaları kapsamında kullanılması gerektiği bilinmelidir. Bu sayede yaşlanan bireylerin yaşam seyrine odaklanılabilir ve bireysel farklılıklarını anlayarak gerontolojik sosyal hizmetler sunulabilir. Böylece daha kapsayıcı ve sürdürülebilir yaşlanma ve yaşlılık politikaları desteklenebilecek ve yaşlıların sağlıklı ve aktif yaşlanabilmeleri doğrultusunda sosyal hizmet boyutu sağlanabilecektir.

Sosyal hizmet uzmanları, yaşlı bireylerin biyo-psiko-sosyal ve tinsel ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik mesleki uygulamaları yaşlı hakları temelli bir şekilde gerçekleştirirler. Bu uygulamaları, genelci sosyal hizmet uygulama düzeyleri olarak da adlandırılacak mikro, mezzo ve makro düzeyinde ele almak mümkündür. Birey düzeyinde sosyal hizmet uzmanları, danışanın içinde bulunduğu sorunları ele alır. Fonksiyon, psikolojik, bilişsel, sosyal destek, kayıp yas, hastaneye yatış, istismar, yaşam sonu ile ilgili sorunlar bağlamında (Berkman, Maramaldi, Breon ve Howe, 2003) yaşlının biyo-psiko-sosyal özelliklerini değerlendirir. Yaşlının biyo-psiko-sosyal ve tinsel özellikleri doğrultusunda yaşlı haklarının gereklerinin yerine getirilip getirilmediği yaşlılara yönelik uygulamalarda gerçekleştirilecek değerlendirmelerin bir başka boyutudur. Yapılan değerlendirmeler doğrultusunda sosyal hizmet uzmanları, arabuluculuk, kolaylaştırıcılık, kaynak yöneticiliği gibi mesleki rolleri gerçekleştirerek, bireylere yönelik sosyal hizmet çalışmalarını uyguladılar Zubaroğlu-Yanardağ,2019b).

Mezzo düzeyde sosyal hizmet uzmanları, yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme, sosyalleşme veya terapi amacıyla gruplarla sosyal hizmet uygulamalarını yerine getirirler. Duyan ve ark. (2017) tarafından kurum bakımındaki yaşlara yönelik gerçekleştirilen ve yaşlılarının depresyon düzeylerinin azaltılmasını ve sosyal işlevselliğinin artmasını sağlayan grup çalışması örneğinde de görüleceği üzere gruplarla sosyal hizmet uygulamaları yaşlıların psikososyal iyiliğini artırabilmektedir. Makro düzeyde ise sosyal hizmet uzmanları; yaşlıların eğitimi, yaşlıların toplumda bakımı, yaşlıların yaşadıkları sorunları çözebilmeleri için örgütlenmeleri, yaşlılara yönelik toplum kalkınması çalışmalarını uyguladılar. Tüm bunlara ek olarak sosyal hizmet uzmanları, sosyal politikaları gerçekleştirirler.

Kaynakça

- Altan, Ö. Z. ve Şişman, Y. (2003). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 7(2), 2-36.
- Arpacı, F. (2005). *Farklı boyutlarıyla yaşlılık*. Ankara: Eğitim ve Kültür Yayınları.
- Arun, Ö. (2018). Türkiye’de yaşlanma çalışmaları: Dün, bugün, yarın. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 8, 41-61.
- Aydın, A. ve Sayılan, A. (2014). Aktif yaşlanma ile yaşam boyu öğrenme arasındaki ilişkiye teorik bir bakış. *International Journal of Social and Economic Sciences*, 4(2), 76-81.
- Berkman, B. J., Maramaldi, P., Breon, E. A. ve Howe, J. L. (2003). Social Work Gerontological Assessment Revisited. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(1-2), 1-14. doi:10.1300/J083v40n01_01
- Çağlar, T. (2014). Yaşlılık ve sosyal hizmet: Yaşam destek merkezi örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25(2), 145-162.
- Çolak, M. ve Özer, Y. E. (2015). Sosyal politika anlamında aktif yaşlanma politikalarının ulusal ve yerel düzeydeki analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55),115-124.
- Çuhadar, S. (2020) Yaşlanan nüfusa çözüm önerisi olarak aktif yaşlanma yaklaşımı: Eleştiriler ve olası endeks için Türkiye önerileri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 79, 361-397.
- Duben, A. (2018). Türkiye ve Avrupa’da nüfus yaşlanması, aile, piyasa ve devlet. İçinde: A. Duben (Ed.) *Yaşlanma ve yaşlılık: Disiplinlerarası bakış açıları* (ss. 67- 76). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Duyan, V., Şahin-Kara, G., Camur Duyan, G., Özdemir, B. ve Megahead, H. A. (2017). The Effects of Group Work With Institutionalized Elderly Persons. *Research on Social Work Practice*, 27(3), 366-374. doi:10.1177/1049731516654572
- Göktuğ, A. (2020). Sağlıklı yaşlanma. İçinde: D. Say Şahin (Ed.), *Yaşlılık sosyolojisi* (ss.191-206). Bursa: Ekin Yayınevi.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Guralnik, J. M. ve Kaplan, G. A. (1989). Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Alameda county study. *American Journal of Public Health*, 79(6), 703-708.
- Irmak, H.S. ve Artan, T. (2020). Gerontolojik sosyal hizmet. İçinde: D. Zafer (Ed.) *Sağlıkta güncel ve sosyal konular* (ss. 87-109). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Kongar, E. (1972). *Sosyal çalışmaya giriş*. Ankara: Şafak Matbaası.
- Orimo, H. vd., (2006). Reviewing the definition of elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 6(3),149-158.
- Öksüzokyar, M. M. vd., (2019). Biyolojik yaşlanma nedenleri ve etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 34-41.
- Resmi Gazete, (1976). 15642 Sayılı 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş, Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun.
- Resmi Gazete, (1983). 18059 Sayılı 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu.
- Senex İzleme, (2021). Yaşlılara yönelik şiddet ve ihlallerin izlenmesi: 2021 mart ayı raporu. Senex: Yaşlanma Çalışmaları Derneği.
- Şahin, F. (2002). Genelci sosyal hizmetin doğuşunu hazırlayan etmenler. *Sosyal Hizmet Sempozyumu*, Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar 18-19 Ekim, Ankara.
- Tufan, İ. (2016). *Antik çağdan günümüze yaşlılık ve yaşlanma*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Uyanık, Y. ve Başıyigit, R. (2018). Demografik yapı içinde yaşlı nüfusun görünümü ve aktif yaşlanma yaklaşımı perspektifinde politika örnekleri. *İş ve Hayat*, 4(8), 273-310.
- Ünalın, P. (2012). Aktif yaşlanma: Bilişsel ve sosyal boyut. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 13-17.
- World Health Organization, (2001). *Men ageing and health: Achieving health across the life span*, No. WHO/NMH/NPH/01.2, World Health Organization. Erişim Linki: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Yağcıoğlu, R. (2009). Sağlıklı yaşlanma ve sosyal hizmetler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 30-38.
- Yaşar, H. ve Şahin, D. (2021). Yaşlılık dönemi özellikleri ve Türkiye’de dezavantajlı grup olarak yaşlı bireyler: “Bilgelikten bağımlılığa”. *HÜBAM Reflections on Bioethics from Turkey*, 4(2), 22-46.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 1278-1287.
- Yıldız, M. (2012). Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 36(1), 1-30.
- Zaidi, A. ve Stanton, D. (2015). *Active ageing index 2014: Analytical report*, https://www.researchgate.net/publication/275348974_Active_Ageing_Index_2014_Analytical_Report/link/553a14440cf226723aba4e45/download.
- Zastrow, C. H. Kirst-Ashman, K. ve Hessenauer, S.L. (2019). *Understanding human behavior and the social environment*. Cengage Learning.
- Zubaroglu Yanardağ, M. (2019a). Yaşlanma ve sağlık. İçinde: Özer Ö. ve Şantaş F. (Ed.), *Sosyolojik boyutlarıyla sağlık* (s. 93-111). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Zubaroglu Yanardağ, M. (2019b). Sosyal hizmet mesleğinde gerontolojik ve geriatrik boyut üzerine bir inceleme. İçinde: Yanardağ, U. ve Z. Yanardağ, M. (Ed.), *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet* (ss. 31-42). Ankara: Nika Yayınevi.

PRİMER BAŞ AĞRILI GERİATRİK HASTA GRUBUNDA BÜYÜK OKSİPİTAL SİNİR BLOKAJI UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Hüseyin KIR

Elbistan Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kahramanmaraş

ÖZET

Baş ağrısı en sık rastlanan nörolojik hastalıklardan birisidir. Geriatrik hasta grubunda en sık görülen baş ağrısı tipi genel populasyonda olduğu gibi primer baş ağrılarıdır. Primer baş ağrılarında tedaviyi akut, profilaktik ve ilaç dışı tedavi olarak yapmak mümkündür. Medikal tedavilerde bazı hastalarda yüz güldürücü yanıt alınamamakta bazılarında da ilaçlara bağlı yan etkiler görülebilmektedir. İlaça bağlı yan etkiler geriatrik hastalarda genel populasyondan daha sık görülmektedir. Bu nedenle uygun hastalarda ilaç dışı tedaviler her geçen gün daha çok tercih edilmektedir. İlaç dışı tedavilerden olan büyük oksipital sinir (greater occipital nerve, GON) blokajı primer baş ağrılarında başarı ile uygulanmaktadır. Bu çalışmamızda medikal tedaviden yeterli yanıt alınmadığı için GON blokajı uygulanan migren ve gerilim tipi baş ağrısı tanılı 65 yaş ve üstü 19 hasta değerlendirilmiştir. Hastalarımıza uygulanan tekrarlayan GON blokajlarının sonunda tedavi öncesi döneme göre atak sıklığı ve analjezik kullanımında azalma ile vizüel analog skala skorlarında belirgin iyileşme saptandı(p<0.001). Hiçbir olguda belirgin bir yan etki görülmedi. Sonuç olarak medikal tedavi alamayan veya uzun süre medikal tedavi almış ancak fayda görmeyen primer baş ağrılı geriatrik hastalarda GON blokajının etkin ve güvenli olduğu gözlenmiştir. Uygulanması kolay, yan etkisi oldukça az, tedavi maliyetlerine katkısı yüksek olan bu yöntem uygun hastalarda tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Geriatri; Baş Ağrısı; Büyük Oksipital Sinir Blokajı

ABSTRACT

Headache is one of the most common neurological diseases. The most common type of headache in the geriatric patient group is primary headaches, as in the general population. It is possible to treat primary headaches as acute, prophylactic and non-drug treatment. In medical treatments, some patients do not get a satisfactory response, and some may experience side effects due to drugs. Drug-related side effects are more common in geriatric patients than in the general population. For this reason, non-drug treatments are preferred more and more in suitable patients. Greater occipital nerve (greater occipital nerve, GON) blockage, which is one of the non-drug treatments, is successfully applied in primary headaches. This research, 19 patients who is aged 65 years and older, diagnosed with migraine and tension type headache who underwent GON blockage due to insufficient response to medical treatment, were evaluated. At the end of recurrent GON blockages applied to our cases, attack frequency and use of analgesics decreased and visual analog scale scores significantly improved compared to the pre-treatment period (p<0.001). No significant side effects were observed in any of the cases. Consequently GON blockage was observed to be effective and safe in geriatric patients with primary headache who could not receive medical treatment and ineffective medical treatment for a long time. This method, which is easy to apply, has few side effects, and contributes to the treatment costs, can be considered as a treatment option in suitable patients.

Keywords: Geriatrics; Headache; Greater Occipital Nerve Block

GİRİŞ

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus giderek artmakta ve beklenen yaşam süresi artış gösteren bir profil çizmektedir. Dolayısıyla geriatri ya da diğer ifadeyle yaşlı bilimi, son yıllarda giderek önemi artan ve pek çok bilimsel araştırma ile alan uygulamasına konu olan önemli bir bilim alt disiplini olarak ön plana çıkmaktadır. Baş ağrısı ise nöroloji kliniklerine başvuru nedenleri incelendiğinde en sık görülen yakınmalar arasındadır. Genel populasyonda baş ağrısının 1 yıllık prevalansı %46, yaşam boyu prevalansı ise %64 olarak bildirilmiştir(Tai et al., 2012). Yaşın ilerlemesi ile prevalansının azalmasına karşın, 65 yaş üstü bireylerde de baş ağrısı sık görülen yakınmalar arasında yer almaktadır(Mariecken et al., 2004). Etiyolojik faktörler açısından bakıldığında geriatrik populasyonda sekonder baş ağrılarının sıklığında gençlere oranla bir artış olduğu izlenmekteyse de geriatrik popülasyonda da primer baş ağrıları, sekonder baş ağrılarından daha sık görülmektedir(Prencipe et al., 2001).

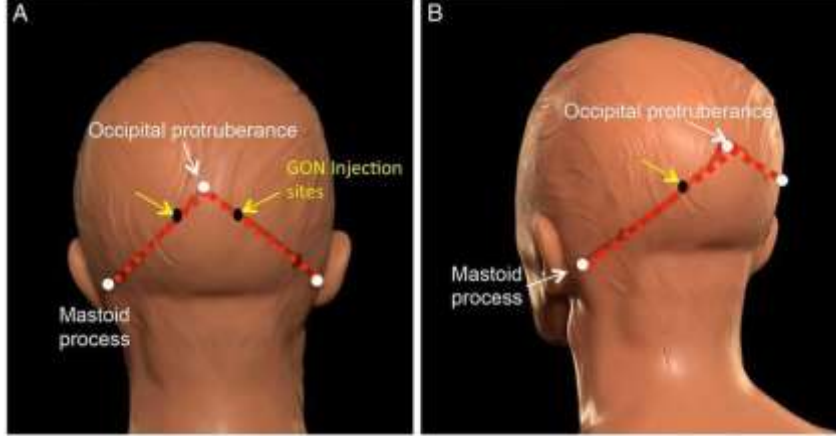
Henüz geriatrik populasyonda görülen baş ağrılarının tedavisi ile ilgili kılavuzlar oluşturulmamıştır. Baş ağrısında tedavi planı yapılırken de, geriatrik yaş grubunda görülebilecek birçok hastalık ve bunlara yönelik ilaç kullanımları söz konusu olabileceği için dikkatli olunması gereklidir. Primer baş ağrılarında tedaviyi akut, profilaktik ve ilaç dışı tedavi olarak yapmak mümkündür(Zarifoğlu et al., 2007). Akut ve profilaktik tedavide kullanılan birçok medikal ajanın geriatrik popülasyonda istenmeyen yan etkileri sıkça karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda geriatrik popülasyonda sık görülen bir durum olan polifarmasi varlığında ilaç-ilaç etkileşimi bir başka sorundur(Elmstahl & Linder, 2013). Ek olarak bazı hastalarda medikal tedaviye yeterli oranda cevap alınmamaktadır. Tüm bu nedenler göz önüne alındığında ilaç dışı tedavilerin uygun hastalarda denenmesi akılcı olabilir.

İlaç dışı tedavilerin başında da periferik sinir blokajları gelmektedir. Periferik sinir blokajları 30 yıldan uzun süredir, çok sayıda primer baş ağrısı bozukluğunda akut ve profilaktik tedavide kullanılmaktadır. Ağrılı durumlarda periferik sinir blokajları düşük konsantrasyonlu lokal anesteziğin selektif olarak duysal sinir liflerini bloke edebilme temeline dayanır. Sinir blokajı sonrasında oluşan uzamış analjezik etkinin santral ağrı modülasyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir(Özge et al., 2018). Büyük oksipital sinir (greater occipital nerve, GON) blokajı son zamanlarda kronik migren başta olmak üzere primer baş ağrılarında sıklıkla tercih edilen bir yöntem haline gelmiş ve etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir(Afridi et al., 2006). Bu veriler ışığında çalışmamızda primer baş ağrılı geriatrik hasta grubunda GON blokajı uygulamasının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya nöroloji polikliniğine nisan 2021 ile şubat 2022 tarihleri arasında başvurarak anamnez, nörolojik muayene ve kranial görüntülemelerle migren ve gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan ve medikal tedaviden yeterli yanıt alınmadığı için GON blokajı uygulanan 65 yaş ve üstü 19 hasta dahil edildi. GON blokajı uygulanan hastalara işlem hakkında ayrıntılı bilgi verildi ve onam alınarak arşivlendi. Hastalar ihtiyaç halinde atak tedavisi için analjezik tedavilerini kullandılar. Hastalardan profilaksi tedavisi alanlar (beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antidepresan vs.) türevleri tedavilerine devam ettiler. Kanama diyatezi olan hastalar, antikoagülan tedavi alanlar, lokal anestezi alerjisi olanlar, servikal ve kranial cerrahi geçirenler, nöromusküler disfonksiyonu olanlar, işlem bölgesinde enfeksiyonu olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar için sterilizasyon koşulları ve acil durum müdahale koşulları sağlandı. Girişim bölgesi antiseptik solüsyonla temizlendikten sonra protuberentia oksipitalis externa ile mastoid çıkıntı arasında çizilen hayali çizginin 1/3 mediyalinde oksipital arter palpe edilip iğne kemiğe ulaşınca geri çekilip, aspire edilip arter de olup olmadığı kontrol edilerek 2 ml %2 lidokain ile bilateral uygulandı (Şekil 1). Uygulama için 26 Gauge 13 mm iğne kullanıldı. Hasta 30 dakika kadar gözlem altında tutularak takip edildi. Blokaj işlemi bilateral olarak ilk 1 ay

haftada 1 kez olmak üzere 4 kez, 2.ve 3. aylarda ayda 1 kez olarak toplam 6 seans olarak planlandı. Bu plan dahilinde tedaviye başlanan 32 hastadan en az 3 seans uygulanmış 19 hastanın işlem öncesindeki hafta ve son uygulamadan sonraki haftaya ait ağrı şiddetini ölçen vizüel analog skala(VAS) skorları, atak sıklıkları ve analjezik kullanım sayıları kaydedildi.



Şekil 1: Büyük oksipital sinir blokajı uygulama tekniği

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, ortanca, en düşük frekans, en yüksek frekans ve standart sapma (SS) kullanıldı. Değişkenlerin normallik dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde ANOVA (normal dağılım için) ve Kruskal Wallis test (anormal dağılım için) kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test kullanıldı. Grupların karşılaştırılmasında p değeri 0.05 altındaki değerler anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

6'sı erkek 13'ü kadın 19 olgunun yaş ortalaması $71,53 \pm 5,4$ idi. Hastalardan 4'ü migren tanısı alırken 15'i gerilim tipi baş ağrısı kriterlerini karşılamaktaydı. İşlem yapılan hastalarda en sık tespit edilen komorbiditeler incelendiğinde ilk sırada %84 ile hipertansiyon olduğu gözlemlendi. Hipertansiyonu %58 ile koroner arter hastalığı takip etmekteydi. Hastalarda diabetes mellitus ve hiperlipidemi %47 oranında görülürken kronik obstrüktif akciğer hastalığı oranı %37 idi. Hastaların sahip olduğu nörolojik komorbiditeler incelendiğinde % 16 ile en sık olanının serebrovasküler olay olduğu gözlemlendi. Bunu %11 ile Parkinson hastalığı ve epilepsi takip etmekteydi. Hastaların %5'inde ise geçici iskemik atak öyküsü mevcuttu.

Hastalar tedavi öncesi ve sonrası ağrı özellikleri açısından değerlendirildiğinde tedavi öncesi haftalık ağrı atak sıklığı $3,21 \pm 0,85$, haftalık analjezik kullanım sayısı $4,37 \pm 1,34$ ve ortalama VAS skoru $7 \pm 0,78$ idi. Tedavi sonrası ise haftalık ağrı atak sıklığı $0,95 \pm 0,7$ 'ye, haftalık analjezik kullanım sayısı $1,26 \pm 0,99$ 'a ve ortalama VAS skoru $3,43 \pm 0,94$ 'a gerilediği gözlemlendi. Hastalarımıza uygulanan tekrarlayan GON blokajlarının sonunda tedavi öncesi döneme göre atak sıklığı, analjezik kullanımında azalma ve VAS skorlarında belirgin iyileşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($p < 0.001$). Hiçbir olguda belirgin bir yan etki görülmedi.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Genelde yaşla birlikte sekonder baş ağrılarının sıklığında bir artış olacağı öngörülmesine karşın ileri yaşlarda da, primer baş ağrıları, sekonder baş ağrılarında daha sık görülmektedir(Prencipe et al., 2001). Migren veya gerilim tipi baş ağrısı fenotipinde, ayırıcı tanının zor olduğu, semptomatik ağrılar da ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca kronik hastalıklar, primer baş ağrılarını kötüleştirebilmekte, epizodik formdaki ağrıların kronik günlük baş ağrısına dönüşümünü hızlandırabilmektedirler(Tonini & Bussone, 2010). Altmış beş yaş üstü 833 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %44.5, migren prevalansı %11 olarak belirlenmiştir(Prencipe et al., 2001).

Henüz geriatric popülasyonda görülen baş ağrılarının tedavisi ile ilgili kılavuzlar oluşturulmamıştır. Migren tedavisi yaşlı hastalarda, migren tedavisinde kullanılan preparatlar hastaların kronik hastalıkları nedeniyle alınan diğer ilaçlarla etkileşiminden zor olabilmektedir. Genel olarak bu yaşlarda semptomatik tedavide ilk seçenek parasetamol, ikinci seçenek non-steroidal antiinflamatuar ilaçlardır. Ancak non-steroidal antiinflamatuar kullanımı bu yaşlarda böbrek fonksiyon bozukluğu olasılığı arttığı için sınırlıdır. Triptan kullanımı yaşlılarda kontrendike değildir. Ancak asemptomatik de olsa geriatric hastalarda koroner arter hastalığı riski yüksek olduğundan, böyle bir sorun tanımlanmamış olanlarda bile, triptan kullanımı öncesi “stres testi” uygulanmalıdır(Mouskop A., 2009).

Geriatric grupta, profilaktik tedavide de dikkatli olunması gerekmektedir. Çoğu ilacın yarı ömrü uzun olabileceği için titrasyon yavaş uygulanmalıdır. İleri yaş grubu, ilaç yan etkilerine daha duyarlı olduğundan başlangıç dozu düşük tutulmalıdır(Mouskop A., 2009). Genç popülasyonda profilaksi tedavisinde kullanılan pek çok ajan yaşlılarda çeşitli yan etkiler gösterebilmektedir. Örneğin migren ve gerilim tipi baş ağrısı profilaksisinde ilk sırada tercih edilen trisiklik antidepressanlar ağız kuruluğu, kabızlık, üriner retansiyon ve kognitif yavaşlama gibi antikolinergik yan etkilerinin olması geriatric hastalarda tercih edilmemektedir. Bir kalsiyum kanal blokörü olan ve migren tedavisinde kullanılan flunarizine parkinsonizm riskini artırmaktadır. Ya da bir beta-blokör olan propranolol yaşlılarda daha sık görülen kardiyak aritmi varlığında kullanılamamaktadır. Ek olarak bazı hastalarda medikal tedaviye yeterli oranda cevap alınmamaktadır. Tüm bu nedenler göz önüne alındığında ilaç dışı tedavilerin uygun hastalarda denenmesi akılcı olabilir.

İlaç dışı tedavilerin başında periferik sinir blokajları gelmektedir. Periferik sinir blokajları dirençli baş ağrısı olgularında uzun yıllardır uygulanmaktadır. Ağrılı durumlarda periferik sinir blokajları düşük konsantrasyonlu lokal anesteziklerin selektif olarak duysal sinir liflerini bloke edebilme temeline dayanır. İdeal olarak motor fonksiyonlar korunur veya minimal etkilenir. Periferik sinir blokajlarının etkinlik süresi doza ve kullanılan anesteziklerin farmakokinetik özelliklerine bağlıdır. Klinik pratikte tahmin edilenden daha uzun etki gösterirler. Anestezik ajanın etkisinden daha uzun süreli olarak hastalarda haftalar veya aylar sürebilen iyilik hali sağlanabilmektedir. Sinir blokajı sonrasında oluşan uzamış analjezik etkinin santral ağrı modülasyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Baş ve boyun sinirlerinin blokajı, aynı zamanda bu sinirlerin innerve ettiği alan dışında kalan bölgelerdeki ağrılı sendromlarda da etki gösterebilir. Bu sonuç sıklıkla baş ve boyun nosiseptif sisteminde yakınlaşma (‘convergence’) konsepti ile (özellikle trigeminal ve üst servikal duysal aferentler arasında) açıklanmaktadır. Periferik sinir blokajlarının prosedürleri ile ilgili ne yazık ki yapılmış plasebo kontrollü çalışmalar yetersizdir. Bu açıdan hangi doz, hangi zaman aralığı ve uygulama metodunun kullanılması gerektiği hakkında henüz netlik yoktur(Özge et al., 2018).

Günlük pratikte en sık yapılan blokajlardan olan GON blokajı son zamanlarda kronik migren başta olmak üzere primer baş ağrılarında sıklıkla tercih edilen bir yöntem haline gelmiş ve etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir(Afridi et al., 2006). Günlük pratikte kullanılan lokal anestezikler düşük allerji

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

riski nedeni ile sıklıkla amid grubundadır (lidokain, mepivakain, bupivakain ve prilokain). Lidokainin %1 solüsyonu bulunmaktadır, etki 4-8 dk'da başlayıp, 1-2 saat sürmektedir. Bupivakainin %0,25-%0,50 solüsyonları daha uzun etkilidir ve etkisi 4-8 saat devam etmektedir. Klinisyenlerin çoğu her iki molekülü kombine kullanmaktadır. Kanıtlanmış etkinliği hakkında yeterli veri olmamasına rağmen pek çok klinisyen tedaviye kortikosteroid enjeksiyonunu (sıklıkla triamkolan veya metilprednizolon) da eklemektedir (Palamar et al., 2015). Biz de tüm bu veriler ışığında etkin ve güvenli bir yöntem olan GON blokajını polikliniğimize başvuran 65 yaş ve üstü 19 hastamıza uyguladık. Hastalarımıza uygulanan GON blokajlarının sonunda tedavi öncesi döneme göre atak sıklığı, analjezik kullanımında azalma ve VAS skorlarında belirgin iyileşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık ($p < 0.001$). Bununla birlikte hiçbir olguda belirgin bir yan etki gözlemlenmedi.

Sonuç olarak medikal tedavi alamayan veya uzun süre medikal tedavi almış ancak fayda görmeyen primer baş ağrılı geriatric hastalarda GON blokajının etkin ve güvenli olduğu gözlenmiştir. Uygulanması kolay, yan etkisi oldukça az, tedavi maliyetlerine katkısı yüksek olan bu yöntem uygun hastalarda tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- Afridi, S. K., Shields, K. G., Bhola, R., & Goadsby, P. J. (2006). Greater occipital nerve injection in primary headache syndromes—prolonged effects from a single injection. *Pain*, *122*(1–2), 126–129.
- Elmståhl, S., & Linder, H. (2013). Polypharmacy and inappropriate drug use among older people—A systematic review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, *5*(1).
- Mariecken, V., Capobianco, D., & Dodick, D. (2004). Headache in the elderly. *Seminars in Pain Medicine*, 123–128.
- Mouskop A. (2009). *Headache in the elderly In: Migraine and headache*.
- Özge, A., Uluduz, D., Yalin, O., Demirci, S., Karadas, O., Uygunoglu, U., & Siva, A. (2018). Chronic migraine: burden, comorbidities, and treatment. *Turkish Journal of Neurology*, *24*(2).
- Palamar, D., Uluduz, D., Saip, S., & Gul Erden. (2015). Ultrasound-guided greater occipital nerve block: an efficient technique in chronic refractory migraine without aura? *Pain Physician*, *18*, 153–162.
- Prencipe, M., Casini, A. R., Ferretti, C., Santini, M., Pezzella, F., Scaldaferrri, N., & Culasso, F. (2001). Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *70*(3), 377–381.
- Tai, M. L. S., Jivanadham, J. S., Tan, C. T., & Sharma, V. K. (2012). Primary headache in the elderly in South-East Asia. *Journal of Headache and Pain*, *13*(4), 291–297.
- Tonini, M. C., & Bussone, G. (2010). Headache in the elderly: primary forms. *Neurological Sciences*, *31*(1), 67–71.
- Zarifoglu, M., Guldogus, F., Gulec, S., & N. Uçkunkaya. (2007). *Baş ve Yüz Ağrıları*. Güneş Kitabevi.

GERİATRİK ÜROLOJİK ACİLLER: RETROSPEKTİF ANALİZ

Aydemir ASDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi, Üroloji A.B.D., Tıp Fakültesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Orcid No: 0000-0002-9141-6727

İsmail Emre ERGİN

Ar. Gör. Dr., Üroloji A.B.D., Tıp Fakültesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Orcid No: 0000-0002-3113-0533

Hüseyin SAYGIN

Dr. Öğr. Üyesi, Üroloji A.B.D., Tıp Fakültesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Orcid No: 0000-0002-6875-0882

Esat KORGALI

Prof. Dr., Üroloji A.B.D., Tıp Fakültesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Orcid No: 0000-0003-0318-0353

ABSTRACT

With the developments in modern medicine, while the human lifespan is increasing and the birth rate is decreasing, the rapid aging of the world population has become an important global demographic trend issue (1). In the last 40 years, there has been a ~65% increase in the world's population aged 65 and over. With the increase in the elderly population, their health problems are also emerging as important individual and social problems. In fact, the number of people with age-related diseases is increasing (3). Many older people experience illness, disability, and addiction with high costs for health and social care (4). In our daily work practice, the rates of hospitalization and follow-up in intensive care units of elderly patients, who have a significant number of emergency applications, are higher than other age groups. Other specialties related to the aging population draw attention to conditions such as dementia, as they tend to be more in the elderly population. However, Dugan et al. state that urology occupies a unique position in the importance of aged care. Giving appropriate diagnosis and treatment to geriatric urological emergency patients has an important place in reducing morbidity and mortality. In our study, we retrospectively analyzed the patients over the age of 65 who were admitted to the Urology Service from the Emergency Service of Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital between 2005 and 2021. Unfortunately, social awareness and institutional support for geriatric urological diseases and care is somewhat lacking compared to other medical problems more common in the elderly. Healing this weakness will require teamwork of urologists in the community and public institutions.

Key Words: Old, Urology, Emergency

ÖZET

Modern tıptaki gelişmelerle insan ömrü uzayıp doğum oranı azalırken, dünya popülasyonunun hızla yaşlanması önemli bir global demografik eğilim konusu haline geldi (1). Son 40 yılda dünyadaki 65 yaş ve üzeri nüfusta ~%65 artış meydana gelmiştir. Yaşlı popülasyonun artmasıyla onların sağlık problemleri de bireysel ve sosyal önemli problemler olarak ortaya çıkmaktadır. Esasen yaşla ilişkili hastalığı bulunan insanların sayısı artmaktadır (3). Çoğu yaşlı insan hastalığı, sakatlığı ve bağımlılığı sağlık ve sosyal bakım için yüksek maliyetlerle tecrübe etmektedirler (4). Günlük çalışma pratiğimizde acil başvuruları önemli sayıda olan yaşlı hastaların hastaneye yatma ve yoğun bakımlarda takip edilme oranları diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Yaşlanan popülasyonla ilgili diğer uzmanlıklar daha çok yaşlı popülasyonda olma eğiliminde olduğundan dolayı demans gibi durumlara dikkat çekerler. Ancak, Dugan ve arkadaşları yaşlı bakımının öneminde ürolojinin benzersiz bir pozisyonda olduğunu ifade ederler. Geriatrik ürolojik acil hastalara uygun tanı ve tedavilerin verilmesi morbidite ve mortalitenin azalmasında önemli bir yer tutmaktadır. Çalışmamızda 2005-2021 yılları

arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran 65 yaş üstü hastalardan Üroloji servisine yatışı yapılanları retrospektif olarak inceledik. Ne yazık ki, yaşlılarda daha yaygın olan diğer tıbbi problemlerle karşılaştırıldığında geriatrik ürolojik hastalıklara ve bakımlara sosyal farkındalık ve kurumsal destek kısmen azdır. Bu zayıflığı iyileştirmek toplumda ve kamu kurumlarında ürologların ekip içinde çalışmasını gerektirecektir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Üroloji, Acil

Giriş

Modern tıptaki gelişmelerle insan ömrü uzayıp doğum oranı azalırken, dünya popülasyonunun hızla yaşlanması önemli bir global demografik eğilim konusu haline geldi (1). Son 40 yılda dünyadaki 65 yaş ve üzeri nüfusta ~%65 artış meydana gelmiştir. 2050 yılında dünya nüfusunun ~%20'sinin 65 yaş ve üzeri nüfus tarafından oluşturulacağı tahmin edilmektedir. Ülkemiz için de TÜİK verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfusa oranı 2015 yılında 8,2% iken 2020'de 9,5%'dir. TÜİK tahminlerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfusa oranı 2025 yılında yaklaşık 11%, 2030 yılında yaklaşık %12,9, 2040 yılında yaklaşık %16,3, 2060 yılında yaklaşık %22,6 ve 2080 yılında yaklaşık %25,6'dır. Bu veriler de göstermektedir ki ülkemizde 9 yıl içinde 8 kişiden biri yaşlı olacaktır (2).

Yaşlı popülasyonun artmasıyla onların sağlık problemleri de bireysel ve sosyal önemli problemler olarak ortaya çıkmaktadır. Esasen yaşla ilişkili hastalığı bulunan insanların sayısı artmaktadır (3). Çoğu yaşlı insan hastalığı, sakatlığı ve bağımlılığı sağlık ve sosyal bakım için yüksek maliyetlerle tecrübe etmektedirler (4).

Günlük çalışma pratiğimizde acil başvuruları önemli sayıda olan yaşlı hastaların hastaneye yatma ve yoğun bakımlarda takip edilme oranları diğer yaş gruplarına göre daha fazladır.

Yaşlanan popülasyonla ilgili diğer uzmanlıklar daha çok yaşlı popülasyonda olma eğiliminde olduğundan dolayı demans gibi durumlara dikkat çekerler. Ancak, Dugan ve arkadaşları yaşlı bakımının öneminde ürolojinin benzersiz bir pozisyonda olduğunu ifade ederler. Onlara göre ürologlar idrar çıkarmanın kontrolü gibi yaşlı bireyler için sıklıkla çok özel olan, onların fiziksel ve duygusal olarak iyi olma halini etkileyen durumun kişiye özel olarak üstesinden gelirler (5). Drach and Griebing sonuçta bir çok yaşlı hasta tarafından arandığı üzere ürologları yaşlı sağlığının gizli sağlayıcıları olarak adlandırır (6). 2015 yılı tıbbi bakıma dahil olan verilere bakıldığında 65 yaş ve üstü hastaların yüzde dağılımı uzmanlık bazında nöroloji için 26.6% iken üroloji için 46.2% olarak tespit edilmiştir (6).

Yaşlanma insan organizmasındaki tüm sistemlerde değişiklikler meydana getirmekle beraber ürogenital sistemi de yakından etkilemektedir. 30-40' lı yaşlardan sonra böbrekler her 10 yılda kitlesinden %10 kadarını kaybetmektedir. Nefronların fonksiyonu azalır. Böbreklerin idrar konsantrasyonu ve dilüe etme yeteneği azalır. Böbrek kan akımı azalır. Genital sistemde atrofi, mukozalarda kuruluk olur. Üreme sistemi fonksiyonları geriler ve seksüel aktivite azalır. Erkeklerde prostat hiperplazisi görülür. Mesane ve perianal kaslarda gevşeme olur. Mesane kapasitesinde azalma olur. Duyu reseptörleri zayıflar. Renin-anjiyotensin-aldosteron aktiviteleri azalır (7, 8).

Metod

Geriatrik ürolojik acil hastalara uygun tanı ve tedavilerin verilmesi morbidite ve mortalitenin azalmasında önemli bir yer tutmaktadır.

Postrenal Akut Böbrek Yetmezliği ürolojik aciller arasında önemli bir yer tutmaktadır. Nedenleri ise başta benign prostat hiperplazisi olmak üzere prostat hastalıkları, travmalar, pıhtılara bağlı tıkanmalar, nörojenik nedenler, antikolinergikler, opiatlar ve alfa-adrenerjik antagonistler gibi ilaçlar sayılabilir (9). ABY tanısında ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi ultrasonografi olmakla beraber non kontrast bilgisayarlı tomografi de kullanılabilir. ABY gelişen hastada hastanın morbidite ve mortalitesi açısından acil diyaliz endikasyonunu belirlemek önemlidir. İlerleyici üremik veya metabolik ensefalopatiler, üremik perikardit, serum sodyum düzeylerinin 115 mEq/L altında olması veya 165

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

mEq/L üzerinde olması, kontrolsüz hiperkalemi, ciddi metabolik asidoz yaşamı tehdit eden bazı ilaç entoksikasyonları (salisilat, lityum, metanol vs) sayılabilecek acil diyaliz endikasyonlarıdır (10, 11).

Üriner sistem enfeksiyonları en sık bakteriyel kökenli olup yaşlı hastalarda üroloji acil pratiğinde sık karşılaşılan sorunlardır. Yaşla beraber özellikle distal tübül ve toplayıcı kanallarda yapısal olarak küçük divertiküller meydana gelmektedir. Bu yapısal değişikliğin bakterilerin yerleşmesinde ve enfeksiyon gelişiminde önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Enfeksiyon gelişiminin yaşlı hastalardaki predispozan sebepleri özellikle erkeklerde sık görülen prostat hastalıkları, yapılan girişimler, komorbid hastalıklar (diabet, malignansiler, vs), ilerlemiş nörolojik hastalıklar (inme sonrası görülen fiziksel yetersizlikler, immobilizasyon vs) enfeksiyon gelişimini arttıran faktörlerdir. Kadınlarda yaşla beraber asemptomatik bakteriüri sıklığı da artmaktadır (12).

Üriner sistem enfeksiyonu olan hastalar genellikle sıkışma, dizüri, hematüri, ateş ve kostovertebral aç hassasiyeti ile başvururlar. Tabloya yüksek ateş, bulantı ve kusmalar eşlik ediyorsa mutlaka akut pyelonefrit düşünülmelidir. Tanıda idrar analizleri yol gösterici olmakla beraber ileri araştırmalara da ihtiyaç duyulabilir. Özellikle yaşlı hastalarda erken tanı ve tedavi verilmemesi hasta açısından sepsis tablosuna kadar gidebilecek ciddi durumlara yol açabilir (12).

Ayrıca fournier gangrenine kadar gidebilen genital bölge enfeksiyonları görülebilir. Özellikle düşkünlüğün arttığı hijyen koşullarının azaldığı bakıma muhtaç altta yatan diabet gibi kronik hastalıkları olan yaşlılarda daha sık görülebilir.

Acil üroloji başvuru nedenlerinden hematürinin yaşlı bireylerde en sık nedenleri enfeksiyonlar ve üriner taş hastalığıdır. Mesane kanseri başta olmak üzere neoplaziler sık görülen bir diğer nedendir. Özellikle yaşlı erkek hastalarda prostata ait patolojiler de sık görülmektedir. Tanıda laboratuvar incelemeleri yanında ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi önemli yer tutmaktadır. Tedavi tanı konduktan sonra spesifik nedene göre yapılmalıdır.

Özellikle yaşlı hastalarda daha sık görülebilen önemli acil üroloji başvuru nedeni de akut üriner retansiyondur. Suprapubik ve/veya abdominal distansiyon ve şiddetli ağrıdan dolayı genelde ajitedirler. Yaşlı erkeklerde daha sıktır. Yaşlılarda en sık nedeni benign prostat hiperplazisi (BPH) olup erkeklerde en sık nedenler; BPH, prostat maligniteleri, fimosiz, parafimosiz, meatal stenoz, üretral strangülasyon, prostatit, taş hastalığıdır. Kadınlarda en sık nedenler; sistosel, ovaryan ve uterin tümörler, pelvik inflamatuvar hastalıklar, inkontinans cerrahileridir. Travmalar (mesane yaralanmaları, üretral yaralanmalar, spinal kord yaralanmaları vs), psikojenik nedenler, nörojenik hastalıklar (serebral vasküler hastalıklar, Parkinson hastalığı, multiple skleroz, nöropatiler, kranial tümörler, vs), postoperatif durumlar, enfeksiyonlar ve kullanılan bazı farmakolojik ajanlar (levodopa, alfa adrenerjikler, kinidin, beta adrenerjikler, amitriptilin, imipramin, opioitler, vs) akut üriner retansiyonun diğer nedenleridir. Tanıda ultrasonografi en sık kullanılan noninvaziv yöntemdir. Mesane kateterizasyonu (üretral veya suprapubik) ise hem tanı hem tedavi amaçlı kullanılan invaziv yöntemdir. Uzamış akut üriner retansiyon böbrek fonksiyon bozuklukları ile beraber elektrolit dengesizliklerine de yol açabilir (13, 14).

Acil geriatric üroloji başvurularından bir diğeri de renal koliktir. Tablo ağrının şiddetinden dolayı çok gürültülü olabilir. En sık nedeni üriner sistem taş hastalığı olmakla beraber nadiren ureteropelvik bileşkeyi tıkayan tümöral oluşumlar, nekrotizan papillit sonrası kopan papilla parçalarının meydana getirdiği obstrüksiyon, kan pıhtıları (travma, biyopsi, tümörler, renal infarktüs vs) gibi nedenler de renal koliğe yol açabilir. Hematüri vakaların çoğunda görülür. Lokalizasyonuna göre klinik farklılık gösterebilir. Bulantı ve kusma çoğu zaman eşlik eder. Yaşlılarda sıklıkla enfeksiyon tablosu da beraberinde görülür. Renal kolik; renal arter tıkanıklıkları ve aort anevrizması ile sık karışmaktadır. Bu durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır (15).

Sonuç

Aşağıda tabloda verildiği üzere 2005-2021 yılları arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran 65 yaş üstü hastalardan Üroloji servisine yatışı yapılanların sayısı toplamda 518'dir. Bu hastaların 421'i (%81.27) erkek, 97'si (%19.30) kadındır. Yaş ortalaması 74.6 olan 69 hasta post renal akut böbrek yetmezliği nedeni ile, yaş ortalaması 74.7 olan 77 hasta üriner enfeksiyon, yaş ortalaması 70.1 olan 10 hasta fournier gangreni,

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

yaş ortalaması 76 olan 145 hasta hematüri, yaş ortalaması 74.3 olan 56 hasta akut üriner retansiyon, yaş ortalaması 75.4 olan 146 hasta renal kolik ağrı, yaş ortalaması 73.7 olan 15 hasta da üriner travma nedeni ile yatırılmıştır.

	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (n)	Yaş (ort ± std. sp)
Post Renal Akut Böbrek Yetmezliği	63 (% 91.3)	6 (8.7)	69	74,6 ± 6.3
Üriner Enfeksiyon	53 (% 68.8)	24 (% 31.2)	77	74.7 ± 6.8
Fournier Gangreni	10 (% 100)	0 (% 0)	10	70.1 ± 3.9
Hematüri	134 (% 92.4)	11 (% 7.6)	145	76.0 ± 6.1
Akut Üriner Retansiyon	56 (% 100)	0 (% 0)	56	74.3 ± 5.5
Renal Kolik Ağrı	92 (% 63.0)	54 (%37.0)	146	75.4 ± 6.3
Üriner Travmalar	13 (%86.7)	2 (% 13.3)	15	73.7 ± 6.8

Ne yazık ki, diğer yaşlılarda daha yaygın olan tıbbi problemlerle karşılaştırıldığında geriatrik ürolojik hastalıklara ve bakımlara sosyal farkındalık ve kurumsal destek kısmen azdır. Bu zayıflığı iyileştirmek toplumda ve kamu kurumlarında üroloğun sıkı çalışmasını gerektirecektir. Bu gibi durumlar bir ekip tarafından yapıldığında daha kolay başarılır. Bu yüzden, bazı ülkelerde çoğu ürolog daha yaşlı ürolojik hastalar ve evde bakım hastalarının bakımı için dernekler kurmaya karar vermişlerdir. Örnek olarak 2014'te Kore Geriatrik Ürolojik Bakım Derneği kurulmuş. Derneğin kurulma amacı geriatrik ürolojideki araştırmaları yönlendirmek, ürolojik bakım çalışmalarını yönlendirmek ve halk sağlığı politikasını sağlamaktır.

Kaynaklar

1. Ezech AC, Bongaarts J, Mberu B. Global population trends and policy options. Lancet. 2012;380:142–148.
2. TÜİK, Haber Bülteni, 18 Mart 2021.
3. Ory MG, Wyman JF, Yu L. Psychosocial factors in urinary incontinence. Clin Geriatr Med. 1986;2:657–671.
4. Collerton J, Davies K, Jagger C, Kingston A, Bond J, Eccles MP, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. BMJ. 2009;339:b4904.
5. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Preisser JS, Davis CC, Bland DR, et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. J Am Geriatr Soc. 2001;49:462–465.
6. Drach GW, Griebing TL. Geriatric urology. J Am Geriatr Soc. 2003;51(7 Suppl):S355–S358.
7. Erdinçler DS. Yaşlıda Üriner Sistem ve Hastalıkları. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A Editörler. Cerrahpaşa İç Hastalıkları 1. Baskı İstanbul Medikal Yayıncılık İstanbul 2007. Sy 38-42.
8. Lerma EV. Anatomic and Physiologic Changes of the Aging Kidney. Clinics in Geriatric Medicine 2009, 25;3:325-329.
9. Kunt MM, Sivri B. Geriatrik Aciller. Kutsal YG Editör. Temel Geriatri 1. Baskı Güneş Tıp Kitabevleri Ankara 2007. Sy 193-197.
10. Yavuz A, Süleymanlar G. Akut Böbrek Yetmezliği. Kutsal YG Editör. Temel Geriatri 1. Baskı Güneş Tıp Kitabevleri Ankara 2007. Sy 649-661.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

11. Schlanger LE, Bailey JL, Sands JM. Geriatric Nephrology Old or New Subspecialty. Clinics in Geriatric Medicine 2009, 25; 3; 311-314.
12. Nicolle LE. Urinary Tract Infections in the Elderly. Clinics in Geriatric Medicine 2009,25;3:423-436.
13. Tseng TY, Stoller ML. Obstructive Uropathy. Clinics in Geriatric Medicine 2009,25;3:331-358.
14. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh Urology 2014, 2603.
15. Abdel-Kader K, Palevsky PM. Acute Kidney Injury. Clinics in Geriatric Medicine 2009,25;3:359-372.

TİROİDEKTOMİ AMELİYATI SONRASI YAŞLI BİREYİN BAKIM SÜRECİNDE: ROY ADAPTASYON MODELİ ve NANDA, NIC, NOC KULLANIMI: OLGU SUNUMU
IN CARE OF THE ELDERLY INDIVIDUAL AFTER THYROIDECTOMY SURGERY: USE OF ROY ADAPTATION MODEL AND NANDA, NIC, NOC: CASE REPORT

Banu CİHAN ERDOĞAN¹
Nurcan ÇALIŞKAN²

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi, Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Orcid Number: 0000 0001 8850 7460

²Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZET

Tiroid hastalıkları Türkiye'de yaygın olarak görülmektedir. Tiroid hastalıkları zamanında tedavi edilmediğinde ciddi ve kalıcı sorunlara neden olabilmektedir. Tiroidektomi, tiroid dokusunun kısmen ya da tamamen çıkartılması anlamına gelmekle birlikte dünyada en sık uygulanan cerrahi girişimlerden birisidir. Bu olguda; tiroidektomi sonrası Roy Adaptasyon Modeline göre verilerin toplanması, Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Sınıflaması North [American Nursing Diagnosis Association-International (NANDA-I)], Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması [Nursing Interventions Classification (NIC)] ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması [Nursing Outcomes Classification (NOC)] bağlantısı kurularak hemşirelik bakım sürecinin planlanması amaçlanmıştır. Bu olgunun verileri, Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak oluşturulan veri toplama formu ile toplanmıştır. Geliştirilen bu form doğrultusunda olgunun adaptasyon süreci incelenmiş ve NANDA' ya göre hemşirelik tanıları belirlenmiştir. NOC sonuçları, hedeflerin belirlenmesinde kullanılmıştır ve belirlenen NOC sonuçlarına uygun NIC girişimleri belirlenerek uygulanmıştır. Değerlendirmede NOC' un beş puanlı likert ölçeği kullanılmıştır. Olgunun bakım planında, NANDA-I Taksonomi II'de yer alan 10 hemşirelik tanısına, bu hemşirelik tanıları doğrultusunda uygun NIC girişimlerine ve NOC sonuçlarına yer verilmiştir. Olgu sunumunda Roy Adaptasyon Modeline göre geliştirilen veri toplama formunun tiroidektomi sonrası hastalarda kullanımının uygun olduğu saptanmıştır. Toplanan veriler doğrultusunda NANDA, NIC, NOC bağlantısının kurulmasının hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde sunulmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Tiroidektomi, Roy Adaptasyon Modeli, NANDA, NIC, NOC

ABSTRACT

Thyroid diseases are common in Turkey. Thyroid diseases can cause serious and permanent problems if not treated on time. Thyroidectomy, which means partial or complete removal of thyroid tissue, is one of the most frequently performed surgical procedures in the world. In this case; It is aimed to collect data according to Roy Adaptation Model after thyroidectomy and to plan the nursing care process by establishing a connection with NANDA, NIC and NOC. The data of this case were collected with a data collection form based on Roy Adaptation Model. In line with this developed form, the adaptation process of the case was examined and nursing diagnoses were determined according to NANDA. NOC results were used in the determination of targets and NIC interventions were applied by determining appropriate NOC results. The five-point Likert scale of NOC was used in the evaluation. In the care plan of the case, 10 nursing diagnoses in NANDA-I Taxonomy II, appropriate NIC interventions in line with these nursing diagnoses and NOC results were included. In the case report, it was determined that the data collection form developed according to Roy Adaptation Model is suitable for use in patients after thyroidectomy. In line with the collected data, it is thought that establishing the NANDA, NIC, NOC connection is effective in the systematic delivery of nursing care.

Keywords: Thyroidectomy, Roy Adaptation Model, NANDA, NIC, NOC

GİRİŞ

Tiroid hastalıkları dünya çapında ve Türkiye'de yaygın bir hastalık grubudur. Tedavi edilmeyen tiroid hastalıkları ciddi ve kalıcı sorunlara neden olabilmektedir (1). Tiroid dokusunun kısmen ya da tamamen çıkartılması anlamına gelen tiroidektomi, dünyada en sık uygulanan cerrahi girişimlerden birisidir (2). Bilateral total tiroidektomi, Multinodüler Guatr, Plonjuan Guatr, Graves Hastalığı, Multinodüler Toksik Guatr, Tiroit Maligniteleri gibi hastalıkların tanı veya tedavisinde uygulanmaktadır (3). Tiroid cerrahisi günümüzde kabul edilebilir güvenilirlikte bir tedavi modeli olup, bazı durumlarda postoperatif komplikasyon gelişme riski taşımaktadır (2). Tiroidektomi sonrası bazı komplikasyonların gelişme riskinin önlenmesinde hemşirelik bakımı önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin hastanın durumunu değerlendirmesi ve hastaların ameliyat sonrası bireysel ihtiyaçlarını karşılayan hasta merkezli bir bakım sunması gerekmektedir (4). Tiroidektomi sonrası hemşirelik bakımı planlanırken hastanın sadece fiziksel ve fonksiyonel uyumu değil psikolojik uyumu da dikkate alınmalıdır. Bakım sürecinin, hemşirelik teorisi, model ve sınıflama sistemi kullanarak bilimsel temele dayalı olarak oluşturulması ve uygulanması Tiroidektomi sonrası hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir.

Dünya'da birçok hemşirelik teorileri, modelleri ve sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Roy Adaptasyon Modeli (RAM), hemşirelik bakım planını standardize etmede yaygın olarak kullanılan modellerden biridir (5). Sınıflandırma sistemlerinden en sık kullanılanları, Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Sınıflaması [American Nursing Diagnosis Association-International (NANDA-I)], Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması [Nursing Interventions Classification (NIC)] ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması [Nursing Outcomes Classification (NOC)]'dır (6). Teori, model ve sınıflama sistemleri, hemşirelik bilgi içeriğini sistematik bir şekilde geliştirmekte, bakımda önemli bir yeri olan hemşireler arasında meydana gelen fikir çatışmalarını önlemekte, ekip içerisinde ortak bir dil oluşumunu sağlamakta ve hemşirelik bakımına pratik yaklaşımlar getirmektedir (7, 8). Bu olguda; tiroidektomi sonrası RAM'e göre verilerin toplanması, NANDA, NIC ve NOC bağlantısı kurularak hemşirelik bakım sürecinin planlanması amaçlanmıştır.

METOD

Çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğine tiroidektomi ameliyatı için yatırılan bir olgunun, ameliyat sonrası hemşirelik süreci aktarılmaktadır. Bu çalışmanın verileri, RAM temel alınarak oluşturulan veri toplama formu ile toplanmıştır. RAM'da birey, hem iç hem de dış uyaranlara cevap veren, içinde bulunduğu ortama fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uyum sağlamaya çalışan açık bir sistem olarak tanımlanmaktadır (7). Bu sistemler herhangi bir uyaran (bağlamsal, kalıcı ve odak) ile karşılaştığında bütünlüğü sürdürebilmek için baş etme süreçlerini kullanmaktadır. RAM'a göre bu süreçlerin kullanılması sonucunda dört alanda uyum davranışı ortaya çıkmakta ve etkili ya da etkisiz davranışlar olabilmektedir. Bunlar; benlik kavramı, rol fonksiyonu, fizyolojik alan ve karşılıklı bağlılık alanıdır (8). Veri toplama formunda RAM'a uygun bölümlere olgunun fiziksel muayene bulguları ve bazı ölçekler (düşme riski ölçeği, glaskow koma skalası, basınç ülseri değerlendirme ölçeği) yerleştirilmiştir. Geliştirilen bu form doğrultusunda olgunun adaptasyon süreci incelenmiş ve NANDA'ya göre hemşirelik tanıları belirlenmiştir. NOC sonuçları, hedeflerin belirlenmesinde kullanılmıştır ve belirlenen NOC sonuçlarına uygun NIC girişimleri belirlenerek uygulanmıştır. Değerlendirmede NOC'un beş puanlı likert ölçeği kullanılmıştır.

NANDA Taksonomi II alanlar, sınıflar ve hemşirelik tanıları olmak üzere üç düzeyi vardır. Taksonomi, 13 alan, 47 sınıf ve 279 mevcut tanıdan oluşmaktadır (9). NOC, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarını değerlendirmek için geliştirilmiş, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarını standardize eden, kapsamlı bir sınıflandırmadır. NOC, 490 sonuç içermektedir ve bu sonuçlar yedi alana ve 32 sınıfa ayrılmıştır. NOC sonuçları, alfabetik sırayla listelenmiştir ve her sonucun bir tanımı, hasta durumunun değerlendirilmesinde kullanılabilecek göstergeler listesi ve hedef çıktı derecelendirmesi bulunmaktadır. Bütün sonuçlarda beş puanlı Likert ölçeği kullanılmıştır. '5' derecelendirmesi her zaman en iyi olası puan ve '1' derecelendirmesi ise her zaman en kötü olası puandır. NOC sonuçları, sonuçların tanımlanmasını kolaylaştırmak için, kavramsal bir çerçevede kodlanmış bir taksonomide gruplandırılmıştır. NIC, hemşirelik girişimlerinin standardize edilmiş ayrıntılı bir sınıflandırmasıdır.

NIC hemşirelik girişimleri, yedi alan, 30 sınıf, 554 girişim ve yaklaşık 13.000 aktivite içermektedir (6). Çalışmanın yapılabilmesi için hastadan onam alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Tiroidektomi ameliyatı için hastaneye yatışı yapılan olgu 67 yaşında evli, dört çocuk annesi ve ev hanımıdır. Olgunun eşi ve iki çocuğu ile aynı evde yaşamaktadır. Olgunun herhangi bir zararlı madde kullanımı ve alerji öyküsü yoktur. Aile öyküsünde; annesi miyokart enfarktüsünden, kız kardeşi meme kanserinden, bir erkek çocuğu ise beyin kanamasından yaşamını yitirmiştir. Olgun yaklaşık beş aydır şiddetli boğaz ağrısı, yutkunma güçlüğünden şikayetçidir. Olgun, bu şikayetleri sebebi ile sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Olgunun, tiroidektomi ameliyatı için bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğine yatışı yapılmıştır.

TARTIŞMA

Tiroidektomi ameliyatı geçiren olgunun yaşam bulguları verilmiştir (Tablo 1). Bu olgu sunumunda olgunun verileri RAM doğrultusunda değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır (Tablo 2). Genel cerrahi kliniğinde 4 gün yatarak bakım ve tedavi gören olgunun bakım planında, “NANDA-I Taksonomi II”de yer alan Hemşirelik Tanıları”, “NIC” ve “NOC” sistemleri yer almaktadır. Olgunun bakım planında, NANDA-I Taksonomi II’de yer alan 10 hemşirelik tanısına (Tablo 3), bu hemşirelik tanıları doğrultusunda uygun NIC girişimlerine ve NOC sonuçlarına yer verilmiştir (Tablo 4). Olgun, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde iki kişilik hasta odasında yatarak bakım ve tedavi almıştır. Olgunun bakım ve tedavisinde genel cerrahi kliniğinde çalışan hemşireler, doktorlar ve diyetisyenler yer almıştır. Bu olgu sunumunda; uyku düzenindeki değişiklik, ağrılı yüz ifadesi, önceki faaliyetlere devam etme kabiliyetinde değişim ile kanıtlanan metabolik fonksiyon bozukluğu ile ilişkili kronik ağrı, yara iyileşmesi için protein/vitamin gereksinimlerinin artması, ağrı, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, BKİ’nin 18.2kg/m² olması ve diyet kısıtlamaları ile kanıtlanan besin alımında yetersizlik ile ilişkili beslenmede dengesizlik: gereksinimden az beslenme, anestezi sonrası durum, postoperatif immobilite ve düzensiz dışkılama alışkanlıkları ile kanıtlanan peristaltizmin azalması ile ilişkili konstipasyon riski, uyku düzeninde değişiklik, istenmeyen uyanma, gece sık idrara çıkma ve inkontinans ile kanıtlanan tahammül edilemeyen uyku düzeni ile ilişkili uyku örüntüsünde rahatsızlık, hastanın hastalık sonuçları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmesi ile kanıtlanan hastalığı hakkında yetersiz bilgi ile ilişkili bilgi eksikliği, uykusuzluk, yorgunluk, kötü bir şey olacağını bekleme, huzursuzluk, korku ve endişe ile kanıtlanan sağlık durumundaki değişikliklerle ilişkili anksiyete, IV kateter ve cerrahi ile kanıtlanan invaziv girişimlerle ilişkili enfeksiyon riski, halsizlik, baş dönmesi, anestezi sonrası durum, postoperatif immobilite ile kanıtlanan hareket kısıtlılığı ile ilişkili düşme riski, postoperatif immobilite ile kanıtlanan doku perfüzyonunun azalması ile ilişkili deri bütünlüğünde bozulma riski, vücut yapısındaki değişim, cerrahi girişim bölgesine bakmaktan kaçınma ve saklama ile kanıtlanan cerrahi girişim bölgesi ile ilişkili bozulmuş beden imajı bireyin bakımı sırasında önlem alınması gereken durumlar arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda, tiroidektomi sonrası hemşirelik bakımında birincil amaç; komplikasyonları mümkün olduğunca en aza indirmek, olgunun fonksiyonlarını en üst düzeye çıkararak, olguyu en kısa sürede fiziksel, mental, toplumsal ve mesleki yönden erişebileceği en üst düzeye ulaştırmaktır. Tiroidektomi ameliyatı sonrası RAM doğrultusunda, NANDA-I Taksonomi II, NIC ve NOC sistemlerinin kullanılması, Tiroidektomi ameliyatı sonrası bireyin gereksinimlerine sistematik bir şekilde yaklaşmayı ve nitelikli bakım uygulamalarını sunmayı sağlamıştır. NANDA-I Taksonomi II ve NIC ve NOC doğrultusunda hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasının, bakımın sistematik bir şekilde sunulmasına, bakım sonuçlarının değerlendirmesine, hastaların yaşam kalitesinin artırılmasına ve hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

TABLO 1: Olgunun yaşam bulguları	
Ateş (Aksillar)	36.2 ⁰ C
Nabız (Radyal)	84/dk
Solunum	18/dk
Kan Basıncı (Brakiyal)	120/85mmHg
sPO ₂	%96
Kan şekeri	82 mg/dL

TABLO 2: Roy Adaptasyon Modeline göre olgunun tanıtıcı özellikleri
Fizyolojik alan
Oksijenasyon: Olgunun solunum hızı, derinliği normaldir. Hastada nefes darlığı mevcuttur.
Beslenme: Olgunun beden kitle indeksi normal sınırlardadır. Son 6 ayda kilo kaybı/artışı olmamıştır. Olgu oral yolla, R2 diyet ile beslenmekte ve günlük 2000ml sıvı almaktadır. Olguda bulantı ve kusma mevcuttur. Olgunun bağırsak sesleri normaldir.
Eliminasyon: Olgunun idrar rengi ve miktarı normal özelliktedir. Olgu her gün düzenli olarak defekasyon ihtiyacını karşılamaktadır fakat iki gündür defekasyona çıkamamıştır.
Aktivite ve Dinlenme: Olgu normalde yardım almadan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmektedir. Sadece Post-op 1. günde olduğu için günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmaktadır. Olgu uykuya dalmakta güçlük çekmekte, geceleri sık idrara çıkma ve hastalığının sonuçlarının kötü olacağı düşüncesi ile uykusuzluk yaşamaktadır.
Korunma: Olgu post-op 1. günde olduğu için düşme riski bulunmaktadır. Olguda ortostatik hipotansiyon ve baş dönmesi mevcuttur.
Duyular: Olgunun koku alma, görme, işitme, dokunma ve tat alma duyuları normaldir.
Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi: Olguda herhangi bir sıvı elektrolit ve asit baz dengesizliği mevcut değildir.
Nörolojik Fonksiyonlar: Olgunun nörolojik fonksiyonları normaldir.
Endokrin Fonksiyon: Olgunun nörolojik fonksiyonları normaldir.
Benlik kavramı alanı
Olgu, kendisini gayet iyi ve sağlıklı hissettiğini belirtmektedir. Sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini ve onun dışında başka bir uygulama yapmadığını belirtmektedir. Ameliyattan dolayı kendisini yorgun ve ağrılı hissettiğini ve patoloji sonucunun kötü çıkma düşüncesinin kendini kötü hissetmesine neden olduğunu, hastalandığından beri kendisini huzursuz hissettiğini belirtmektedir. Ameliyat sonrası boğazındaki yara yerini gördüğünde kendisini

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

fiziksel olarak kötü görmeye başladığını belirtmektedir. Günlük hayatında yapmış olduğu uygulamalarda belli bir düzen içerisinde hareket ettiğini belirtmektedir. Hastalandığından beri cinsellik açısından kendisinde bir değişiklik hissetmediğini belirtmektedir. Hastalık sürecinde, uzun süre boğaz ağrısı çektiğini, bu sürecin onu çok yıprattığını, zaman zaman uykusundan boğaz ağrısı ve nefes almada güçlük ile uyandığını belirtmektedir. Ameliyat sonrası kanser çıkmaktan ve ses kısıklığı yaşamaktan dolayı endişe duyduğunu belirtmektedir. Hastalığın üstesinden gelme konusunda zorluk çektiğini belirtmektedir. Hastalığından kurtulmak için her namazının arkasından dua ettiğini, yaşamayı sevdiğini, ölümün Allahtan geldiğini fakat yine de ölümden korktuğunu belirtmektedir. Yaşama dair tek amacının sağlıklı bir şekilde çocuklarının yanında olabilmek olduğunu belirtmektedir.

Rol fonksiyonu alanı

Olgu, ev hanımıdır ve evin geçimi eşi tarafından sağlanmaktadır. Evde eşi ve çocuğuyla yaşamaktadır. Annesini, oğlunu ve kardeşini kaybetmiştir. Olgunun ailedeki rolünü yerine getirebilme yeteneği bulunmaktadır. Ailesi hastalığı ile başetmede destek sağlamaktadır. Kendisini iyi hissetmediği durumlarda bile ev işlerini yapmak zorunda olmanın onu çok yorduğu fakat anne ve eş rollerinden dolayı bunları yapmak zorunda olduğunu belirtmektedir. Olgu, bütün sorumluluklarını eskisine göre zorda olsa yerine getirmeye çalıştığını belirtmektedir.

Karşılıklı bağlılık alanı

Olgu, hastalığını ailesiyle, arkadaşlarıyla paylaştığını ve hastalığını anladıklarını belirtmektedir. Hastalandığından beri çevresindeki kişilerle iletişime geçmekte zorlandığını belirtmektedir. Çevresindeki bireylerin ise kendisine olan yaklaşımlarını pozitif olarak değerlendirmektedir.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

TABLO 3: Olgunun NANDA-I Taksonomi II'ye göre hemşirelik tanıları			
Tanı Kodu	Alan	Sınıf	Hemşirelik tanısı (NANDA)
00133	Alan 12. Konfor	Sınıf 1. Fiziksel Konfor	Uyku düzenindeki değişiklik, ağrılı yüz ifadesi, önceki faaliyetlere devam etme kabiliyetinde değişim ile kanıtlanan metabolik fonksiyon bozukluğu ile ilişkili Kronik Ağrı
00002	Alan 2. Beslenme	Sınıf 1. Yeme	Yara iyileşmesi için protein/vitamin gereksinimlerinin artması, ağrı, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, BKİ'nin 18.2kg/m ² olması ve diyet kısıtlamaları ile kanıtlanan besin alımında yetersizlik ile ilişkili Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az Beslenme
00015	Alan 3. Boşaltım ve Gaz Değişimi	Sınıf 2. Gastrointestinal Fonksiyon	Anestezi sonrası durum, postoperatif immobilité ve düzensiz dışkılama alışkanlıkları ile kanıtlanan peristaltizmin azalması ile ilişkili Konstipasyon Riski
00198	Alan 4. Aktivite/Dinlenme	Sınıf 1. Uyku/Dinlenme	Uyku düzeninde değişiklik, istenmeyen uyanma, gece sık idrara çıkma ve inkontinans ile kanıtlanan tahammül edilemeyen uyku düzeni ile ilişkili Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık
00126	Alan 5. Algısal/Bilişsel	Sınıf 4. Bilişsel	Hastanın hastalık sonuçları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmesi ile kanıtlanan hastalığı hakkında yetersiz bilgi ile ilişkili Bilgi Eksikliği
00146	Alan 9. Başetme/Stres Toleransı	Sınıf 2. Başetme Yanıtları	Uykusuzluk, yorgunluk, kötü bir şey olacağını bekleme, huzursuzluk, korku ve endişe ile kanıtlanan sağlık durumundaki değişikliklerle ilişkili Anksiyete
00004	Alan 11. Güvenlik/Koruma	Sınıf 1. İnfeksiyon	IV kateter ve cerrahi ile kanıtlanan invaziv girişimlerle ilişkili Enfeksiyon Riski
00303	Alan 11. Güvenlik/Koruma	Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma	Halsizlik, baş dönmesi, anestezi sonrası durum, postoperatif immobilité ile kanıtlanan hareket kısıtlılığı ile ilişkili Yetişkinlerde Düşme Riski
00047	Alan 11. Güvenlik/Koruma	Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma	Postoperatif immobilité ile kanıtlanan doku perfüzyonunun azalması ile ilişkili Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski
00118	Alan 6. Benlik Algısı	Sınıf 3. Beden İmajı	Vücut yapısındaki değişim, cerrahi girişim bölgesine bakmaktan kaçınma ve saklama ile kanıtlanan cerrahi girişim bölgesi ile ilişkili Bozulmuş Beden İmajı

(9)

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

TABLO 4: Olguya RAM doğrultusunda, NANDA-I Taksonomi II, NIC ve NOC sistemlerinin kullanılması ile verilen hemşirelik bakım planı

Davranış	Uyaran	Hemşirelik tanısı (NANDA)	Hemşirelik sonuçları (NOC)	Hemşirelik girişimleri (NIC)	Değerlendirme
Uyku düzenindeki değişiklik, ağrılı yüz ifadesi olması, önceki faaliyetlerine devam etmede zorlanma	Odak uyaran- Tiroid Nodülü Etkileyen uyaran- Metabolik fonksiyon bozukluğu	00133- Kronik Ağrı	2102 Ağrı Seviyesi: Hastanın ağrı şiddetinin azaldığını ifade etmesi (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 1605 Ağrı kontrolü: Hastanın ağrı kontrolü için kişisel eylemleri sürdürebildiğini ifade etmesi (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 2101Ağrı: Yıkıcı	1400-Ağrı Yönetimi <ul style="list-style-type: none"> Ağrının yerini, özelliğini, başlangıcını/süresini, sıklığını, niteliğini, yoğunluğunu ya da şiddetini ve ağrıyı arttıran faktörleri içeren kapsamlı bir değerlendirme yapıldı. Hastanın ağrı hakkındaki bilgi ve inançları incelendi. Ağrıya tepkide kültürel etkileri göz önünde bulunduruldu. Ağrı deneyiminin yaşam kalitesi üzerine etkileri (uyku, iştah, aktivite, ruh hali, ilişkileri, rol sorumlulukları) tanımlandı. Ağrıyı azaltan ya da arttıran faktörler hasta ile birlikte incelendi. Kronik ağrı ya da işlev kaybı ile sonuçlanan, bireysel ya da ailesel ağrı öyküsünü içeren ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri hasta ile birlikte uygun şekilde değerlendirildi. Sağlık ekibi ve hasta ile birlikte, daha önce kullanılan ağrı kontrol önlemlerinin etkinliği değerlendirildi. Ağrıdaki değişimler izlendi. Ağrının nedeni, ne kadar süreceği ve işlemden dolayı beklenen rahatsızlık miktarı gibi ağrı hakkında bilgi sağlandı. Ağrının hafiflemesini/giderilmesini kolaylaştıracak çeşitli yöntemler (farmakolojik, dikkatin faklı yöne çekilmesi) uygun şekilde seçildi. Kendi ağrısını izlemesi ve uygun şekilde müdahale etmesi için hasta cesaretlendirdi. Tanımlanan analjezikleri kullanarak bireyin ağrısının optimal düzeyde azalması sağlandı. Ağrının hafifletilmesi/azaltılmasını kolaylaştırmak için yeterli dinlenme/uyku sağlandı. Ağrı deneyimini tartışabilmesi için hasta uygun şekilde 	2102 Ağrı Seviyesi: Hasta ağrı şiddetinin azaldığını ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 1605 Ağrı kontrolü: Hasta ağrı kontrolü için kişisel eylemleri sürdürebildiğini ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 2101Ağrı: Yıkıcı etkiler: Hasta kronik ağrının yıkıcı etkilerinin günlük işlevselliğin üzerindeki etkilerinin azaldığını ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			<p>etkiler: Hastanın kronik ağrının yıkıcı etkilerinin günlük işlevselliğin üzerindeki etkilerinin azaldığını ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>	<p>cesaretlendirildi. 6040-Gevşeme Terapisi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gevşemenin gerekçesi, yararları, sınırlılıkları ve kullanılabilircek gevşeme çeşitleri (örn; müzik, ritmik soluk alma) tanımlandı. • Belirli bir gevşeme stratejisi seçmeden önce bireyin katılmak için istekliliği, katılma yeterliliği, tercihi, geçmiş deneyimleri dikkate alındı. • Seçilen gevşeme girişiminin ayrıntılı tanımı yapıldı. • Mümkün olduğunda, loş ışıklı, uygun sıcaklıkta, sessiz ve rahatsız edici olmayan bir çevre oluşturuldu. • Derin nefes alma, esneme, karın solunumu yapma ya da huzurlu bir görüntü oluşturma gibi gevşeme sağlayacak davranışları ortaya çıkarıldı. • Gevşeme tekniği hastaya gösterildi ve uygulandı. • Seçilen tekniklerin sık sık tekrarlanması ya da uygulanması için hasta cesaretlendirildi. • Uygun şekilde, gevşeme ağrı kesici ilaçlarla ya da diğer önlemlerle birlikte bir destekleyici strateji olarak kullanıldı. 	<p>(2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>
<p>Ağrı, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, BKI'nin 18.2kg/m² olması ve diyet kısıtlamalarının olması</p>	<p>Odak uyarın- Tiroid Nodülü</p> <p>Etkileyen uyarın- Besin alımında yetersizlik</p>	<p>00002-Beslenmede Dengesizlik: Gerekisiminden Az Beslenme</p>	<p>1014 İştah: Hastanın hastalık durumunda ve tedavi olurken iştahının yerinde olduğunu ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi</p>	<p>1100-Beslenme Yönetimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın beslenme durumu ve beslenme gereksinimlerini karşılama yeteneği belirlendi. • Hastanın herhangi bir besin alerjisi olup olmadığı sorgulandı. • Hastanın besin tercihleri belirlendi. • Beslenme ihtiyacı hakkında hasta bilgilendirildi. • Beslenme gereksinimlerini karşılamak için gerekli olan besin tipleri ve kalori miktarları tanımlandı. • Diyet ayarlaması için diyetisyenden yardım alındı. • Hasta yakınları hastanın diyetine uygun sevdiği yemekleri getirmeleri konusunda cesaretlendirildi. • Yapılması gereken diyet değişiklikleri konusunda hasta bilgilendirildi. (sıvı ve yumuşak gıda) • Besin ağırlıklı aparatif alması önerildi. 	<p>1014 İştah: Hasta hastalık durumunda ve tedavi olurken iştahının yerinde olduğunu ifade etti.</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>1004 Beslenme Durumu:</p>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			<p>(1) Tehlikede</p> <p>1004 Beslenme Durumu: Hastanın metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilmek için besinlerin ölçüsünü belirleyebildiğini ifade etmesi</p> <p>(5) Ciddi olarak iyi (4) Oldukça iyi (3) Orta derecede iyi (2) Hafif derecede iyi (1) Tehlikede</p> <p>1009 Beslenme durumu: besin alımı: Hastanın besin alımı alışkanlıklarının yeterli olduğunu ifade etmesi</p> <p>(5) Ciddi olarak iyi (4) Oldukça iyi (3) Orta derecede</p>	<ul style="list-style-type: none"> Konstipasyonu önlemek için diyetin lif oranı yüksek olan besinler içerdiğinden emin olundu. Hasta diyet alımı ve kalori izlemi konusunda bilgilendirildi. <p>1240- Kilo Almanın Desteklenmesi</p> <ul style="list-style-type: none"> Düşük vücut ağırlığının olası nedenleri tartışıldı. Bulantı ve kusma açısından izlendi. Bulantı ve/veya kusmanın nedenleri belirlendi ve uygun şekilde tedavi edilmesi sağlandı. Daha fazla kalori alımı için teşvik edildi. Kalori alımının nasıl artırılacağı konusunda bilgi verildi. Çeşitli yüksek-kalorili besleyici gıda seçenekleri konusunda bilgi verildi. Hastanın kişisel, kültürel ve dinsel tercihlerinden etkilenen gıda tercihleri göz önüne alındı. Yemeklerden önce gereken şekilde ağız bakımı sağlandı. Hastanın yemesine veya beslenmesine uygun şekilde yardımcı olundu. Hasta için uygun gıdalar sağlandı. Yemek zamanlarında keyifli ve dinlendirici bir ortam oluşturuldu. Hasta ve aileyle yetersiz beslenmeye katkıda bulunan sosyoekonomik faktörler tartışıldı. Hasta ve aile ile algılarını veya yeme arzusuna ya da yeteneğine engel olan faktörler tartışıldı. Hasta ve ailesine uygun şekilde öğün planlama öğretildi. <p>1030- Yeme Bozukluklarının Yönetimi</p> <ul style="list-style-type: none"> Hedef kiloya ulaşmak ve/veya korumak için gerekli günlük kalori alımını belirlemek için diyetisyen ile görüşüldü. Hasta diyetisyen ile gıda tercihlerini tartışmaya teşvik 	<p>Hasta metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilmek için besinlerin ölçüsünü belirleyebildiğini ifade etti.</p> <p>(5) Ciddi olarak iyi (4) Oldukça iyi (3) Orta derecede iyi (2) Hafif derecede iyi (1) Tehlikede</p> <p>1009 Beslenme durumu: besin alımı: Hasta besin alımı alışkanlıklarının yeterli olduğunu ifade etti.</p> <p>(5) Ciddi olarak iyi (4) Oldukça iyi (3) Orta derecede iyi (2) Hafif derecede iyi (1) Tehlikede</p>
--	--	--	---	--	--

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede	edildi. • Günlük kalori alımı izlendi. • Hastanın kilo alma, kilo verme ve yeme ile ilişkili davranışları izlendi. • Sağlıklı bir vücut ağırlığı ile uyumlu bir benlik saygısı geliştirmek için hastaya destek sağlandı.	
Ameliyat sonrası hareket kısıtlılığının olması, düzensiz dışkılama alışkanlıkları	Odak uyarın- Tiroid Nodülü Etkileyen uyarın- Peristaltizmin azalması	00015- Konstipasyon Riski	0501 Bağırsak boşaltımı: Hastanın bağırsak boşaltımını düzenli olarak sağlayabildiğini ifade etmesi (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede	0450- Konstipasyon / Fekal Tıkaç Yönetimi • Kabızlık belirti ve bulguları izlendi. • Tıkaç /sıkışma belirti ve bulguları izlendi. • Uygun şekilde dışkının rengi, şekli, hacmi, sıklığı, kıvamı ve bağırsak hareketleri izlendi. • Bağırsak sesleri dinlendi. • Hastaya problemin nedeni ve aktivitelerin gerekçesi açıklandı. • Konstipasyona sebep olan veya katkıda bulunan faktörler (tıbbi tedavi, yatak istirahati, diyet) tanımlandı. • İlaç profili gastrointestinal yan etkileri bakımından değerlendirildi. • Uygun şekilde bir tuvalete çıkma programı oluşturuldu. • Sıvı alımını artırmaya teşvik edildi. • Gaitanın rengi, miktarı, sıklığını ve kıvamını kaydetme hastaya ve ailesine öğretildi. • Uygun şekilde yüksek lifli diyet hastaya/ailesine öğretildi. • Hastaya/ailesine konstipasyon/fekal tıkaç ile diyet, sıvı alımı ve egzersiz arasındaki ilişki hakkında öğretim yapıldı. • Alınan besinin içeriği değerlendirildi. • Normal sindirim süreçlerini hasta veya ailesine öğretildi.	0501 Bağırsak boşaltımı: Hasta bağırsak boşaltımını düzenli olarak sağlayabildiğini ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede
Gece sık idrara çıktığını belirtmesi ve	Odak uyarın- Tiroid Nodülü	00198- Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık	2002 Kişisel refah: Hastanın sağlık	1850- Uykunun Güçlendirilmesi • Hastanın uyku/aktivite örüntüsü belirlendi. • Bakımı hastanın uyku/uyanıklık döngüsüne göre uygun	2002 Kişisel refah: Hasta sağlık durumunu ve yaşam koşullarını

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

geceleeri, hastalığının sonuçlarının kötü olacağı düşüncesinin aklından çıkmadığını belirtmesi	Etkileyen uyarın- Sık sık uyanma		<p>durumunu ve yaşam koşullarını olumlu algıladığını ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>0004 Uyku: Hastanın düzenli bir uyku örüntüsüne sahip olduğunu ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>	<p>şekilde planlandı.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastalık, psikososyal stres v.b. süresince yeterli uykunun önemi açıklandı. Hastanın ilaçlarının uyku örüntüsü üzerine etkileri belirlendi. Hastanın uyku örüntüsü ve uyku saatleri izlendi. Uykuyu kesintiye uğratan fiziksel (ağrı/rahatsızlık, sık idrara çıkma) ve/veya psikolojik (korku veya anksiyete) durumları dikkate alındı. Hastaya uyku örüntülerini izleme öğretildi. Uykuyu geliştirmek için ortam (ışık, ses, ısı, yatak, yorgan) düzenlendi. Uyanıklıktan uykuya geçişi kolaylaştırmak için bir “yatma zamanı rutini” oluşturması konusunda hasta cesaretlendirildi. Yatma zamanından önce stresli durumların ortadan kaldırılmasına yardım edildi. Uykuyu kolaylaştıran ya da engelleyen durumları belirlemek için yatma zamanı tüketilen yiyecek ve içecekler izlendi (çay). Yatma zamanında uykuyu bölen yiyecek ve içeceklerden kaçınması konusunda hasta bilgilendirildi. Uyanıklık durumunu geliştirmek için uygun aktiviteler sağlayarak hastanın gündüz uykularını sınırlandırmasına yardım edildi. Uykuyu getirecek, kas gevşemesi ya da diğer non-farmakolojik yöntemleri nasıl uygulayacağı hastaya öğretildi. İlaç uygulama saatleri hastanın uyku döngüsünü destekleyecek şekilde düzenlendi. Hasta ve ailesi ile uykuyu güçlendirme teknikleri tartışıldı. 	<p>olumlu algıladığını ifade etti.</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>0004 Uyku: Hasta düzenli bir uyku örüntüsüne sahip olduğunu ifade etti.</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>
Hastanın hastalık sonuçları	Odak uyarın- Tiroid Nodülü	00126- Bilgi Eksikliği	1803 Bilgi: hastalık süreci: Hastanın hastalık	5602- Öğretim: Hastalık Süreci • Hastanın ilgili hastalık süreci hakkındaki mevcut bilgi düzeyi değerlendirildi.	1803 Bilgi: hastalık süreci: Hasta hastalık süreci hakkında yeterli

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmesi	Etkileyen uyarın- Hastalık hakkında yetersiz bilgi		süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmesi (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın durum hakkındaki bilgisi gözden geçirildi. Hastanın durum hakkındaki bilgisinin doğruluğu onaylandı. Hastalığın yaygın görülen belirti ve bulguları uygun şekilde tanımlandı. Hastanın semptomları yönetmek için halen neler yaptığı incelendi. Hastalık süreci uygun şekilde açıklandı. Durum hakkında hastaya uygun şekilde bilgi sağlandı. Hastanın fiziksel durumundaki değişiklikleri belirlendi. Boş güvence vermekten kaçınıldı. Hastalığın seyri / gidişatı hakkında aileye ve yakınlarına uygun şekilde bilgi sağlandı. Mevcut tanısal işlemler hakkında uygun şekilde bilgi sağlandı. Olabilecek kronik komplikasyonlar uygun şekilde tanımlandı. Tedavi/ uygulanabilecek işlem seçenekleri tartışıldı. Hastaya hangi belirti ve bulguları sağlık personeline bildirmesi gerektiği konusunda uygun şekilde öğretim yapıldı. 	bilgiye sahip olduğunu ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede
Kötü bir şey olacağını beklemesi, korktuğunu, endişeli, huzursuz ve uykusuz olduğunu belirtmesi	Odak uyarın- Tiroid Nodülü Etkileyen uyarın- Sağlık durumundaki değişiklikler	00146- Anksiyete	1211 Anksiyete düzeyi: Hastanın anksiyete düzeyinin azaldığını ifade etmesi (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede	5820-Anksiyetenin Azaltılması <ul style="list-style-type: none"> Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanıldı. Hastadan beklenen davranış açık olarak ifade edildi. Tüm işlemler, işlemler sırasında neler hissedebileceği açıklandı. Stresli bir durum hastanın bakış açısından anlamaya çalışıldı. Tanı, tedavi ve prognoza ilişkin gerçekçi bilgi sağlandı. Korkuyu azaltmak ve güveni geliştirmek için hastanın yanında kalındı. Aile hastanın yanında kalması için uygun bir şekilde cesaretlendirildi. Uygun şekilde sırt/boyun masajı yapıldı. Tedavi malzemeleri görüş alanının dışında tutuldu. 	1211 Anksiyete düzeyi: Hasta anksiyete düzeyinin azaldığını ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 1402 Kendi kendine anksiyete kontrolü:

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			<p>iyi (1)Tehlikede</p> <p>1402 Kendi kendine anksiyete kontrolü: Hastanın anksiyete kontrolünü kendi kendine sağlayabildiğini ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dikkat ve ilgiyle dinlendi. • Duyguları, algılamaları ve korkuları sözelleştirmesi için cesaretlendirildi. • Anksiyete yaratabilecek durumların tanınması için hastaya yardım edildi. • Uygun savunma mekanizmalarının kullanımı desteklendi. • Beklenen/ yaklaşan bir olayı (patoloji sonucu) gerçekçi bir şekilde tanımlaması/ sözel olarak ifade etmesi için hastaya yardım edildi. • Hastanın karar verme yeterliliği tanımlandı. • Gevşeme tekniklerinin kullanımı hakkında hastaya öğretim yapıldı. • Anksiyetenin sözel ve sözel olmayan belirtileri değerlendirildi. 	<p>Hasta anksiyete kontrolünü kendi kendine sağlayabildiğini ifade etti.</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>
IV kateter ve cerrahi girişim	<p>Odak uyarın- Tiroid Nodülü</p> <p>Etkileyen uyarın- İnvaziv girişimler</p>	<p>00004- Enfeksiyon Riski</p>	<p>0703 Enfeksiyon Şiddeti: Hastanın enfeksiyon şiddeti, semptomları ve korunma yollarını bildiğini ve uyguladığını ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak</p>	<p>6550- Enfeksiyondan Koruma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfeksiyonun lokalize ve sistemik belirti ve bulguları izlendi. • Enfeksiyona yatkınlığı izlendi. • Ziyaretçilerin sayısı uygun şekilde sınırlandı. • Hastada asepsi sürdürüldü. • Cilt ve müköz membranlar kızarıklık, aşırı sıcaklık ya da drenaj yönünden gözlemlendi. • Cerrahi insizyonun durumu gözlemlendi. • Dinlenmeye teşvik edildi. • Enerji düzeyindeki değişim ya da halsizlik yönünden izlendi. 	<p>0703 Enfeksiyon Şiddeti: Hasta enfeksiyon şiddeti, semptomları ve korunma yollarını bildiğini ve uyguladığını ifade etti.</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi</p>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			<p>iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derin solunum ve öksürmeye uygun şekilde teşvik edildi. • Antibiyotikleri tanımlandığı şekilde alması için hastaya öğretim yapıldı. • Antibiyotik kullanımı tanımlandığı şekilde sürdürüldü. • Hasta ve hastanın ailesine viral ve bakteriyel enfeksiyonlar arasındaki farklar öğretildi. • Hastaya ve aileye enfeksiyonun belirti ve bulguları ve ne zaman sağlık çalışanlarına bildirmeleri gerektiği öğretildi. • Hasta ve aile üyelerine enfeksiyonları nasıl önleyecekleri öğretildi. • Taze çiçekler ve bitkiler hastanın bulunduğu alanlardan uygun şekilde uzaklaştırıldı. 	(1)Tehlikede
Postoperatif immobilite, halsizlik ve baş dönmesi	<p>Odak uyarın- Tiroid Nodülü</p> <p>Etkileyen uyarın- Hareket kısıtlılığı</p>	<p>00303-Yetişkinlerde Düşme Riski</p>	<p>0212 Koordineli hareket: Hastanın koordineli hareket edebildiğini ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>1909 Düşmeyi Önleme Davranışı: Hastanın çıkabilecek risk</p>	<p>6490- Düşmeyi Önleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Özel bir ortamda, hastanın düşme riskini arttıracılabilecek bilişsel ya da fiziksel sınırlılıklar belirlendi. • Düşme riskini etkileyen davranış ve faktörler belirlendi. • Hasta ve ailesinin düşme öyküsü incelendi. • Düşme riskini artırabilecek çevresel özellikler belirlendi. • Hareketle birlikte, yürüyüş şekli, denge ve yorgunluk seviyesi izlendi. • Hasta ile yürüyüş şekli ve hareketleri ile ilgili gözlemler paylaşıldı. • Hastaya yürüyüş şekli ile ilgili değişiklikler önerildi. • Hastaya önerilen yürüyüş şekli değişikliklerine adapte olması için yardım edildi. • Hastanın transferi sırasında tekerlekli sandalye, yatak ya da sedyenin kilitleri kapatıldı. • Hastanın eşyaları kolay ulaşabileceği bir yere yerleştirildi. • Hastanın yataktan sandalyeye ya da sandalyeden yatağa geçme sırasındaki hareket yeteneği izlendi. 	<p>0212 Koordineli hareket: Hasta koordineli hareket edebildiğini ifade etti.</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>1909 Düşmeyi Önleme Davranışı: Hasta çıkabilecek risk faktörlerini en aza indirgeyebileceğini ve çevre düzenlemesi ile düşmeyi önleyebileceğini ifade etti.</p>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			<p>faktörlerini en aza indirgeyebileceğini ve çevre düzenlemesi ile düşmeyi önleyebileceğini ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mekanik yatağı en düşük seviyeye ayarlandı. • Belirlenmiş aralıklarla sık sık hastanın tuvalete kalkmasına yardım edildi. • Hareket sırasında takılma kazalarını önlemek için küçük mobilyalar kaldırıldı. • Zemindeki dağınıklıklar önlendi. • Görmeyi kolaylaştırmak için yeterli ışık sağlandı. • Kaymayan ve yürürken takılmayan zemin yüzeyi sağlandı. • Duş veya küvette kaymayan zemin sağlandı. • Hasta odanın fiziksel düzenlemelerine oryante edildi. • Hastanın ayağına tam olarak kavrayan, uygun şekilde bağlanmış ve tabanı kaymayan uygun ayakkabılar giydiğinden emin olundu. • Düşmeye neden olabilecek durumlar ve düşme riskini azaltacak önlemler konusunda aile bireylerine eğitim verildi. • Ailenin evdeki düşme riskini arttıran durumları tanımlamaları ve bunları düzenlemelerine yardım edildi. <p>6486-Çevrenin Yönetimi: Güvenlik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel ve bilişsel işlev düzeyini ve geçmiş davranış öyküsünü temel alarak hastanın güvenlik gereksinimleri tanımlandı. • Çevredeki güvenliği etkileyen tehlikeler (fiziksel, biyolojik ve kimyasal) tanımlandı. • Çevredeki tehlikeleri mümkün olduğunca ortadan kaldırıldı. • Tehlike ve riskleri en aza indirmek için çevre düzenlendi. • Hastaya acil telefon numaraları (örn; polis, acil sağlık hizmetleri) sağlandı. • Çevreyi, güvenlik durumunda değişiklikler bakımından gözlemlendi. 	<p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>
Postoperatif immobilite	Odak uyarıcı Tiroid Nodülü	00047- Deri Bütünlüğünde	0204 Hareketsizlik	3540- Basınç Yarasının Önlenmesi • Bireyin risk faktörlerini izlemek için geliştirilmiş bir	0204 Hareketsizlik Sonuçları: Fizyolojik:

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

	<p>Etkileyen uyarıcı- Doku perfüzyonunun azalması</p>	<p>Bozulma Riski</p>	<p>Sonuçları: Fizyolojik: Hastanın fiziksel hareketsizliğin sonuçlarını bildiğini ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>1101 Doku bütünlüğü: Cilt ve Mukoz Membranlar: Hastanın cildin ve mukozanın normal fizyolojik fonksiyonlarını ve yapısal bozulmayı bildiğini ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede</p>	<p>risk değerlendirme aracı (Norton ölçeği) kullanıldı.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daha önceki herhangi bir basınç yarası gelişme durumu kaydedildi. • Terleme, yara drenajı ve fekal ya da üriner inkontinans sonucu ciltte oluşan aşırı nemlilik giderildi. • Hasta her 1-2 saatte bir uygun şekilde döndürüldü. • Basınç ve sürtünmeye yol açan durumlar izlendi. • Yatağa temas eden basınç noktalarını eleve etmek için yastıklarla pozisyon verildi. • Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışksız olması sağlandı. • Kuru, hasar görmemiş cilt nemlendirildi. • Vücut ağırlığının azar azar yer değiştirmesi kolaylaştırıldı. • Bireyin hareketlilik ve aktivitesi izlendi. • Yeterli besin aldığından, özellikle protein, B ve C vit., Fe⁺⁺, kalori, besin takviyelerini uygun şekilde kullandığından emin olundu. • Aile bireylerine/ bakım verenlere, cilt bütünlüğünde bozulmanın belirtileri hakkında uygun şekilde bilgi verildi. 	<p>Hasta fiziksel hareketsizliğin sonuçlarını bildiğini ifade etti</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>1101 Doku bütünlüğü: Cilt ve Mukoz Membranlar: Hasta cildin ve mukozanın normal fizyolojik fonksiyonlarını ve yapısal bozulmayı bildiğini ifade etti.</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>
--	--	-----------------------------	---	--	---

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			iyi (1)Tehlikede		
Cerrahi girişim ve ameliyat sonrası yara yerinin görüntüsüne bağlı olumsuz duygular ifade etmesi, cerrahi girişim bölgesine bakmaktan kaçınma ve cerrahi girişim bölgesini saklama	Odak uyarı- Tiroid Nodülü Etkileyen uyarı- cerrahi girişim bölgesinin görüntüsü	00118- Bozulmuş Beden İmajı	1200 Beden İmajı: Hastanın kendi görünüş ve vücut fonksiyonları üzerindeki değişiklikleri kabullendiğini ifade etmesi (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 1305 Yaşam değişimine psikososyal uyum: Hastanın önemli bir yaşam değişimine psikososyal uyum sağladığını ifade etmesi (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi	5220- Beden İmgesini Güçlendirme <ul style="list-style-type: none"> Gelişimsel döneme bağlı olarak hastanın beden imgesine yönelik beklentileri belirlendi. Beden imgesinde ileride meydana gelmesi tahmin edilebilen değişikliklere hastayı hazırlamak için ön (hazırlayıcı) rehberlik sağlandı. Cerrahinin ya da hastalığın neden olduğu değişiklikleri tartışmak için hastaya uygun şekilde yardım edildi. Vücutunda ya da işlevsellik düzeylerinde meydana gelen mevcut değişiklikleri /değişimin kapsamını belirlemede hastaya yardım edildi. Hastanın son zamanlarda beden algısı ile bütünleştirilen bir fiziksel değişim olup olmadığı belirlendi. Hastaya fiziksel görünümünü kişisel değeri ile ilgili duygularından ayırt etmesi için uygun şekilde yardım edildi. Hastanın mevcut beden imgesini algılamasında akran gruplarının etkisini tanımlamasına yardım edildi. Hastalık veya cerrahi nedeniyle beden imgesini etkileyen stresörleri tartışmada hastaya yardım edildi. Hastanın kültürünün, inancının, ırkının, cinsiyetinin ve yaşının beden imgesi üzerindeki etkileri tanımlandı. Öz eleştiriye yönelik ifadelerin sıklığı izlendi. Hastanın değişen beden kısımlarına bakıp bakmadığı izlendi. Gerçeğe karşın hasta ve ailenin beden imgesindeki değişiklik algıları belirlendi. Beden imgesindeki değişimin sosyal izolasyonun artmasına katkıda bulunup bulunmadığı belirlendi. Kozmetikler, peruk veya özel giysiler yoluyla şekil bozukluğunun etkisini azaltmanın anlamı uygun şekilde belirlendi. Dış görünüşünü güzelleştirecek/iyileştirecek eylemleri 	1200 Beden İmajı: Hasta kendi görünüş ve vücut fonksiyonları üzerindeki değişiklikleri kabullendiğini ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 1305 Yaşam değişimine psikososyal uyum: Hasta önemli bir yaşam değişimine psikososyal uyum sağladığını ifade etti. (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede 1205 Benlik saygısı: Hasta benlik saygısının güçlendiğini ifade etti (5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

			<p>(3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p> <p>1205 Benlik saygısı: Hastanın benlik saygısının güçlendiğini ifade etmesi</p> <p>(5)Ciddi olarak iyi (4)Oldukça iyi (3)Orta derecede iyi (2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>	<p>tanımlaması için hastaya yardım edildi.</p> <ul style="list-style-type: none">• Beden algısında benzer değişimler yaşayan bireylerle temasa geçmesi kolaylaştırıldı. <p>5400-Benlik Saygısını Güçlendirme</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın kendine verdiği değere ilişkin ifadeleri gözlemlendi.• Hastanın kendi kararlarına güvenme durumu belirlendi.• Kendi güçlerini tanıması için hasta cesaretlendirildi.• Kendini kabullenmesi için hastaya yardım edildi.• Hastanın kendinde güçlü gördüğü yönleri güçlendirildi.• Olumsuz eleştiriden kaçınıldı.• Zorbalık veya alay etme ile baş etmesinde hastaya yardımcı olundu.• Hastanın durumlarla başa çıkma yeteneğine güvendiğini anlaması sağlandı.• Daha yüksek benlik saygısı oluşturabilmek için ulaşılabilir, gerçekçi hedefler belirlemesine yardım edildi.• Hastanın kendisi ile ilgili olumsuz algılarını yeniden gözden geçirmesine yardım edildi.• Hastanın geçmişteki başarıma deneyimleri / başarıları birlikte incelendi.• Hasta, kendi davranışlarını değerlendirmesi için cesaretlendirildi.• Hasta, hedeflere ulaşmada gösterdiği ilerlemelerden dolayı olumlu ifadeler kullanıldı.	<p>(2)Hafif derecede iyi (1)Tehlikede</p>
--	--	--	--	--	---

(9, 10, 11, 12, 13)

KAYNAKLAR

1. Gezer, D., Arslan, S. (2018). The Effect of Education on the Anxiety Level of Patients Before Thyroidectomy. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 1-6.
2. Kumsar, A. K., Yılmaz, F. T. (2019). Troidektomi Sonrası Hipoparatiroidizm ve Etkileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*; 8(1):41-48.
3. Yüksel, S., Ferlengez, E., Çıtlak, G. (2019). Bilateral Total Tiroidektomi Uygulanan Hastalarda Hipokalsemiyi Etkileyen Faktörler. *İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haseki Tıp Bülteni*; 57:245-248.
4. Temiz, Z., Öztürk, D., Ugras, G. A., Öztekin, S. D., Sengul, E. (2016). Determination of Patient Learning Needs after Thyroidectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*; 17(3):1479-1483.
5. Akyol, E., İbrahimoglu, Ö. (2020). Kalp Nakli Olan Hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*; 11(26):140-148.
6. Kapucu, S., Akyar, İ., Korkmaz, F. (2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Pelikan Yayınları. Ankara.
7. Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*, Eighth Edition, Elsevier Inc.: United States of America: 303-323.
8. Karadağ A, Çalışkan N., Göçmen Baykara Z. (2017) *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. Akademi Basın, İstanbul. 370-442.
9. Herdman, H., Kamitsuru, S., Lopes, C. T. (2021). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023*. Thieme Medical Publishers. 12th Edition. United States of America.
10. Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., Swanson, E. (2012). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care*. 3rd Edition. Elsevier Mosby, United States of America.
11. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Erdemir F, Kav S, Yılmaz, AA, çeviri editörleri (2017). *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC)*. 6. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; p.600.
12. Wilkinson, JM., Barcus, L., Kapucu, S., Akyar, İ., Korkmaz, F., editörler. (2018). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı: NANDA-I Tanılar, NIC Girişimleri, NOC Çıktıları*. 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi; p.1152.
13. Ackey, BJ., Ladwig, GB., Makic, FMB. Gürhan, N., Görgülü, PÜ., Eren, FE., editörler (2019). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 11. Baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevi; p.1016.

YAŞLI YETİŞKİN HASTALARDA PERİFERİK İNTRAVENÖZ KATETER BAKIMI
PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER CARE IN ELDERLY ADULT PATIENTS

Banu CİHAN ERDOĞAN

Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım
Hizmetleri Bölümü, Evde Hasta Bakımı Programı, Çankırı, Türkiye
ORCID: 0000 0001 8850 7460

ÖZET

Yaşlanma, vücudun tüm sistemlerindeki değişiklikleri kapsayan bir süreçten kaynaklanmaktadır ve bu nedenle yaşlı yetişkin hastaların bakımı yetişkin hastalardan farklı olmaktadır. Yaşlanma süreci ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle yaşlı yetişkin hastalarda periferik intravenöz kateter komplikasyonlarının gelişme riski artmaktadır. Yaşlı yetişkin bireylerde, ince ve gevşek deri, ven yapısındaki değişiklikler, duyu eksiklikler ve kısa süreli hafıza kaybı dahil olmak üzere intravenöz tedavi uygulamasını zorlaştıran çeşitli faktörler bulunmaktadır. Deri yapısı incelendiğinde, yaşlı yetişkin bireylerde deri altı yağ ve kollajen kaybı bulunmakla birlikte, epidermis daha incedir ve elastikiyet kaybı bulunmaktadır. Hassas cilt yapısı, yırtılmaya ve morarmaya karşı duyarlıdır. Yaşlı yetişkin bireylerde ven yapısı incelendiğinde ise, yaşlanma ile birlikte deri tabakasının kalınlığının azalması, venin tunica intima ve tunica media tabakasının kalınlaşması ve bağ dokusunun kaybı dahil olmak üzere meydana gelen anatomik değişiklikler ven kırılabilirliğini arttırmakta ve periferik intravenöz kateter uygulamasında zorluklar yaratmaktadır. Bu faktörlerden dolayı periferik intravenöz kateter uygulanan yaşlı yetişkin bireylerin özel bir bakıma ihtiyaçları vardır. Hemşirelerin yaşlı yetişkin hasta grubunun savunmasızlığının farkında olması ve periferik intravenöz kateter ilişkili komplikasyonların belirti ve semptomları hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. periferik intravenöz kateter uygulanan yaşlı yetişkin bireylerin periferik intravenöz kateter yoluyla tedaviye ihtiyaç duyulup duyulmadığını veya daha uygun alternatif bir seçeneğin olup olmayacağını değerlendirmek önem taşımaktadır. Travmayı önlemek ve bireyin günlük aktivitelerini yerine getirebilmesini sağlamak için yaşlı yetişkin hastaya uygun bir periferik intravenöz kateter seçilmesi ve periferik intravenöz kateter uygulaması ve sonrasında gerekli önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın hemşirelerin yaşlanma sürecinde meydana gelen anatomik değişikliklerin farkında olması ve yaşlı yetişkin bireye periferik intravenöz kateter uygulaması öncesi, sırası ve sonrasında nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: yaşlı, periferik intravenöz kateter, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Aging results from a process involving changes in all systems of the body, and therefore the care of older adult patients is different from that of adult patients. The risk of developing peripheral intravenous catheter complications increases in older adult patients due to the aging process and concomitant diseases. There are several factors that complicate the administration of intravenous therapy in older adults, including thin and loose skin, changes in vein structure, sensory deficits, and short-term memory loss. When the skin structure is examined, although there is a loss of subcutaneous fat and collagen in older adults, the epidermis is thinner and there is a loss of elasticity. Sensitive skin structure is sensitive to tearing and bruising. When the vein structure is examined in elderly adults, anatomical changes, including the decrease in the thickness of the skin layer with aging, the thickening of the tunica intima and tunica media layer of the vein, and the loss of connective tissue, increase the fragility of the vein and create difficulties in the application of peripheral intravenous catheters. Because of these factors, older adult individuals who have a peripheral intravenous catheter need special care. Nurses need to be aware of the vulnerability of the older adult patient group and be knowledgeable about the signs and symptoms of peripheral intravenous catheter-related complications. It is important to evaluate whether older adult individuals undergoing a peripheral intravenous catheter need treatment through a peripheral intravenous catheter or whether there would

be a more suitable alternative option. In order to prevent trauma and enable the individual to perform his daily activities, it is of great importance to choose a suitable peripheral intravenous catheter for the elderly adult patient and to take the necessary precautions after peripheral intravenous catheterization. It is thought that this study will guide nurses to be aware of the anatomical changes that occur in the aging process and what they should pay attention to before, during and after peripheral intravenous catheterization to the elderly adult individual.

Key words: elderly, peripheral intravenous catheter, nursing care

Giriş

Periferik İntravenöz Kateter (PİK) uygulaması ve idamesinde birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu risk faktörleri arasında yaş (çok genç ve yaşlı), cinsiyet (kadın), obezite, bazı ilaçlar (antikoagülanlar ve kortikosteroidler), kanser, diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi kronik hastalıkları olan hastalar bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinin bilinmesi PİK uygulamasına ilişkin değerlendirmelerde hemşireye yardımcı olmaktadır (1). Yaşlı yetişkin hastalarda, sağlık durumlarını (akut veya kronik) ve klinik teşhisleri içeren çeşitli faktörler nedeniyle intravenöz tedavi gerekmektedir. Güvenli bir şekilde PİK uygulanabilmesi için, hemşirenin yaşlanmanın anatomik ve fizyolojik değişikliklerini bilmesi gerekmektedir çünkü bu faktörler vasküler ve vasküler olmayan araçların seçimini, doğru PİK uygulama tekniğini, özel ekipman infüzyonu seçimini ve PİK bakımını etkilemektedir (2).

Yaşlanma nedeniyle PİK ilişkili olası komplikasyonlarının artması, yaşlılara özel kurumsal protokollerin olmaması, eğitim eksiklikleri, çalışmaların azlığı ve yaşlılara intravenöz tedavide hemşirelik uygulamalarını destekleyen ulusal kılavuzların yokluğu yaşlı hastanın güvenliğini ve hemşirelik bakımının kalitesini önemli ölçüde tehlikeye atmaktadır. Bu doğrultuda, yaşlılar için PİK uygulaması ile ilgili mevcut önerileri bilmek, yaşlanma ile ilişkili potansiyel komplikasyonları belirlemeye, özel protokoller geliştirmeye, mesleki eğitimdeki gelişmeleri desteklemeye ve güvenli hemşirelik uygulamasına odaklanan ulusal klavuzlara katkıda bulunmaya olanak sağlayacağından büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, PİK uygulaması yapan hemşirelerin yaşlılar için intravenöz tedavinin spesifik önerilerini bilmesinin sağlanması ile yaşlılarda PİK uygulamalarının önemli noktaları hakkında bilgi eksikliklerini gidermede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Yaşlı Yetişkin

Yaşlanma, vücudun tüm sistemlerindeki değişiklikleri kapsayan bir süreçten kaynaklanmaktadır ve bu nedenle yaşlı yetişkin hastaların bakımı yetişkin hastalardan farklı olmaktadır. 60 yaşın üzerindeki her birey yaşlanma sürecini yaşamakla birlikte birbirinden farklıdır ve bireylerin fiziksel değişim hızı birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fiziksel değişimin %70'ini sigara, kötü beslenme ve yetersiz egzersiz gibi faktörler etkilemektedir (3). Son yıllarda küresel nüfusun demografisi değişmekle birlikte 65 yaş üstü nüfus giderek artmaktadır ve 2050 yılında yaşlı nüfusun iki milyarı aşacağı tahmin edilmektedir (4). Amerikan Geriatri Derneği 65 yaşın üstü bireyleri yaşlı yetişkin olarak tanımlamaktadır (5). Yaşlı yetişkinler için yaş grupları: genç-yaşlı: 65-74 yaş, orta-yaşlı: 75-84 yaş, ileri-yaşlı: 85 yaş ve üstü olarak belirtilmektedir (3).

Yaşlı yetişkinlerin yaş grupları arasında farklılık olmakla birlikte yaşlanma birçok kronik hastalığı da beraberinde getirmektedir. 65 yaş üzeri bireylerin yaklaşık %80'inin en az 1 kronik hastalığa sahip olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte, kronik hastalıkları olan yetişkinlerin çoğu hala aktif olarak yaşamını sürdürmektedir (3).

Yaşlı yetişkin bireyler, öngörülebilir fizyolojik değişiklikler, genetik faktörler, bireyin genel sağlık durumu, kişisel bakımı, hastalık varlığı gibi olaylar dahil olmak üzere birçok faktörden etkilenmektedir. İleri yaşta, malignite, diyabetes mellitus, obezite, kemoterapi uygulaması, trombofili, tromboz öyküsü birçok çalışmada PİK uygulamasında önemli risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır (5). Örneğin, diyabet hastası olan ve diyet tavsiyelerine uymayan bir bireyin, önerilen diyetlere özenle uyan ve normal bir kan glikoz düzeyi aralığını koruyan diyabetik hastalara göre PİK uygulaması daha zor olmaktadır. Yaşlı yetişkin bireyin, çok sık hastaneye yatması, ameliyat geçirmiş olması, intravenöz tedavi için çok sık PİK uygulanması periferik venlerin hasar görmesine neden olacağı için yaşlı

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

yetişkin bireylerde PİK uygulaması zor olmaktadır (3). Yaşlı yetişkin bireylerde, ince ve gevşek cilt, duyu eksiklikler ve kısa süreli hafıza kaybı dahil olmak üzere intravenöz tedavi uygulamasını zorlaştıran çeşitli faktörler bulunmaktadır (6). Bu nedenle hemşirenin yaşlanma sürecinde meydana gelen anatomik değişiklikler ve bunların ven ve PİK seçimini ve uygulama tekniğini nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi sahibi olması önemlidir (7).

Yaşlı yetişkinin deri sistemi

Yaşlanma süreci başlangıçta bireyin cildinde, saçında ve tırnaklarında belirgin olmaktadır. Saçın incelmeye veya dökülmesi, saç rengindeki değişiklikler, ciltte hiperpigmente alanların görünümü veya ince çizgilerin ve kırışıklıkların oluşması yaşlanmanın gözle görülür belirtileri arasında yer almaktadır. Epidermis ilerleyen yaşla birlikte giderek incelmektedir. Özellikle 80-90 yaş arasında cilt aşırı derecede incelmektedir (3).

Deri bütünlüğü, başarılı PİK uygulamasını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Yaşlı yetişkin bireylerde deri altı yağ ve kollajen kaybı bulunmakla birlikte, epidermis daha incedir ve elastikiyet kaybı bulunmaktadır. Hassas cilt yapısı, yırtılmaya ve morarmaya karşı duyarlıdır. Gevşek cilt, dokulardaki sıvı birikimini tespit etmeyi zorlaştıracığından infiltrasyon gelişimini tespit etmeyi de zorlaştırmaktadır (6).

Yaşlı yetişkin bireylerin ince bir deriye sahip olması PİK uygulaması sırasında derinin direncinin azalmasına sebep olacağından PİK uygularken aşırı güç kullanılması, venin çift taraflı delinmesine yol açabilmektedir. Yaşlı yetişkin bireye PİK uygulamasında incelmeye cilde uyum sağlamak için normalden daha az basınç uygulaması ile vene girişimde bulunulmalıdır. Yaşlı yetişkin bireyin cildi ince ve kırılabilir olduğundan, cildi kolay zarar görebilir. PİK sabitlenmesinde kullanılacak pansuman materyali uygulanmadan önce bir cilt koruyucu veya bariyer uygulanması, pansumanın çıkarılması sırasında koruma sağlayabilmektedir. PİK pansuman materyalinin çıkarılmasında pansumanın çıkarılmasını kolaylaştıran özel solüsyonlar ya da alkol kullanılması önerilmektedir. Bazı yaşlı bireylerde ise bu durumun aksine dışarıda ağır işlerde çalışma ya da uzun süre güneşe maruz kalma nedeniyle deride kalınlaşma gözlenebilmektedir. Kalın bir deriye sahip olan yaşlı bireylere daha fazla dirençle karşılaşılacağından PİK uygulaması sırasında daha fazla kuvvet uygulanması gerekmektedir. Yaşlı bireylerde dermis tabakasında bir deri altı yağ dokusu kaybı görülmektedir. Bu durum venlerin daha az stabil olmasına ve venin PİK uygulaması sırasında deri altında hareket etmesine neden olmaktadır. PİK uygulaması sırasında uygulamayı yapacak sağlık personelinin aktif olmayan elinin baş parmağı ile vene girilecek bölgenin 4-5cm altından venin stabilizasyonunun sağlanması PİK uygulamasını kolaylaştırmakla birlikte PİK ilişkili ven travmasını azaltmaya yardımcı olmaktadır (3).

Yaşlı yetişkinin ven sistemi

Bireyin yaşlanması ile venlerde meydana gelecek değişiklikler PİK uygulamasında büyük zorluklara neden olabilmektedir. Yaşlanma ile birlikte deri tabakasının kalınlığının azalması, venin tunica intima ve tunica media tabakasının kalınlaşması ve bağ dokusunun kaybı dahil olmak üzere meydana gelen anatomik değişiklikler ven kırılabilirliğini arttırmakta ve PİK uygulamasında zorluklar yaratmaktadır (5). Küçük veya orta büyüklükteki venler özellikle turnikenin çok sıkı bağlanması venlerin daha kırılabilir hale gelmesine neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerde ön kolda bulunan orta büyüklükteki venler PİK uygulaması için uygun bir bölge olmakla birlikte elin üst yüzeyi, el bileği ve antekubital bölge ise fleksiyon alanları arasında olmasından dolayı zorda kalmadıkça tercih edilmemesi gereken bölgeler arasında yer almaktadır. PİK'in fleksiyon bölgelerinden uzağa yerleştirilmesi PİK'in vende kalış süresini uzatmaktadır. İlk olarak ön kolun tercih edilme sebebi ise ön kolda bulunan kemiklerin doğal bir atel görevi görmesidir. Ven distansiyonu birçok faktör nedeniyle yaşlılarda daha uzun sürebilmektedir. Yaşlılarda, hipotansiyon, dehidratasyon, damar esnekliğinin azalması gibi nedenler ven dolgunluğunu azalttığından venlerin belirginliğinin azalmasına neden olmaktadır. Yaşlı yetişkin bireylerde venlerin dolgunluğunu arttırmak için turnikenin her 45-60 sn de bir hızlı bir şekilde gevşetilmesi gerekmektedir. Venin yırtılmasına ve hematoma gelişimine neden olabileceğinden Venin dolgunluğunu arttırmak için ven üzerine vurmadan kaçınılması gerekmektedir. Yaşlı yetişkin bireylerin ven yapısı ince kırılabilir olduğundan dolayı küçük çaplı kateterlerin seçilmesi önerilmektedir (3).

Yaşlı yetişkinlerde periferik intravenöz kateter uygulamalarında bakım

- Yaşlı yetişkinin biliş düzeyi, el becerisi, iletişim kurma veya öğrenme yeteneğindeki (örneğin görme, işitme, konuşmadaki değişiklikler) herhangi bir değişikliğin yanı sıra yaşlı yetişkinin komplikasyonları düşündürülen semptomları iletilme yeteneğini etkileyebilecek psikososyal ve sosyoekonomik durumu değerlendirilmelidir (5).
- Yaşlılara tıbbi terminolojiden uzak, yavaş ve uygun bir ses tonuyla PİK uygulaması hakkında bilgi verilmelidir (7).
- Yaşlı yetişkin bireylerde PİK uygulaması öncesi ven tespitinde ultrason (8) ve ven görüntüleme cihazlarının kullanımı önerilmektedir (6).
- Yaşlı yetişkin bireylerde PİK uygulamasında bölge seçimi yapılırken yaşlının aktif kullanmadığı taraftaki üst ekstremitesi tercih edilmeli, el üstü ve antekubital bölge gibi eklem bölgelerine uygulama yapmaktan kaçınılmalıdır (7).
- Yaşlı bir yetişkinde mümkün olan en küçük numaralı kateterlerin kullanımı önerilmektedir. 22 veya 24 numaralı PİK kullanılması, infüzyon tedavisine bağlı travmayı azaltmaya ve hemşirenin ilk denemedeki başarı oranını artırmaya yardımcı olmaktadır (7, 9).
- PİK pansumanları aseptik teknik kullanılarak uygulanmalı ve sonlandırılmalıdır (7).
- Yaşlıların cildinin hassas olması nedeniyle, ciltte yaralanmalara yol açmamak için cilde antiseptik solüsyon sürülürken ekstra özen gösterilmelidir (7). PİK uygulama öncesi cilt 30 sn boyunca çok fazla basınç uygulanmadan silinmeli ve antiseptik solüsyonun tamamen kuruması 30-60 sn beklenmelidir (6).
- Turnike uygulaması venöz distansiyonu arttırmaktadır. Turnike, arteriyel akışı etkilemezken venöz dönüşü engelleyecek kadar sıkı olmalıdır. Çok sıkı bir turnike peteşi, hematoma ve genel morarmaya neden olarak damarın hasar görmesine ve dokulara kan sızmasına neden olabilir (6). Yaşlı yetişkinlerde uzun süre turnike uygulaması cilt yaralanmalarına ve laboratuvar test sonuçlarının değişmesine neden olabileceği için uzun süreli turnike uygulamasından kaçınılmalıdır. Turnike uygulaması 45-60 sn de bir hızlı bir şekilde gevşetilmeli (3) ve uygulama süresi 2-3 dakikayı geçmemelidir. Turnike mümkünse kıyafetin üzerinden uygulanmalı ve lateks içermemelidir (7).
- PİK uygulama tekniği ile ilgili olarak, yaşlılarda damar duvarının sertleşmesi, kalınlaşması, elastikiyetini ve desteğini kaybetmesi nedeniyle vene girişte güçlük çekebileceği ve PİK'in yaralanmalara, morluklara, infiltrasyona veya ekstremitasyona neden olabileceğinden uygulama yapılacak venin stabilizasyonu sağlandıktan sonra PİK ven içerisinde dikkatli bir şekilde ilerletilmelidir (7).
- Yaşlı yetişkin hastalarda vene hafifçe vurulması önerilmez, çünkü deri altında ağrı ve hematoma neden olabilir. Yaşlılarda sıcak kompres veya kolu ılık suda bekletme gibi ısı uygulaması, damarların boyutunu ve görünürlüğünü artıracığından kullanılabilir fakat yaşlılarda duyu kaybı nedeniyle cilt yanıkları oluşabileceğinden dikkatli olunmalıdır (6).
- Yaşlı bir yetişkinde, venleri daha yüzeysel yapan deri altı yağ dokusu kaybı nedeniyle PİK uygulaması sırasında vene daha küçük bir açı ile girilmesi önerilmektedir (3). PİK ultrason rehberliğinde uygulanmadıkça vene 5° ile 15° açı ile girilmesi önerilmektedir (5).
- PİK bölgesini değerlendirmeyi kolaylaştırmayı sağlaması nedeniyle şeffaf pansumanlar kullanılabilir (7).
- Yaşlı yetişkin hastalar PİK'i çıkarma girişiminde bulunabileceğinden PİK bölgesi uygun bir sabitleme aracı ile sabitlenerek koruma altına alınmalıdır (7).
- PİK yoluyla bir ilaç veya sıvı infüze edilmeden önce PİK açıklığı değerlendirilmelidir. PİK'in kullanılmadan önce açıklığının doğrulanması, ekstremitasyona gelişme riskini büyük ölçüde azaltmakta ve yaşlı yetişkin hastaları vezikan ajanın potansiyel yıkıcı sonuçlarından korumaktadır (3).
- Yaşlılar, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri, beslenme yetersizlikleri ve önceden var olan diğer hastalık süreçleri nedeniyle flebit, infiltrasyon ve ekstremitasyona açısından riski altında olması (2) nedeniyle PİK bölgesi en geç 8 saatte bir komplikasyon gelişimi açısından değerlendirilmelidir (10, 11).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Komplikasyon gelişmemesi durumunda PİK'in sonlandırılmasına gerek olmadığı belirtilmektedir (3).
- Yaşlı bir yetişkine PİK uygulaması sırasında tüm prosedür adımlarına dikkat edilmesi, PİK uygulama başarısının artmasını sağlamaktadır (3,12).
- Sürekli vezikan tedavisi, parenteral beslenme veya ozmolalitesi 900 mOsm'den fazla olan infüzyonlar gerektiğinde, venöz erişim için santral kateterler seçilmelidir (3).
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerine göre, 6 günden uzun sürmesi öngörülen infüzyonlar için, uzun bekleme süresi olan bir kateter yerleştirilerek damar erişimine proaktif bir yaklaşım kullanılmalıdır (3).

Sonuç

PİK uygulanan yaşlı yetişkin bireylerin PİK yoluyla tedaviye ihtiyaç duyulup duyulmadığını veya daha uygun alternatif bir seçeneğin olup olmayacağını değerlendirmek önem taşımaktadır. Yaşlanma süreci ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle yaşlı yetişkin hastalarda PİK komplikasyonlarının gelişme riski artmaktadır. Hemşirelerin yaşlı yetişkin hasta grubunun savunmasızlığının farkında olması ve PİK ilişkili komplikasyonların belirti ve semptomları hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Travmayı önlemek ve bireyin günlük aktivitelerini yerine getirebilmesini sağlamak için yaşlı yetişkin hastaya uygun bir PİK seçilmesi ve PİK uygulaması ve sonrasında gerekli önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın hemşirelere yaşlı yetişkin bireye PİK uygulaması öncesi, sırası ve sonrasında nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Keogh, S., Mathew, S. (2019). *Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 11-13.
2. Oliveira, DFDL., Azevedo, RCDS., Gaiva, MAM. (2014). Guidelines for intravenous therapy in elderly: a bibliographic research. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 6(1), 86-100. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i1.86-100>
3. Coulter, K. (2016). Successful Infusion Therapy in Older Adults, *Journal of Infusion Nursing*. 39(6): 352-358. 10.1097/NAN.000000000000196.
4. Menegolo, M., Xodo, A., Alessi, M., Maturi, C., Simioni, F., Rossi, B., Calò, LA., Antonello, M., Grego,, F. (2018). Elderly patient: which vascular access? Choice and management of vascular access in the elderly patient. *Nephrology @ Point of Care*. 4: 1-5. <https://doi.org/10.1177/2059300718755625>.
5. Gorski, L., Hadaway, L, Hagle, ME., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., Meyer, BM., Nickel, B. Rowley, S., Sharpe, E., Alexander, M. (2021). Infusion therapy standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*. (8. ed.) 44(1S): 13-35.
6. Dougherty, L. (2013). Intravenous therapy in older patients. *Nursing Standard*. 28(6); 50-58.
7. Infusion Nurses Society (INS). (2014). Policies and procedures for infusion nursing of the older adult. *Infusion Nurses Society*; 207.
8. Takahashi, T., Murayama, R., Abe-Doi, M., Miyahara-Kaneko, M., Kanno, C., Nakamura, M., Sanada, H. (2020). Preventing peripheral intravenous catheter failure by reducing mechanical irritation. *Scientific Reports*, 10(1). 10.1038/s41598-019-56873-2.
9. Eren, H. (2021). Difficult Intravenous Access and Its Management. *Intechopen*. 3-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.96613>.
10. Loveday, H. P., Wilson, J. A., Pratt, R. J., Golsorkhia, M., Tinglea, A., Baka, A., Brownea, J., Prietob, J., Wilcox, M. (2014). Epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*. 86(1), 1-70.
11. McGuire, R., Norman, E., Hayden, I. (2019). Reassessing standards of vascular access device care: a follow-up audit. *British Journal of Nursing*, 28(8), 4-12.
12. Rós, ACR., Oliveira DR., Debon R., Scaratti M. (2017). Intravenous therapy in hospitalized older adults: care evaluation, *Cogitare Enferm*. (22)2: e49989. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.49989>

**YAŞLI BİREYLERDE COVID 19 KORKUSU İLE SOSYAL İZOLASYON VE DEPRESYON
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dilek KILIÇ*
Gülpınar ASLAN**
Gülnaz ATA*
Ayşe Berivan BAKAN**

* Atatürk Üniversitesi/Hemşirelik Fakültesi
** Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZET

Giriş ve Amaç: Covid-19 pandemisi, yaşlı bireyleri ciddi derecede etkilemiş, yüksek morbidite ve mortalite ile yakından ilişkilendirilmiştir. Covid-19 salgını sürerken toplumda bir korku ve endişe dalgası oluşmuştur. Bu çalışma, yaşlı bireylerde Covid-19 korkusu ile sosyal izolasyon ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Türkiye'nin doğusunda yer alan bir ildeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerle Ağustos 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, söz konusu birimlere kayıtlı ve araştırma kriterlerini sağlayan yaşlı bireyler, örnekleme ise evrenin bilinmediği durumlarda kullanılan örnekleme yöntemine göre hesaplanmış 362 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Covid-19 Korkusu Ölçeği, Nottingham Health Profile (NHP) Sosyal İzolasyon Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 73.70 ± 9.17 olduğu, %71.8'inin kronik hastalığa sahip olduğu, %67.4'ünün Covid-19 tanısı almadığı, %91.4'ünün çift doz aşı yaptırdığı, %97.2'sinin koruyucu önlemlere uyduğu ve %56.8'inin sosyal ortamlara katıldığı bulunmuştur. Covid-19 korkusu ile depresyon ve sosyal izolasyon arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, sosyal izolasyonla depresyon arasında ise pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiş, sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada yaşlı bireylerde Covid-19 korkusu, depresyon ve sosyal izolasyon arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Halk sağlığı hemşireleri; salgın dönemlerinde, yaşlı bireylerin hastalık süreci, bulaşma yolları ve nasıl korunulabileceği konularında doğru ve güncel bilgiler edinmelerini sağlayarak, hastalık ile ilgili korkularını yönetmelerine yardımcı olmalıdırlar. Ayrıca bu olağanüstü dönemlerde yaşlı bireylerin sosyal katılımını sürdürebilecek uygulamalar için öncülük etmelidir. Halk sağlığı hemşireleri, yaşlı bireylere teknoloji kullanımını öğretecek ve mevcut kullanımı destekleyecek projelerde de rol alabilirler.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Depresyon, Halk Sağlığı Hemşireliği, SARS-CoV-2, Sosyal İzolasyon, Yaşlı Birey

ABSTRACT

Background/Aim: The Covid-19 pandemic has seriously affected elderly individuals and has been closely associated with high morbidity and mortality. While the Covid-19 epidemic continued, there was a wave of fear and anxiety in society. This study was conducted to examine the relationship between fear of Covid-19, social isolation and depression in elderly individuals.

Methods: The study is a descriptive type. It was conducted between August 2021 and January 2022 with individuals aged 65 and over who were registered to Family Health Centers in a province in eastern Turkey. The population of the study consisted of elderly individuals who were registered to the said units and met the research criteria, and the sample consisted of 362 people calculated according to

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

the sampling method used in cases where the universe was not known. The data of the study were collected using the Introductory Information Form, the Fear of COVID-19 Scale, the Nottingham Health Profile (NHP) Social Isolation Scale and the Geriatric Depression Scale Short Form.

Results: The mean age of the individuals participating in the study was 73.70 ± 9.17 , 71.8% had a chronic disease, 67.4% were not diagnosed with Covid-19, 91.4% had a double dose vaccination, 97.2% followed protective measures, and 56.8% found to participate in social settings. It was determined that there was a positive and moderate relationship between fear of Covid-19 and depression and social isolation, and a positive and high relationship between social isolation and depression, and the results were statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: In this study, a positive and significant relationship was found between fear of Covid-19, depression and social isolation in elderly individuals. Public health nurses; during epidemic periods, they should help elderly individuals manage their fears about the disease by providing them with accurate and up-to-date information on the disease process, transmission routes and how to protect themselves. In addition, in these extraordinary times, it should lead the practices that can sustain the social participation of the elderly. Public health nurses can also take part in projects that will teach older people the use of technology and support current use.

Keywords: Covid-19, Depression, Elderly, Public Health Nursing, SARS-CoV-2, Social Isolation.

Giriş

Yaşadığımız yüzyılda insanlar artık daha uzun yaşamakta ve yaşlı nüfus oranı küresel boyutta her geçen gün artmaktadır (Altın,2020; WHO,2018). Son verilere göre dünyada yaşlı birey sayısı bir milyardan fazladır (WHO,2020). Türkiye'nin yaşlı nüfus oranı da yıllar içerisinde artarak 2020 yılında %9.5 olmuştur (TÜİK,2021). Küresel boyutta yaşanan bu demografik dönüşüm, uluslararası otoritelerin son yıllarda en fazla odaklandığı konulardan biridir. Birleşmiş Milletler, 2021-2030 dönemini "sağlıklı yaşlanma on yılı" ilan etmiştir. Bu kapsamda; Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile işbirliği içerisinde yaşlı dostu çevreler, yaşlı ayrımcılığıyla mücadele, entegre bakım ve uzun dönem bakım gibi alanlarda çalışmalar başlatılmıştır. Bu konudaki çabalar sürerken küresel bir salgın olan Covid-19'un patlak vermesiyle, var olan eksiklikler daha görünür hale gelmiş ve pandemi için önemli bir risk grubunu oluşturan yaşlıların sorunları daha çarpıcı bir şekilde ortaya çıkmıştır (CDC,2021; WHO,2020).

Covid-19 pandemisi; yaşlı bireyleri ciddi derecede etkilemiş, yüksek morbidite ve mortalite ile yakından ilişkilendirilmiştir (Aki,2020; Briguglio vd.,2020; CDC,2021; Kar,2020; Gencer,2020; İlgili ve Kutsal,2020). Yaşlıların covid-19 nedeniyle hastaneye ve yoğun bakıma yatma ve solunum cihazına bağlı kalma olasılıklarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Altın,2020; Banerjee, 2020; Ercan ve Arıcı,2020; Gencer,2020; Golitaleb,2020). Bunun en önemli nedenleri arasında; kırılabilirlik, immün cevapta azalma, komorbid ve kronik durumlar, iyatrojenik enfeksiyonlar, polifarmasi ve mobilite yetersizliği gibi yaşlılık döneminde sık karşılaşılan sorunlar bulunmaktadır (Banerjee,2020; Briguglio vd.,2020; Ercan ve Arıcı,2020). Ayrıca bilişsel ve duyuşsal kapasitenin azalması, yalnızlık, ihmal, kötü hijyen ve yetersiz koşullar nedeniyle yaşlı bireyler, alınacak önlemleri algılamada ve uygulamada zorlanabilmektedir (Banerjee,2020). Bütün bunlar yaşlı bireylerin covid-19 salgınında en önemli risk grubunu oluşturmalarına neden olmuştur (Aki,2020; Briguglio vd.,2020; CDC,2021; Gencer,2020; İlgili ve Kutsal,2020; Kar,2020). Bu nedenle pandemi sürecinde Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerisi ile yaşlılar için daha katı ve uzun süren izolasyon önlemleri uygulanmıştır (Banerjee, 2020; Gencer,2020; İlgili ve Kutsal,2020). Hastalığın etkilerinin yanı sıra, bu önleyici tedbirlerin de yaşlı bireylerin sağlığı üzerinde önemli etkileri olmuştur (Aki,2020; Ercan ve Arıcı,2020). Yaşlı bireyler; bu süreçte bilişsel bozukluklar, kırılabilirlik, hareketsizlik ve ikincil sağlık sorunları gibi sorunlar deneyimlemelerinin yanı sıra; yalnızlık, ayrımcılık, anksiyete, korku, sosyal izolasyon ve depresyon gibi psiko-sosyal sorunlar açısından daha riskli hale gelmiştir (Aki,2020; Banerjee,2020; Ercan ve Arıcı,2020; İlgili ve Kutsal,2020).

Covid-19 salgını sürerken toplumda bir korku ve endişe dalgası oluşmuştur. Yüksek enfeksiyon ve ölüm oranları nedeniyle bireyler doğal olarak Covid-19 hakkında korku duymaya

başlamıştır (Ahorsu vd.,2020; Lin,2020). Bilindiği gibi yaşlı bireyler, yaşlılık döneminde çeşitli eksiklik ve engellerle karşı karşıya kaldıkları için korku ve kaygı yaşamaya yatkındırlar (Golitaleb,2020; Liv vd.,2020). Covid-19 sürecinde bu psikolojik sorunların daha fazla ortaya çıktığı ve bu durumun; yaşlıların ruhsal durumunu olumsuz etkilediği, anksiyete ve stres yaşamalarına neden olduğu ve sosyal yaşamda ayrımcılığa yol açtığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra covid-19 korkusu; enfeksiyon hızı, hastalığa yakalanma ve ölüm oranıyla da doğrudan ilişkili olup hastalığın verdiği zararı artırabilmektedir (Ahorsu vd.,2020; Aki,2020; Bahar vd.,2020; Doğan ve Düznel,2020; Durmuş ve Durar,2021; Yakut vd.,2020) Yaşlılarda covid-19 korkusu ve ölüm korkusu nedeniyle intihar düşünceleri, depresyon ve kendine zarar verme davranışları ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca Covid-19 enfeksiyonu şüphesi nedeniyle uygulanan izolasyon önlemleri ve sağlık durumu hakkındaki belirsizlik nedeniyle de korku ve kaygı yaşanabilmektedir (Li vd.,2020; Golitaleb,2020; Pragholapati 2020).

Yaşlı bireylerin günlük yaşamlarında yalnızlık ve sosyal izolasyondan önemli ölçüde etkilendiği, pandemi sürecindeki izolasyon ve sosyal destek eksikliğinin de yaşlı bireylerde yalnızlığa, depresyona ve hatta intihara yol açabileceği bildirilmektedir. Ayrıca sosyal izolasyon, yaşlılarda kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık, otoimmün, nörobilişsel ve zihinsel sağlık sorunları riskini artırmaktadır. Bu nedenle sosyal izolasyon yaşlı bireylerin tüm yaşam alanlarını ve yaşam kalitelerini etkileyebilen ciddi bir sorundur (Aki,2020; Bahar vd.,2020; Demir,2017; Elbasan vd.,2013; Girdhar vd.,2020; Hossain vd.,2020). Sosyal izolasyon ayrıca; enfeksiyon kapma korkusu, hastanede yatma, kendinin ve aile üyelerinin ölüm korkusu, fiziksel hareketsizlik, uyku ve iştah sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Girdhar vd.,2020).

Covid-19 pandemisi sırasındaki sosyal izolasyon ve yalnızlığın yaşlılarda umutsuzluk, kaygı ve depresif bozukluklara neden olabildiği belirtilmektedir (Fujita vd.,2021; Girdhar vd.,2020; Kar,2020). Yapılan bir çalışmada covid-19 pandemisi sırasında yaşlıların %37'sinin depresyon ve anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Girdhar vd.,2020). Temel ihtiyaçları için başkalarına bağımlı olan, yalnız yaşayan ve bakım evlerinde kalan yaşlılar için bu sorunlar daha çarpıcıdır (Kar,2020). Türkiye'de yaşayan yaşlıların bağımlılık oranındaki ve yalnız yaşayan yaşlı sayısındaki artış göz önünde bulundurulduğunda bu sorunlar açısından riskli durumda oldukları düşünülmektedir (TÜİK,2021). Depresyon yaşlılıkta; düşmeler, uyku bozuklukları, bilişsel yetersizlik, yetersiz beslenme, kendini ihmal etme, morbidite ve mortalite riskinde artış gibi yıkıcı sonuçlarla ilişkilendirilen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur (Durmaz vd.,2018; Yazan vd.,2017).

Bu kapsamda; covid-19 sürecinin Türkiye'deki yaşlıları korku, sosyal izolasyon ve depresyon açısından nasıl etkilediğinin araştırılması yaşlılara ilişkin uluslararası hedeflerle eş güdüm sağlanması bakımından katkı sağlayıcı olabilir. Ayrıca araştırma, yaşanan bu kriz döneminde yaşlıların sorunlarına ve gereksinimlerine dikkat çekilmesi ve hemşireler başta olmak üzere halk sağlığı hizmet sunucularına bilimsel kaynak oluşturulması bakımından fayda sağlayabilir (Golitaleb,2020; Liv vd.,2020) Bu nedenle çalışmada; yaşlı bireylerde covid-19 korkusu ile sosyal izolasyon ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Türkiye'nin doğusunda yer alan bir il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerle Ağustos 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, söz konusu birimlere kayıtlı ve araştırma kriterlerini sağlayan yaşlı bireyler oluşturmuştur. Örneklem hacmini evrenin bilinmediği durumlarda kullanılan örnekleme yöntemi ile (Tezcan, 2015) belirlenen 362 yaşlı birey oluşturmuştur. Gelişigüzel örnekleme yöntemi ile Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanları aracılığıyla katılımcılara telefonla ulaşılmıştır.

Dahil edilme kriterleri

- 65 yaş ve üstü olma
- Online internet erişimi sağlayabilme
- Araştırmaya katılmayı kabul etme

Dışlanma Kriterleri

- Tanılanmış psikiyatrik hastalığı olma
- Depresyon tanısı almış olma
- Yeterli iletişim kuramama
- Demans, Alzheimer tanısı almış olma
- Yatağa bağımlı olma
- Sosyal ortamlara katılımı kısıtlayacak engeli olma
- Huzur evi/bakım evinde kalıyor olma

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgi Formu, Covid-19 Korkusu Ölçeği, Nottingham Health Profile (NHP) Sosyal İzolasyon Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür (Ahorsu vd.,2020; Aki,2020; Boylu ve Günay 2018; Demir,2017; Doğan ve Düzel,2020; Durmuş ve Durar,2021; Elbasan vd.,2013; Ercan ve Arıcı,2020; Girdhar vd.,2020; Hossain vd.,2020; Özmen vd.,2021; Sahin vd.,2018) doğrultusunda hazırlanan; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, yaşanılan kişi/kişiler, yardımcı cihaz kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, covid-19 geçirme durumu, covid-19 aşısı yaptırma durumu, bağımlılık durumu ve sağlığı algılama durumu olmak üzere 12 sorudan oluşan bir anket formudur.

Covid-19 Korkusu Ölçeği: Ahorsu vd. (2020) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Satıcı vd. (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek; tek boyutlu, 7 maddeli ve 5'li likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri 1 ile 5 arası (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) puanlama sistemine sahiptir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin tüm maddelerinden alınan toplam puan bireyin yaşadığı koronavirüs korkusu düzeyini yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, yüksek düzeyde koronavirüs korkusu yaşamak anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanan halinin Cronbach Alpha değeri 0.84'tür. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.91 bulunmuştur.

Nottingham Health Profile (NHP) Sosyal İzolasyon Alt Boyutu: Çalışmada Nottingham Health Profile (NHP)'nin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirdiği anketin 6 alt boyutundan birisi olan "Sosyal İzolasyon" kullanılmıştır. Sosyal İzolasyon Ölçeği, Küçükdeveci vd. (2000) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, 5'li likert tipindedir ve 5 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri "1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum" aralığında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sosyal izolasyon düzeyi artmaktadır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.56 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada Sosyal İzolasyon Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri 0.94 bulunmuştur.

Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu: Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin 15 soruluk kısa formunun geçerlik ve güvenilirliği Burke vd. (1991) tarafından yapılmış olup; Türkiye için uyarlama çalışması Durmaz vd. (2018) tarafından yapılmıştır. Cevaplar son bir haftadaki duygulara göre verilir; yanıtlar "evet" veya "hayır" şeklindedir ve soruya göre "evet" ya da "hayır" yanıtına 1 puan verilir. Ölçeğin 5 sorusu (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, 10 sorusu (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 ve 15) olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 8 ve üzerinde puan alınması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.87'dir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.93 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü yaşlılardan izin alındıktan sonra, online ortamda hazırlanan anket ve ölçek soruları bireylere telefon aracılığıyla ulaştırılarak, onların verdiği cevaplar doğrultusunda doldurularak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS istatistik programında, tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama), veri setinde dağılımın normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için, histogram, basıklık ve çarpıklık değerleri, Kolmogorov Smirnov analizi yapılmış, veri seti normal dağılıma uymadığı için ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık için sınır değer $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce üniversitenin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.06.2021 tarih ve E.12100 sayılı Etik Kurul onayı alınmıştır. Yaşlı bireylere, araştırma hakkında bilgi içeren bir yönerge online olarak ulaştırılmıştır. Yönergenin devamında sorulan "çalışmaya katılmayı istiyor musunuz?" sorusuna "evet ya da hayır" seçeneklerini işaretleyebilecekleri bir soruya yer verilmiştir. Bu şekilde online olarak onamları alınan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere online ortamda hazırlanan anket ve ölçek soruları gönderilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler için de ilgili yazarlardan izinler alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uyularak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Online erişim sağlanamayan yaşlı bireylerin çalışmaya dahil edilememesi bu araştırmanın sınırlılığdır.

Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 73.70 ± 9.17 olduğu, %53'ünün kadın, %34.5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %49.7'sinin çalışmadığı ve %65.5'inin gelirinin 1500-3000 TL arasında olduğu saptandı. Yaşlı bireylerin %38.1'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, %53.3'ünün yardımcı araç (gözlük, baston vb) kullandığı, %71.8'inin kronik hastalığa sahip olduğu ve bunların %43.1'inin iki veya daha fazla sayıda kronik hastalığının olduğu, %73.5'inin düzenli olarak ilaç kullandığı ve ilaç kullananların %47.4'ünün çoklu ilaç kullandığı belirlendi. Katılımcıların %67.4'ünün SARS-CoV-2 tanısı almadığı, %91.4'ünün çift doz aşı yaptırdığı, %97.2'sinin koruyucu önlemlere uyduğu bulundu. Bireylerin %56.8'inin sosyal ortamlara katıldığı, %63.3'ünün günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymadığı, %52.8'inin sağlığını orta düzeyde algıladığı saptandı. (Tablo 1).

Yaşlı Bireylerin Covid-19 Korkusu Ölçeği puan ortalamasının 19.71 ± 8.64 , Nottingham Health Profile (NHP) Sosyal İzolasyon Ölçeği puan ortalamasının 13.80 ± 7.30 , Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamasının ise 6.77 ± 5.11 olduğu saptandı (Tablo 2).

Covid-19 korkusu ile depresyon ve sosyal izolasyon arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, sosyal izolasyonla depresyon arasında ise pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiş, sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 3).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, bu çalışmada Covid-19 korkusu, depresyon ve sosyal izolasyon arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Halk sağlığı hemşireleri salgın dönemlerinde, yaşlı bireylerin, hastalık süreci, bulaşma yolları ve nasıl korunulabileceği konularında doğru ve güncel bilgiler edinmelerini sağlayarak, hastalık ile ilgili korkularını yönetmelerine yardımcı olmalıdırlar. Ayrıca bu olağanüstü dönemlerde yaşlı bireylerin sosyal katılımını sürdürebilecek uygulamalar için öncülük etmelidir. Halk sağlığı hemşirelerinin yaşlı bireylere teknoloji kullanımını öğretecek, mevcut kullanımı destekleyecek projelerde de rol almaları önerilmektedir.

Kaynaklar

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

1. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, & Pakpour AH. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
2. Aki ÖE. (2020). Covid-19 pandemic and the mental health of elderly. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 23(3):291-298.
3. Altın Z. (2020). Elderly people in covid-19 outbreak. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 30(Ek sayı):49-57. doi:10.5222/terh.2020.93723.
4. Bahar A, Çuhadar D, Bahar G. (2020). Covid-19 Pandemia: mental health in the quarantine and isolation process. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,7(2):42-48.
5. [Banerjee](#) D. (2020). The Impact of Covid-19 Pandemic on Elderly Mental Health. *Int J Geriatr Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.5320.
6. Briguglio M, Giorgino R, Dell'Osso B, Cesari M, Porta M, Lattanzio F, ... & Peretti GM. (2020). Consequences for the elderly after COVID-19 isolation: FEaR (frail elderly amid restrictions). *Frontiers in Psychology*,11:565052.doi: [10.3389/fpsyg.2020.565052](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565052).
7. Boylu AA, Günay G. (2018). Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*,7(2):1351-1363.
8. Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. (1991). The short form of the geriatric depression scale: a comparison with the 30-item form. *Topics in Geriatrics*,4(3):173-178. doi:10.1177/089198879100400310.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Older adults. (June 9, 2021). 02 Haziran tarihinde <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>.adresinden alındı.
10. Demir YP. (2017). Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*,16(1):19-28.
11. Doğan MM, Düzel B. (2020). Fear-anxiety levels in covid-19. *Electronic Turkish Studies*,15(4):739-752.
12. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. (2018). Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *Northern Clinics of Istanbul*,5(3):216–220 doi:10.14744/nci.2017.85047.
13. Durmuş M, Durar E. (2021). The relationship between spiritual well-being and fear of COVID-19 among Turkish elders. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*,1-14. <https://doi.org/10.1080/15528030.2021.1894627>.
14. Elbasan B, Yılmaz GD, Cirak Y, Dalkilinc M. (2013). Cultural adaptation of the friendship scale and health-related quality of life and functional mobility parameters of the elderly living at home and in the nursing home. *Topics in Geriatric Rehabilitation*,29(4):298-303.
15. Ercan M, Arıcı A. (2020). Bio-psycho-social effects of covid-19 pandemia process on elderly. *Journal of ADEM*,1(3):5-22.
16. Fujita K, Inoue A, Kuzuya M, Uno C, Huang CH, Umegaki H, Onishi J. (2021). Mental health status of the older adults in Japan during the COVID-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc*,22(1):220–221. doi: [10.1016/j.jamda.2020.11.023](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.023)
17. Gencer N. (2020). Being elderly in covid-19 process: evaluations on curfew for 65-year-old and over citizens and spiritual social work. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*,4(1):35-42.
18. Girdhar R, Srivastava V, Seth S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Care and Research*,7(1):32-35.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

19. Golitaleb M. (2020). The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12824.1-4.
20. Hossain MA, Jahid MIK, Hossain KMA, Walton LM, Uddin Z, Haque MO, Hossain Z. (2020). Knowledge, attitudes, and fear of COVID-19 during the rapid rise period in Bangladesh. *PloS one*,15(9):e0239646.
21. İlgili Ö, Kutsal YG. (2020). Impact of covid-19 among the elderly population. *Turkish Journal of Geriatrics*,23(4):419-423.
22. Kar N. (2020). COVID-19 and older adults: in the face of a global disaster. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1):1-2.
23. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay Ş, Gürsel Y, Whalley D, Arasil T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*,23 (1):31-38.
24. Li W, Yang Y, Liu Z.-H. et al. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10):1732–1738.
25. Lin CY. (2020). Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*, 3(1):1-2.
26. Özmen S, Özkan O, Özer Ö, Yanardağ MZ. (2021). Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. *Social Work in Public Health*,36(2):164-177.
27. Sahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. (2018). Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,6(1):15-25.
28. Tezcan, S. (2015). Biyoistatistik. Ç. Güler, L. Akın (Ed.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1 içinde.Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 3. Baskı (Tıpkı Basım). Ss.158-199.
29. Türkiye İstatistik Kurumu. (18 Mart 2021). İstatistiklerde Yaşlılar, 2020. 01 Haziran 2021 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227> adresinden alındı.
30. World Health Organization. Ageing and health. (5 February 2018). 01 Haziran 2021 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. adresinden alındı.
31. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030. (14 December 2020). 01 Haziran 2021 tarihinde <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. adresinden alındı.
32. Yakut E, Kuru Ö, Güngör Y. (2020). sağlık personelinin covid-19 korkusu ile tükenmişliği arasındaki ilişkide aşırı iş yükü ve algılanan sosyal desteğin etkisinin yapısal eşitlik modeliyle belirlenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*,24(83):241-262.

Tablolar

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Bilgileri (n=362)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kadın	192 53.0
	Erkek	170 47.0
Eğitim Durumu	İlkokul	125 34.5
	Ortaokul	117 32.3
	Lise	71 19.6
	Üniversite ve üzeri	49 13.5
Çalışma durumu	Gelir getiren bir işte çalışmayan	180 49.7
	Gelir getiren bir işte çalışan	35 9.7
	Emekli	147 40.6
Gelir Düzeyi	1500 TL'den az	61 16.9
	1500-3000 TL arası	237 65.5
	3000 TL'den fazla	64 17.7
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	16 4.4
	Eşle	131 36.2
	Çocuklarla	66 18.2
	Eş ve çocuklarla	138 38.1
	Diğer	11 3.0
Yardımcı Araç Kullanımı (gözlük, baston vb.)	Kullanan	193 53.3
	Kullanmayan	169 46.7
Kronik Hastalık Varlığı	Var	260 71.8
	Yok	102 28.2
Kronik Hastalık Türü	Hipertansiyon	40 15.4
	Diyabet	29 11.2
	Diğer kalp-damar hastalığı	37 14.2
	KOAH	9 3.5
	Diğer akciğer hastalığı	28 10.8
	Kanser	5 1.9
	İki veya daha fazla hastalık	112 43.1
Düzenli İlaç Kullanma Durumu	Evet	266 73.5
	Hayır	96 26.5
Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı	1 ilaç kullanan	16 6.0
	2 ilaç kullanan	65 24.4
	3 ilaç kullanan	59 22.2
	4 ve üzeri ilaç kullanan (Çoklu ilaç)	126 47.4
SARS-CoV-2 Tanısı Alma Durumu	Evet	118 32.6
	Hayır	244 67.4
Covid-19 Aşısı Yaptırma Durumu	Evet	331 91.4
	Hayır	31 8.6
Covid-19'a Yönelik Koruyucu Önlemleri Alma Durumu	Evet	351 97.2
	Hayır	11 2.8
Sosyal Ortamlara Katılma Durumu	Evet	205 56.8
	Hayır	157 43.2
Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yardıma Gereksinim Duyma Durumu	Yardıma gereksinim duymayan (Bağımsız)	229 63.3
	Yardım alarak gerçekleştiren (Yarı bağımlı)	96 26.5
	Yardım almadan yapamayan (Bağımlı)	37 10.2

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Sağlık Durumuna Yönelik Algı	İyi	102	28.2
	Orta	191	52.8
	Kötü	69	19.1
		$\bar{X} \pm SD$	Min. Max.
Yaş		73.70±9.17	65 102

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Covid-19 Korkusu, Sosyal İzolasyon ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları (n=362)

	$\bar{X} \pm SD$	Grubun Ölçeklerden Aldığı Minimum ve Maximum Puanlar	Ölçekten Alınabilecek Minimum ve Maximum Puanlar
Covid-19 Korkusu Ölçeği	19.71±8.64	7-35	7-35
Sosyal İzolasyon Ölçeği	13.80±7.30	5-25	5-25
Geriatrik Depresyon Ölçeği	6.77±5.11	0-15	0-15

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Covid-19 Korkusu, Sosyal İzolasyon ve Geriatrik Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Covid-19 Korkusu Ölçeği	Sosyal İzolasyon Ölçeği	Geriatrik Depresyon Ölçeği
Covid-19 Korkusu Ölçeği	r	1.000		
	p			
Sosyal İzolasyon Ölçeği	r	0.5981	1.000	
	p	0.001		
Geriatrik Depresyon Ölçeği	r	0.5381	0.7661	1.000
	p	0.001	0.001	

OTAGO EXERCISE PROGRAM FOR THE ELDERLY WHO LIVES IN NURSING HOME WITH AND WITHOUT HIGH RISK OF FALLING: A CASE REPORT

**Fatma Zehra GENÇ¹
Naile BİLGİLİ²**

*¹ Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

² Department of Public Health Nursing, Faculty of Health Sciences, Gazi University, Ankara, Turkey

ABSTRACT

The activities of elderly individuals with limited functional mobility have been more limited with the measures taken during the pandemic process. It is predicted that this situation will lead to an increase in falls and fear of falling in elderly individuals in the future. Considering these situations, it was aimed to determine the health effects of the Otago Exercise Program applied to two elderly individuals with and without high risk of falling living in a nursing home. The fall risk status of the individuals was calculated according to the İtaki Fall Risk Scale score. Two elderly individuals who were taken to the Otago Exercise Program for three months by the researcher were evaluated within the framework of Roper et al.'s "Life Activities Model". Individuals were included in an exercise program three times a week and a walking program twice for three months. Two individuals, aged 83 and 88, who have been living in a nursing home for a long time, were included in the program. Individuals were considered as having a high risk of falling and not having a high fall risk compared to the three and 13 points they got from the İtaki Fall Risk scale. Individuals who were adversely affected by the pandemic process increased their health in the physical and psychosocial areas with the program. Seven nursing diagnoses were made in the evaluation made with the Life Activities model. Care planning was made within the framework of diagnoses, interventions were applied, and the results were evaluated. The Activity Based Model of Roper et al. provides guidance for planning and implementing nursing care for elderly individuals with and without high risk of falling. Results should be confirmed by studies with a higher level of evidence with a larger population with and without a high risk of falling.

Keywords: Elderly, fall, nursing home, Otago Exercise Programme

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YÜKSEK DÜŞME RİSKİ OLAN VE OLMAYAN YAŞLIDA OTAGO EGZERSİZ PROGRAMI: OLGU SUNUMU

ÖZET

Fonksiyonel hareketliliği kısıtlı olan yaşlı bireylerin pandemi sürecinde alınan önlemlerle aktiviteleri daha çok sınırlanmıştır. Bu durum gelecekte yaşlı bireylerde düşmelerin ve düşme korkusunun artmasına neden olacağı tahmin edilmektedir. Bu durumlar göz önüne alınarak çıkılan çalışmada huzurevinde yaşayan yüksek düşme riski olan ve olmayan iki yaşlı bireye uygulanan Otago Egzersiz Programının sağlığa etkilerini belirlemek amaçlanmıştır. Bireylerin düşme riski durumları İtaki Düşme Riski Ölçek puanına göre hesaplanmıştır. Araştırmacı tarafından üç ay boyunca Otago Egzersiz Programına alınan iki yaşlı birey Roper ve diğerlerinin "Yaşam Aktiviteleri Modeli" çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bireyler üç ay boyunca haftada üç kez egzersiz programına ve iki kez yürüyüş programına alınmıştır. Uzun süredir huzurevinde yaşayan 83 ve 88 yaşlarında iki birey programa alınmıştır. Bireylerin İtaki Düşme Riski ölçek puanından aldıkları üç ve 13 puana göre yüksek düşme riski olan ve olmayan şeklinde ele alınmıştır. Pandemi sürecinden olumsuz etkilenen bireyler programla birlikte sağlıklarını fiziksel ve psikososyal alanda yükseltmişlerdir. Yaşam Aktiviteleri modeli ile yapılan değerlendirmede bireylere yedi hemşirelik tanısı konulmuştur. Tanılar çerçevesinde bakım planlaması yapılmış, girişimler uygulanmış, sonuçlar değerlendirilmiştir. Roper ve diğerlerinin

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Modeli, yüksek düşme riski olan ve olmayan yaşlı bireylerin hemşirelik bakımının planlanması ve uygulaması için rehber olmaktadır. Yüksek düşme riski olan ve olmayan daha büyük popülasyonla kanıt düzeyi yüksek çalışmalarla sonuçlar doğrulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, düşme, huzurevi, Otago Egzersiz Programı

Giriş

Düşmeler yaşlı bireylerde mortalite oranlarını artırmakta, ciddi yaralanmalara hatta mobiditeye yol açmaktadır (Monteiro vd., 2021). Yaş alma ile birlikte kemik yoğunluğu azalmakta, kas dokusu kayıpları gelişmekte, eklemlerdeki kıkırdak dokusu azalmakta, kas gücü ve koordinasyonunda azalmalar olmaktadır (Chao vd., 2021). Buna bağlı denge ve düşme sorunları meydana gelmektedir. Gürler vd.'nin (2019) çalışmasında katılımcıların %33,3'ünün huzurevinde düştüğü ve düşmelerin katılımcılar tarafından yaşanmanın normal ve kaçınılmaz bir sonucu olarak görüldüğü saptanmıştır. Soyuer vd. (2015) huzurevinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %71,8'inin düşme korkusu yaşadığı ve düşme ile ilişkili faktörlerin yaş, cinsiyet, yardımcı cihaz kullanımı, günlük yaşam aktivitesi, denge, mobilite, depresyon olduğu belirlenmiştir. Düşmeler pek çok risk faktörünün karmaşık etkileşimi sonucu meydana gelen geriatrik sendromlardır. Düşmelere neden olan başlıca risk faktörleri biyolojik, davranışsal, çevresel ve sosyo-ekonomik risk faktörleridir (Gürhan vd., 2019).

Biyolojik risk faktörü olarak yaş, cinsiyet, ırk, fizyolojik değişiklikler ve kronik hastalıklar değerlendirilmekte; davranışsal olarak ilaç kullanımı, fiziksel aktivite, düşme korkusu, aşırı alkol tüketimi, uyku sorunları, yalnızlık ve sosyal izolasyon değerlendirilmekte; çevresel olarak aydınlatma, zemin, döşeme, koridor, banyo, tuvalet, mobilya, merdiven, mutfak, yatak odası ile ilgili sorunlar değerlendirilmektedir. Sosyoekonomik risk faktörü olarak kadın olmak, kırsal alanda yaşıyor olmak, toplumsal kaynaklara, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişimde sorun yaşıyor olmak, kötü yaşam koşulları, kötü beslenme ele alınmakta olup değerlendirmede dikkat edilmelidir. Düşmeleri önlemede temel yaklaşım risk faktörlerini değerlendirip değiştirilebilir faktörleri belirlemektir (Bilgili ve Birimoğlu Okuyan, 2017).

Günümüzde COVID-19 pandemisi sırasındaki karantinalar ve izolasyonlar daha uzun süreli hareketsiz davranışlara neden olmuştur (Genç ve Uslu, 2020; Chen vd., 2021). Fonksiyonel hareketliliği kısıtlı olan yaşlı bireylerin pandemi sürecinde aktiviteleri daha çok sınırlanmıştır. Bu durumun gelecekte yaşlı bireylerde düşme, düşme korkusunun artmasına neden olacağı tahmin edilmektedir. Literatürde huzurevinde yapılan çok az çalışma olup düşme riski olan ve olmayan yaşlı bireylerin Otago Egzersiz Programından etkilenme durumları merak konusudur (Dupont vd., 2021). Bu durumlar göz önüne alınarak çıkarılan çalışmada huzurevinde yaşayan yüksek düşme riski olan ve olmayan iki yaşlı bireye uygulanan Otago Egzersiz Programının sağlığa etkilerini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmacı tarafından üç ay boyunca programa alınan bireyler değerlendirilmiştir. Bulgular sunulurken Roper ve diğerlerinin Yaşam Aktiviteleri Modeli çerçevesinde ele alınmıştır (Williams, 2017). Bu model özellikle "hareket aktivitesi" üzerine temellendirildiği ve genellikle fiziksel aktiviteler üzerine odaklandığı belirtildiği için tercih edilmiştir (Bulut & Güler Demir, 2017).

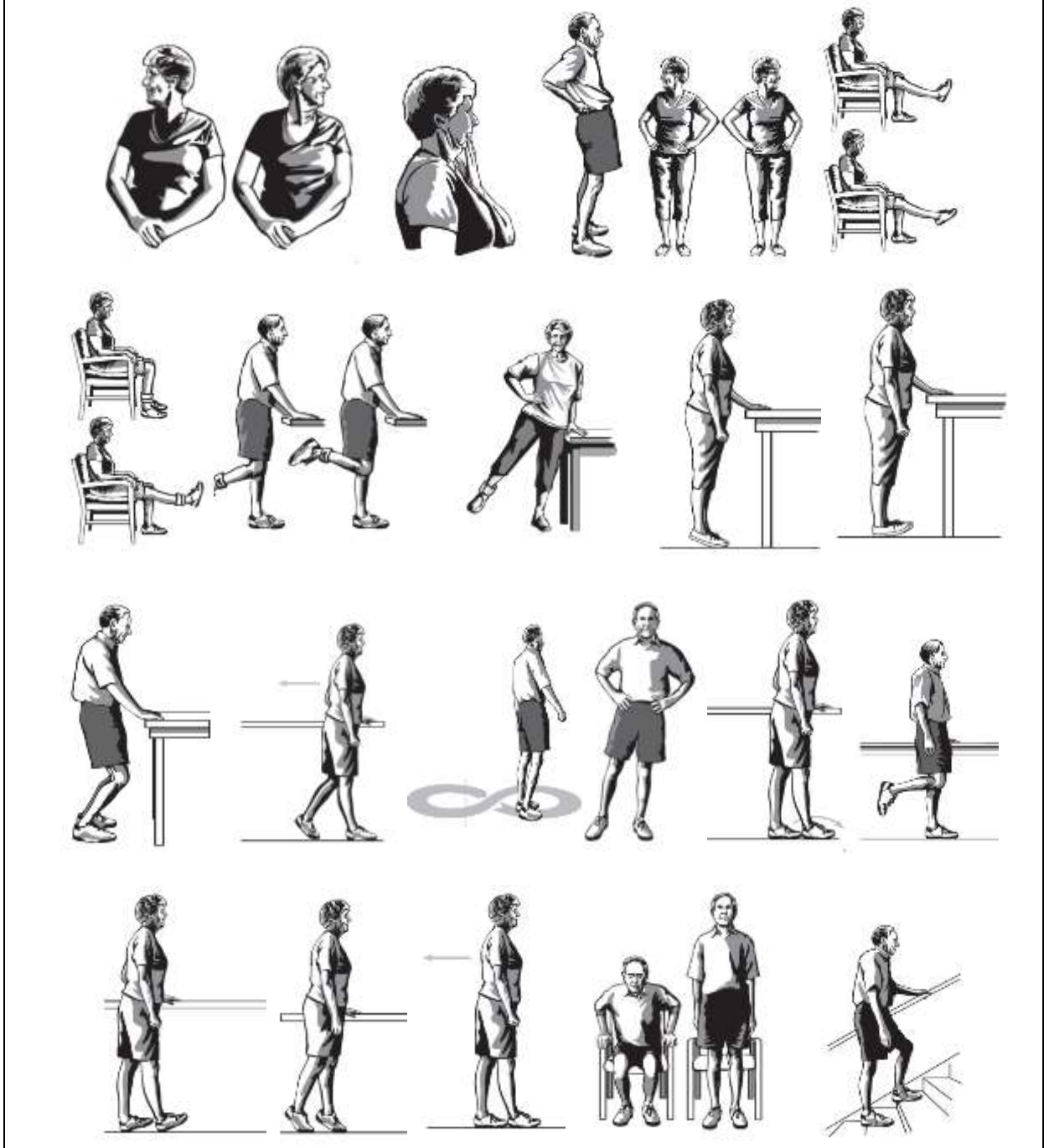
Otago Egzersiz Programı

Otago Egzersiz Programı, bireye özgü ev tabanlı düşmeleri önlemek için Yeni Zelanda'da geliştirilmiş bir egzersiz programıdır. Bu program ısınma, denge, güçlendirme ve yürüme egzersizlerini içeren çoklu müdahaleyi içermektedir. Geliştirilen programın özellikle 80 yaş üstü egzersiz geçmişi olan ve olmayan bireylerde düşmeleri önlediği belirtilmektedir (Campbell & Robertson, 2005). Bu egzersiz programında, bireylerden egzersizleri haftada üç kez yapması ve haftada iki kez 30 dk yürümesi beklenmektedir. Program ortalama 45 dk sürmektedir. Egzersiz programına ısınma hareketleri ile başlanmakta, bu hareketler baş, boyun, gövde, sırt ve ayak bileği hareketlerini içermektedir. Güçlendirme hareketleri olarak ön diz, arka diz, kalça, ayak bileği hareketleri, parmak ucunda ve topuk üzerinde yükselme yer almaktadır. Denge hareketleri olarak ise yarı oturma, geriye doğru yürüme, yan yürüme, yürüme ve etrafında dönme, tandem durma, tandem

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

yürüme, tandem geriye yürüme, tek ayak üstünde durma, otur kalk ve merdiven çıkma yer almaktadır (Şekil 1).

Otago Egzersiz Programları düşmeleri önlemekte birlikte dengeyi artırmakta, üst ve alt ekstremitayı güçlendirmekte, fonksiyonel hareketliliği ve bağımsızlığı artırmaktadır (Jahanpeyma vd., 2021; García-Gollarte vd., 2021; Chiu vd., 2021; Chen vd., 2021; Davis vd., 2021; Tuvemo Johnson vd., 2021). Program fonksiyonel sağlığa ek olarak düşme korkusunu azaltmada, yaşam doyumunu ve kalitesini artırmaktadır. Programın psikososyal ve mental sağlığı da olumlu yönde etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (Park ve Chang, 2016; Worum vd., 2019; Monteiro vd., 2021).



Şekil 1. Otago Egzersiz Programı Hareketleri

Olgular

S.Ş. 83 yaşında okuryazar, altı yıldır huzurevinde yaşamaktadır. Yirmi yıldır diş protezi ve gözlük kullanmaktadır. On yıl önce katarakt ameliyatı geçirmiş, çocukluk aşuları tam ve düzenli aşularını yaptırmaktadır. Herhangi bir maddeye karşı alerji öyküsü yoktur. Son bir yıl içerisinde düşme öyküsü yoktur. İtaki düşme riski değerlendirme ölçek puanı üç olup düşme riski düşüktür. Bireyin yaşam bulguları: kan basıncı 120/70 mmHg, radyal nabız: 72/dk, solunum: 26/dk ve ateşi 36,5 °C. Bireyin beş yıldır KOAH hastalığı mevcuttur. Kullandığı ilaçlar; ventolin inh. (4x2), spiriva inh. (1x1), ventofor combi inh. (2x1), flixotide nebül (2x1), pulcet 40 mg tb. (1x1).

Y.K. 88 yaşında, okuryazar, on yıldır huzurevinde yaşamaktadır. Otuz yıldır diş protezi kullanmakta 15 yıldır gözlük kullanmaktadır. Yirmi yıl önce katarakt ameliyatı geçirmiş, çocukluk aşuları tam ve düzenli aşularını yaptırmaktadır. Herhangi bir maddeye karşı alerji öyküsü yoktur. Son bir yıl içerisinde düşme öyküsü yoktur. İtaki düşme riski değerlendirme ölçek puanı 13 olup düşme riski oldukça yüksektir. Bireyin yaşam bulguları: kan basıncı 110/60 mmHg, radyal nabız: 64/dk, solunum: 22/dk ve ateşi 36,3 °C. Bireyin on yıldır parkinson, yirmi beş yıldır hipertansiyon ve kalp hastalığı mevcuttur. Kullandığı ilaçlar ise; pexola 1 mg tb. (1x1), beloc 25 mg tb. (1x1), norvasc 5 mg tb. (1x1), ecopirin 100 mg tb. (1x1) famodin 40 mg tb. (1x1).

Yaşam Aktivitelerindeki Mevcut Durum

Tablo 1. S.Ş ve Y.K.'nın Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Bağımlılık-Bağımsızlık Döngüsü

Yaşam Aktiviteleri	Bağımlılık / Bağımsızlık Döngüsü	
	Tamamen Bağımlılık	Tamamen Bağımsızlık
1. Güvenli çevrenin sürdürülmesi	★ ●	
2. İletişim	● ★	
3. Solunum	●	★
4. Yeme ve içme		★ ●
5. Boşaltım		★ ●
6. Kişisel temizlik ve giyim		★ ●
7. Beden ısısının kontrolü		★ ●
8. Hareket	★ ●	
9. Çalışma ve eğlence	★ ●	
10. Cinselliği ifade etme		★ ●
11. Uyku		★ ●
12. Ölüm		● ★

S.Ş ●

Y.K ★

Yaşam Aktiviteleri İlgili Toplanan Veriler

- Güvenli çevrenin sürdürülmesi:** İki bireyde temel ihtiyaçlarını kendisi karşılamakta gerektiğinde sağlık personeli tarafından desteklenmektedir. İki bireyde de miyopi ve hipermetropi var ve yıllardır gözlük kullanmaktadır. Kurum içi tehlikeli durumlar (yataklarının yüksekte olması, etrafta takılabileceği yerlerin olması) mevcuttur. Hareketsizliğe bağlı kas zayıflığı, kan basıncındaki değişiklikler, gözlük kullanımının düzenli olmaması gibi nedenlerle düşme riskini artırmaktadır. Bireylere İtaki Düşme Riski Ölçeği uygulanmış olup S.Ş'nin üç (düşük risk), Y.K.'nın 13 puan (yüksek risk) olduğu belirlenmiştir. Berg Denge Ölçek Puanları S.Ş'nin 42 (düşük düşme riski, iyi bir denge varlığı) iken Y.K.'nın 36 (orta derecede düşme riski, kabul edilebilir denge varlığı) puandır. 30 Sn Otur Kalk Testi puanları S.Ş'nin 10, Y.K.'nın sekiz'dir. Puanlar değerlendirildiğinde 10'un altında puan alan Y.K.'nın alt ekstremitte güçsüzlüğü olduğu saptanmıştır.
- İletişim:** Fısıltı testi uygulandı ve söylenenlerin büyük çoğunluğunu iki bireyde ifade edebildi. Kulakta çınlama, uğultu, akıntı yok.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

3. *Solunum:* S.Ş.'nin KOAH hastalığı mevcut inhaler ilaç kullanmaktadır. İlaçlarını kendisi düzenli olarak kullanabilmektedir. Y.K. solunum ile ilgili sorunu yoktur, çok nadir dispne yaşamaktadır (Solunum: S.Ş. 26/dk, Solunum Y.K. 22/dk)
4. *Yeme ve içme:* İki bireyde ara ara diş protezi kullanımı kaynaklı çiğneme ve yutma güçlüğü vardır. S.Ş.'nin BKİ değeri 23,3 kg/m², Y.K.'nin BKİ değeri 25,6 kg/m² olup beslenme açısından sorun yaşamadıkları, fakat hareketsizliğe bağlı olarak son bir yılda kilo aldıkları belirlenmiştir.
5. *Boşaltım:* Bireylerin kendi odalarında tuvalet vardır. İki bireyinde inkontinans öyküsü yoktur.
6. *Kişisel temizlik ve giyim:* S.Ş. kendi banyosunu yapabiliyor, tırnak bakımını yapamıyor. Y.K. ise kişisel temizliğinde hafif bağımlıdır. Bartel İndeksi ile bireyler değerlendirildiğinde S.Ş. tam bağımsız (100 puan), Y.K. ise hafif bağımlı (95 puan) olarak saptanmıştır.
7. *Vücut sıcaklığının kontrolü:* İki bireyinde vücut sıcaklığı normal düzeydedir (S.Ş. 36,5 °C, Y.K. 36,3 °C)
8. *Hareket:* Bu süreçte çok ciddi kısıtlamaları olmuş, yemekhaneye dâhil kendilerinin inmediklerini yemeklerinin odalarına getirildiğini, daha önce yapılan tüm sosyal aktivitelerin durdurulduğunu kesintiye uğradığını ifade ettiler. Bu durumdan rahatsızlıklarını belirttiler. İki bireyde düşme korkusundan dolayı dışarda yürüyüşe gitmiyor. Son üç aydır koridorda yürüyüşlerini yapıyor. İki yaşlı bireye Güçlendirme Ölçeği uygulanmış S.Ş.'nin 22, Y.K.'nin 17 puanı olduğu belirlenmiştir (Min. 8., Mak. 40). Bireylerin fonksiyonel hareketliliğini belirlemek için Zamanlı Kalk Yürü Testi ve Altı Dakikada Yürüme Testi uygulanmıştır. Zamanla Kalk Yürü Testi sonuçları ise S.Ş.'nin 10 sn. (düşme riski yok), Y.K.'nin 13 sn.'dir (düşme riski var). Altı Dakikada Yürüme Testi uygulandığında S.Ş.'nin 360 metre, Y.K.'nin 220 metre yürüdüğü saptanmıştır.
9. *Çalışma ve eğlenme:* Ziyaret kısıtlamaları ve kurum içinde yapılan birçok aktivitenin durdurulmasına bağlı sosyal izolasyon yaşamışlar.
10. *Cinselliği ifade etme:* İki bireyin de cinsel partneri yok, eşlerini 15-18 yıl önce kaybetmişler.
11. *Uyku:* Pandemi sürecinde daha çok uykuya meyilli olduklarını fakat şu an uyku problemleri olmadıklarını ifade ettiler. İki bireyde Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği ile değerlendirildi. Ölçek puanları dört olup uyku kalitesinin iyi olduğu belirlenmiştir.
12. *Ölüm:* Pandemi sürecinde çok yoğun yalnız kaldıklarını ve ölümün yaklaştığını ifade ettiler. Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları iki bireyinde 11 puan olup muhtemel depresyon tablosu saptanmıştır.

Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

1. *Biyolojik Faktörler:* Bireylerin yaşı 83 ve 88, tanıları KOAH, parkinson, hipertansiyon ve kalp hastalığı mevcuttur.
2. *Psikolojik Faktörler:* Bireylerin pandemi yaşamına uyum sağlamada güçlük, muhtemel depresyon tablosu, hareket etmede korku yaşamaktadırlar.
3. *Sosyokültürel Faktörler:* Bireyin içinde bulunduğu pandemi koşulları duygusal ve entelektüel gelişimini etkilemektedir. Haber izlediklerinde olumsuz etkilendiklerini olumsuz durumları üzerinden atamadıklarını belirtmektedirler. Bireyler dinin yaşam tarzları üzerinde önemli etkileri olduğunu ve iyi bir baş etme mekanizması olduğunu belirtmektedirler.
4. *Çevresel Faktörler:* Kurumda bireyler özel odada kalmakta olup odaları tek kişiliktir. Odalarının düzenlenmesi bireylerin istekleri doğrultusunda yapılmaktadır. Mutfak, salon, yemekhane ortak alan olup bireyler bu alanlardan yararlanmaktadır. İki bireyinde daha önceki yıllarda düşme öyküsü var fakat son bir yılda düşme öyküsü yaşamamışlardır.
5. *Politik ve Ekonomik Faktörler:* Bireyler kurumda yaşadığı için para yönetimi bireylerin istekleri doğrultusunda kurum tarafından yapılmaktadır.

Hemşirelik Süreci ve Tanıları

Yaşam aktiviteleri ilgili toplanan veriler ve aktivitelerini etkileyen faktörler göz önüne alındığında bireylerin “güvenli çevrenin sürülmesi, hareket, çalışma ve eğlence, ölüm” başlıklarında sorunlar olduğu tespit edilmiştir. Otago Egzersiz Programına alınan bireyler üç ay boyunca (Eylül-Kasım) araştırmacı tarafından birebir video destekli eğitim verilmiş ve egzersiz programı yaptırılmıştır. Yaşam Aktiviteleri modeli ile yapılan değerlendirmede bireylere yedi hemşirelik tanısı konulmuş, bu tanımlar çerçevesinde bakım planlaması yapılmış, girişimler uygulanmış ve sonuçlar

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

değerlendirilmiştir. Bu tanılar: fiziksel mobilitede bozulma, güçsüzlük, hareket etme korkusu, sağlığı sürdürmede etkisizlik, sosyal izolasyon, solunum fonksiyonlarında bozulma riski, düşme riskidir. Üç ay boyunca (Eylül-Kasım) bireyler ile haftada üç gün (çarşamba, perşembe ve cumartesi günleri) saat 15.00-16.00 arasında görüşme sağlanarak program yürütülmüştür. Program yürütülmeden önce kurum izni, bireylerin onamları ve kurum hekiminin bireylerin egzersiz yapmasında sakınca olmadığına dair onayı alınmıştır.

Tanı; Fiziksel mobilitede bozulma

Amaç; Bireylerin ekstremitelerde gücünde ve dayanıklılığında artış olduğunu bildirmesi ve bu durumun ölçümlere yansımaları

Girişimler;

- Uzun süre aynı pozisyonda oturma ve yatma davranışlarını önlemek için bilgi verildi.
- Ayağa kalkmadan önce birkaç dk yatağın kenarından ayaklarını sarkıtması hakkında bilgi verildi.
- Yardımcı araç kullanarak (Y.K.) veya kullanılmadan (S.Ş.) ambulasyon iletildi.
- Bireyler, kısa süreli ve sık aralıklı (haftada iki kez 30 dk ve 30 dk'yı üçe bölerek 10 dk ile yapması ve dinlenmesi) yürüyüş programları yapması teşvik edildi.
- Haftada üç kez Otago Egzersiz Programı kapsamında ısınma, denge ve güçlendirme egzersizleri yaptırıldı.
- Otago Egzersiz Programının başlangıcında ve üçüncü ay sonunda Otur Kalk, El Kavrama Gücü, Zamanla Kalk Yürü ve Altı Dakikada Yürüme Testleri ve Berg Denge Ölçeği uygulandı.

Değerlendirme; Program öncesinde ve sonrasındaki ölçümler Tablo 2'de verilmiştir. Bireylerin gün içerisinde hareketlilikleri de artırıldı. Bireyler, ekstremitelerde gücünde ve dayanıklılığında artış olduğunu bildirdi.

Tablo 2. Otago Egzersiz Program Öncesi ve Sonrası Ölçüm Sonuçları

Ölçüm Adı	Bireyler	Prgram Öncesi	Program Sonrası
30 sn Otur Kalk Testi (10'dan az olması alt ekstremitelerde güçsüzlüğü)	S.Ş.	10 kez	14 kez
	Y.K.	8 kez	11 kez
El Kavrama Gücü Testi	S.Ş.	8 kg	10 kg
	Y.K.	5 kg	6 kg
Zamanla Kalk Yürü Testi (12 saniyeden uzun sürerse düşme riski)	S.Ş.	10 sn	8 sn
	Y.K.	13 sn	10 sn
Altı Dakikada Yürüme Testi	S.Ş.	360 m	400 m
	Y.K.	220 m	250 m
Berg Denge Ölçeği (Min.0 Mak.56)	S.Ş.	42 puan	48 puan
	Y.K.	36 puan	44 puan

Tanı; Güçsüzlük

Amaç; Bireyler yaşamı, sağlık bakımı ve geleceği hakkında kararlar vermeye devam etmesi ve Yaşlılarda Güçlendirme Ölçeği puanında artış olması

Girişimler;

- Kontrol edebileceği ve edemeyeceği yaşam alanlarını ayırt etmesine yardım edildi.
- Kayıpları paylaşmasına olanak sağlandı.
- Öz-bakım sorumluluklarını alması için bireyler cesaretlendirildi.
- Bireyler Otago Egzersiz Programına alınarak programda başarılı olmasına fırsatlar tanındı.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Sık sık bireylerin durumundaki olumlu değişimler belirtildi.
- Yaşlılıkla ilgili bireylerin daha iyi hissetmenin yollarını bulabilmesi için fırsatlar sağlandı.
- Yaşlılığa yönelik bakım sürecinde motivasyon kaynaklarının neler olabileceği konusunda bireyler cesaretlendirildi.

Değerlendirme; Kayıpların fonksiyonel bağımsızlık olduğu bireyler tarafından ifade edildi. Öz bakımında S.Ş. banyo hariç, Y.K. banyo ve tırnak bakımı hariç kendisinin bağımsız olarak yapabildiği gözlemlendi. Yaşlılarda Güçlendirme Ölçeğinden S.Ş.'nin program öncesinde 22 program sonrasında 27 puan aldığı, Y.K.'nin program öncesinde 17 program sonrasında 21 puan aldığı belirlendi (Min. 8., Mak. 40).

Tanı; Hareket etme korkusu

Amaç; Bireylerin hareket etme korkusunu en aza indirmeye, psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artış olduğu ifade etmesi

Girişimler;

- Bireyler duygularını ifade etmesi için cesaretlendirildi.
- Pandemi sürecinde çok fazla hareketsiz kaldıkları için hareket etme korkularının geliştiği bireylerden tarafından ifade edildi.
- Korku-kaçınma kısır döngüsü olup olmadığı araştırıldı.
- Bireylerin hareket etme korkusu durumları programa alınmadan önce ve sonra Tampa Kinezyofobi Ölçeği ile değerlendirildi.
- Bireyler Otago Egzersiz Programına alınarak hareket etme korkuları ile baş etmesi sağlandı. Sakin kalma, yüzleşme ve iyileşme basamakları ile ilerlendi.
- Uzun süreli hareket etmekten korkmanın ve kaçınmanın bireyin sağlığına kas-iskelet sistemi ve kardiyovasküler sistem üzerindeki olumsuz etkileri bireye açıklandı.
- Bireylerin hareket korkularını yenmek için Otago egzersiz programına alındı.

Değerlendirme; COVID-19 pandemisi sırasındaki alınan önlemler daha uzun süreli hareketsiz davranışlara neden olduğu bireyler tarafından ifade edildi. Bireyler uzun süre sadece kendi odalarında kaldıklarını belirttiler. Son üç aydır koridorda çok kısa yürüyüşlerinin olduğu belirlendi. Tampa Kinezyofobi Ölçeğinden S.Ş.'nin program öncesinde 40 program sonrasında 28 puan aldığı, Y.K.'nin program öncesinde 42 program sonrasında 32 puan aldığı belirlendi (Min. 17., Mak. 68). Bireyler sürekli destek gördüklerini, cesaret kazandıklarını ve korkularının azaldığını ifade ettiler.

Tanı; Sağlığı sürdürmede etkisizlik

Amaç; Bireylerin sağlığı sürdürme davranışlarına katılması ve davranışlara katılma niyetini sözel olarak ifade etmesi

Girişimler;

- Bireylerin primer koruyuculuk bilgileri değerlendirildi.
- Sağlık algısı ve sağlığa verdiği önem belirlendi.
- Sekonder koruyuculuğun önemi hakkında bilgi verildi.
- Kronik hastalıklarının nedenleri, tedavileri, kontrol ve izlemleri hakkında bilgi verildi.
- Bağımsızlık, beslenme, uyku, kişisel hijyen davranışları gözlemlendi ve eksik olan davranışları hakkında bireyler bilgilendirildi.
- Bireyler düzenli programa alınarak fiziksel inaktivite durumu en aza indirildi.

Değerlendirme; Kişisel hijyen davranışlarındaki eksiklikler giderildi. Diğer sağlığı sürdürücü davranışlara katılmaktadırlar.

Tanı; Sosyal izolasyon

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Amaç; Bireyler tarafından alışlageldiği sosyal ilişkilerin kaybının ve yalnızlık duygularında azalma olduğunun bildirilmesi

Girişimler;

- Bireylerin pandemi sürecinde hissettiği duyguları ifade etmesi sağlandı.
- Mevcut kaynaklarının neler olduğu, mevcut hizmetleri ve destekleri kişinin nasıl yönettiği değerlendirildi.
- Bireylerin kullandığı mevcut teknoloji platformları değerlendirildi ve kullanılması için teşvik edildi.
- Bireyler üç ay boyunca Otago Egzersiz Programına alındı ve programla birlikte öncesinde ve sonrasında sosyal diyaloglar kuruldu.
- Uluslararası Geriatri ve Gerontoloji Birliği (IAGG) izolasyon döneminde yaşlıların sağlıklı kalabilmesi için COVID-IAGG-AO kılavuzu önerileri açıklandı (Chhetri vd., 2020).
- Salonunda yaşlı bireyler maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edilerek bir araya getirilmesi, etkileşimde bulunması ve ikramlar yapılması sağlandı.

Değerlendirme; Bireyler günlük ve haftalık yapılacaklar listesini planladı. Bireyler tarafından kurumlara giriş çıkışın yasak olduğu bu dönemde araştırmacının gelip gitmesi ve programa almasının sosyal izolasyon ve yalnızlığını gidermede etkili olduğu ifade edildi.

Tanı; Solunum fonksiyonlarında bozulma riski

Amaç; Bireyin (S.Ş.) solunum fonksiyonunun yeterli olması

Girişimler;

- KOAH tanısı hakkında bilgi verildi.
- Akciğer sesleri dinlenerek solunum sayısı ve derinliği kontrol edildi.
- Bireyin odasının belli aralıklarla havalandırılması gerektiği belirtildi.
- Maske ve mesafe kuralına dikkat etmesi vurgulandı.
- Bireye inhaler ilaçları nasıl kullandığı soruldu ve bireyin yanlış uygulamaları düzeltildi.
- Sekresyon oluşmaması için yeterli sıvı alımı planlandı.
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretildi ve bireyin yapması sağlandı.

Değerlendirme; Bireyin solunum sayısı 26/dk. Bireyin solunum fonksiyonu normal olarak sürmekte olup birey daha rahat nefes aldığını ifade etti.

Tanı; Düşme riski

Amaç; Bireylerin düşme riskini en aza indirmek

Girişimler;

- İtali Düşme Riski Ölçeği'ne göre bireylerin düşme riskleri belirlendi.
- Otago Egzersiz Programı ve Yürüyüş hakkında eğitim materyali hazırlanıp bireylere video destekli eğitim verildi.
- Bireyler güçlendirme, denge ve yürüyüş egzersizlerini içeren Otago Egzersiz Programı'na alındı.
- Bireylerin programa haftada üç kez katılması ve haftada iki kez yarım saat yürümesi teşvik edildi.
- Mümkün olduğunca terlik ve mest yerine kapalı ayakkabı giymesinin önemi vurgulandı ve kapalı ayakkabı giymesini teşvik etmek için spor ayakkabı temin edildi.
- Ortostatik hipotansiyon değerlendirildi.
- Gözlük kullanımının önemi hakkında bilgi verildi.
- Bireylerin odası değerlendirilip düşmelere neden olabilecek çevresel düzenlemeler (kablo, halı, paspas gibi eşyalar) yapıldı.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Değerlendirme: İtaki Düşme Riski Ölçek puanı S.Ş.'nin üç (düşme riski düşük) ve Y.K.'nin ise 13 (yüksek risk) olduğu belirlendi. İki bireyinde son bir yılda düşme öyküsü yoktur. Bireyler üç ay boyunca haftada üç kez (çarşamba, Perşembe ve cumartesi) programa ve iki kez yürüyüşe (pazar ve pazartesi) katıldı. Program sürecinde herhangi bir düşme yaşanmadı. Bireyler daha da güçlendiklerini ve düşme korkularında azalma olduğunu ifade ettiler.

Sonuç:

Roper ve diğerlerinin Yaşam Aktivitelerine Dayalı Modeli, yüksek düşme riski olan ve olmayan yaşlı bireylerin hemşirelik bakımının planlanması ve uygulaması için rehber olmaktadır. Ayrıca üç ay boyunca verilen Otago Egzersiz Programı yaşlı bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını geliştirmiştir. Yüksek düşme riski olan ve olmayan daha büyük popülasyonla kanıt düzeyi yüksek çalışmalarla sonuçlar doğrulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Bilgili, N. & Birimoğlu Okuyan, C. (2017). Yaşlı Bireylerde Ev Kazaları ve Düşmeler. Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı (Edt. Bilgili, N. & Kitiş, Y.). Vize Yayıncılık, Ankara, 430-450.
2. Bulut, H. & Güler Demir, S. (2017). Nancy Roper, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney: Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri (Edt. Karadağ, A., Çalışkan, N. & Baykara, Z.G.). Akademi Basın ve Yayıncılık, 1.Baskı, İstanbul, 532-575.
3. Campbell, A. J., & Robertson, M. C. (2003). Otago exercise programme to prevent falls in older adults. *Wellington: ACC Thinksafe*, 3.
4. Chao, Y.-P., Chen, W.-L., Peng, T.-C., Wu, L.-W., Liaw, F.-Y., & Kao, T.-W. (2021). Examining the association between muscle mass, muscle function, and fat indexes in an elderly population. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 83, 111071. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.111071>
5. Chen, X., Zhao, L., Liu, Y., Zhou, Z., Zhang, H., Wei, D., Chen, J., Li, Y., Ou, J., Huang, J., Yang, X., & Ma, C. (2021). Otago exercise programme for physical function and mental health among older adults with cognitive frailty during COVID-19: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, <https://doi.org/10.1111/jocn.15964>
6. Chhetri, J. K., Chan, P., Arai, H., Park, S. C., Sriyani Gunaratne, P., Setiati, S., Assantachai, P., & International Association for Gerontology and Geriatrics-Asia/Oceania Region. (2020). Prevention of COVID-19 in Older Adults: A Brief Guidance from the International Association for Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Region. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(5), 471–472. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1359-7>
7. Chiu, H.-L., Yeh, T.-T., Lo, Y.-T., Liang, P.-J., & Lee, S.-C. (2021). The effects of the Otago Exercise Programme on actual and perceived balance in older adults: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(8), e0255780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255780>
8. Davis, J. C., Khan, K., Mansournia, M. A., Khosravi, A., Rhodes, R. E., Chan, P., Zhao, M., Jehu, D. A., Parmar, N., & Liu-Ambrose, T. (2021). A 'case-mix' approach to understand adherence trajectories for a falls prevention exercise intervention: A longitudinal cohort study. *Maturitas*, 147, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.02.004>
9. Dupont, J., Dedeyne, L., Dalle, S., Vercauteren, L., Wauters, E., Koppo, K., & Gielen, E. (2021). Otago exercise program: Recommended for all older adults or not? *European Geriatric Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00483-7>
10. García-Gollarte, F., Mora-Concepción, A., Pinazo-Hernandis, S., Segura-Ortí, E., Amer-Cuenca, J. J., Arguisuelas-Martínez, M. D., Lisón, J. F., & Benavent-Caballer, V. (2021). Effectiveness of a Supervised Group-Based Otago Exercise Program on Functional Performance in Frail Institutionalized Older Adults: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000326>
11. Genç, F., & Uslu, A. (2020). Nursing approaches and their effect on the health of elderly with COVID-19. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*, 4(3), 100–110. <https://doi.org/10.18844/ijeths.v4i3.5311>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

12. Gürler, H., Özkan Tuncay, F., & Kars Fertelli, T. (2019). The Determination of Perceived Risk Factors and The Level of Knowledge for Falls in Older People Who Lives in a Nursing Home in Turkey. *Van Medical Journal*, 26(3), 315–323. <https://doi.org/10.5505/vtd.2019.38233>
13. Jahanpeyma, P., Kayhan Koçak, F. Ö., Yıldırım, Y., Şahin, S., & Şenuzun Aykar, F. (2021). Effects of the Otago exercise program on falls, balance, and physical performance in older nursing home residents with high fall risk: A randomized controlled trial. *European Geriatric Medicine*, 12(1), 107–115. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00403-1>
14. Monteiro, Y. C. M., Vieira, M. A. da S., Vitorino, P. V. de O., Queiroz, S. J. de, Policena, G. M., & Souza, A. C. S. E. (2021). Trend of fall-related mortality among the elderly. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 55, e20200069. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0069>
15. Park, Y., & Chang, M. (2016). Effects of the Otago exercise program on fall efficacy, activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(1), 190–193. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.190>
16. Soyuer, F., Cankurtaran, F., Akın, S. & Elmalı, F. (2015). *Gaziantep Med J*, 21(3):172-177. DOI: 10.5455/GMJ-30-178074
17. Tuvemo Johnson, S., Anens, E., Johansson, A.-C., & Hellström, K. (2021). The Otago Exercise Program With or Without Motivational Interviewing for Community-Dwelling Older Adults: A 12-Month Follow-Up of a Randomized, Controlled Trial. *Journal of Applied Gerontology*, 40(3), 289–299. <https://doi.org/10.1177/0733464820902652>
18. Williams, B. C. (2017). The Roper-Logan-Tierney model of nursing. *Nursing2020 Critical Care*, 12(1), 17. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000508630.55033.1c>
19. Worum, H., Lillekroken, D., Ahlsen, B., Roaldsen, K. S., & Bergland, A. (2019). Bridging the gap between research-based knowledge and clinical practice: A qualitative examination of patients and physiotherapists' views on the Otago exercise Programme. *Bmc Geriatrics*, 19(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1309-6>

EMPATİ YAKLAŞIMININ YAŞLI AYRIMCILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ

Pınar YILMAZ EKER¹

Ayşe TOPAL HANÇER²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Sivas, Türkiye

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas, Türkiye

ÖZET

Sağlık alanındaki gelişmelere ve yaşam koşullarındaki iyileşmelere paralel olarak, tüm dünyada yaşam süresinin arttığı ve artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, sağlık bakımı hizmeti alması gereken geriatric popülasyonun artacağı da öngörülmektedir. Yaşlı bakıma yönelik sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılabilmesi için hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutum ve empatik eğilimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu araştırma, geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin empati yaklaşımlarının yaşlı ayrımcılığı üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile planlandı. Veriler anket formu, yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ve temel empati ölçeği ile toplandı. Toplam 590 öğrenci ile yapılan çalışmada, öğrencilerin %41.5'inin birinci sınıf, %55.9'unun evde yaşlı bireyler ile yaşamak istemediği, %54.6'sının yaşlı bakım biriminde çalışmak istemediği belirlendi. Öğrencilerin yaşlıya yönelik ayrımcılık tutumunun (67.78±6.32) ve empatik yaklaşımının (59,87±4,31) toplam puan ortalamalarına göre orta düzeyde olduğu belirlendi. Ölçekler arasındaki korelasyon analizinde; "bilişsel empati" alt boyutu ile "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutu arasında pozitif yönde (p<0.001); "duygusal empati" alt boyutu ile "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki (p<0.05) olduğu bulundu. Bu bulgular doğrultusunda, öğrencilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık noktasında, bilişsel empati kurabildiği ancak duygusal empati kuramadığı belirlendi. Sonuç olarak öğrencilerin, empati yaklaşımını ve yaşlı ayrımcılığına yönelik pozitif tutumunu geliştirmek için eğitimlerin planlanması, eğitim kapsamında geriatric hasta bakıma daha fazla zaman ayrılarak yaşlı ile geçirilen zamanın artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı Ayrımcılığı, Empati, Tutum, Hemşirelik, Öğrenci

ABSTRACT

With the developments in the field of health and the improvements in living conditions, it is estimated that life expectancy has increased and will continue to increase all over the world. However, it is predicted that the geriatric population that needs health care services will increase. To increase the quality of health services for elderly care, it is necessary to determine the attitudes and empathetic tendencies of nursing students towards the elderly. This research was planned to determine the effect of empathy approaches, on the ageism of nursing students, who are health professionals of the future. Data were collected with questionnaire form, ageism attitude scale, and basic empathy scale. In the study conducted with a total of 590 students, it was determined that 41.5% of the students were first class, 55.9% didn't want to live with elderly individuals at home, and 54.6% did not want to work in the elderly care unit. It was determined that the students' discrimination attitude towards the elderly (67.78±6.32) and empathic approach (59.87±4.31) were at a moderate level compared to their total score averages. In the correlation analysis between the scales; There was a positive difference between the "cognitive empathy" sub-dimension and the "positive discrimination towards the elderly" sub-dimension (p<0.001); It was found that there was a negative significant relationship (p<0.05) between the "emotional empathy" sub-dimension and the "positive

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

discrimination towards the elderly" sub-dimension. In line with these findings, it was determined that the students were able to establish cognitive empathy but not emotional empathy at the point of positive discrimination towards the elderly. As a result, it is recommended to plan trainings to improve students' empathy approach and positive attitude towards ageism, and to increase the time spent with the elderly by allocating more time to geriatric patient care within the scope of education.

Key Words: Ageism, Empathy, Attitude, Nursing, Student

GİRİŞ

Günümüzde, şehirlerde çalışan ve yaşayan insan sayısındaki artış, aile ve toplum yapısındaki değişiklikler, ekonomideki küreselleşme, sağlık alanındaki ve teknolojideki gelişmeler, sosyal alanda değişimleri de beraberinde getirmiştir. En büyük sosyal değişim nüfusun yaşlanması noktasındadır. Yaşlanma, yaşamın doğal ve kaçınılmaz bir evresidir. Küresel olarak, 65 yaş ve üstü nüfus diğer tüm yaş gruplarından daha hızlı büyüyor. Dünya genelinde, 2018 yılında, tarihte ilk kez 65 yaş ve üzeri nüfus, beş yaş altı çocuk sayısını geride bırakmıştır. 2019 yılında %9 olan 65 yaş üstü nüfusun, 2050 yılına kadar %16 ya kadar çıkması öngörülmektedir. 80 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2019'da 143 milyondan 2050'de 426 milyona, yani üç katına çıkacağı tahmin edilmektedir (1). Bu artış ile birlikte hemşirelik öğrencilerinin gelecekte çalışma yaşamında çoğunlukla yaşlı bireylere bakım verecekleri öngörülmektedir (2).

Genel olarak yaşlı bireylerin üretkenliğinin azalması ve sağlık sorunlarının artması, toplum tarafından onların bağımlı ve yük olarak algılanmasına neden olmaktadır (3) Nüfusun yaşlanması ile birlikte, yaşlı bireylerin karşılaştıkları toplumsal ve sosyal durum olarak yaşlı ayrımcılığı kavramı ön plana çıkmaya başlamıştır. Kişiler arasındaki kuşak farkından kaynaklanan, sadece yaşı nedeniyle bir kişiye gösterilen tavır ve önyargıları içeren çok boyutlu bir kavram olan yaşlı ayrımcılığı, yaşlılara karşı olumsuz tepkilerin yansıtılması olarak tanımlanır. (4)

Yapılan çalışmalarda, yaşın (5,6), cinsiyetin (7,8), aile yapısının (9,10) eğitim durumunun (11), yaşanan yerin (12) yaşlı ayrımcılığı tutumunu etkilediği belirtilmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ise yaşlılara karşı hem olumlu (13, 14, 15), hem olumsuz (16,17) ayrımcılık tutumunun olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin ve diğer sağlık ekibinin hastaların duygularını ifade etmesini kolaylaştırmak ve anlamak için empatik iletişim becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir (18). Yapılan çalışmalar (18, 19), empatik yaklaşım becerisinin hemşirelik bakım kalitesini artırdığını ve hastanın iyi hissetmesine yardımcı olduğunu göstermektedir. Yaşlanma ile birlikte bireyler kendilerini ve ihtiyaçlarını doğru bir şekilde ifade etmekte zorlanırlar (20). Bu nedenle, hem verilen sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi hem de yaşlılara yönelik holistik bakım verilmesi için hemşirelerin yaşlı ayrımcılığı tutumunun olumlu olması ve aynı zamanda empatik yaklaşım becerilerini geliştirmeleri önemlidir. Hemşirelerin yanı sıra, meslek üyesi adayları olan hemşirelik öğrencilerinin de mezun olmadan önce, yaşlıya yönelik olumlu tutum kazanması ve empatik yaklaşım beceri edinmesi oldukça önemlidir (20).

Günümüzde yaşlı bireylere karşı ayrımcı davranışlar gösterenlerin çoğunluğunu gençler oluşturmaktadır. Yaşlıya karşı olumlu ve olumsuz tutum içinde olmak yaşlının, toplum içinde kendini algılaması ve yaşam kalitesi açısından önem taşımaktadır. Yaşlı bakımına yönelik sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılabilmesi için hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutum ve empatik eğilimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu anlamda bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin empati yaklaşımlarının yaşlı ayrımcılığı üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Çalışma, tanımlayıcı tiptedir ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Suşehri Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümlerinde 15 Aralık 2021- 15 Şubat 2022 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2021- 2022 eğitim öğretim yılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 1. sınıf (226), 2. sınıf (215), 3. sınıf (199), 4. sınıf (202) ve Suşehri Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde 1. sınıf (143), 2. sınıf (162), 3. sınıf (130) ve 4. sınıfta (150) öğrenim gören toplam 1427 öğrenci oluşturdu. Evrendeki kişi sayısı bilindiği için $n=N.t^2.p.q/d^2(N-1)+t^2.(p.q)$ formülü kullanılarak ($t=1.96$, $p=0.70$, $q=0.30$, $d=0.05$) örneklem sayısı 264 olarak bulundu. Çalışmamız, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 590 öğrenci ile tamamlandı. Çalışmaya katılan 20 öğrenci gerontoloji hemşireliği dersini seçmeli olarak almıştır.

Veri toplama araçları

Araştırmada 3 adet form kullanıldı. Bunlar;

Anket formu: Form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu (17, 21). yaş, cinsiyet, sınıf, 65 yaş üstü yakını olması, 65 yaş üzeri yakın ile birlikte yaşama durumu, evde yaşlı ile kalma isteği, yaşlı bakım biriminde çalışmayı isteme, huzurevi ziyareti yapma, yaşlı aile üyesinin huzurevinde yaşamasını isteme, gerontoloji hemşireliğine ilişkin eğitim alma durumu, yaşadığı yer, aile yapısı, sorunları içeren toplam 12 sorudan oluşturuldu.

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ); YATÖ, Vefikuluçay tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tipinde olup 23 madde ve yaşlının yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ve yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık konularını içeren üç alt boyuttan oluşmaktadır. Yaşlının Yaşamını Sınırlama (9 madde), alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 45, minimum puan ise 9'dur. Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutundan (8 madde) alınabilecek maksimum puan 40, minimum puan ise 8'dir. Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutundan (6 madde) alınabilecek maksimum puan 30, minimum puan ise 6'dır. Yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutum ifadeleri, olumlu tutum ifadelerinin tam tersi olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 115 ve minimum puan ise 23'dür. Ancak ölçeğin kesim noktası bulunmamaktadır. Bu nedenle, ölçekten alınan puan arttıkça yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum da artmaktadır. Vefikuluçay tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.

Temel empati ölçeği (TEÖ): TEÖ, Jolliffe ve Farrington (2006) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Topcu, Baker ve Aydın (2010) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı duygusal boyut için 0.76, bilişsel boyut için 0.80 bulunmuştur. 5'li likert tipinde olan ölçek, toplam 20 maddeden oluşmakta olup, 9 maddesi bilişsel empatiyi, 11 maddesi duygusal empatiyi ölçmektedir. Bilişsel empati alt boyutu için ölçekten alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 45'tir. Duygusal empati alt boyutu için ise ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 55'tir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 20 ile 100 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksekliği bireyin empati düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Verilerin toplanması

Araştırma öncesinde, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Klinik olmayan araştırmalar etik kurulundan (Karar No: 2021-11/07) ve uygulamanın yapıldığı kurumlardan izin alındı. Formlar öğrencilere uygulanmadan önce çalışmanın amacı açıklandı ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı onamı alındıktan sonra, araştırmacılar tarafından sınıftaki öğrencilere dağıtılıp yaklaşık 30 dakika içinde formlardaki soruları yanıtlamaları beklendi. Çalışma öncesinde yapılan anket çalışmasının ders başarısına bir etkisi olmayacağı belirtildi.

Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 25.00 paket programı ile değerlendirildi. Verilerin normalliğine Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile bakıldı ve verilerin normal dağılım göstermediği bulundu. Bu nedenle verilerin analizinde nonparametrik testler kullanıldı. Demografik verilerin değerlendirmesinde sayı, frekans, yüzdeler kullanıldı. Bağımsız iki grup için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Araştırmada ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişki; Spearman Korelasyon testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması $19,95 \pm 1,64$ 'tür. Öğrencilerin %41.5'inin birinci sınıf öğrencisi, %76.9'unun kız öğrenci, %83.1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %53.9'unun il merkezinde yaşadığı belirlendi. Araştırmaya katılan öğrencilerin %88.8'inin 65 yaş üstü yakınının olduğu, %17.6'sının yaşlı yakını ile birlikte yaşadığı tespit edildi. Ayrıca öğrencilerin %55.9'u evde yaşlı bireyler ile yaşamak istemediğini, %54.6'sının da yaşlı bakım biriminde çalışmak istemediği belirlendi. Çalışmaya katılan öğrencilerin %51.7'sinin huzurevi ziyareti yapmadığı, büyük bir çoğunluğunun (%94.7) yaşlı aile üyesinin huzur evinde yaşamasını istemediği saptandı. Öğrencilerin çok azının (%3.4) gerontoloji hemşireliğine ilişkin eğitim aldığı belirlendi (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin YATÖ toplam puan ortalaması 67.78 ± 6.32 , yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutu puan ortalaması 19.11 ± 3.40 , yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması 30.44 ± 4.28 , yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması 18.23 ± 3.35 olarak belirlendi. Öğrencilerin TEÖ toplam puanı $59,87 \pm 4,31$, bilişsel empati alt boyutu puan ortalaması $29,74 \pm 2,33$, duygusal empati $30,13 \pm 3,43$ olarak saptandı (Tablo 2).

Öğrencilerin bazı demografik verilerine göre yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ve temel empati ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; öğrencilerin bulunduğu sınıf ($p < 0.05$), 65 yaş üstü yakınının olması ($p < 0.001$), evde yaşlı ile kalma iste isteği ($p < 0.05$) ve yaşlı biriminde çalışma isteği ($p < 0.001$) ile yaşlının yaşamını sınırlama alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Öğrencilerin aile yapısı ($p < 0.05$), yaşadığı yer ($p < 0.05$), evde yaşlı ile kalma iste isteği ($p < 0.001$), yaşlı biriminde çalışma isteği ($p < 0.001$), huzurevi ziyareti yapma durumu ($p < 0.001$) ve yaşlı aile üyesinin huzurevinde kalmasını isteme durumu ile yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Öğrencilerin bulunduğu sınıf ($p < 0.05$) ve aile yapısı ($p < 0.05$) ile yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyutu arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği toplam puanı ile de öğrencilerin aile yapısı ve evde yaşlı ile yaşama isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Öğrencilerin diğer demografik verileri ile YATÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel fark bulunmadı. Öğrencilerin temel empati düzeyleri ile sadece yaşadığı yer ($p < 0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diğer değişkenler ile TEÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmadı.

Öğrencilerin yaşlı ayrımcılığı puan ortalamaları ile empati düzeyleri arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde; "bilişsel empati" alt boyutu ile "yaşlının yaşamını sınırlama" alt boyutu arasında negatif yönde; "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki ($p < 0.001$) belirlendi. Ayrıca "duygusal empati" alt boyutu ile "yaşlının yaşamını sınırlama" alt boyutu arasında pozitif yönde; "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki ($p < 0.05$) olduğu bulundu (Tablo 4).

TARTIŞMA

Hemşirelik, insan-insana ilişkileri en yoğun yaşayan, bireylere aralıksız hizmet veren bir meslektir. Günümüzde giderek artan yaşlı nüfus nedeni ile hemşirelerin bakım verdikleri hastaların daha çok yaşlı

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

bireylerden oluştuğu söylenebilir. Bu bağlamda, bu çalışma, geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencilerinin empati yaklaşımlarının yaşlı ayrımcılığı üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

Çalışmaya katılan öğrencilerin YATÖ toplam puan ortalaması değerlendirildiğinde yaşlı ayrımcılığı tutumu orta düzeyde bulundu. Ölçek alt boyutlarına göre ise, öğrencilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde, hemşirelik öğrencilerinin bazı çalışmalarda (14, 22, 23) yaşlılara yönelik olumlu ayrımcılık tutumu gösterdiği, bazı çalışmalarda (7, 17) ise tutumlarının olumsuz olduğu belirtilmiştir. Toplumdaki tutum ve kültürel özellikler, insanların yaşlılara karşı tutumları da etkilemektedir (23). Bu bağlamda değişen ve globalleşen dünyada gençlerin, yaşlı ayrımcılığı tutumlarındaki farklılığın kültürel özellikler, toplum normları, yaşlılarla olan ilişkiler ve yaşam tarzlarının farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu durumun sağlık hizmeti alan yaşlılara olumsuz etkileri olabilir. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin mesleğe başlamadan önce yaşlı ayrımcılığı tutumunu geliştirmeye yönelik programlar planlanabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin empati düzeyleri orta düzeyde bulundu. TEÖ alt boyutları bilişsel ve duygusal empati olarak değerlendirildiğinde, duygusal empati puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Bilişsel empati, başkalarının bakış açısını alma, duygusal durumunu imgesel olarak anlama, hislerini kendininkinden ayırmayı ifade eder, duygusal empati ise başkalarının emosyonel davranışına duygulanımsal olarak karşılık vermeyi gerektirmektedir (24, 25). Ancak sunulan çalışmada öğrencilerin “bilişsel empati” ile “yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık” arasında pozitif; “duygusal empati” ile “yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık” arasında negatif korelasyon olduğu belirlendi. Bu sonuçlara göre öğrencilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık noktasında, bilişsel empati kurabildiği ancak duygusal empati kuramadığı söylenebilir. Bu durum, öğrencilerin empatiyi anlama ve algılamasının, yansıtmasından daha iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Empati, başkasının iç dünyasına dokunmayı ve kişiyi anlamayı sağlar. Bu nedenle empatik yaklaşım, hastaları anlama, bakım verirken hastanın duygularına cevap verme ve yaş dönemlerine göre hasta ihtiyaçlarını tespit etme noktasında hemşirelik mesleğinin vazgeçilmez bir boyutudur ve hasta-hemşire bağlantısını güçlendirerek bakımın kalitesini artırır (26).

Çalışmamızda, öğrencilerin bulunduğu sınıf ile yaşının yaşamını sınırlama ve yaşlıya yönelik olumsuz tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının 1. sınıf öğrencilerinde, en düşük puan ortalamasının ise 4. sınıf öğrencilerinde olduğu saptandı. Yapılan çalışmalarda (27, 28) sağlık bilimleri ve yaşlı bakım alanında eğitim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığı tutumunun daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinde eğitim düzeyinin artması ile yaşının yaşamını sınırlandırılmaması ve yaşlıya yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları belirlendi. Bu sonuç, hemşirelik eğitiminin yaşlı ve yaşlanmaya ilişkin farkındalığı artırdığı ve yaşlıya yönelik tutumu olumlu yönde geliştirdiği şeklinde yorumlanabilir.

Sunulan çalışmada, aile yapısı ile yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Parçalanmış aile yapısına sahip olan öğrencilerin, çekirdek ve geniş aile yapısına sahip olanlara göre yaşlıya yönelik daha fazla olumlu ayrımcılık sergilediği bulundu. Bu sonuç parçalanmış aile yapısına sahip olan öğrencilerin anne-baba yerine yaşlı aile üyesini benimsemesi ve yaşlı aile üyesi ile daha fazla kaliteli ve anlamlı ilişkiler geliştirmesinden kaynaklanmış olabilir. Bu durum literatür bilgisi ile uyumlu olup; yapılan çalışmalar, yaşlı birey ile yaşamını sürdüren öğrencilerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip olduklarını bildirmektedir (29,30,31).

Bu çalışmada yaşanan yer ile yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. İl merkezinde yaşayan öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutum puan ortalamalarının kırsal bölgede yaşayanlara göre daha düşük olduğu belirlendi. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda (21, 31) il merkezinde yaşayan öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutum puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bazı araştırmalarda (5, 33) yaşanan yerin yaşlı ayrımcılığı tutumunu etkilemediği bulunmuştur. Bu durum, il merkezinde çekirdek aile yapısının

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

benimsenmesi, geleneksel aile yapısından uzaklaşılması ve yaşlı aile üyelerine ayrılan zamanın daha az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Son dönemde Türk toplum yapısındaki kadının iş hayatına katılması ve çekirdek aile düzeninin yaygınlaşması gibi değişikliklerin bireylerin yaşlıya karşı tutumlarında değişime neden olduğu belirtilmiştir (14). Bununla birlikte yaşlıya karşı saygı duyulması, Türk kültürünün önemli bir parçasıdır. Yaşlılarla birlikte sürdürülen hayat, aynı evi paylaşma ve yaşlının ailedeki konumu yaşlıya yönelik tutumu etkilemektedir (34). Sunulan çalışmada evde yaşlı ile kalmayı isteme durumu ile yaşlı yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutları ve YATÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Evde yaşlı ile yaşamak isteyenlerin yaşlı yaşamını sınırlama puan ortalamalarının daha düşük olduğu, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalamalarının ve YATÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Bu durum evde yaşlı ile yaşamayı kabul edenlerin yaşlı yaşamına daha saygılı ve yaşlıları kabullenici tutum sergilemesinden kaynaklanmış olabilir.

Yaşlı bakım biriminde çalışma isteği ile yaşlı yaşamını sınırlama ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaşlı bakım biriminde çalışmayı isteyenlerin yaşlı yaşamını sınırlama puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Bu durum, yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutuma sahip olan öğrencilerin yaşlı bakım biriminde çalışmaya sıcak bakmasını sağlamış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızın sonuçlarına paralel olarak, Köse ve arkadaşlarının (17) yaptıkları bir çalışmada, geriatri kliniklerinde çalışmak isteyen öğrencilerin yaşlı ayrımcılığı tutumunun daha olumlu olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada da (35) yaşlı bakım biriminde çalışma ile yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında istatistiksel fark olmadığı belirlenmiştir.

Geleneksel Türk toplumunda yaşlılar, rehber olarak kabul edilmektedir ve vefa duygusuyla hastalık olsun ya da olmasın her evlat ölünceye kadar yaşlı aile üyesine bakım vermek istemektedir. Literatür bilgileri de yerinde yaşlanmayı desteklemektedir (36). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (27) öğrencilerin çoğu yaşlı bireylerin kendi evlerinde yaşlanmaları gerektiğini ifade etmiştir. Sunulan çalışmada, yaşlı aile üyesinin huzurevinde yaşamasını istemeyen öğrencilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Bu durum Türk toplumunda kültürel özelliklerden dolayı yaşlı aile üyesine bakım vermenin bir borç olduğunun düşünülmesi şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca günümüz gençleri kendi yaşamının sınırlandırılmasını istemedikleri gibi yaşlının yaşamının sınırlandırılacağı inancı ile huzurevinde yaşamasını istememiş olabilir. Bu çalışmada da yaşlı aile üyesinin huzurevinde yaşamasını istemeyen öğrencilerin yaşlı yaşamını sınırlama alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlendi. Çalışmamızın sonuçlarında huzurevi ziyareti yapan öğrencilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık tutumu sergiledikleri bulundu ve istatistiksel olarak anlamlılık olduğu belirlendi. Dolayısıyla öğrencilerin huzurevi ziyaretleri sırasında yaşlı bireyler ile daha fazla zaman geçirmesine ve empati duygusunun gelişmesine ve yaşlı bireylerle ilgili pozitif düşüncelere sahip olmasına olanak sağlamış olabilir. Ayrıca çalışmada 65 yaş üstü yakını olmayan öğrencilerin yaşlı yaşamını sınırlama alt boyutu toplam puanlarının daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği bulundu. Bu sonuca göre, 65 üstü yakını olmayan öğrencilerin olanlara göre yaşlı yaşamını anlamakta zorlandığı düşünülebilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, çalışmamızda öğrencilerin yaşlı ayrımcılığı tutumu ile empatik yaklaşımlarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Hemşirelik öğrencilerinin gelecekte, profesyonel birer sağlık bakım ekibinin üyesi olacakları ve geriatrik popülasyonun zaman içinde artacağı öngörüsü ile çoğunlukla yaşlı bireylere bakım verecek olmaları kaçınılmazdır. Empatik beceri sahibi hemşireler, geriatrik hastayı anlayabilir ve sorunlarını daha kolay tespit edebilir. Aynı zamanda hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini ve kendisine değer verildiğini düşünür. Gelecekte bakımın öncüsü olacak hemşirelik

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

öğrencilerinin, empatik yaklaşımın ve yaşlı ayrımcılığı tutumunun pozitif yönde geliştirilmesi önemlidir. Bu bağlamda, hemşirelik akademisyenlerine önemli görevler düşmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığı tutumunun ve empati yapabilme yeteneklerinin geliştirilebilmesi için, eğitimlerin planlanması, eğitim kapsamında yaşlılık ve yaşlanma süreci, klinik uygulamalarda geriatrik hasta bakımına daha fazla zaman ayrılarak yaşlı ile geçirilen zamanın artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. United Nations, International Day of Older Persons, World Population Ageing Report (2019), World Population Prospects The 2019 Revision, 2022.
2. Bleijenberg, N. (2012). Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people-a longitudinal cohort study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(2), 1.
3. Gething, L., Fethney, J., McKee, K., Persson, L. O., Goff, M., Churchward, M., ... & Johannsson, I. (2004). Validation of the reactions to ageing questionnaire: assessing similarities across several countries. *Journal of gerontological nursing*, 30(9), 47-54.
4. Vefikuluçay Yılmaz, D., & Terzioglu, F. (2011). Development And Psychometric Evaluation Of Ageism Attitude Scale Among The University Students. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 14(3).
5. Soyuer F., Ünalın D., Güleser N. ve Elmalı F. (2010) Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 20-5.
6. Ögenler, O., Yapıcı, G., Taşdelen, B., & Akça, T. (2012). Opinions of a group of medical doctors on elder discrimination in Mersin. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4).
7. Lambrinou, E., Sourtzi, P., Kalokerinou, A., & Lemonidou, C. (2009). Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse education today*, 29(6), 617-622.
8. Koç, A., Öztaş, D., Uysal, N., Demircan, Z., Erdem, Ö., & Sarı, E. (2018). Klinik Hemşirelerinin Yaşlılara İlişkin Düşünce ve Tutumları. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 500-507.
9. Seferoğlu, M., Yıldız, D., Pekel, N. B., Güneş, A., Yıldız, A., & Tufan, F. (2017). Attitudes of neurology specialists toward older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(4), 787-792.
10. Turan, E., Yanardag, M., & Metintas, S. (2016). Attitudes of students of health sciences towards the older persons. *Nurse education today*, 36, 53-57.
11. Zampieron, A., Saraiva, M., Corso, M., & Buja, A. (2012). An international survey on attitudes of renal nurses towards older people. *Journal of Renal Care*, 38(4), 213-221.
12. Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(suppl_1), 96-105.
13. Shen, J., & Xiao, L. D. (2012). Factors affecting nursing students' intention to work with older people in China. *Nurse education today*, 32(3), 219-223.
14. Celik, S. S., Kapucu, S., Tuna, Z., & Akkus, Y. (2010). Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, The, 27(4), 24-30.
15. Ayoğlu, F. N., Kulakçı, H., Ayyıldız, T. K., Aslan, G. K., & Veren, F. (2014). Attitudes of Turkish nursing and medical students toward elderly people. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(3), 241-248.
16. Haron, Y., Levy, S., Albagli, M., Rotstein, R., & Riba, S. (2013). Why do nursing students not want to work in geriatric care? A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1558-1565.
17. Köse, G., Ayhan, H., Taştan, S., İyigün, E., HATİPOĞLU, S., & Açıkkel, C. H. (2015). Sağlık alanında farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(2), 145-151.
18. Ergin, D., Celasin, N., Akış, Ş., Altan, Ö., Bakırhoğlu, Ö., & Bozkurt, S. (2009). Dahili kliniklerde görev yapan hemşirelerin tükenme ve empatik beceri düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 49-64.
19. Chen, A. M., Kiersma, M. E., Yehle, K. S., & Plake, K. S. (2015). Impact of an aging simulation game on pharmacy students' empathy for older adults. *American journal of pharmaceutical education*, 79(5).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

20. Sağır, D., & Özkaptan, B. B. (2016). Attitudes of nursing students towards older people with their empathic tendency in Sinop having the oldest population in Turkey. *International Journal of Advanced Research*, 4(3), 1138-1143.
21. Özbek Yazıcı, S., Kalaycı, I., Kaya, E., & Tekin, A. (2015). Yaşlı Bakım Programı Öğrencilerinin Yaşlı Ayırmıcılığına İlişkin Tutumları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(2).
22. Ünal, D., Soyuer, F., & Elmalı, F. (2012). Geriatri merkezi çalışanlarında yaşlı tutumunun değerlendirilmesi. *Kafkas J Med Sci*, 2(3), 115-20.
23. Liu, Y. E., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 50(9), 1271-1282.
24. Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S. & David, A. S. (2004). Measuring empathy: reliability and validity of the empathy quotient. *Psychological Medicine*, 34(5), 911-920.
25. Gıca, Ş., Büyükavşar, A., İyisoy, M. S., & Güleç, H. (2020). Bilişsel ve Duygulanımsal Empati Ölçeği'nin (BDEÖ) Psikometrik Özellikleri: Türk Popülasyonunda Güvenilirlik ve Faktör Analizi Çalışması.
26. Şahin, Z. A., & Özdemir, F. K. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *Jaren*, 1(1), 1-7.
27. Kalınkara, V., Günay, G., Boylu, A. A., Şahin, H., Arpacı, F., Faruk, A. Y., ... & Artan, T. (2019) farklı alanlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin yaşlı ayırmıcılığına yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 12(2), 73-83.
28. Boz, H., Gökçe, N., Özüstün Kırıl, A., Mutlu, E., Selvi, N., Ünlü, D., & Yılmaz, G. (2017). Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin yaşlı ayırmıcılığına ilişkin tutumları. *Kastamonu Sağlık Akademisi Dergisi*, 2(1), 32-54.
29. Aşiret, G. D., Kaymaz, T. T., Öztürk Çopur, E., & Akyar, İ. (2017). Ageism attitude towards elderly: Young perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 819-827.
30. Çilingir, D., Bulut, E., & Hindistan, S. (2017). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşlı ayırmıcılığına ilişkin tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(3), 137-143.
31. Dinçer, Y.U., Usta, E., & Bulduk, S. (2016). Üniversite öğrencileri gözüyle yaşlılık nasıl algılanıyor? *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 26-38.
32. Özbek Yazıcı, S. K. (2015). Yaşlı bakım programı öğrencilerinin yaşlı ayırmıcılığına ilişkin tutumları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(2), 77-87.
33. Olak, A., & Tümer, A. (2018). Hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin yaşlı ayırmıcılığına ilişkin tutumları. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(14), 53-67.
34. Özmen, Ş. Y. (2013). Türk Kültüründe Yaşlılığın Yeri ve Medya Yaşlılığın Değişen Konumu. *Milli Folklor Dergisi*, 12(100), 110-119.
35. Zaybak, A., Özdemir, H., Güneş, Ü. ve Baran, L. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayırmıcılığına ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 21-32.
36. Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Tablo 1. Öğrencilerin demografik özellikleri (N=590)

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Yaş ortalaması	19,95±1,64	
Sınıf		
1. Sınıf	245	41,5
2. Sınıf	234	39,7
3. Sınıf	52	8,8
4. Sınıf	59	10,0
Cinsiyet		
kadın	454	76,9
erkek	136	23,1
Aile yapısı		
çekirdek	490	83,1
geniş	91	15,4
parçalanmış	9	1,5
Yaşadığı yer		
Köy	95	16,1
Kasaba	11	1,9
İlçe	166	28,1
İl	318	53,9
65 yaş üstü yakını olma		
Evet	524	88,8
Hayır	66	11,2
65 yaş üstü yakını ile yaşama		
Evet	104	17,6
Hayır	486	82,4
Evde yaşlı ile kalma isteği		
Evet	260	44,1
Hayır	330	55,9
Yaşlı bakım biriminde çalışmayı isteme		
Evet	268	45,4
Hayır	322	54,6
Huzurevi ziyareti yapma		
Evet	285	48,3
Hayır	305	51,7
Yaşlı aile üyesinin huzur evinde yaşamasını isteme		
Evet	31	5,3
Hayır	559	94,7
Gerontoloji hemşireliğine ilişkin eğitim alma durumu		
Evet	20	3,4
Hayır	570	96,6

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Tablo 2. Öğrencilerin yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ve temel empati ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (N=590)

ÖLÇEKLER VE ALT BOYUTLARI	Ort ±SS	Min-Max
Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği	67,78±6,32	23-85
- Yaşlının Yaşamını Sınırlama	19,11±3,40	9-30
- Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık	30,44±4,28	8-40
- Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık	18,23±3,35	6-28
Temel Empati Ölçeği	59,87±4,31	33-86
- Bilişsel Empati	29,74±2,33	16-38
- Duygusal Empati	30,13±3,43	17-48

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Tablo 3. Öğrencilerin demografik verilerine göre yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ve temel empati ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=590)

Değişkenler	YAŞLI AYRIMCILIĞI TUTUM ÖLÇEĞİ						TEMEL EMPATİ ÖLÇEĞİ							
	Yaşının Yaşamını Sınırlama		Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık		Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık		YATÖ toplam		Bilişsel Empati		Duygusal Empati		TEÖ Toplam	
	Ort ±SS	TEST	Ort ±SS	TEST	Ort ±SS	TEST	Ort ±SS	TEST	Ort ±SS	TEST	Ort ±SS	TEST	Ort ±SS	TEST
SINIF														
1. sınıf	19.32±3.21		30.59±4.20		18.75±3.24		68.66±6.10		29.68±2.17		30.16±3.37		59.84±3.92	
2. sınıf	19.21±3.55	KW=9.282	29.93±4.36	KW=5.446	18.07±3.45	KW=11.575	67.21±6.86	KW=7.864	29.82±2.40	KW=4.910	30.25±3.50	KW=0.752	60.06±4.46	KW=1.496
3. sınıf	19.12±3.73	p=0.03*	30.60±4.35	p=0.14	17.67±3.27	p=0.01*	67.38±5.62	p=0.05	29.27±2.76	p=0.18	29.82±3.38	p=0.86	59.10±4.89	p=0.68
4. sınıf	17.85±2.96		31.64±3.95		17.25±3.18		66.75±5.17		30.05±2.38		29.83±3.52		59.90±4.68	
AİLE YAPISI														
çekirdek	19.09±3.41		30.32±4.11		18.12±3.33		67.52±5.99		29.74±2.27		30.19±3.37		59.93±4.13	
geniş	19.10±3.17	KW=.687	30.92±5.17	KW=6.560	18.90±3.44	KW=6.881	68.92±7.73	KW=8.545	29.64±2.71	KW=.802	29.78±3.77	KW=1.478	59.42±5.25	KW=1.488
parçalanmış	20.56±4.61	p=0.71	31.88±2.98	p=0.04*	17.98±2.93	p=0.03	70.33±6.65	p=0.01*	30.33±1.87	p=0.67	30.89±3.30	p=0.48	61.22±3.23	p=0.48
YAŞADIĞI YER														
köy	18.99±3.36		31.00±4.02		18.83±3.79		68.62±6.28		29.51±2.24		29.55±3.28		59.05±3.67	
kasaba	19.00±3.07	KW=1.706	31.09±3.81	KW=12.208	18.18±1.72	KW=4.188	68.27±2.28	KW=5.617	30.82±1.99	KW=6.996	31.28±2.90	KW=4.659	62.09±4.09	KW=10.228
ilçe	18.90±3.45	p=0.64	31.14±4.44	p=0.01*	18.40±3.02	p=0.24	68.44±5.61	p=0.13	29.98±2.49	p=0.07	30.20±3.50	p=0.20	60.25±4.37	p=0.02*
il	19.26±3.40		29.87±4.21		17.97±3.39		67.11±6.70		29.64±2.28		30.13±3.46		59.84±4.42	
65 YAŞ ÜSTÜ YAKINI OLMA														
evet	18.92±3.23	Z=-3.947	30.52±4.21	Z=-1.371	18.19±3.29	Z=-.618	67.63±6.07	Z=-1.936	29.81±2.14	Z=-1.428	30.18±3.38	Z=-.487	59.99±4.15	Z=-1.455
hayır	20.62±3.61	p=0.000**	29.74±4.71	p=0.17	18.64±3.75	p=0.53	69.00±7.99	p=0.05	29.12±3.49	p=0.15	29.80±3.83	p=0.63	58.92±5.31	p=0.15
EVDE YAŞLI İLE KALMA İSTEĞİ														
evet	18.65±3.05	Z=-3.049	31.78±3.87	Z=-7.534	18.34±3.28	Z=-.461	68.77±6.13	Z=-3.459	29.70±2.36	Z=-.159	29.77±3.41	Z=-1.871	59.48±4.47	Z=-1.221
hayır	19.48±3.61	p=0.002*	29.38±4.29	p=0.000**	18.15±3.41	p=0.66	67.01±6.37	p=0.001*	29.76±2.32	p=0.87	30.42±3.43	p=0.06	60.18±4.16	p=0.22
YAŞLI BAKIM BİRİMİNDE ÇALIŞMAYI İSTEME														
evet	18.56±3.02	Z=-3.597	31.48±3.88	Z=-5.499	18.09±3.37	Z=-.945	68.13±5.87	Z=-.773	29.92±2.15	Z=-1.210	29.98±3.15	Z=-1.022	59.90±4.04	Z=-.056
hayır	19.57±3.62	p=0.000**	29.57±4.40	p=0.000**	18.36±3.33	p=0.34	68.49±6.66	p=0.44	29.58±2.47	p=0.23	30.26±3.65	p=0.31	59.84±4.52	p=0.96
HUZUREVİ ZİYARETİ YAPMA														
evet	18.84±3.32	Z=-1.693	31.10±4.17	Z=-3.951	18.06±3.52	Z=-.978	68.00±6.49	Z=-.590	29.80±2.18	Z=-.853	30.02±3.34	Z=-1.150	59.83±4.43	Z=-.304
hayır	19.37±3.45	p=0.09	29.82±4.30	p=0.000**	18.40±3.18	p=0.33	67.58±6.16	p=0.56	29.67±2.47	p=0.39	30.24±3.52	p=0.25	59.91±4.19	p=0.76
YAŞLI AİLE ÜYESİNİN HUZUREVİNDE YAŞAMASINI İSTEME														
evet	20.26±3.61	Z=-2.317	27.71±6.23	Z=-2.713	18.03±3.79	Z=-.138	66.00±10.22	Z=-.583	29.23±3.16	Z=-.821	29.61±4.20	Z=-.395	58.84±6.33	Z=-.365
hayır	19.05±3.37	p=0.21	30.59±4.10	p=0.007*	18.25±3.32	p=0.89	67.88±6.03	p=0.56	29.76±2.28	p=0.41	30.16±3.39	p=0.69	59.92±4.17	p=0.72

YATÖ: Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği, TEÖ: Temel Empati Ölçeği, *p<0.05, **p<0.001

Tablo 4. Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığı Puan Ortalamaları ile Empati Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi

Temel Empati Ölçeği	Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği							
	Yaşlılığın Yaşamını Sınırlama		Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık		Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık		YATÖ toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Bilişsel Empati	-.176**	0.000	.154**	0.000	.035	0.39	.017	0.68
Duygusal Empati	.136**	0.001	-.090*	0.03	-.008	0.84	.021	0.61
TEÖ Toplam	.008	0.85	.000	0.99	.001	0.98	.009	0.82

*YATÖ: Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği, TEÖ: Temel Empati Ölçeği, *p<0.05,** p<0.001*

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMININ
BELİRLENMESİ**

Vahide SEMERCİ¹
Ebru SÖNMEZ SARI¹
Zahide AKEREN¹

¹Bayburt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bayburt, Türkiye

ÖZET

Akılcı olmayan ilaç kullanımları, hem dünyada hem de ülkemizde toplum sağlığını etkileyen önemli bir sorundur. Yaşlılarda da ilaç kullanımının fazla olması, ilaç kullanımıyla ilgili sorunları beraberinde getirmektedir. Bu çalışma Bayburt ilinde huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma evrenini Bayburt'ta faaliyet yürüten Memnuse Evsen Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlı bireyler oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Çalışmaya gönüllülük usulü ile dahil olan, iletişim kurmayla ilgili ağır engeli bulunmayan, genel durumu stabil olan 28 yaşlı birey alındı. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) kullanıldı. Veriler 15-22 Şubat 2022 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yaşlılarla yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Veriler IBM SPSS 25 paket programda analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Çalışmada Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak istatistiksel analiz yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve % olarak verildi. Yaşlı bireylerin %39,3'ünün 60-74 yaş arası, %60,7'sinin erkek, %46,4'ünün bekar, %53,6'sının ilköğretim mezunu ve üstü olduğu bulundu. Yaşlı bireylerin %57,1'i şuanadaki sağlık durumunu ne iyi ne kötü olarak değerlendirdi. Yaşlı bireylerin %28,5'inin hipertansiyonu olduğu, %89,3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı ve ilaçlarını almayı unutmadığı saptandı. Yaşlı bireylerin %75'inin doktora muayene olmadan eczanelerden ilaç almadığı, %92,9'unun komşuların/yakınların tavsiyesiyle ilaç kullanmadığı, %10,7'sinin komşuların/yakınların tavsiye ettiği ilacı doktordan reçete etmesini talep ettiği belirlendi. Yaşlı bireylerin günde en fazla 11 ilaç kullandığı ve günlük ilaç kullanım miktarının ortalama $2,21 \pm 2,11$ olduğu bulundu. AİKÖ toplam puan ortalaması $57,57 \pm 7,75$ olduğu bulundu. Cinsiyet ve eğitim durumu ile AİKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Yaş gruplarıyla AİKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($H = 7,595$, $p = 0,022$). Sonuç olarak huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu ve genç yaşlı bireylerde ileri yaşlı bireyelere göre akılcı ilaç kullanım düzeylerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Huzurevi, Yaşlı Birey

**DETERMINATION OF RATIONAL DRUG USE IN ELDERLY INDIVIDUALS LIVING IN
NURSING HOME**

ABSTRACT

Irrational drug use is an important problem affecting public health both in the world and in our country. The high use of drugs in the elderly also brings about problems related to drug use. This study was conducted as a descriptive study in order to determine the rational drug use status of elderly individuals living in nursing homes in Bayburt. The study population consisted of elderly individuals living in the Memnuse Evsen Nursing Home Elderly Care and Rehabilitation Center operating in Bayburt. In the study, sample selection was not made and the whole universe was tried to be reached.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Twenty-eight elderly individuals, who were included in the study voluntarily, had no severe disability related to communication, and whose general condition was stable, were included. Personal information form and Rational Drug Use Scale (RDUS) were used as data collection tools. The data were collected by the researchers through face-to-face interview technique with the elderly between 15-22 February 2022. The data were analyzed in IBM SPSS 25 package program. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$. Statistical analysis was performed using Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test in the study. Descriptive statistics were given as numbers and %. It was found that 39.3% of the elderly individuals were between the ages of 60-74, 60.7% were male, 46.4% were single, 53.6% were primary school graduates and above. 57.1% of the elderly individuals evaluated their current health status as neither good nor bad. It was determined that 28.5% of the elderly individuals had hypertension, 89.3% of them used their medications regularly and did not forget to take their medications. It was determined that 75% of the elderly individuals did not buy drugs from the pharmacy without being examined by a doctor, 92.9% did not use drugs with the advice of their neighbors/relatives, 10.7% asked the doctor to prescribe the drug recommended by their neighbors/relatives. It was found that the elderly individuals used a maximum of 11 drugs per day and the average daily drug use was 2.21 ± 2.11 . It was found that the total mean score of RDUS was 57.57 ± 7.75 . There was no statistically significant difference between gender and educational status and RDUS score ($p > 0.05$). A statistically significant difference was found between the age groups and the RDUS score ($H = 7.595$, $p = 0.022$). As a result, it can be said that the rational drug use levels of the elderly people living in nursing homes are above the average and the rational drug use levels of the young elderly individuals are better than the elderly individuals.

Key Words: Rational Drug Use, Nursing Home, Elderly Person

Giriş

Yaşlılık; bireylerde bir takım değişimlerin ve kayıpların görüldüğü, kronolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları içeren bir dönemdir (1). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlılık, çevresel faktörlere uyum yeteneğinin azalması olarak tanımlanmaktadır (2). Yaşlılık, 65-74 yaş arası “genç yaşlılık”, 75-84 yaş arası “yaşlılık” ve 85 yaş ve üzeri “ileri yaşlılık” olarak 3 döneme ayrılmaktadır (3).

Yaşam süresinin uzaması ve doğum oranlarının azalması sonucu dünya nüfusu hızla yaşlanmakta olup, Türkiye de hızlı yaşlanan ülkeler arasındadır (1). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2020 yılı verilerine göre Türkiye'nin yaşlı nüfusu 2015 yılında 6.495.239 iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7.953.555'e yükselmiştir. Ayrıca yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5 olmuştur. Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında bu oranın 2025 yılında %11 olacağı ve daha sonraki yıllarda da gittikçe artış göstereceği öngörülmektedir (4).

Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıklar artmakta ve bu durum beraberinde polifarmasiyi getirmektedir (5, 6). Çoklu ilaç kullanımı anlamına gelen polifarmasi, genellikle dört veya beş ve daha fazla ilacın aynı anda kullanılması olarak tanımlanmaktadır (7). Türkiye'de yaşlı nüfusun giderek artmasıyla sağlık sorunları da artmaktadır (8). Yaşlılık döneminde çoğunlukla birden fazla kronik hastalığın beraber bulunması ve her hastalık için farklı ilaçların kullanılması söz konusu olmaktadır. Yaşlı bireylerde doktor önerisi olmadan kendi kendine başka ilaçlar ve bitkisel ilaçlar kullanma eğilimi ve ilacın tedavi süresi bittiği halde hala kullanımına devam etmeleri gibi durumlar yaşanabilmektedir. Bu durumlar yaşlı bireylerin akılcı olmayan ilaç kullanımlarına neden olmaktadır (5).

Yaşlı bireylerde ilaç yan etkileri ve intoksikasyonları, çoklu ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç farmakokinetik ve farmakodinamiğinde değişiklikler, unutkanlık ve anlama gibi kognitif sorunlar yaygın olarak görülmektedir. İlaç kullanımı ile ilgili bu sorunlar, mortalite ve morbiditenin artmasına neden olduğu için yaşlı bireylerde ilacın akılcı kullanılması oldukça önemlidir (9).

Akılcı ilaç kullanımı, hastalar ve toplum için kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında önemli bir unsurdur (10). Akılcı ilaç kullanımı, DSÖ tarafından 1985'teki Nairobi toplantısında “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlanmıştır (11). İlacın kullanımı ile ilgili birçok doğru ilkenin birleşimini içeren akılcı ilaç kullanımı; doğru ilaç, doğru endikasyon, doğru doz ve süre, hastanın yeterli olarak

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

bilgilendirilmesi ve ilacın maliyet uygunluğu ilkelerinin tamamının göz önünde bulundurularak kullanılmasıdır (12, 13, 14).

Hastaların yanlış ve lüzumsuz ilaç kullanımları, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de toplum sağlığını etkileyen önemli bir sorundur (15). Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yapılan pek çok çalışmada ilaçların gereksiz ve yanlış kullanıldığı gösterilmektedir (13, 16). Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin günlük kullandıkları ilaç sayı ortalamasının $10 \pm 3,9$ olduğu, yaşlı bireylerin %79,8'nin kullandığı ilacın adını bilmediği, %49,8'nin neden kullandığını bilmediği, %13,3'nün ilacı aç-tok karnına kullanımına dikkat etmediği, %19,3'nün fazla dozda ilaç kullandığı, %32,5'nin doz formunda değişiklik yaptığı, %91,3'nün yiyecek ve içeceklerle etkileşimi bilgisinin olmadığı, %82'sinin ilacı zamanında almayı unuttuğu, %32,7'sinin son kullanma tarihine dikkat etmediği bildirilmiştir (8). İlacın üretiminden uygun şekilde imhasına kadar geçen süreçte pek çok kişiye ve kuruma önemli sorumluluklar düşmektedir. Akılcı ilaç kullanımının sağlanması konusunda önemli sorumluluklar düşen taraflar hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, eczacı, hasta/hasta yakını, sektör, düzenleyici otorite, meslek örgütleri ve diğer (medya, akademi vb.) gruplardır (12).

Yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili literatür incelendiğinde Bayburt ilinde bu konuda yapılan benzer çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmada yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili durumlar ele alınmaktadır. Bu çalışma Bayburt ilinde huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma, yaşlı bireylere uygulanan Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ile akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışma evrenini Bayburt ilinde faaliyet yürüten Memnuse Evsen Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlı bireyler oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Çalışmaya gönüllülük usulü ile dahil olan, iletişim kurmayla ilgili ağır engeli bulunmayan, genel durumu stabil olan 28 yaşlı birey alındı. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Yaş, eğitim durumu, kronik hastalıklar, düzenli kullanılan ilaçların sorulduğu 14 soruluk kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından oluşturuldu.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ): Çakmak ve Çınar Pakyüz (2020) tarafından geliştirilen ve geçerlik güvenilirliği test edilen ölçek kronik hastalığı olan yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımları ile ilgili toplam 36 madde içermektedir. Üçlü likert tipi olarak geliştirilen ölçekte maddelerin puanlaması olumlu maddeler için hiçbir zaman 0, bazen 1 ve her zaman 2; olumsuz maddeler (13, 14, 17, 18, 19, 20, 21 ve 24. maddeler) için hiçbir zaman 2, bazen 1 ve her zaman 0 olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-72 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça akılcı ilaç kullanım düzeyi artmaktadır (17). Araştırma öncesi Bayburt Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Araştırma Protokol No: 08.02.2022 tarih ve 24 karar no) ve araştırmacının yapıldığı kurumdan sözel izin alınmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerden sözel izin alınmıştır.

Araştırma sorusu: Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımı durumu nasıldır? olarak belirlendi. Çalışmanın verileri, 15 Şubat-28 Şubat 2022 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yaşlı bireyler ile yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Veriler IBM SPSS 25 paket programda analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Çalışmada Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak istatistiksel analiz yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve % olarak verildi. Yapılan bu araştırmanın sonuçları Memnuse Evsen Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde olan yaşlı bireyler ile sınırlıdır.

Bulgular

Tablo 1'e göre yaşlı bireylerin %39,3'ünün 60-74 yaş arası, %60,7'sinin erkek, %46,4'ünün bekar, %53,6'sının ilköğretim mezunu ve üstü olduğu bulundu (Tablo 1).

Tablo 1: Yaşlı bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	n	%
Yaş		
60-74	11	39,3
75-84	7	25,0
85 ve üzeri	10	35,7
Cinsiyet		
Kadın	11	39,3
Erkek	17	60,7
Medeni Durum		
Evli	4	14,3
Bekar	13	46,4
Eşi vefat etmiş	11	39,3
Eğitim durumu		
Okuryazar/değil	13	46,4
İlköğretim ve üstü	15	53,6
Toplam	28	100

Tablo 2'de yaşlı bireylerin sağlık durumları ile ilaç kullanımı özellikleri gösterilmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Yaşlı bireylerin sağlık durumları ve ilaç kullanımı özellikleri

Değişkenler	n	%
Şuanki sağlık durumu		
İyi	11	39,3
Ne iyi ne kötü	16	57,1
Kötü	1	3,6
Mevcut hastalık durumu*		
Hipertansiyon	8	28,5
Kardiyovasküler hastalıklar	3	10,7
Diyabet	3	10,7
Diğer (KOA, Parkinson vb)	16	57,1
İlaçları düzenli kullanma durumu		
Evet	25	89,3
Hayır	2	7,1
Kısmen	1	3,6
İlaçları unutma durumu		
Hayır hiç unutmam	25	89,3
Evet unuttum	3	10,7
Doktora muayene olmadan eczaneden ilaç alma		
Evet	7	25,0
Hayır	21	75,0
Komşuların/yakınların tavsiyesiyle ilaç kullanma		
Evet	2	7,1
Hayır	26	92,9
Komşuların/yakınların tavsiye ettiği ilacı doktordan reçete etmesini talep etme		
Evet	3	10,7
Hayır	25	89,3
1 Günde kullanılan ilaç miktarı	mean=2,21 (min=0,0, max=11,0)	
Toplam	28	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 2'ye göre yaşlı bireylerin %57,1'i şuan ki sağlık durumunu ne iyi ne kötü olarak değerlendirdi. Yaşlı bireylerin %28,5'inin hipertansiyonu olduğu, %89,3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı ve ilaçlarını almayı unutmadığı saptandı. Yaşlı bireylerin %75'inin doktora muayene olmadan eczaneden ilaç almadığı, %92,9'unun komşuların/yakınların tavsiyesiyle ilaç kullanmadığı, %10,7'sinin komşuların/yakınların tavsiye ettiği ilacı doktordan reçete etmesini talep ettiği belirlendi. Yaşlı bireylerin günde en fazla 11 ilaç kullandığı ve günlük ilaç kullanım miktarının ortalama $2,21 \pm 2,11$ olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 3. Yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile AİKÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort ± SS	H	p
Yaş				
60-74	11	61,90±6,89	H=7,595, p=0,022	
75-84	7	51,71±5,43		
85 ve üzeri	10	56,90±7,60		
Cinsiyet				
Kadın	11	54,63±8,15	H=2,717, p=0,099	
Erkek	17	59,47±7,08		
Medeni Durum				
Evli	4	59,25±10,62	H=2,135, p=0,344	
Bekar	13	59,53±8,17		
Eşi vefat etmiş	11	54,63±5,73		
Eğitim durumu				
Okuryazar/değil	13	55,38±7,21	H=2,044, p=0,153	
İlköğretim ve üstü	15	59,46±7,94		
Toplam	28	57,57 ± 7,75	min=47-max=72	

Tablo 3'e göre yaşlı bireylerin AİKÖ toplam puan ortalaması $57,57 \pm 7,75$ olduğu bulundu. Cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile AİKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Yaş gruplarıyla AİKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($H=7,595$, $p=0,022$) (Tablo 3).

Tartışma

Günümüzde beklenen yaşam süresi uzamakta ve bunun bir sonucu olarak yaşlı nüfus giderek hızla artış göstermektedir (4). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımının fazla olması, ilaç kullanımı ile ilgili sorunları da beraberinde getirmektedir (18). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızda huzurevinde bulunan yaşlı bireylerin %39,3'ü 60-74 yaş arasındadır. Huzur evinde yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %33,9'u genç yaşlılık döneminde olduğu belirtilmiştir (5). Huzurevlerinde yapılan pek çok çalışmada huzurevinde bulunan erkeklerin sayısı kadınlara göre daha fazladır (5, 18, 19). Çalışmamızda da (erkek %60,7) literatüre paralel olarak bulundu.

Huzur evinde yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %83,9'u ilkokulu mezunu bulunmuştur (5). Yaşlı bireylerde yapılan başka bir çalışmada bireylerin %72,7'si ilköğretim mezunu saptanmıştır (6). Çalışmamızda da %53,6'sının ilköğretim mezunu ve üzeri olduğu bulundu.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin günde en fazla 11 ilaç kullandığı ve günlük ilaç kullanımının ortalaması $2,21 \pm 2,11$ ve ilaçları düzenli kullanma durumu %89,3 olarak bulundu. Hacıoğlu (2021) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayısı ortalama $2,28 \pm 1,94$ olarak saptanmıştır (1). Arslan ve arkadaşları (2020) 65 yaş üstü kişilerde yaptığı çalışmada ise günlük ilaç kullanım ortalaması $4,61 \pm 2,67$ 'dir ve sürekli ilaç kullananların %94,8'i ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandığını belirtmiştir (7).

Hipertansiyon 65 yaş ve üzeri kişilerin yarısından fazlasında ciddi bir sağlık sorunudur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kan basıncı düzeyi de artmaktadır (20). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2003 verilerine göre hipertansiyon prevalansı %31,8'dir (21). Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması Patent2'ye göre, 65 yaş ve üstünde hipertansiyon prevalansı erkekler için %71,5, kadınlar için ise %84,4'dir (22). Çalışmamızda yaşlı bireylerin mevcut hastalık olarak %28,5'inin hipertansiyonu olduğu saptandı.

İlaç kullanımı yaşla birlikte artmakta ve önemli bir sorun haline gelmektedir (18). Çalışmamızda yaşlı bireylerin %89,3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı ve ilaçlarını almayı unutmadığı saptandı. Ayrıca yaşlı bireylerin %75'inin doktora muayene olmadan eczaneden ilaç almadığı, %92,9'unun komşuların/yakınların tavsiyesiyle ilaç kullanmadığı, %10,7'sinin komşuların/yakınların tavsiye ettiği ilacı doktordan reçete etmesini talep ettiği belirlendi. Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %96,6'sı doktorun önerdiği zamanda ilacını aldığını %72,5'inin doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandığı saptanmıştır (1). Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %75,4'ünün reçeteli, %7,9'unun reçetesiz, %5,6'sının hem reçeteli hem reçetesiz ilaç kullandığı, %11,1'inin ise hiç ilaç kullanmadığı saptanmıştır (18). Yapılan başka bir çalışmada tavsiye ile ilaç kullanılıp kullanılmaması durumu sorgulandığında ise katılımcıların %84,5'nin tavsiye üzerine ilaç kullanmadığı saptanmıştır (6). 2019 yılında yapılan bir çalışmaya göre yaşlı bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili davranışları değerlendirildiğinde; en sık rastlanan ilaç kullanma hatasının; ilaçlarını almayı unutma (% 46.4) olduğu belirlendi. Bunu ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma (% 43.2), kötü hissettiğinde doktora sormadan kullandığı ilacı bırakma (% 23.2) ve iyi hissettiğinde doktora sormadan kullandığı ilacı bırakma (% 20.0) izlemiştir (19)

Akılcı olmayan ilaç kullanımı her yaş grubu için önemli bir sorundur ve geriatrik yaş grubunda sık görülmektedir (23). Çalışmamızda yaş arttıkça AİKÖ puanının azaldığını söyleyebiliriz. Yapılan başka bir çalışmada bu yönüyle çalışmamıza benzerlik göstermektedir (24).

Çalışmamızda cinsiyet ve eğitim durumu ile AİKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Ancak yapılan bir çalışmada çalışmamızdan farklı olarak yaşlı bireylerin cinsiyetlerine ve eğitim düzeyine göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (24).

Sonuç

Geriatrik yaş grubunda akılcı olmayan ilaç kullanımı yaygın görülen bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuç olarak huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu ve genç yaşlı bireylerde ileri yaşlı bireyelere göre akılcı ilaç kullanım düzeylerinin daha iyi olduğu söylenebilir. Buna göre yaşlı bireylerde yaş arttıkça akılcı ilaç kullanım durumu azalmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı, uygunsuz ilaç kullanımını önleyerek ilaca bağlı maliyeti azaltmakla beraber yaşlı bireyin yaşam kalitesini de artırmaktadır. Akılcı ilaç kullanımında hekim, hemşire ve tüm sağlık profesyonellerinin sorumlulukları bulunmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı kapsamında hemşirenin sorumlulukları, yaşlılıkta görülen farmakodinamik ve farmakokinetik değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, yaşlı bireyin kullandığı ilaçlara uyumunu sağlamak için kullanılan ilaçlarla ilgili hasta ve ailesine sağlık eğitimi vermek, ilaç yan etkileri yönünden gerekli izlemleri yapmaktır (9).

Kaynaklar

1. Hacıoğlu Ö. Yaşlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp ABD Yüksek Lisan Tezi, 2021.
2. Gökçe Kutsal Y, Bilir N, Önderoğlu L, et al. Yaşlılıkta kaliteli yaşam [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi 2007. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf.
3. Tekin ÇS, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD). 2018;3(1):219-229.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). "İstatistiklerle yaşlılar 2020", 18 Mart 2021: 37227. Erişim tarihi: 22.01.2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227>.
5. Samancıoğlu Bağlama S, Bakır E, Köleoğlu Ş, ve ark. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Özürlülük ve İlaç Kullanımının Etkisi? ACU Sağlık Bil Dergisi. 2019; 10(2): 277-281.
6. Tarhan G, Uslu AU, Kavaklı Ö, ve ark. Yaşlı Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı. Osmangazi Journal of Medicine. 2020; 42 (2): 130-139.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

7. Arslan M, Arslan E K, Koç EM, ve ark. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerde kırılabilirlik ile ilaç kullanımı ve polifarmasi arasındaki ilişki. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*. 2020; 58: 33-41.
8. Güneş D, Kıyak E. Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Sürekli Eğitim Tıp Dergisi*. 2017; (26)2: 66-74.
9. Özer E, Özdemir L. Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2009; 42-51.
10. Mahmood A, Elnour AA, Ali AAA, et al. Evaluation of rational use of medicines (RUM) in four government hospitals in UAE. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 2016; 24: 189-196.
11. World Health Organization. Therational use of drugs: Report of the Conference of Experts. Nairobi; 1985.
12. Akıcı A, Kalaça S. Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 932013, Ankara; 2013, s: 15-47.
13. Yılmaz M, Kırbıyıkoglu Fİ, Arıç Z, ve ark. Bir Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014; 2(1): 39-47.
14. Özyurt E, Aydın İ, Aydın H, ve ark. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesinde'ki Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018; 5(3): 208-219.
15. Pirinççi E, Bozan T. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları. *Fırat Tıp Dergisi*. 2016; 21(3): 129-136.
16. Cakmak V, Pakyuz SC. The effect of nurses' patient education on rational drug use and health literacy of patients receiving hypertension treatment. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2021; 8(4): 246-52. doi: 10.4103/jnms.jnms_168_20.
17. Çakmak V, Pakyüz SÇ. A Methodological Study: Development of The Rational Drug Use Scale. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2020; 23(4): 498-507.
18. Ünsal A, Demir G, Çoban Özkan A, ve ark. Huzurevindeki Yaşlılarda Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 12(3): 5-10.
19. Öztaş Ö, Korkmaz Aslan G. Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019; 6(3): 132-140.
20. Kolcu M, Ergün A. Yaşlılarda hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2017; 1(1): 17-23.
21. Abacı A. Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2011; 39 Suppl 4:1-5. doi: 10.5543/tkda.2011.abaci
22. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. 2012. Erişim Tarihi: 05.03.2022 https://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php
23. Bilginer E, Özçelikay G. Geriatrik Yaş Grubu Kadınlarda Akılcı İlaç Kullanımı. Büyükkayacı Duman N, editör. *Yaşlılık ve Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2019; 62-68.
24. Şengül B. Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi SBÜ. Yüksek Lisans Tezi. 2021.

65 YAŞ ÜSTÜ YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM DOYUMU: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK¹
Eylül BAŞER²

¹Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Nevşehir, Türkiye

²Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı-
Doktora Öğrencisi, Erzurum, Türkiye

ÖZET

Bu çalışma 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yaşam doyumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma tanımlayıcı olarak il merkezinde Ekim 2021 – Ocak 2022 tarihleri arasında 65 yaş üstü yaşlı bireylerle yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip, seçim kriterlerine uyan 181 birey örnekleme oluşturmuştur. Veriler tanıtıcı bilgi formu ve yaşam doyumu ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayarda yapılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Bireylerin yaş ortalamasının 69.81±5.51 olduğu bulunmuştur. Bireylerin %59.7'sinin kadın, %79.7'inin evli olduğu, %84.6'sının çocuğa sahip olduğu, %59.2'sinin orta düzey gelir durumuna sahip olduğu ve %40.7'sinin genel sağlık durumunun iyi olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin yaşam doyumu puan ortalamasının 17.91±3.17 olduğu saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum, çocuğa sahip olma, gelir durumu, genel sağlık durumu ile yaşam doyumu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yaş ile yaşam doyumu arasında orta düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:-0.432; p<0.05). Erkek olan, evli olan, çocuğu olan, gelir düzeyi yüksek olan ve genel sağlık durumu iyi olan yaşlı bireylerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlı bireylerin yaşam doyumu puan ortalamasının 17.91±3.17 olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 5-35 arasında değişirken puanın yüksek olması yaşam doyumunun yüksekliğini işaret etmektedir. Bu doğrultuda 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Yaşlı sağlığı alanında çalışan hemşirelerin yaşam doyumlarını arttırmaya yönelik danışmanlık hizmetleri vermeleri ve bu doğrultuda destek olmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Yaşlı Birey, Yaşam Doyumu

ABSTRACT

This study was conducted to determine the life satisfaction of elderly individuals over 65 years of age. The study was conducted as a descriptive study with elderly individuals over the age of 65 between October 2021 and January 2022 in the city center. Sample selection was not made in the study, and a sample of 181 individuals who met the selection criteria was formed. Data were collected with an introductory information form and a life satisfaction scale. Statistical evaluation of the data was done on the computer. Necessary permissions were obtained for the implementation of the research. The mean age of the individuals was found to be 69.81±5.51. It was determined that 59.7% of the individuals were women, 79.77% were married, 84.64% had children, 59.13% had a middle income level and 40.77% had a good general health status. The mean life satisfaction score of the elderly individuals was found to be 17.91±3.17. A statistically significant difference was found between gender, marital status, having a child, income status, general health status and life satisfaction mean score (p<0.05). A moderate, negative and significant relationship was found between age and life satisfaction (r:-0.432; p<0.05). It was found that the life satisfaction of elderly individuals who are male, married, have children, have a high income level and have a good general health status are higher. The mean life satisfaction score of the elderly individuals was found to be 17.91±3.17. While the scores that can be obtained from the scale vary between 5-35, a high score indicates a high level of life satisfaction. In this respect, it can be said that the life satisfaction level of elderly individuals over

65 years of age is moderate. It is recommended that nurses working in the field of elderly health provide consultancy services to increase their life satisfaction and support them accordingly.

Keywords: Senility, Elderly Individual, Life Satisfaction

GİRİŞ

İnsanlar yaşamını farklı yaşadığından yaşlılığını da farklı yaşarlar. Kişilik özellikleri, hayat felsefesi ve yaşam beklentisi bireyin yaşlılığa bakışında ve yaşlılığı kabullenmesinde farklılıklar oluşturur. Günümüzde yaşlılığa ilişkin önermeler giderek değiştiğinden, bireylerin bu dönemi umutsuzluk içinde değil, döneme özgü krizlere karşı oluşturacakları dayanma gücü ile yaşam kalitesini yüksek düzeyde korumaları önemlidir. Günümüzde olduğu gibi gelecekte de yaşlıların kaliteli bir şekilde yaşamaları öncelikli sağlık hedeflerinden biri olacaktır (Özer & Karabulut, 2021).

Günümüzde, yaşlılar toplumun önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve yaşlılık toplumdaki herkesin bir gün karşılaşabileceği risk ve sorunları beraberinde getirmektedir (Özgür, 2021). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 65 yaş ve üzerinde olan kişiler nüfusun %10'unu oluşturmaktadır (TNSA, 2019). Türkiye'nin yaşlı nüfus oranınının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve Birleşmiş Milletler'e göre "çok yaşlı" nüfusa sahip ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2020). Toplumda nüfusun yaşlanması, çeşitli toplumsal değişimlere, yaşlanmaya ilişkin tutumların yeniden oluşturulmasına neden olmakta ve bireylerin yaşam biçimini etkilemektedir (Özgür, 2021). Yaşlanma özellikle sosyal, bilişsel ve psikolojik olmak üzere çeşitli işlevlerde, kapasite ve olanaklarda gerilemenin ilerlemeden daha ağır bastığı, bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Ünal, 2012). Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan değişim, yaşlılığa ilişkin değerler ve tutumlara, yaşlılığın getirdiği riskler ve sorunlara, rol kaybına, toplumun yaşlı bireylere yönelik tutum ve kalıplaşmış yargılarına ve kuşaklararası ilişkilere dikkat çekmektedir (Özgür, 2021; Çakar & Kadioğlu, 2021). Yaşam doyumu kavramı, genel anlamda bireyin bütün yaşamını ve bu yaşamın çok çeşitli boyutlarını içermektedir. Genel olarak bireysel "mutluluk" anlamına gelen yaşam doyumu sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel boyutu olan toplum ile bir bütün içerisinde olan bir kavramdır (Çevik & Korkmaz, 2014). Yaşlılık sürecinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda meydana gelen değişimlere bireyin uyum sağlayabilmesi, iyilik halinin mümkün olduğunca devam ettirilebilmesi ve mevcut öz kaynakların birey tarafından verimli şekilde kullanılabilmesi başarılı bir yaşlılık süreci geçirilebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda yaşlıların yaşam doyumlarının değerlendirilmesi ve bu konuya yönelik planlamaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada yaşlıların yaşam doyumunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yaşam doyumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma tanımlayıcı olarak il merkezinde Ekim 2021 – Ocak 2022 tarihleri arasında 65 yaş üstü yaşlı bireylerle yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip, seçim kriterlerine uyan 181 birey örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

65 yaş üstü olan, okuryazar olan, Türkçe anlayan ve iletişim kurabilen ve çalışmaya katılım konusunda gönüllü olan bireyler dahil edilmiştir. Herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireyler çalışmanın sonuçlarını etkileyebileceği için çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler tanıtıcı bilgi formu ve yaşam doyumu ölçeği ile toplanmıştır. Yaşam Doyumu Ölçeği, tek boyuttan ve toplamda 5 maddeden oluşmaktadır. Likert tiplerinden 7 'li sistemi kullanan ölçekte (1 Kesinlikle katılmıyorum / 7 Kesinlikle katılıyorum) ters yönde puanlanmakta olunan herhangi bir

madde bulunmamaktadır. Sorulara verilecek cevaplar itibariyle ölçekte alınması mümkün olunan en yüksek değer 35 iken, en düşük puan 5'tir. Ölçeğin geliştiricileri olan Diener ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda, söz konusu ölçeğin Cronbachalpha güvenirlik katsayısı 0.87, Ölçüt bağımlı geçerliğini ise 0.82 olarak tespit edilmiştir. Köker (1991) 'in çabalarıyla Türkçe 'ye uyarlanmış olunan Yaşam Doyumu Ölçeğinin güvenirlik katsayısını, yine Köker, yapmış olduğu test-tekrar yöntemi ile 0.85 olarak tespit etmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket programı ile değerlendirilerek Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (X), standart sapma (SS) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk analizi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösterdiği için değişkenlerde bağımsız örneklem t testi, Anova testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile kontrol edilmiştir. Çalışmada $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki gösterilmiştir.

Tablo 1: 65 Yaş Üstü Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Ölçek Puan Ortalamalarına göre Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları <i>p değeri</i>
Cinsiyet			
Kadın	108	59.77	<i>p<0.05</i>
Erkek	73	40.33	
Medeni Durum			
Evli	144	79.77	<i>p<0.05</i>
Bekar	37	20.33	
Çocuk Sahibi Olma			
Evet	153	84.64	<i>p<0.05</i>
Hayır	28	15.46	
Gelir Durumu			
İyi	36	19.88	<i>p<0.05</i>
Orta	107	59.13	
Düşük	38	20.99	
Eğitim Durumu			
İlköğretim	119	65.74	<i>p>0.05</i>
Lise	37	20.44	
Lisans ve üstü	25	13.82	
Genel Sağlık Durumu			
İyi	74	40.90	<i>p<0.05</i>
Orta	55	30.38	
Kötü	52	28.72	
TOPLAM	181	100	

Tablo 1'de araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Bireylerin yaş ortalamasının 69.81 ± 5.51 olduğu bulunmuştur. Bireylerin %59.77'sinin kadın, %79.77'inin evli olduğu, %84.64'ünün çocuğa sahip olduğu, %59.13'ünün orta düzey gelir durumuna sahip olduğu ve %40.9'unun genel sağlık durumunun iyi olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, çocuğa sahip olma, gelir durumu, genel sağlık durumu ile yaşam doyumu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 2: 65 Yaş Üstü Bireylerin Yaşam Doyumunu Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalaması

Ölçek	Ortalama	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer
Yaşam Doyum Ölçeği	17.91	3.17	5	35

Yaşlı bireylerin yaşam doyumu puan ortalamasının 17.91 ± 3.17 olduğu saptanmıştır. Her madde 1-7 arasında puanlanmakta ve 7-35 arasında bir toplam puan elde edilmekte, yüksek puanlar yaşam doyumunun yüksekliğine işaret etmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Yaş ve Yaşam Doyumu Ölçeği Arasındaki İlişki (n:181)

Değişkenler		Yaşam Doyumu Ölçeği
Yaş	r	- 0.432
	p	<i>p</i> <0.05

Yaş ile yaşam doyumu arasında orta düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r:-0.432$; $p<0.05$). Erkek olan, evli olan, çocuğu olan, gelir düzeyi yüksek olan ve genel sağlık durumu iyi olan yaşlı bireylerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı bireylerin yaşam doyumu puan ortalamasının 17.91 ± 3.17 olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 5-35 arasında değişirken puanın yüksek olması yaşam doyumunun yüksekliğini işaret etmektedir. Bu doğrultuda 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Yaşlı sağlığı alanında çalışan hemşirelerin yaşam doyumlarını arttırmaya yönelik danışmanlık hizmetleri vermeleri ve bu doğrultuda destek olmaları önerilmektedir. Ayrıca ruh sağlığı hemşirelerinin yaşam doyumunu etkileyen olumsuz faktörleri belirleyerek öncelikli olarak ele almaları ve yaşam doyumunun önemini sağlıkla ilgili programlarda yer vererek müdahalelerde bulunmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Çakar, M., Kadioğlu, H. (2021). Aktif Yaşlanma ve Oyun. J Educ Res Nurs, 18(4): 457–461 DOI: 10.5152/jern.2021.64290
- Çevik, N. K., & Korkmaz, O. (2014). Türkiye’de Yaşam Doyumu Ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İki Değişkenli Sıralı Probit Model Analizi. Niğde Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(1), 126-145.
- Özer, M., Karabulut, Ö. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doyumu. Turkish Journal of Geriatrics, 6(2), 72-74
- Özgür, A. Ö. (2021). Yaşlı İstihdamının Sosyo-Psikolojik Analizi , 5-18.
- Önder, Z. (2021). Huzurevinde Kalan Bireylerin Psiko-Sosyal Olanaklar Bakımından İyilik Halleri ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi: Konya Dr. İsmail Işık Huzurevi Örneği. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ünalın, P. C. (2012). Aktif Yaşlanma: Bilişsel Ve Sosyal Boyut. The Journal Of Turkish Family Physician, 3(1), 13-17.
- TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması), 2019. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, temel bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim tarihi 27.05.2020. Erişim adresi, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/>.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), 2020. İstatistiklerle yaşlılar 2019. Erişim tarihi 26/05/2020. Erişim adresi, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2019-33712>.

WHAT IS A GOOD DEATH: END-OF-LIFE CARE IN INDIA?

Dr. Suantak D Vaiphei

Assam Downtown University, Guwahati, India

ABSTRACT

End-of-life care is a humanistic approach that aims to deliver the quality of life for those patients and families facing life-limiting advanced medical illnesses in clinical practices. It demands a holistic assessment through multidisciplinary team interventions to effectively encounter the patient's psychological sufferings, social isolation, and mental disharmony. However, end-of-life care is still an unheard area of care in most parts of the Indian sub-continent. The health care systems in the country like UK, America, Canada, Australia, New Zealand, etc., were at an advanced stage of delivering 'good death' in the face of painful, life-threatening medical illness. The goal of end-of-life care is not to shorten neither prolong the patient's life but to focus on alleviating pain and improving quality of life. Yet, 80% of the terminally ill patients in India failed to receive end-of-life care. Effective implementation of plan and policy, maximum availability of essential medications, and public awareness are the current challenges in Indian palliative end-of-life care.

Key Words: End-of-Life Care, Ethical Principles, Legal Norms, and Palliative Care.

Objective: The primary aim is to explore why India is called a country not to die by many. The study is to understand the status of palliative end-of-life care and the current challenges in delivering excellent or meaningful death in its clinical practices.

Methodology: The proposed study is an analytical method basing on the existing documents and literature.

Introduction

With the advance of medical technologies, death in the modern era has evolved from home to hospital and other nursing care centres. End-of-life care is a worldwide phenomenon that helps in improving the patient quality of life and well-being of the whole for those with advance medical illnesses like HIV and cancer. The primary aim of end-of-life care is to acknowledge the several dimensions of a patient's need, such as; physical pain and symptom control, safeguarding the ethical norms regarding death and dying, and the legal principles in critical care. However, India is still considering a place not to pass by many. Dying with dignity and good death are the two unheard topics of discussion in most Indian healthcare systems. Palliative end-of-life care in India at present is visible as the most neglected area of care, in which 80% of the total population did not access it so far.

Defining End-Of-Life Care

The recent advances in medical technology, diagnostics, and other related antibiotic therapies created bioethical dilemmas confronting clinicians in critical care units. Due to the new advancement in modern medicine, the process of dying becomes more prolonged, and an increasing number of people require long-term care for chronic conditions. On the other hand, the clinicians are less trained in providing holistic assessment while encountering the psycho-emotional sufferings, social isolations, and spiritual disharmony experienced by the dying patients. End-of-life care is an interdisciplinary medical field focusing on preventing and relieving psycho-emotional sufferings and mental conflict for patients/families dealing with advanced medical illness. It is a supportive care approach aiming to deliver a quality of life and work in the best interest of the patient and family.^[1] Effective end-of-life care requires both hospice and palliative care that helps those with life-threatening incurable medical illnesses to live as well as possible until the inevitable death strikes.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Modern hospice care is an interdisciplinary, integrated approach that aims at caring rather than curing those facing end of life. Hospice care focuses on treating the person and symptoms of the disease rather than the disease itself. The hospice involves a team-oriented approach to expert medical care, pain management, and psychological and spiritual support that expressly personalized to the patient's needs and wishes. The core concept of hospice care accepts death as the final stage of human life and affirms to neither hastens nor postpones death. Hospice care is also family-centered that includes the patient and the family in decisions making at any level.^[2,3] Palliative care is not for patients near the end of life alone but in both acute and long-term settings. The World Health Organization (WHO) states that: "Palliative care is an approach that improves the quality of life of the patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering utilizing early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychological and spiritual."^[4] Unlike hospice, palliative care can be provided at any stage in the course of an illness and extended to the family bereavement period.

The Current State of palliative End-Of-Life Care in India

End-of-life care in India originated in Shanti Avedna Sadan in Mumbai, founded in 1986 by Lucito D'Souza. The second phase of its development was in Kerala, with the formation of the Pain and Palliative Care Society in 1993 in Calicut and the Indian Institute of Palliative Care in 1994. The first free Palliative Care Services in North India was in 1997 in Delhi, while the Guwahati Pain and Palliative Care Society becomes the first in the North-Eastern part of the country. The formation of Pallium India in 2003 was another milestone for the establishment of palliative care centers in another eleven states of the country through its charitable organization. In 2010 the Medical Council of India accepted palliative end-of-life care medicines as an integrated course in medical sciences. However, the Ministry of Health in 2012 advocated that the National Program for Palliative care was merely theoretical propaganda with minimal implementation. The underlying reason being the insufficient funds from the government and lack of awareness and education.^[5,6]

At present, palliative end-of-life care is visible functioning in 16 states intending to relieve physical pain symptoms alone. Kerala alone has 230 clinics located in its 12 districts, which caters to only 3% of the total population.^[7] In 2008 the Indian public health system, in collaboration with WHO and other non-governmental organizations, made some efforts to develop manual guidelines for palliative care services at the hospital and community level. It also aims to improve the existing palliative care and quality pain management in the country. The effort resulted in forming the National Programme for Palliative Care (NPPC) under the National Health Mission (NHM) in 2012. The program operates under the National Programme for Prevention and Control of Cancer, CVD, Diabetes, and Stroke (NPCDCS), with a provision for establishing palliative end-of-life care services in every district hospital of the country. It was to set up palliative end-of-life care centers, distributed in a 60:40 proportion between the Centre and state, while 90:10 in the North-Eastern parts of the country.^[8] As per the 2017 report, West Bengal, Kerala, and Assam were visible setting up the operationalizing palliative care units in selected district hospitals. The technical support and training of the health care professionals are the two contributing factors for the advocacy and raising awareness of palliative end-of-life care in the country. Though it is minimally functioning, three types of palliative end-of-life care are visible available in the country: Home-Based Care, Outpatient Services, and Hospice Care Services. Home-based care is one of the effective ways patients in rural areas can access palliative end-of-life care. In the WHO report, India in 2010 has around 60 million people above 65 years, increasing to 227 million by 2050, constituting 20% of the total population. However, lack of palliative care facilities, poor quality of death index, and lack of medical infrastructure, India becomes a place not to die for many.^[9]

The Legal Position of End-of-Life Care In India

Since its infancy, palliative end-of-life care was a neglected area of care in the country; there were no sound legal principles around death and dying until the Aruna Shambaug case (a nurse who was gang rape and lived in a vegetative state for 42 years in Mumbai). It would be true to say that it was in 2009 the Supreme Court passed the bill for the first time by allowing passive euthanasia on the 42 years of vegetative patient Aruna Shambaugh however, though the government accepted passive euthanasia,

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

but only on few exceptional cases. It also stated that euthanasia was never a law in this country. With strict instructions, the Supreme Court on March 2011 and July 16, 2014, issued a public notice on legalizing passive euthanasia that allows the patient and the family to withdraw the ongoing medical treatment only to those who are in the vegetative state and need to be in the rarest case in its clinical practices.^[10,6]

Another legal challenge in end-of-life care lies in the issue of death and dying. Basing on the Transplantation of the Human Organs Act of 1994, the end of the patient is when they permanently lost the evidence of life and living, in regards to the death of the brain stem or in the case of cardiopulmonary, which is when the blood circulation and the breathing stop functioning in the dying individual. Section 46 of the Indian Penal Code, death of a person, is when the normal organs in the human body stop working, but the code also holds onto its situational ethics on end. The brain stem here mainly refers to the part of the human brain that is responsible for breathing. However, the Indian Legislation Section 2 (b) of the Birth and Death Registration Act of 1969 holds that the death of the brain stem alone is not a good criterion to declare a person as deceased. The Act acknowledges the process of ventilation breathing as life under living and cannot be pronounced dead.^[11,12] Sometimes, in the Intensive Care Unit, patients experience the death of the brain stem but still breathing with the help of ventilation, which could be living from the heart. The best example is in the Aruna Shambaug case, a girl who survived and breathed for 42 years even after the death of her brain stem.

Based on the 196th report of The Law Commission of India in 2006, a patient declaring their "Advance Will" was strictly prohibited mainly to avoid misusing it for personal gain. On the other hand, in the joint statement of The Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC) stated that at present, there are no proper guidelines for the provision of the moral and ethical dilemmas with regards to end-of-life care, especially in the policy connected to euthanasia. However, the Law Commission of India, in their 241st report of 2012, permitted the practices of euthanasia, which would be mainly based on the humanitarian ground and the law also agree to protect those medical practitioners who genuinely act for the best interest of the dying patient's and the family. The definition of euthanasia as per the Law Commission of India is mercy killing through the help of lethal drugs used in the clinical practices on the sincere request of the patient, in which the family is not permissible to make any decision in connection to euthanasia on the patient behalf. However, the definition of euthanasia given by the Forgoing of Life Support Treatments (FLSTs) proposes a process of 'letting die of the patient' without the intervention of any other factors, and refusal of the ongoing medical treatment does not mean to attempt suicide either. Even though in the last phase of the patients in end-of-life commonly experience loss of sense and cannot decide on their own, the right to act on the patient's behalf given to none.^[13,14]

The Ethical Principles/Issues in End-Of-Life Care

Justice in palliative end-of-life care is the underlying concern for the well-being of the whole and enhances the patient's quality of life. It is an appropriate assessment of the patient to maximize the patient's welfares through an integrated approach and avoid unproductive evaluations in the clinical practices. In end-of-life care, the responsibility of the clinicians is not to fulfill every wish of the patients, instead to maintain the medical ethics, policy, and professional treatment standard in any given situation. On the other hand, the law also upholds that the physicians in the end-of-life care settings are strictly advised not to go against the patient's will/choices regarding the refusal of the ongoing medical treatment even if it causes the patient's death. The physician's responsibility is to provide the medical treatment information in detail and leave the individual's decision-making part.^[15] The law demands the physicians to always act in the patient's best interest without any obligation and deliver good death by giving the patient and the family to prepare well for the inevitable end. Medical ethics is a set of rules that governs the activities of medical professionals and perfume their tasks according to the medical standard through its moral principles. The patient has full right to the details of their diagnosis information and either accept the treatment or refuses it.^[16]

The medical ethical principles are not a law but a guiding factor that has uttermost importance in caring for those with a medically advanced illness like HIV and cancer. The Indian Palliative End-of-Life Care laid its ethical foundation on patient autonomy, beneficence, non-maleficence, social justice,

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

or appropriate treatment. The autonomy of the patient is an important domain in palliative end-of-life care. It is self-right and self-respect to be independent, mainly regarding decision-making on treatment policy. The patient's autonomy in clinical practices requires their presence as an active member of the management team and decision-making. The autonomy gives the patient to restore the sense of having full authority over their illness, risks versus benefits, and the core deciding factor to outweigh the burdensome issues. It is also important for the physicians working in end-of-life care to decide for the patient's welfare and what benefits the dying patient and family the most by knowing all the truthful information about the medical treatment policy or the patient's condition. Since palliative end-of-life care aims not to shorten nor prolong patient life but to deliver the quality of life and well-being of the whole through any possible means, the physicians should possess adequate knowledge of pain and symptom management. However, relieving the pain and distress of the patient through mercy killing or by any means is not an option; the ethical principle, on the other hand, allows the use of opioids to do away with the pain and distressful symptoms.^[17,18]

Non-maleficence is the state of doing no harmful activities while attending to the needs of the palliative end-of-life care patient. It avoids ineffective medical treatment with no possible benefits that would possibly increase the risk factors in the terminal diagnosis. The prime focus in end-of-life care is to make dying more meaningful rather than a fearful or dreadful inpatient experience. The process of dying in individual experience should be when they find meaning in suffering and time all the various needs of the dying individual addressed and taken care of through any possible means. It is also important for the health care providers to earn the trust of their patients, which would help in having quality communication where the patient can share their thoughts and wishes without any hesitation.^[19,20] Even in the last phase of terminal ill diagnosis, where patients normally lose their sense and ability to decide on their own, the clinicians should respect and value. The principle compelled the physicians not to continue aggressive life-prolonging or the withdrawal of the ongoing treatment without the patient's concern. Overall, fair treatment gives the patient the right to claim what they are legitimately entitled to be the core emphasis of the ethical principle in end-of-life care.^[21,22]

A Good Death: What Constitutes a Meaningful Death?

End-of-life care for the quality of life and death is still an unheard topic in most Indian clinical settings. The developed countries like UK, USA, Canada, Australia, etc., are at the advanced stage aiming to deliver "good death" in the face of painful terminal experiences. A meaningful death is free from death anxiety, distress, and suffering consistent with the cultural and ethical norms. Death anxiety is the degree of anxiety regarding the anticipation of death, which is persistent and interferes with everyday life functioning, also commonly understood as the fear of death or the fear of dying process. The sign and symptoms can be visible in solicitude, dread, extreme timidity, and distress that cause disorder, which requires a maximum amount of care and emotional support. A good death a meaningful dying process that occurs when the patient is physical, psychological, spiritually, and emotionally supported by their family, caregivers, and friends.^[23,24] In one research finding the successful dying or good death has three main preferences for the dying process (94% of reports), pain-free status (81%) and emotional well-being (64%). The followings are the elements of a good death in clinical practices:^[25,26]

- *Adequate pain and symptom management.*
- *Avoiding a prolonged dying process and feeling a sense of control.*
- *Clear communication about decisions by patients, family and physician.*
- *Adequate preparation for death, for both patient and loved ones.*
- *Finding a spiritual or emotional sense of completion and affirming the patient as a unique and worthy person.*
- *Strengthening relationships with loved ones and not being alone.*
- *To achieve a "good death" for any person who is dying, irrespective of the situation, place, diagnosis, or duration of illness.*

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- *Emphasis on quality of life and quality of death.*
- *Acknowledge that good EOLC is a human right, and every individual has a right to a good, peaceful, and dignified death.*

Though many religions and legal systems do not encourage. Knowing when death is coming and prepared for is another element of a good death. Respecting the wishes of the dying patients and allowing them to choose death could also be another practical element in delivering a good end. However, in India, such provision does not exist, resulting in considering India a place not to die by many. At present, there is an appeal submitted to the Supreme Court on allowing advance directive care in the Indian clinical setting. The followings are the infrastructures requiring for effective end-of-life care in the clinical practices:^[27]

<i>Policy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Presence of guiding hospital policy and Awareness and implementation of policy
<i>Space and Staff</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Special allocated area in the hospital • A suitable room that ensures necessary privacy and Round-the-clock staff
<i>Education and Training</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Education to doctors, nurse, social workers and all involved health care professionals on end-of-life care • Hands on training and mentorship to junior staffs
<i>Documentations</i>	<ul style="list-style-type: none"> • End-of-life care pathway (Structured and tailor made to suit individual health care setup) • Standardized forms of withholding and withdrawing life support • Patient information leaflet on end-of-life care
<i>Special Support</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Contact details of religious leaders to meet end-of-life religious needs • Clinical psychologists to meet extreme grief reactions • Contact details of funeral director/undertakers to facilitate after death care • Contact information of embalmers/body transfer ambulances etc.

Looking at the current situation, the majority of the terminally ill patients in India experience disadvantage dying. The reason is the absence of 'good death' principles and its infrastructural requirement in Indian palliative end-of-life care. The disadvantage dying refers to the group of people whose physical, social, and spiritual care are at risk of undermined or neglected because of societal attitude, ignorance, or discrimination in their end of life. Most commonly, people with HIV/AIDS, learning disabilities, older people, most commonly cancer patients from poverty, and dementia. Even the third gender community is also at greater risk. Thus, modern India fails to deliver holistic care, which is an urgent need.

Findings: 1. End-of-life care for the quality of life and death is still an unheard topic in most Indian clinical settings. 2. India had several issues in health and well-being, mainly in pain and non-pain symptom management. 3. The need of the hour is to effectively implement the end-of-life care policy and plan, availability of essential medicines and medical facilities, public education, and awareness. 4. The proper implementation of end-of-life care will avoid unnecessary medical expenses, like undergoing chemotherapy at the final stage of terminal ill diagnosis. The unavailability of essential drugs for pain management in palliative end-of-life care in some parts of the Indian sub-continent needs special consideration

The Current Challenges and Discussion

The misconception about palliative care by confining mainly to end-of-life care is the most significant challenge in India. This misconception is common even among oncologists and physicians, resulting in failing to referred needed patients to palliative care. Palliative care aims to provide the best possible quality of life at every stage of treatment in clinical practices. Several positive outcomes have been

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

visible to those access to palliative care at the early stages. Such misconceptions or the lack of awareness even among the medical practitioners fail to acknowledge the maximum numbers of patients and families with no access to seek relief during their diagnosis period.^[28]

Palliative end-of-life care is the most neglected area of care in Indian medical care. Only 1%-2% of the total population in India have access to end-of-life care or pain management at present. Even the majority of the Indian medical students also failed to access the curriculum on pain management. The use of opioids for managing severe pain in terminal ill-treatment and major trauma needs special considerations among medical students and other clinicians. The need of the hour is to effectively implement the end-of-life care policy and plan, availability of essential medicines and medical facilities, public education, and awareness. The proper implementation of end-of-life care will avoid unnecessary medical expenses, like undergoing chemotherapy at the final stage of terminal ill diagnosis. The unavailability of essential drugs for pain management in palliative end-of-life care in some parts of the Indian sub-continent needs special consideration.^[29]

In health and well-being, India had several issues to deal with, mainly in pain and non-pain symptom management. Modern India turns out to be a cancer hub with 2.5 million cancer-affected people, which is likely to be increased by 50% in 2020 if the governmental and non-governmental agencies had done no immediate action plan. Once the killer cells grow and affect the patient's start losing their body sites, it usually leads to a paralyzing condition, requiring a multidisciplinary team for the treatment procedures.^[22] On the other hand, dying with dignity or peaceful death in the Indian health care system is an alien term, mainly due to the absence of pain and symptom management in its medical syllabus in undergraduate and postgraduate medical students. The minimum availability of the palliative end-of-life care centers and the higher prices of medical treatment fees are also the underlying reason for many terminally ill patients not receiving end-of-life care. The urgent need is to integrate palliative end-of-life care as primary health education in the training of medical professionals in the country. The negligence of the holistic needs of the dying patients in end-of-life care in the medical-related curriculums needs an immediate revitalization to deliver the whole person treatment and quality of life. Clinical management in terminal diagnosis, peaceful death, dying with dignity, dealing with several mental disharmonies, and psychological issues in the undergraduate medical curriculum are also significant challenges. The exceptional attention should be on the various dimensions of the patient's needs while maintaining the country's ethical principles and legal norms and uplifting the urgent necessity of palliative end-of-life care in India today.

Conclusion: The need of the hour is to integrate palliative end-of-life care in the country's health care system and the training of the medical practitioners. The inclusion of social involvement and addressing the psycho-spirituality needs in palliative end-of-life care is also an important domain and the immediate needs of the dying patient for the quality of life, well-being of the whole, peace, and dying with dignity.

Reference

1. Yeolekar ME, Mehta S, Yeolekar A. End of Life Care: Issues and Challenges. *Journal of Postgraduate Medicine*, 2008; 54 (3): 173-175. DOI: 10.4103/0022-3859.41795.
2. NCPPC-National Clinical Programme for Palliative Care. Palliative Care Needs Assessment Guidance. Retrieved from the web January 2019. www.hse.ie/eng/service/publications/clinical-strategy-and-programmes/palliative-care-needs-assessment-guidance.pdf.
3. American Cancer Society. What is Hospice Care. <https://www.cancer.org/treatment/end-of-life-care/hospice-care/what-is-hospice-care.html>.
4. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. who.in/cancer/palliative/definition/en. Accessed from the web on February 11, 2020.
5. Rajagopal M R. WHO Collaborating Centre for Training and Policy on Access to Pain Relief, Pallium, Thiruvananthapuram, Kerala, India. *Indian Journal of Palliative Care*, 2016; 22 (3): 239-243. DOI: 10.4103/0973-1075.185025.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

6. Khosla D Patel, D Firuza, Sharma C Suresh. Palliative Care in India: Current Progress and Future Needs. *Indian Journal of Palliative Care*, 2012; 18 (3): 149-154. DOI: 10.4103/0973-1075.105683.
7. Sallnow Libby, Kumar Suresh, Numpeli Matthews. Home-based palliative care in Kerala, India: The Neighbourhood Network in Palliative Care. *Journal of Progress in Palliative Care Science and the Art of Caring* 2010; 18 (1): 14-17. DOI: 10.1179/096992610X12624290276142.
8. Ministry of Health and Family Welfare, PIB Delhi. Palliative Care Units for Cancer Patients. <https://pib.gov.in/PressReleaseFramePage.aspx?PRID=1498830/2017>. Accessed February 2, 2020.
9. Sagar Sinha, & Sowmya Garigipati (2020) no end to care – palliative care in India. <https://www.piramalswasthya.org/no-end-to-care-palliative-care-in-india/>. Accessed Feb. 20, 2020.
10. Joseph Nitin, Jayarama S, Kotian Shashidhar. A comparative study to assess the awareness of palliative care between urban and rural areas of Ernakulum district, Kerala, India. *Indian Journal of Palliative Care*, 2009; 15 (2): 122-126. DOI: 10.4103/0973-1075.58457.
11. Kumar Suresh, Mathews Numpeli. Neighborhood network in palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 2005; 11 (1): 6-9. DOI: 10.4103/0973-1075.16637.
12. Biswas Minakshi. Is Passive Euthanasia Finally Going to Be a Legal Reality in India? <https://thewire.in/law/is-passive-euthanasia-finally-going-to-be-a-legal-reality-in-india>. Accessed on 22nd November 2019.
13. Ghooi B Ravindar, Dhru Kelly, Jaywant Sheela. The urgent need for advance directives in India, 2016; 1 (4): 242-249. DOI: <https://doi.org/10.20529/IJME.2016.069>.
14. Myatra Nainan Sheila et al. End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC), *Indian J Crit Care Med*. 2014; 18(9): 615–635. Doi: 10.4103/0972-5229.140155.
15. Mani RK. Constitutional and Legal Protection for Life Support Limitation in India. *Indian J Palliat Care*. 2015 Sep-Dec; 21(3): 258–261. Doi: 10.4103/0973-1075.164903.
16. The Law Commission of India. The 196th Report on Medical Treatment to Terminally Ill Patients (Protection of Patients and Medical Practitioners). <http://lawcommissionofindia.nic.in/reports/rep196.pdf>. Accessed on 22nd November 2019.
17. Divakaran E. Ethical Issues in Palliative Care. *Handbook For Certificate Course in Essentials of palliative Care*. Lucknow: Indian Association of Palliative Care, 2011. 38-45.
18. APCA-African Palliative Care Association. *A Handbook of Palliative Care in Africa*, 2010. Eds. Julia Downing et al. <http://aidsfree.usaid.gov.pdf>. Accessed on 27th December 2017.
19. Center for Bioethics, University of Minnesota. End-of-Life Care: An Ethical Overview, 2005. www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf. Accessed on 27th January 2018.
20. Puchalski C M. Spirituality and End-of-Life Care: A Time for Listening and Caring. *Journal of Palliative Care Medicine*, 2002; 5 (2), 289-294. DOI: 10.1089/109662102753641287.
21. McCullough M E. “Research on Religion-Accommodation Counseling: Review and Meta-Analysis.” *Journal of Counseling Psychology*, 1999; (46): 92-98.
22. Vaiphei Demkhosei Suantak, Singh Devendra Sisodia. Why Cancer/Terminal Ill Diagnosis Unsuccessful in India: A Qualitative Analysis. *EJMO* 2019; 3(3):160–166. DOI: 10.14744/ejmo.2019.32355.
23. Chochinov, Max Harvey. (March/April, 2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *CA A Cancer Journal for Clinicians*; 2006. 56 (2): 84-103.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

24. Dighe, M. & Rajashree, KC. End of Life Care. Handbook For Certificate Course in Essentials of palliative Care. Lucknow: Indian Association of Palliative Care, 2011. 234-251.
25. Myatra SN, Salins, N, Iyer, S, Macaden, SC, Divatia, JV, Muckaden, M, Kurkarni, P, Simha, S, Mani RK. End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying: A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC). *Indian J Crit Care Med* 2014; 18 (9): 615-35. Doi: 10.4103/0972-5229.140155.
26. Meier Emily A, Gallegos Jarred V, Thomas Lori P, Montross, et al. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2016; 24 (4): 261-271. DOI: 10.1016/j.jagp.2016.01.135
27. Macaden SC, Salins N, Muckaden M, Kulkarni P, Joad A, Nirabhawane V, et al. End of life care policy for the dying: Consensus position statement of Indian Association of Palliative Care. *Indian J Palliat Care* 2014;20:171-81.
28. Salins, N., Ramanjulu, R., Patra, L., Deodhar, J., & Muckaden, M. A. Integration of Early Specialist Palliative Care in Cancer Care and Patient Related Outcomes: A Critical Review of Evidence. *Indian journal of palliative care* 2016; 22(3): 252–257. doi:10.4103/0973-1075.185028.
29. Jyoti Shelar. Just 2% have access to palliative care in India, says the 'father' of palliative care in India. <https://www.thehindu.com/news/cities/mumbai/just-2-have-access-to-palliative-care-in-india/article24176073.ece>. Accessed on March 16, 2021.

ETHICAL ASPECTS IN THE CARE OF THE ELDERLY WITH DEMENTIA

Raúl Hormazábal-Salgado (1)
Margarita Poblete-Troncoso (2)

1. School of Nursing, Faculty of Health Sciences, The University of Talca, Talca, Chile
2. School of Nursing, The Catholic University of Maule, Talca, Chile. Mailing address: Avenida San Miguel 3605, Talca

ABSTRACT

Dementia is an acquired brain syndrome characterized by an impairment in behaviour, thinking, memory, and the ability to perform daily activities. An ethical approach is required while caring for People with Dementia (PwD).

The goal of this literature review was to identify documents that made a core contribution to the understanding of ethical issues in health care for PwD. To achieve this, a narrative review was carried out that included a total of 53 articles published between 2016 and 2020. This review was performed through an interpretive stance.

Three main categories were derived from thematic analysis: (i) sexual consent in the elderly with dementia; (ii) use of technologies in the elderly with dementia, and (iii) informed consent in research, in the elderly with dementia.

To conclude, considering ethical implications on dementia care is of paramount importance. A number of recommendations for practice are suggested.

Key words: ethics, care of the elderly, old age, aging, dementia, health, long-term care

Introduction

Dementia, defined by DSM-5 as major neurocognitive disorder and mild neurocognitive disorder, is an acquired brain syndrome characterized by a decrease in a previous level of impaired cognitive functioning (1, 2). There is impairment in behaviour, thinking, memory, and the ability to perform daily activities; dementia affects mostly older people, but it is not an inevitable consequence of ageing (3). Dementia is one of the leading causes of disability and dependency among older people around the world, with about 50 million people having dementia, and almost 60% of them living in low- and middle-income countries. The impact of dementia on caregivers, the family and society in general can be physical, psychological, social and economic (4). Considering this, Alzheimer's disease and other dementias must take into consideration by societies as well as health care stakeholders at large. These considerations include to address a constellation of factors surrounding old people.

The relevance of psychosocial needs of PwD have been widely considered by several studies, pointing out the aspects of choice, well-being and personhood of older residents with dementia (5). This underscores the importance of psychosocial needs or social factors that affect the older members of society, such as pathologization of ageing, paternalism, poverty, loss of friends, and inability to work (6).

Caring for someone with dementia inevitably involves certain challenges related to the progressive loss of various abilities and thus independence. In long-term care, all kinds of challenging situations emerge on a daily basis, significantly affecting the nursing staff's coping at work; in these situations, professional competences are of great importance (7). In addition to these challenges, a series of ethical dilemmas emerge, thereby requiring an ethical approach that must be based on the premise of personhood, since a human being who has feelings, even if unable to express them or to exercise

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

autonomy, is still a person (8, 9). According to Milte et al (10), supporting personhood is identified as a highly important concept in quality of residential care from both residents with cognitive impairment and their families or friends. Social and psychological characteristics of care actively contribute to enhance the quality of the residential care experience of PwD.

Ethical issues are closely intertwined with dementia care, implying the need of dealing with these issues in a transparent and systematic manner, where an unbiased awareness of the complexity of ethical challenges is therefore necessary (11). For PwD, the best health care involves some personalised shifts in the way of conceiving the ethical principles of autonomy, non-maleficence, beneficence, and justice in relation to this care (12).

The goal of this review was to identify documents that made a core contribution, either conceptually or empirically, to the understanding of ethical issues in health care for PwD. This review intends to portray current work regarding the main ethical issues in health care for PwD, from a comprehensive standpoint. In order to achieve this aim, published analysis and research about ethical aspects of care for the elderly with dementia living in institutionalised settings were analysed. The research question in this review is: What are the main ethical aspects to consider in institutionalized older adults with dementia?

Methodology

A narrative review (13) that included articles published between 2016 and 2021 was carried out. The review has been limited to this period in order to include the latest work focused on ethical issues in PwD. Articles were identified through searches conducted on Web of Science, Scopus, Scielo, ProQuest One Academic, PubMed, Academic Search Ultimate, Fuente Académica Plus and MEDLINE Complete. The following keywords and/or combinations of keywords were used in the search: ethics and elderly; ethical aspects and older people; autonomy and elderly person; informed consent and older adult. Similarly, the following descriptors were used in English: (elderly OR “elderly people” OR aged OR “old adult*” OR older OR elder OR geriatric* OR “old people” OR senior*) AND (ethics OR “nursing ethics”) AND (nursing OR “nursing care”) AND (dementia OR Alzheimer) AND (“care home” OR “care setting”).

All the 80 studies identified through the search strategy were evaluated for inclusion in this narrative review. Articles were included if they presented qualitative or quantitative information about ethical aspects of care for PwD in LTC facilities. These data comprised research findings, such as the respect of PwD’s rights, and opinions on ethical considerations of care, from an integrative standpoint. Publications written in English, Spanish, and Portuguese were chosen. A total of 54 articles met the inclusion criteria and were thus selected for analysis (see table N° 1). Articles focused on distinct aspects of care for PwD rather than ethical challenges were excluded.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Table 1 – Summary of the characteristics of the selected articles

N°	Authors	Article title	Year	Journal	Type of article/ Study design	Results
Sexual consent in the elderly with dementia						
1	Barmon, C., Burgess, E. O., Bender, A. A., & Moorhead, J. R.	Understanding Sexual Freedom and Autonomy in Assisted Living: Discourse of Residents' Rights Among Staff and Administrators.	2016	The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences	Qualitative Grounded Theory methodology	There is significant conflict between protection and autonomy in regards to sexual freedom. Staff and administrators engage in behaviours which create an environment that hinders sexual freedom of residents.
2	Bauer, M., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D.	Organisational enablers and barriers to the recognition of sexuality in aged care: A systematic review.	2018	Journal of Nursing Management	Systematic Review	Organisations and their nursing leaders play a pivotal role in facilitating sexuality of older adults in care settings.
3	Cook, C., Schouten, V., Henrickson, M., & McDonald, S.	Ethics, intimacy and sexuality in aged care.	2017	Journal of Advanced Nursing	Qualitative Discursive methodology	Flexible responses are necessary to ensure the well-being of residents. A narrative ethics approach needs to be incorporated, thus upholding autonomy, privacy and rights.
4	Director, S.	Consent's dominion: Dementia and prior consent to sexual relations.	2019	Bioethics	Analysis	In people with dementia, if valid prior consent was given, partners who have been in a committed, long-term relationship may continue having sex after one partner becomes demented.
5	Fuente, C. & Rodríguez-Martín, B.	Professionals' view of sexuality in institutionalized older people: a qualitative thematic synthesis.	2018	Gerokomos	Systematic review	Strategies and action plans need to be established in long term care in order to differentiate older people with dementia who could give their consent to have a sexual relationship from those who are disabled.
6	Hillman, J.	Sexual Consent Capacity: Ethical Issues and Challenges in Long-Term Care.	2016	Clinical Gerontologist	Analysis (Overview)	The evaluation of the capacity for sexual consent requires a careful evaluation of the knowledge, reasoning and wilfulness of the older adult with dementia.
7	Howard, L; Brassolotto, J. & Manduca-Barone, A.	Navigating Tensions About Resident Sexual Expression in Alberta's Continuing Care Homes: a Qualitative Study of Leaders' Experiences.	2019	Sexuality Research and Social Policy	Qualitative Descriptive, exploratory	There is a necessity for service standards about resident sexual expression. These should include specific education for the staff, clear policies and a care home design compatible with privacy.
8	Metzger, E.	Ethics and Intimate Sexual Activity in Long-Term Care.	2017	AMA Journal of Ethics	Case study	An inability to make decisions about medical treatment or to manage finances should not be assumed, as no diagnosis confers an inability to make medical decisions.
9	Peisah, C., Ayalon, L., Verbeek, H., Benbow, S. M., Wiskerke, E., Rabheru, K., & Sorinmade, O.	Sexuality and the human rights of persons with dementia.	2021	The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry	Analysis	Legislative and human rights frameworks should protect sexual needs; PwD should be empowered to exercise their human rights to enjoy sexuality in a safe and lawful manner.
10	Perry, W.	Give people with dementia a voice in discussions about sex.	2017	Nursing Standard (2014+)	Analysis	Understanding the ethical issues and responsibilities around supporting people living with dementia who engage in sexual activity is not always straightforward. In this context, an advocate can represent the patient's viewpoint and therefore their autonomy.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

11	Pinho, S. & Pereira, H.	Sexuality and Intimacy Behaviors in the Elderly with Dementia: The Perspective of Healthcare Professionals and Caregivers.	2019	Sexuality and Disability	Qualitative Semi-structured interviews	Healthcare professionals and family members have many insufficient knowledge and understanding of sexuality in the elderly with dementia.
12	Syme, M. L., & Steele, D.	Sexual Consent Capacity Assessment with Older Adults.	2016	Archives of Clinical Neuropsychology	Analysis Overview	Intimacy of older adults with cognitive decline can be supported at an acceptable level of risk by means of psychological assessment of sexual consent capacity.
13	Syme, M.	Supporting safe sexual and intimate expression among older people in care homes.	2017	Nursing Standard	Analysis	Health personnel must respect the needs, dignity and autonomy of residents, following the principles associated with respect and privacy.
14	Sorinmade O, Ruck Keene A, Peisah C.	Dementia, sexuality, and the law: The case for advance decisions on intimacy.	2021	The Gerontologist	Analysis	The consent of the individual is considered by the Law as the gold standard in terms of safeguarding the rights of people with dementia, although there are several gaps since the individual capacity to consent is difficult to determine
15	Thys, K., Mahieu, L., Cavolo, A., Hensen, C., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C.	Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study.	2018	Journal of Clinical Nursing	Qualitative Grounded theory	It is important to take into account the reactions of nursing professionals to the expressions of sexuality and intimacy of residents of nursing homes.
16	Vandrevala, T., Chrysanthaki, T. & Ogundipe, E.	"Behind Closed Doors with open minds?": A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia.	2017	International Journal of Nursing Studies	Qualitative Face-to-face individual in-depth interviews	There is no consensus regarding the role of caregivers which could lead to arbitrary decisions to support or prohibit sexual expressions. There is a need for open discussions and additional training for staff in sexuality in older adults with dementia.
17	Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., Fabà, J., Genover, M., & Martínez, T.	Sexual Situations in Spanish Long-Term Care Facilities: Which Ones Cause the Most Discomfort to Staff?	2019	Sexuality Research & Social Policy	Cross-sectional quantitative study	There is a lack of support to sexual relationships involving People with Dementia (PwD) and a high prevalence of restrictive practices. Providing specialized training for staff and implementing policies is required in order to safeguard their sexual rights.
18	Wiskerke, E., & Manthorpe, J.	Intimacy between care home residents with dementia: Findings from a review of the literature.	2016	Dementia	Literature review	Ethical questions arise at individual, partnership and institutional levels since residents' expression of sexuality may be challenging to manage in care home settings.
19	Yelland, E. L., Cless, A. W., Mallory, A. B., & Cless, J. D.	Public Perspectives Toward the Sexual Behavior of an Individual With Dementia Residing in Long-Term Care.	2017	Journal of Aging and Health	Quantitative	Although sexual behavior is generally perceived as acceptable among residents with full cognitive capacity, the introduction of dementia adds complexity and challenges for residents, their partners and families, staff, and administration.
Use of technologies in the elderly with dementia						
20	Astell, AJ; Bouranis, N; Hoey, J; Lindauer, A; Mihailidis, A; Nugent, C. & Robillard, JM.	Technology and Dementia: The Future is Now.	2019	Dementia and Geriatric Cognitive Disorders	Analysis Summary of existing knowledge	Supporting technology-enabled care and preventive interventions requires addressing a number of ethical issues.
21	Berridge, C., Halpern, J., & Levy, K.	Cameras on beds: The ethics of surveillance in nursing home rooms.	2019	AJOB Empirical Bioethics	Quantitative Anonymous online survey	It is necessary to consider the ethical dimensions of surveilling nursing home and assisted living residents and caregivers as well as conduct empirical research on stakeholders' perspectives and outcomes.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

22	Blake, V.	Regulating Care Robots.	2019	Temple Law Review	Analysis Proposal of regulatory framework	It is not fully understood the ways that robots will shape the lives of patients. Patients will form intimate relationships with care robots that could mean intrusion into the private lives of patients. Privacy, confidentiality, and autonomy are under significant threat.
23	Burmeister, O.K.	The development of assistive dementia technology that accounts for the values of those affected by its use.	2016	Ethics and Information Technology	Analysis	Incorporating the values in the design of technologies for dementia implies a complex interaction between doctors, technology designers, software engineers, among others.
24	Ghafurian M, Hoey J, Dautenhahn K.	Social robots for the care of persons with dementia: A systematic review.	2021	ACM Transactions on Human-Robot Interaction	Systematic review	Research about the long-term effects of social robots is highly encouraged, including ethical implications of the use of these devices in people with dementia
25	Graham, ME.	The securitisation of dementia: socialities of securitisation on secure dementia care units.	2019	Ageing and Society	Qualitative Ethnography	Qualified care practices appear to contribute to the socialization of securitization into secure units in ways that undermine the autonomy, dignity, and individuality of people living with dementia.
26	Grigorovich, A., & Kontos, P.	Towards Responsible Implementation of Monitoring Technologies in Institutional Care.	2020	The Gerontologist	Analysis Critical review	There is limited and inconsistent empirical evidence regarding improvements on monitoring technologies. These may introduce new types of risks which could undermine otherwise good intentions with the use of these technologies.
27	Hall, A., Wilson, C. B., Stanmore, E., & Todd, C.	Implementing monitoring technologies in care homes for people with dementia: A qualitative exploration using Normalization Process Theory.	2017	International Journal of Nursing Studies	Embedded multiple-case studies with qualitative methods	The implementation of monitoring technologies is likely to be influenced by the degree to which they are perceived to improve safety, with less consideration of ethical challenges.
28	Ienca, M., Wangmo, T., Jotterand, F., Kressig, R. & Elger, B.	Ethical Design of Intelligent Assistive Technologies for Dementia: A Descriptive Review.	2018	Science and Engineering Ethics	Analysis	The low prevalence of ethical values in the design of intelligent assistive technologies could negatively affect their use by people with dementia.
29	Koh WQ, Felding SA, Budak KB, Toomey E, Casey D.	Barriers and facilitators to the implementation of social robots for older adults and people with dementia: a scoping review.	2021	BMC Geriatrics	Systematic review	Ethical issues about the use and sustainability of the intervention with social robots after finishing a study are described as a barrier.
30	Neal, I., du Toit, S. H. J., & Lovarini, M.	The use of technology to promote meaningful engagement for adults with dementia in residential aged care: a scoping review.	2019	International Psychogeriatrics	Scoping review	It is important to considerate individual preference, person-centered principles as well as policy and practice guidelines before implementing technologies in residential care settings.
31	O'Brolcháin, F.	Robots and people with dementia: Unintended consequences and moral hazard.	2017	Nursing Ethics	Analysis	The use of social robots presents a series of ethical challenges and consequences, such as greater isolation from the elderly and less involvement of society in their care.
32	O'Brolcháin, F. & Gordijn, B.	Privacy challenges in smart homes for people with dementia and people with intellectual disabilities.	2019	Ethics and Information Technology	Analysis	Limits need to be established on the amount and type of data that can be requested. Consent is not sufficient, as companies are likely to constantly change the terms and settings, asking for consent for each new setting and expanding the data that can be gathered.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

33	Pirhonen, J, Tiilikainen, E, Pekkarinen, S, Lemivaara, M. & Melkas, H.	Can robots tackle late-life loneliness? Scanning of future opportunities and challenges in assisted living facilities.	2020	Futures	Integrative review and concept analysis	Ethical concerns would arise from the reasons for utilizing robots, not from robots per se. One reason could be the scarcity of human resources to interact with the elderly with dementia as well as the objectification of the human-robot interaction, losing older people's intrinsic value independently of robots.
34	Portacolone, E., Halpern, J., Luxenberg, J., Harrison, K. L., & Covinsky, K. E.	Ethical Issues Raised by the Introduction of Artificial Companions to Older Adults with Cognitive Impairment: A Call for Interdisciplinary Collaborations.	2020	Journal of Alzheimer's Disease	Case study	Limited regulations are allowing the development of applications that deceive people with cognitive impairment and invade their privacy. Users likely do not fully understand the implications of interacting with artificial companions.
35	Pulido, E.	Location-based technologies for supporting elderly pedestrian in "getting lost" events.	2016	Disability and Rehabilitation: Assistive Technology	Systematic review	The misuse of location technologies can lead to violating the rights of older adults with cognitive disabilities.
36	Robillard, J.M., Wu, J.M., Feng, T.L., Tam, M.T.	Prioritizing Benefits: A Content Analysis of the Ethics in Dementia Technology Policies.	2019	Journal of Alzheimer's Disease	Analysis	There are gaps in the discussions of potential harms of technology solutions as well as a lack of formal guidance and governing for both existing and emerging technologies.
37	Wangmo, T., Lipps, M., Kressig, R.W. & Ienca, M.	Ethical concerns with the use of intelligent assistive technology: findings from a qualitative study with professional stakeholders.	2019	BMC Medical Ethics	Semi-structured qualitative interviews	The obtention of adequate consent from patients with dementia brings on diverse ethical challenges such as respecting their previous and current wishes while ensuring fair technology access and meaningful human contact.
Informed consent in research, in the elderly with dementia						
38	Arenas M., Angela, S. & Chonchol, A.	Decision making and consents given by demented patients. Are they valid?	2017	Revista médica de Chile	Analysis	It is proposed to reform the system of protection of legally incapable persons, replacing the expression "insane" by persons with diminished mental faculties, and to enable the judge to adapt the limitations to the autonomy of the incapable person, according to the degree of self-direction.
39	Beattie, E., O'Reilly, M., Fetherstonhaugh, D., McMaster, M., Moyle, W., Fielding, E.	Supporting autonomy of nursing home residents with dementia in the informed consent process.	2018	Dementia	Descriptive and cross-sectional	People with dementia can have sufficient capacity to understand the research and provide their own informed consent. Judicious use of measures of capacity should be incorporated into the informed consent process in order to acknowledge the personhood and autonomy of people with dementia.
40	Cohen-Mansfield, J.	Who is informed and who uninformed? Addressing the legal barriers to progress in dementia research and care.	2019	Israel Journal of Health Policy Research	Analysis	Barriers for research focused on people with dementia must be reconsidered and then minimized, due to the extreme importance of research to develop an understanding of the care needs of this group.
41	Evans, C. J.; Yorganci, E.; Lewis, P.; Koffman, J.; Stone, K.; Tunnard, I.... Higginson, I. J.	Processes of consent in research for adults with impaired mental capacity nearing the end of life: systematic review and transparent expert consultation (MORE Care_Capacity statement).	2020	BMC Medicine	Systematic review and transparent expert consultation (TEC)	Conducting research involving adults with impaired capacity is feasible and acceptable, and it is ethically unjust to exclude them. Inclusion requires careful planning of processes of recruitment.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

42	Gajardo, J. & Aravena, J.	Tensions around including persons with diagnosis of dementia in scientific research.	2017	Acta Bioethica.	Analysis	In Chile, the exclusion of people with dementia in scientific research based solely on their diagnosis is inconsistent with their rights. Dementia and cognitive impairment per se do not mean incapacity to give consent.
43	Griffiths, S., Manger, L., Chapman, R., Weston, L., Sherriff, I., Quinn, C.... Byng, R.	Letter on "Protection by exclusion? The (lack of) inclusion of adults who lack capacity to consent to research in clinical trials in the UK".	2020	Trials	Essay Letter to the editor	Those without capacity in many population groups are those who are likely to be most vulnerable to frailty, comorbidities and isolation. This includes people with dementia. Their exclusion from research significantly limits the specific evidence base for their care.
44	Holden, T. R., Keller, S., Kim, A., Gehring, M., Schmitz, E., Hermann, C., ... Kind, A. J. H.	Procedural Framework to Facilitate Hospital-Based Informed Consent for Dementia Research.	2018	Journal of the American Geriatrics Society	Analysis	Strengthening participation in research through consent procedures is essential to promote improvements in health care for people with Alzheimer's disease and other dementias.
45	Jenkins, C., Smythe, A., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P., & Oyeboode, J.	Overcoming challenges of conducting research in nursing homes.	2016	Nursing Older People	Quantitative Cluster, randomised control trial (RCT)	Ethical concerns and obtaining approval to conduct research are among the main problems faced by nurses wishing to do research in a nursing home.
46	Milne, R., Bunnik, E., Tromp, K., Bemelmans, S., Badger, S., Gove, D... Richard, E.	Ethical Issues in the Development of Readiness Cohorts in Alzheimer's Disease Research.	2017	The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease - JPAD©	Analysis	For studies performed in stages, a staged model for informed consent should present information about the entire study journey to research participants at every step.
47	Palmer, B.W., Harmell, A.L., Pinto, L.L., Dunn, L.B., Kim, S.Y. H., Golshan, S. & Jeste, D.V.	Determinants of Capacity to Consent to Research on Alzheimer's Disease.	2016	Clinical Gerontologist	Quantitative	Investigators need empirical guidance on ways to enhance the consent capacity of those with Alzheimer Disease who show impaired capacity. It is important not to treat AD diagnosis as synonymous with an absence of capacity.
48	Palmer, B.W., Harmell, A.L., Dunn, L.B., Kim, S.Y., Pinto, L.L., Golshan, S. & Jeste, D.V.	Multimedia Aided Consent for Alzheimer's Disease Research.	2017	Clinical Gerontologist	Quantitative	AD is a risk factor for impaired capacity to consent to research, but it is inappropriate to assume an individual lacks such capacity based solely on their diagnosis as a sizable minority of people with mild-to-moderate AD retain decisional capacity.
49	Shannon, K., Montayre, J., & Neville, S.	Nothing about us without us: Research methods enabling participation for aged care residents who have dementia.	2021	International Journal of Qualitative Methods	Case study	It is important to enable people with dementia to participate in research by obtaining legal consent for participation, reminding them about the goals of the research, and providing feedback to participants.
50	Smith, A. K., & Micco, G.	Serving the Very Sick, Very Frail, and Very Old: Geriatrics, Palliative Care, and Clinical Ethics.	2017	Perspectives in Biology and Medicine.	Analysis	Although the level of patient and family participation in clinical ethics consultations has increased, progress in this area continues to lag.
51	Spike, J. P.	Informed Consent Is the Essence of Capacity Assessment.	2017	The Journal of Law, Medicine & Ethics	Analysis	Assessing capacity is a complex process, for which the use of certain assessment instruments is controversial. Misuse of these tests can lead to false conclusions.
52	Thorogood, A., Mäki-Petäjä-Leinonen, A., Brodaty, H., Dalpé, G., Gastmans, C., Gauthier, S.... Bobrow, M.	Consent recommendations for research and international data sharing involving persons with dementia.	2018	Alzheimer's & Dementia	Analysis	Researchers struggle to determine if persons with dementia can be included in research or if their data can be shared. Regulatory frameworks remain unclear about who can provide consent on behalf of

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

						a person with dementia to research participation.
53	Valera, L., Ramos, P., Barrientos, M., Altermatt, F., Ruiz, S., von Bernhardt, R. & Cuello, M.	Clinical research in Chile: do not block the way of inquiry.	2020	The Lancet	Correspondence	The Chilean legal system is aiming, from the principle of non-maleficence, to protect the most vulnerable people. However, the system is also discriminating against these very same individuals because these people cannot be offered therapeutic alternatives as in situ research cannot occur.
54	West, E., Stuckelberger, A., Pautex, S., Staaks, J. & Gysels, M.	Operationalising ethical challenges in dementia research—a systematic review of current evidence.	2017	Age and Ageing	Systematic Review	There is a lack of consensus in current research guidelines addressing the concern of representing the interests of the individual with dementia as well as protection of their vulnerabilities and rights.

Selected articles were organized by following two main criteria: topic and methodology used, as presented in the table N° 2 below.

Table 2: Classification by themes and methodologies

Themes	Quantitative research	Qualitative research	Analysis, essay or other	Total
1.- Sexual consent in the elderly with dementia	2	8	9	19
2.- Use of technologies in the elderly with dementia	1	5	12	18
3.- Informed consent in research, in the elderly with dementia	4	2	11	17

Data analysis was performed with an interpretive paradigm. That is, interpreting others' interpretations by inductively grouping results from studies into themes of similar ideas was sought. Data synthesis was conducted using thematic analysis (14). Ethical approval for this literature review was not required.

Three main categories were derived from thematic analysis that addressed the research question. These are: (i) sexual consent in the elderly with dementia; (ii) use of technologies in the elderly with dementia, and (iii) informed consent in research, in the elderly with dementia.

These are outlined in turn.

1. Sexual consent in the elderly with dementia

The issue of the ability to consent to sexual intercourse has been widely addressed by multiple authors.

Sexual behaviour is usually perceived as acceptable among residents with full cognitive capacity. The introduction of dementia, however, adds complexity and challenges for all parties involved: residents, their partners and families, healthcare staff, and administration (15). The expression of sexuality of

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

PwD and their engagement in sexual behaviour with other resident(s) may be emotionally uncomfortable for families and challenging to manage by staff. Thereby, working in nursing care home settings presents deep ethical challenges (16). Historically, sexuality in older people with cognitive impairment has been inadequately addressed, underacknowledged and poorly understood. Moreover, sexuality-related policies remain poorly implemented. As such, organisations and their nursing leaders play a pivotal role in facilitating sexuality of older adults in care settings (17).

Safeguarding autonomy hinders the sexual freedom of residents, creating a significant conflict. Professional caregivers and administrators engage in a series of behaviours that generate an unfavourable environment for free sexual expression. As a consequence, tensions emerge as well as direct contradictions within the philosophy of Assisted Living (AL) (18). In order to understand these obstacles, the reactions of nursing professionals regarding the residents' expressions of sexuality have to be taken into account. These can be positive (or active facilitation), neutral (or tolerance), or negative (or termination), depending on personal, relational, and institutional contexts. Both residents and nurses feel vulnerable, the former due to a lack of training on the subject and the latter, because they are denied any possibility of expressing their sexuality (19). This is a serious issue that must be solved in order to respect PwD's rights. The needs, dignity and autonomy of older residents must be respected by the health personnel, following the principles associated with privacy and respect. In order to achieve this goal, establishing practices that support safe sexual and intimate expression among older adults will help managers and professional caregivers, as well as improve the overall well-being of residents (20). Flexible responses from the healthcare staff's actions are necessary in order to ensure the well-being of residents. A narrative ethics approach needs to be incorporated, thus upholding autonomy, privacy and rights whenever possible (21). To this end, it is necessary to implement a standardized and proactive approach that supports residents' autonomy in sexual expression (22).

It is not always straightforward to understand the responsibilities and ethical issues regarding the support of the elderly with dementia who engage in sexual activity. For this reason, an advocate should get involved in order to represent the resident's viewpoint and thus their autonomy (23).

An inability to make a decision about medical treatment or to manage finances, as a consequence of a diagnosis of dementia, should not be assumed to denote an inability to consent to sexual activity, as no medical or psychiatric diagnosis automatically confers an inability to make medical decisions (24). In other words, the presence of cognitive deficits or dementia should never automatically prevent a resident from sexual expression. In this context, the assessment of sexual consent capacity requires a careful evaluation of a resident's knowledge, reasoning and voluntariness, considering an awareness of ethical issues, family dynamics, environmental restrictions, legal rights, attitudes staff and general stigma (25).

A psychological assessment of sexual consent capacity could be an action plan for long term care. This plan could help to differentiate older people with dementia who could give their consent to have a sexual relationship from those who are disabled. Intimacy of older adults with cognitive decline could thus be supported at an acceptable level of risk (26, 27). Prior sexual consent may be another strategy. It is possible to give consent when the person is still competent, before the cognitive impairments produced by dementia. If valid prior sexual consent is given, PwD and their partners who have been in a committed, long-term relationship should continue to engage in sexual activity after one partner becomes impaired due to dementia. This could respect the PwD's sexual autonomy (28).

Sexual intimacy exerts a positive influence in PwD since they perceive positively all expressions of affection. These are kissing, holding, physical embraces, affection exchange and flirting. Nevertheless, sexual expressions may pose several risks and thus need monitoring and redirection. Despite that, institutional guidance and training currently available is not sufficient. For this reason, family caregivers and healthcare providers face challenges when confronting sexuality in PwD (29).

There is a lack of consistency and support to sexual relationships involving PwD as well as a high prevalence of restrictive practices. Providing specialized training for Long Term Care Facilities (LTCF) staff and implementing policies is required in order to safeguard the sexual rights of PwD. A person-centred care (PCC) model could help to manage sexual situations in a more supportive and less

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

stereotyped way (30). To be in line with these principles, service standards concerning resident's sexual expression are necessary. One of these standards should include the requirement for the staff to receive targeted education about sexual expression, the guarantee of upholding outlined roles, expectations and responsibilities through site level policies, and that the care home infrastructure and usage might support physical and social privacy of residents (31). Outlining roles for the caregivers could help to bridge the current gap since the lack of consensus regarding the role of caregivers could lead to arbitrary decisions to support or prohibit sexual expressions. To this end, there is a need for open discussions and additional training for staff in sexuality in PwD (32). A person-centered care should promote the principles of autonomy and dignity while preventing abuse and breach of privacy; therefore, the consent of the individual is considered by the Law as the gold standard in terms of safeguarding the rights of people with dementia, although there are several gaps since the individual capacity to consent is difficult to determine (33). According to Peisah et al (34), legislative and human rights frameworks should protect the specific needs of older people with dementia including sexual needs, in accordance to awareness raising through education; PwD should be empowered to exercise their human rights to enjoy sexuality in a safe and lawful manner.

2. Use of technologies in the elderly with dementia

The use of new technologies brings with it multiple advantages in the care of the elderly with dementia, as well as a number of challenges.

A commonly discussed benefit is the dementia care technology's ability to increase independence, whereas some of the potential harms were the negative emotional impact and those inherent to technology-based data collection. The emotional impact could take several forms, such as anxiety, discrimination, and stigma. Notwithstanding that, there are gaps in the discussions of potential harms of technology solutions as well as a lack of formal guidance and governing for both existing and emerging technologies (35). In order to ensure that new technologies are used for the benefit of those with dementia, consideration of policy and practice guidelines is needed prior to widespread implementation of technologies within residential care settings. Furthermore, individual preference, person-centered principles and ethical issues such as privacy, data ownership, sharing and use, risks, rights, responsibilities and relationships (including data sharing) should be addressed (36, 37).

Securitization of dementia is increasingly accepted due to the widespread use of safety technology in dementia care. In the new securitization environment, concerns about the personal and social impacts of security technology may be overshadowed by the drive toward security. Securitized care practices appear to contribute to the socialization of securitization in care units, raising ethical concerns. Security undermines the autonomy, dignity and individuality of people living with dementia (38). Anonymity is threatened, compromising People with Dementia (PwD)'s autonomy. Nevertheless, sacrificing a degree of anonymity might be necessary to combat declining agency and autonomy. For PwD, the benefits to their sense of agency arising from being able to live independently might outweigh the individual harms from this loss of privacy. Establishing limits on the amount and type of data that can be requested is required, however. Consent by itself is insufficient, as companies are likely to constantly change the terms and settings, asking for consent for each new setting and thus expanding the data that can be gathered (39). For this reason, it is necessary to establish clear policies and guidelines to provide clear standards for informed consent. Nonetheless, the obtention of adequate consent from patients with dementia brings on diverse ethical challenges. These may include the respect of user's previous wishes as well as current ones inferred from their behaviors, avoiding deception, ensuring fair technology access and meaningful human contact. In these circumstances, informed consent procedures could be reduced to the mere acceptance of the product's terms of service (40).

Monitoring technologies are part of security of PwD. These can improve safety and aspects of care, such as freedom of movement or staff understanding of residents' behaviors. However, implementation is likely to be influenced by the degree to which these technologies are perceived to improve safety, with less consideration of ethical challenges (41). This issue is exacerbated due to the current limited and inconsistent empirical evidence regarding improvements on these technologies. The lack of evidence may introduce new types of risks which could undermine otherwise good

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

intentions with the use of monitoring technologies (42). This constitutes a serious threat since the misuse of these technologies can lead to violating the PwD's rights, consequently generating ethical problems (43). Ergo, it is necessary to consider the ethical dimensions of surveilling nursing home and assisted living residents and caregivers as well as conduct empirical research on stakeholders' perspectives and outcomes (44).

The vast majority of intelligent assistive technologies (IATs) for dementia are designed and developed in the absence of explicit ethical values or considerations that indicate the current prevalence of value-sensitive approaches. The low prevalence of ethical values in the design could negatively affect the use of IAT by PwD. The dramatically underrepresented frequency of information privacy considerations, raises a significant ethical concern (45). For this reason, ethical values are needed to be taken into consideration before creating the new technologies. Incorporating values into the design of Assistive technology devices (ATD) for dementia involves complex interaction between clinicians, technology designers, software engineers, and other stakeholders. These interactions are required since software engineers and clinicians are not trained in moral philosophy neither involved in philosophical investigations of the ethical considerations. On that ground, there is a need for a framework that allows incorporating these considerations and can be followed by people without philosophical knowledge (46).

Ethical concerns would not arise from the robots per se, but from the reasons for utilizing robots. One reason could be the scarcity of human resources to interact with the elderly with dementia as well as the objectification of the human-robot interaction, losing older people's intrinsic value independently of robots (47). The literature presents several ethical challenges in addition to the interaction between robots and PwD. According to O'Brolcháin (48), the use of social robots will make PwD more isolated than they already are, severely compromising their health. Second, society will have fewer interactions with these individuals and, therefore, people in general will be less aware of vulnerability and dependency in human life. Besides, the privacy, confidentiality and autonomy of PwD are under significant threat due to the emotional and physical proximity of care robots, leading to intimate relationships. This could mean unprecedented intrusion into the private lives of patients (49). Furthermore, users likely do not fully understand the implications of interacting with artificial companions, which is exacerbated due to the limited regulations. This allows the development of applications that deceive people with cognitive impairment and invade their privacy (50). Koh et al (51) in their review, describe ethical issues about the use and sustainability of the intervention with social robots after finishing the study, which are described as a barrier. Research about the long-term effects of social robots is highly encouraged, including ethical implications of the use of these devices in people with dementia (52).

3. Informed consent in research, in the elderly with dementia

Strengthening research participation through more readily involved consent procedures during acute illness is critical to fostering improvements in the delivery of high-quality care for people with Alzheimer's disease and other dementias. This procedural framework helps address the challenge of an inclusive and participatory research agenda for these individuals, which is a direct reflection of how those living with dementia are valued. This will enable the development of health interventions that are tailored to their particular needs (53).

In many countries current regulations clearly prohibit exposing incompetent participants to more than minimal risk and minimal burden, regardless of whether they have consented beforehand or not, therefore, they are not taken into account in health decisions (54). In Chile, the exclusion of people with dementia in scientific re-search based solely on their diagnosis is incompatible with their rights. Dementia and cognitive impairment per se do not mean inability to give consent, discriminating against these people does not allow in situ studies that allow them to offer therapeutic alternatives (55, 56).

Assessing capacity is a complex process, for which the use of certain assessment instruments is controversial. Mental status examinations were developed to assist with the diagnosis of dementia, not capacity. Therefore, their use to assess capacity is actually a misuse of the test that can lead to false conclusions. For example, a patient can have severely impaired memory and/or a psychiatric disorder,

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

and still have capacity to make decisions. If the patient has capacity, physicians have a prima facie obligation to respect his or her decision (57).

Another important aspect reviewed in the articles are the barriers to research focused on people with dementia, these should be reconsidered and then minimized, due to the extreme importance of research in developing an understanding of the care needs of this group (58).

The main issues facing nurses who wish to conduct research in a nursing home setting are their professional responsibilities, ethical concerns, obtaining ethical approval, appropriate design, and retention of participants. Constraints include time pressures, staff turnover, and organizational cultures. However, opportunities exist to change practice in this under-researched field and improve the quality of resident care. Understanding the perspectives of potential investigators, clear communication, building relationships, and being flexible, patient, and creative are important (59).

Some authors (60), note that people with dementia may have sufficient capacity to understand the research and give their own informed consent. Judicious use of capacity measures should be incorporated into the informed consent process to recognize the personhood and autonomy of people with dementia.

Alzheimer's Disease impairs the ability to consent in research, but it is inappropriate to assume that they lack it based on diagnosis alone, since, a minority of them in early stages are impaired in this ability (61).

Other authors point out that it is possible for adults with Alzheimer's disease to participate in research on early stages of the disease, this requires careful planning of recruitment by the investigators and in case the study involves several stages, the investigators should make consents that inform the participants at each step (62, 63, 64).

Those who lack capacity in many population groups are likely to be most vulnerable to frailty, comorbidities, and isolation. This includes people with dementia. Their exclusion from research significantly limits the specific evidence base for their care (65).

However, one of the issues noted in the articles reviewed is how to determine whether people with dementia can be included in research or whether their data can be shared. Regulatory frameworks remain unclear about who can consent on behalf of a person with dementia to participate in research (66), with a lack of consensus noted in current research guidelines addressing concerns about representing the interests of people with dementia, as well as protecting their vulnerabilities and rights (67).

Researchers need empirical guidance on ways to improve the consent ability of people with Alzheimer's disease who show impaired capacity (68).

Since challenges to participation in research for people who have dementia come from ethics committees, family members and carers, and researchers, it is important to enable people with dementia to participate in research by obtaining legal consent for participation, reminding them about the goals of the research, and providing feedback to participants (69).

Conclusions

To conclude, considering ethical implications on dementia care is of paramount importance. A large number of articles and studies that widely explore the integration of ethical principles in health care of PwD is currently available. Despite that, it is concerning to detect several deficits of knowledge and discussion in the areas of sexuality, technology and informed consent in research, in PwD from LTC facilities.

There is a significant gap regarding the respect of sexual rights in the elderly with dementia living in LTC institutions. These are commonly and continuously precluded by carers, mainly because of the scarce knowledge about PwD's sexual needs and existing guidelines. Although laws and guidelines

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

have been already created, stakeholders must reach a consensus about their implementation. Moreover, the new technologies in dementia care also require closer attention from all those involved. Although beneficial, there are several ethical implications that are needed to be pointed out in the context of long-term care. As an illustration, data collection, privacy issues, and a negative emotional impact, among others. Furthermore, regulatory frameworks about informed consent in research focused on PwD are unclear. For this reason, these people are often excluded, delaying potential advancements for their health care that could be otherwise provided by research.

These results suggest that further ethical discussion in all the aforementioned areas of dementia care is not just advisable but strongly suggested. Some recommendations for practice that emerge from this review are as follows:

The approach of sexual agency for PwD living in LTC facilities require continuous and up-to-date educational programs for the health care staff. This includes spreading information about existing laws and policies as well as supervising their implementation in daily care. This could lead to fully respecting PwD's rights. Considering the rapid advancements in technology for dementia care, research focused on ethical implications of these new complementary tools is highly required. In addition to that, the integration of technologies in long-term care must actively consider ethical principles in their design and implementation. On top of that, ethical principles about informed consent in research for PwD have to be considered, since through research it may be possible to detect and thus tackle their multiple and specific needs.

Limitations

This review has several limitations. The inclusion criteria limited the search to studies published in English, Spanish and Portuguese, meaning that relevant articles in other languages were missed. Similarly, although 9 databases were searched, it is possible that relevant articles only listed in other databases were missed. In the same vein, this review of the literature only considered publications over a six-year period (2016-2021), increasing the possibility of excluding relevant articles from a different period.

References

1. American Psychological Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013; 991p.
2. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2019 [cited 2021 May 10]. Available at <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346>
3. World Health Organization (WHO). Dementia [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021 [cited 2021 May 3]. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. World Health Organization (WHO). The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020 [cited 2021 May 3]. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
5. Cadieux MA, Garcia LJ, Patrick J. Needs of People with Dementia in Long-Term Care. *AJADD*. 2013; 28(8): 723–733. Available at doi:10.1177/1533317513500840
6. Gordon JS. The ethics of ageing. *Bioethics*. 2018; 32(4): 222. Available at doi:10.1111/bioe.12453
7. Piirainen P, Pesonen H-M, Kyngäs H, Elo S. Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2021;16(5):e12384. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12384>
8. Alzheimer Europe. Ethical dilemmas faced by carers and people with dementia. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2014. 60p. Available at <https://www.alzheimer-europe.org/content/download/79311/491692/file/FINAL%20DRAFT%20OF%20THE%20REPORT%20ON%20ETHICAL%20DILEMMAS.pdf>

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

9. Doll G, Tenenbaum EM. Ethics in Long-Term Care. In: Whitbourne S, editor. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging* [Internet]. The United States: Wiley-Blackwell; 2015. Available at doi:10.1002/9781118521373.wbeaa183
10. Milte R, Shulver W, Killington M, Bradley C, Ratcliffe J, Crotty M. Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016; 63: 9-17. Available at doi: 10.1016/j.archger.2015.11.007.
11. Strech D, Mertz M, Knüppel H, Neitzke G, Schmidhuber M. The full spectrum of ethical issues in dementia care: systematic qualitative review. *Br J Psychiatry*. 2013; 202: 400-406. Available at doi: 10.1192/bjp.bp.112.116335.
12. Stewart RS. Some Ethical Issues in Treating and Caring for People with Dementia. *OJHE*. 2018; 14(1): 1-11. Available at <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.1401.05>
13. Green B, Johnson C, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006; 5(3), 101-117. Available at doi:10.1016/S0899-3467(07)60142-6
14. Rodríguez G, Gil J, García E. *Methodology of Qualitative Research*. Ediciones Aljibe; Granada: 1996.
15. Yelland EL, Cless AW, Mallory AB, Cless JD. Public Perspectives Toward the Sexual Behavior of an Individual with Dementia Residing in Long-Term Care. *J Aging Health*. 2017; 30(5): 800–815. Available at doi:10.1177/0898264317696774
16. Wiskerke E, Manthorpe J. Intimacy between care home residents with dementia: Findings from a review of the literature. *Dementia (London)*. 2019 Jan;18(1):94-107. Available at doi: 10.1177/1471301216659771
17. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Organisational enablers and barriers to the recognition of sexuality in aged care: A systematic review. *J Nurs Manag*. 2018; 27(3): 858-868. Available at doi:10.1111/jonm.12743
18. Barmon C, Burgess EO, Bender AA, Moorhead JR. Understanding Sexual Freedom and Autonomy in Assisted Living: Discourse of Residents' Rights Among Staff and Administrators. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016; 72(3): 457–467. Available at doi:10.1093/geronb/gbw068
19. Thys K, Mahieu L, Cavolo A, Hensen C, Dierckx de Casterlé B. et al. Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019; 28(5-6): 836-849. Available at doi: 10.1111/jocn.14680.
20. Syme M. Supporting safe sexual and intimate expression among older people in care homes. *Nurs Stand*. 2017; 31(52): 52–63. Available at doi:10.7748/ns.2017.e10906
21. Cook C, Schouten V, Henrickson M, McDonald S. Ethics, intimacy and sexuality in aged care. *J Adv Nurs*. 2017; 73(12): 3017–3027. Available at doi:10.1111/jan.13361
22. Syme ML, Lichtenberg P, Moye J. Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. *J Adv Nurs*. 2016; 72(10): 2457–2467. Available at doi:10.1111/jan.13005
23. Perry W. Give people with dementia a voice in discussions about sex. *Nurs Stand*. 2017; 31(25): 29. Available at doi: doi:10.7748/ns.31.25.29.s28
24. Metzger E. Ethics and Intimate Sexual Activity in Long-Term Care. *AMA J Ethics*. 2017; 19(7): 640-648. Available at doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.7.ecas1-1707
25. Hillman J. Sexual Consent Capacity: Ethical Issues and Challenges in Long-Term Care. *Clin Gerontol*. 2016; 40(1): 43–50. Available at doi:10.1080/07317115.2016.1185488
26. Syme ML, Steele D. Sexual Consent Capacity Assessment with Older Adults. *Arch Clin Neuropsychol*. 2016; 31(6): 495–505. Available at doi:10.1093/arclin/acw046
27. Fuente C, Rodríguez-Martín B. (2018). Professionals' view of sexuality in institutionalized older people: a qualitative thematic synthesis. *Gerokomos*. 2018; 30(4): 176-180. Available at <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n4/1134-928X-geroko-30-04-176.pdf>
28. Director S. Consent's dominion: Dementia and prior consent to sexual relations. *Bioethics*. 2019; 33(9): 1065–1071. Available at doi:10.1111/bioe.12652
29. Pinho S, Pereira H. Sexuality and Intimacy Behaviors in the Elderly with Dementia: The Perspective of Healthcare Professionals and Caregivers. *Sex Disabil*. 2019; 37(4): 489–509. Available at doi:10.1007/s11195-019-09589-0

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

30. Villar F, Celdrán M, Serrat R, Fabà J, Genover M, Martínez T. Sexual situations in Spanish long-term care facilities: Which ones cause the most discomfort to staff? *Sex Res Social Policy*. 2019; 16(4): 446-454. Available at doi:10.1007/s13178-018-0346-9
31. Howard L, Brassolotto J, Manduca-Barone A. Navigating Tensions About Resident Sexual Expression in Alberta's Continuing Care Homes: a Qualitative Study of Leaders' Experiences. *Sex Res Social Policy*. 2019; 17(4): 1-11. Available at doi:10.1007/s13178-019-00421-0
32. Vandrevale T, Chrysanthaki T, Ogundipe E. "Behind Closed Doors with open minds?": A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia. *Int J Nurs Stud*. 2017; 74(1): 112–119. Available at doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.006
33. Sorinmade O, Ruck Keene A, Peisah C. Dementia, sexuality, and the law: The case for advance decisions on intimacy. *Gerontologist* [Internet]. 2021;61(7):1001–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnaa139>
34. Peisah C, Ayalon L, Verbeek H, Benbow SM, Wiskerke E, Rabheru K, et al. Sexuality and the human rights of persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021;29(10):1021–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2021.05.016>
35. Robillard JM, Wu JM, Feng TL, Tam MT. Prioritizing Benefits: A Content Analysis of the Ethics in Dementia Technology Policies. *J Alzheimers Dis*. 2019; 69(4): 897–904. Available at doi:10.3233/JAD-180938
36. Astell AJ, Bouranis N, Hoey J, Lindauer A, Mihailidis A, Nugent C, Robillard JM. Technology and Dementia: The Future is Now. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019; 47(3): 131-139. Available at doi:10.1159/000497800.
37. Neal I, du Toit SHJ, Lovarini M. The use of technology to promote meaningful engagement for adults with dementia in residential aged care: a scoping review. *Int Psychogeriatr*. 2020; 32(8): 913-935. Available at doi: 10.1017/S1041610219001388.
38. Graham, ME. The securitisation of dementia: socialities of securitisation on secure dementia care units. *Ageing Soc*. 2019; 41(2): 1–17. Available at doi:10.1017/S0144686X19001247
39. O'Brolcháin F, Gordijn B. Privacy challenges in smart homes for people with dementia and people with intellectual disabilities. *Ethics Inf Technol*. 2019; 21(3): 253-265. Available at doi:10.1007/s10676-019-09507-0
40. Wangmo T, Lipps M, Kressig RW, Ienca M. Ethical concerns with the use of intelligent assistive technology: findings from a qualitative study with professional stakeholders. *BMC Med Ethics*. 2019; 20(1): 98. Available at doi:10.1186/s12910-019-0437-z
41. Hall A, Wilson CB, Stanmore E, Todd C. Implementing monitoring technologies in care homes for people with dementia: A qualitative exploration using Normalization Process Theory. *Int J Nurs Stud*. 2017; 72(1): 60–70. Available at doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.04.008
42. Grigorovich A, Kontos P. Towards Responsible Implementation of Monitoring Technologies in Institutional Care. *Gerontologist*. 2020; 60(7): 1194–1201. Available at <https://doi.org/10.1093/geront/gnz190>
43. Pulido E. Location-based technologies for supporting elderly pedestrian in "getting lost" events. *Disabil Rehabil*. 2016; 12(4): 315–323. Available at doi:10.1080/17483107.2016.1181799
44. Berridge C, Halpern J, Levy K. Cameras on beds: The ethics of surveillance in nursing home rooms. *AJOB Empir Bioeth*. 2019; 10(1): 55-62. Available at doi:10.1080/23294515.2019.1568320
45. Ienca M, Wangmo T, Jotterand F, Kressig R, Elger B. Ethical Design of Intelligent Assistive Technologies for Dementia: A Descriptive Review. *Sci Eng Ethics*. 2018; 24(1): 1035–1055. Available at <https://doi.org/10.1007/s11948-017-9976-1>
46. Burmeister OK. The development of assistive dementia technology that accounts for the values of those affected by its use. *Ethics Inf Technol*. 2016; 18(3): 185–198. Available at doi:10.1007/s10676-016-9404-2
47. Pirhonen J, Tiilikainen E, Pekkarinen S, Lemivaara M, Melkas H. Can robots tackle late-life loneliness? Scanning of future opportunities and challenges in assisted living facilities. *Futures*. 2020; 124(4): 1-12. Available at doi: 10.1016/j.futures.2020.102640.
48. O'Brolcháin F. Robots and people with dementia: Unintended consequences and moral hazard. *Nurs Ethics*. 2019; 26(4): 962-972. Available at doi: 10.1177/0969733017742960.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

49. Blake V. Regulating Care Robots. *Temp L Rev.* 2019; 92(1): 1-52. Available at https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID3430412_code1836199.pdf?abstractid=3396105&mirid=1
50. Portacolone E, Halpern J, Luxenberg J, Harrison KL, Covinsky KE. Ethical Issues Raised by the Introduction of Artificial Companions to Older Adults with Cognitive Impairment: A Call for Interdisciplinary Collaborations. *J Alzheimers Dis.* 2020; 76(2): 445-455. Available at doi: 10.3233/JAD-190952.
51. Koh WQ, Felding SA, Budak KB, Toomey E, Casey D. Barriers and facilitators to the implementation of social robots for older adults and people with dementia: a scoping review. *BMC Geriatr [Internet].* 2021;21(1):351. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02277-9>
52. Ghafurian M, Hoey J, Dautenhahn K. Social robots for the care of persons with dementia: A systematic review. *J Hum-Robot Interact [Internet].* 2021;10(4):1–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1145/3469653>
53. Holden TR, Keller S, Kim A, Gehring M, Schmitz E, Hermann C, et al. Procedural Framework to Facilitate Hospital-Based Informed Consent for Dementia Research. *J Am Geriatr Soc.* 2018; 66(12): 2243-2248. Available at doi: 10.1111/jgs.15525.
54. Arenas MA, Slachevsky CA. Decision making and consents given by demented patients. Are they valid? *Rev méd Chile.* 2017; 145(10): 1312-1318. Available at doi:10.4067/S0034-98872017001001312
55. Gajardo J, Aravena J. Tensions around including persons with diagnosis of dementia in scientific research. *Acta Bioethica.* 2017; 23(2): 253-258. Available at <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200253>
56. Valera L, Ramos P, Barrientos M, Altermatt F, Ruiz S, von Bernhardt R. et al. Clinical research in Chile: do not block the way of inquiry. *Lancet.* 2020; 396(10252): 668. Available at doi: 10.1016/S0140-6736(20)31829-8.
57. Spike JP. Informed Consent Is the Essence of Capacity Assessment. *J Law Med Ethics.* 2017; 45(1): 95–105. Available at doi:10.1177/1073110517703103
58. Cohen-Mansfield J. Who is informed and who uninformed? Addressing the legal barriers to progress in dementia research and care. *Isr J Health Policy Res.* 2019; 8(1): 17. Available at doi:10.1186/s13584-018-0279-z
59. Jenkins C, Smythe A, Galant-Miecznikowska M, Bentham P, Oyebode J. Overcoming challenges of conducting research in nursing homes. *Nurs Older People.* 2016; 28(5): 16–23. Available at doi:10.7748/nop.28.5.16.s24
60. Beattie E, O'Reilly M, Fetherstonhaugh D, McMaster M, Moyle W, Fielding E. Supporting autonomy of nursing home residents with dementia in the informed consent process. *Dementia.* 2018; 18(7–8): 2821–2835. Available at doi:10.1177/1471301218761240
61. Palmer BW, Harmell AL, Dunn LB, Kim SY, Pinto LL, Golshan S. et al. Multimedia Aided Consent for Alzheimer's Disease Research. *Clin Gerontol.* 2017; 41(1): 20-32. Available at doi:10.1080/07317115.2017.1373177
62. Evans CJ, Yorganci E, Lewis P, Koffman J, Stone K, Tunnard I. et al. Processes of consent in research for adults with impaired mental capacity nearing the end of life: systematic review and transparent expert consultation (MORECare_Capacity statement). *BMC Med.* 2020; 18(1): 221. Available at doi:10.1186/s12916-020-01654-2
63. Milne R, Bunnik E, Tromp K, Bemelmans S, Badger S, Gove D. et al. Ethical Issues in the Development of Readiness Cohorts in Alzheimer's Disease Research. *JPAD.* 2017; 4(2): 125-131. Available at doi: 10.14283/jpad.2017.5
64. Smith AK, Micco G. Serving the Very Sick, Very Frail, and Very Old: Geriatrics, Palliative Care, and Clinical Ethics. *Perspect Biol Med.* 2017; 60(4): 503-518. Available at doi: 10.1353/pbm.2017.0039
65. Griffiths S, Manger L, Chapman R, Weston L, Sherriff I, Quinn C. et al. Letter on “Protection by exclusion? The (lack of) inclusion of adults who lack capacity to consent to research in clinical trials in the UK”. *Trials.* 2020; 21(1): 104. Available at doi:10.1186/s13063-020-4054-4
66. Thorogood A., Mäki-Petäjä-Leinonen A., Brodaty H, Dalpé G, Gastmans C, Gauthier S. et al. Consent recommendations for research and international data sharing involving persons with

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- dementia. *Alzheimers Dement.* 2018; 14(10): 1334-1343. Available at doi:10.1016/j.jalz.2018.05.011
67. West E, Stuckelberger A, Pautex S, Staaks J, Gysels M. Operationalising ethical challenges in dementia research—a systematic review of current evidence. *Age Ageing.* 2017; 46(4): 678–687. Available at doi:10.1093/ageing/afw250
68. Palmer BW, Harmell AL, Pinto,LL, Dunn LB, Kim SY, Golshan S. et al. Determinants of Capacity to Consent to Research on Alzheimer’s Disease. *Clin Gerontol.* 2016; 40(1): 24–34. Available at doi:10.1080/07317115.2016.1197352
69. Shannon K, Montayre J, Neville S. Nothing about us without us: Research methods enabling participation for aged care residents who have dementia. *Int J Qual Methods [Internet].* 2021;20:160940692110559. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/16094069211055938>

MULTI-CRITERIA ANALYSIS TO SELECT THE OPTIMAL PARK LOCATION IN A CITY APPLYING GIS TECHNOLOGY

Dr. Khanh Giang Le

Faculty of Civil Engineering, University of Transport
and Communications, Hanoi, Vietnam

ABSTRACT

Choosing a location to build any social project is difficult to meet all the criteria set forth. Therefore, choosing the most suitable location to build a park in a city cannot avoid those difficulties. Therefore, this study introduces a new approach in selecting an optimal location to build a park satisfying the set criteria. GIS technology is used to classify the spatial information of all components including their influence on the selection of the optimal park location. The planning criteria used include population density, proximity to a river, serving low-income populations, most accessible, not near any existing parks, etc. The methodology of this study was developed to satisfy the set criteria at the same time. Separating the research region into classes was the first step in determining the best park location, followed by using spatial and combining query and geographical data analysis processes. The results show that the selected park location fully meets the set criteria. The results show that the application of GIS technology brings many benefits to the planners in general and for choosing the optimal location of the park or any other project. Moreover, the proposed method can help planners save time and money in choosing the optimal park location compared with traditional methods, avoiding shortcomings in meeting multi-criteria in planning.

Keywords: Geographical Information System (GIS), Spatial Analysis, Criteria, Database.

I. Introduction

When assessing a city's competitiveness on a global scale, one important factor to consider is the presence of public amenities such as urban parks. Another factor to consider is public access to these parks. These ideas can be compared to the differences between an industrial society, which prioritizes economic efficiency and productivity, and a more culturally oriented society, which prioritizes a greater quality of life. Parks near neighborhoods are important because they provide as recreational locations for residents to congregate and mingle while also improving the aesthetics of the region [1].

The importance of park dispersal has been questioned on several occasions. To begin with, traditional statistical indexes do not reflect the precise locations of parks, nor do statistics take into account how citizens benefit from them. Furthermore, earlier studies that evaluated the accessibility of urban parks and determined their service areas frequently used the "basic buffering technique," which focuses on the linear distance from parks rather than citizens' actual journeys to them. Furthermore, characteristics of the park's surroundings, such as the number of benefitted users, land uses, or development density, are not taken into account. This study examined the actual accessibility of pedestrians to Los Angeles's urban parks and the resulting rate of patronage using the network analysis approach of GIS.

II. Materials and Methods

This study proposed a new GIS approach applied to choose the optimal park location in the City of Los Angeles, USA. This method includes data collection, creation of classes, analysis and then determining the parameters weights to be the last stage.

II.1. Materials



Figure 1. Study Area

Los Angeles is the largest city in California (Figure 1). With a 2020 population of 3,898,747, it is the second-largest city in the United States. The City of Los Angeles lies in a basin in Southern California, adjacent to the Pacific Ocean, and extends through the Santa Monica Mountains and into the San Fernando Valley, covering a total of about 469 square miles (1,210 km²). It is the seat of Los Angeles County, which is the most populous county in the United States with just over 10 million residents in 2020 [2].

II.2. Methods

The optimal location of the park is analyzed by multi-criteria, the criteria include:

1. On a vacant parcel of land at least one-quarter acre in size
2. Within the Los Angeles city limits
3. As close as possible to the Los Angeles River
4. Not in the vicinity of an existing park
5. In a densely populated neighborhood with lots of children
6. In a lower-income neighborhood
7. Where as many people as possible can be served

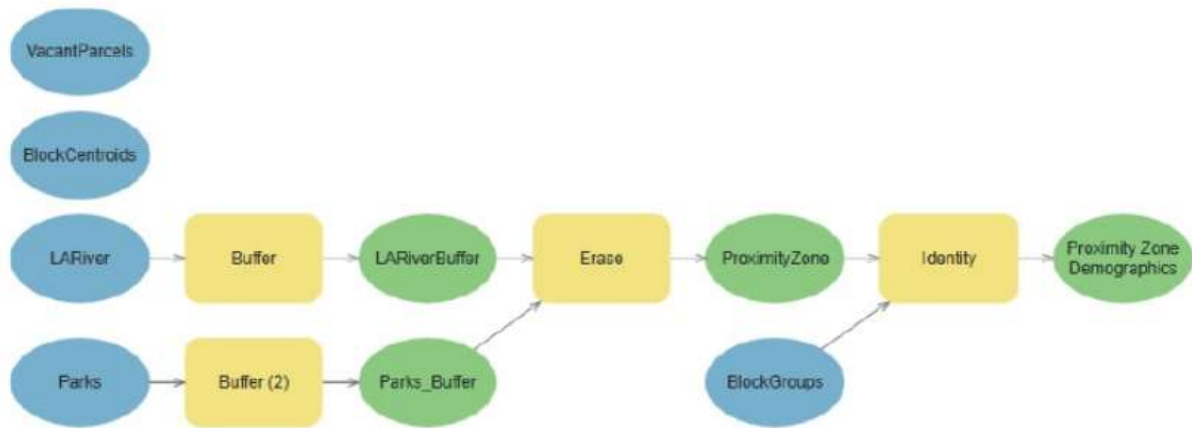


Figure 2. Proposed Method

Various requirements for the acreage required per capita and maximum distance are utilized in the planning of neighborhood parks [3]. Perry (1966) proposed the Neighborhood Unit concept, in which parks and playgrounds were located within a 400-meter radius of a primary school, which served as the center [4]. According to the NRPA, the maximum distance for park accessibility should be 0.5 mile or 800 meters [5]. Therefore, the maximum distance from neighborhood parks in this study was set at 1000 meters. After that, the distance was converted into time.

III. Results

Parks in the neighborhood play an important part in the utilization of rest areas. They also encourage community well-being among residents in the area. It goes without saying that such local parks should be accessible and convenient. With this in mind, the accessibility of neighborhood parks from residential areas was investigated in order to assess their distribution.

Large scale parks such as urban natural parks and mountain areas, as well as their service areas, were removed from the research in order to identify the service area of neighborhood parks in residential neighborhoods. Figure 3 depicts residential areas where neighborhood parks are not available. Major highways separate communities from the Los Angeles River in the northern and southern riverbank neighborhoods. As a result, some residential areas are accessible.



Figure 3. Selected Park Locations

The equity idea was utilized to assess the level of serviceability of urban parks, with the assessment approach focusing on park distribution. The main concerns were the number of visitors to urban parks and the amount of space that they serve. GIS network studies were used to examine the distribution of urban parks in terms of population density in residential areas, land use, and development density. The following outcomes were achieved:

First, using the simple buffering method, network study covered around half of the service area of parks. This is because actual pedestrian travel routes are indirect and hence cover a smaller region.

Second, unlike statistics indices, urban park service indices, such as service area ratio, service population ratio, and service floor area ratio, were shown to be particularly effective in identifying the distribution of urban parks and the volume of patronage due to accessibility.

Third, the relationship between land uses and urban park distribution was investigated, and the findings revealed that the Han River's southern region has a favorable urban park distribution in both residential and business/commercial sectors. This study discovered that there is regional inequity in the distribution of urban parks and their service areas.

Finally, insufficient park areas were found spatially. Following that, the distribution of neighborhood parks was evaluated and categorised by residential regions that do not have neighborhood park service. For these places, policies for providing neighborhood parks should be devised.

IV. Conclusions

In this study, instead of utilizing statistical indices, urban park service indicators were used to assess the distribution of urban parks. The assessment technique used in this study can be valuable in helping to comprehend spatial distribution of urban parks more accurately and to design effective policies on

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

urban park management by synthesizing census data, land uses, and development density based on actual locations.

References

- [1] Oh, K., & Jeong, S. (2007). Assessing the spatial distribution of urban parks using GIS. *Landscape and Urban Planning*, 82(1-2), 25–32.
- [2] https://en.wikipedia.org/wiki/Los_Angeles#cite_note-CenPopGazetteer2021-7
- [3] Lucy, W.H., 1981. Equity and planning for local services. *J. Am. Planning Assoc.* 47, 447–451.
- [4] Perry, C.A., 1966. *The Neighborhood Unit Formula*. Urban Housing, The Free Press, New York.
- [5] Gold, S.M., 1973. *Urban Recreation Planning*. Lee & Febiger, Philadelphia.

REHABILITATION IN THE HEALTH SECTOR AND THEIR RESULTS

Albina Chingiz HASHIMOVA

Customs Academy of State Customs Committee, Baku (Azerbaijan)

ABSTRACT

Health Economics - Studies the use of resources, prices, values, demand, supply, supply results in the health sector as a special branch of the economy.

Emerging technology, increasing public awareness, is leading to change in the health sector, as in many other sectors. To increase efficiency, many countries are exploring new payment systems and trying new ways to regulate health care delivery. Although the health sector and medical services have many different characteristics, none of them is unique. What is unique is that it probably has similar features and even a large number. Information about specific features of health that require special attention is important. In every case of health care that is economically different, the basic concepts of economic theory and empirical research shed light on these obscure issues.

Keywords: Health Economics, Medical Services, Health Sector Improvement, Health Reform, Health Organization Models.

INTRODUCTION

Countries differ greatly in terms of economic development, social conditions, political values, disease types, and organizational arrangements.

The forces behind health reform:

1. Increasing costs
2. Increasing expectations
3. Limits on ability to pay
4. Doubt

Strength 1. Rising costs: Health care costs are rising steadily almost everywhere. In most parts of the world, there is a significant difference in health spending compared to previous years. One of the main reasons for the increase in spending is the aging of the population. For example, the population over the age of 65 is projected to grow from 6% to 18% between 2000 and 2050. In some countries, birth rates are rising. As a result, with the increase in diarrhea in children and coronary artery disease in the elderly, there is an increase in financial costs in this direction. New technologies are also a force to be reckoned with in increasing health care costs. The discovery of new high-value technologies for incurable diseases is increasing the demand. Even if technological development reduces costs, financial costs will still increase if there is excessive demand. For example, even if the price of antiretroviral drugs, such as HIV, falls significantly, costs will still increase when demand is high.

Strength 2. Increasing expectations: Increasing expectations come from three sources. Economic, social and political. Emerging technology and rising public awareness, the need to stay younger and healthier, are putting pressure on the state to increase health care spending. Increasing expectations have led patients to demand the latest, best, newest medications.

Strength 3. Limited ability to pay: Many governments are under pressure to meet rising financial costs and expectations. Low-income countries provide only 20% of GDP from taxes, while high-income countries cover 42% from taxes. Also, if the share of GDP in other public services increases, it will lead to a decrease in the share of health services. This group of powers, which is strongly affected by economic

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

factors, such as coffee exporters in Kenya, will have a serious impact on the Kenyan economy if the price of coffee falls in the world. Consequently, governments will reform by resorting to other more secure systems, such as social security programs, to cover health care costs.

Strength 4. Doubt. In many low-income countries, poor governance and inadequate policies have raised suspicions in many areas.

Political Circulation: Steps

Step 1. Identify the problem.

For example, imagine a middle-income country affected by an economic downturn. While the Ministry of Finance claims that the health sector spends more than the state budget, medical associations blame the problem on the low quality of health services because doctors' salaries are not increased in line with inflation. At the same time, hospital managers say that the main problem is the lack of funds for the purchase of new technologies. The party that succeeds in disclosing the problem at the heart of the reform debate will have a major impact on the solutions that are implemented.

Step 2. Identify the causes of health sector problems.

Just as a doctor examines the causes of a disease based on symptoms, a health care reformer must also perform a diagnostic study. Once the health system has identified the problems based on the results, it should begin a second investigation to determine the causes of the problems.

Step 3. Policy creation

Once the causes of a problem have been identified, the next question is what to do.

New ideas

Human thought is mainly subject to assumptions and habits. It is based on ideas about what will be used in the policy-making process. For example, it is important to study international experience and evaluate its advantages and disadvantages. It is important to adapt when the economic and political conditions of each country are different.

Another example can be applied to the development of health policy based on the study of innovations in other sectors and the positive results.

Vision of the future

In order to develop an effective plan for health sector reform, they must first consider the future consequences of policy decisions and practices and create policies accordingly. In Hungary, for example, it began with the introduction of a fixed payment system for each diagnosis. As a result, health facilities have marked almost all births as "pathological births" in order to increase payments. Another application is whether to start new reforms directly or as a pilot transition.

Project process

The project process must have a plan that can be applied both technically and politically. For example, the involvement of all decision-makers in the new insurance system will facilitate the development and support of both the technical and political aspects of the process. Therefore, the duties and responsibilities of the parties must be determined in advance.

Step 4. Political decision

Health care reform faces difficult political challenges. Organized groups that have a large share in the current system, such as doctors, hospital owners, and the pharmaceutical industry, tend to oppose reforms. Health sector reform is not just about taking on political commitment and risk (political will). It is also the ability to combine political strategy and power (political skill). Politicians interested in health reform need to map the strengths and positions of key groups and develop strategies to provide the necessary support. These strategies must also take into account the structural and political structure of the country.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Step 5. Application

Good ideas have no value unless they are applied (Arron Vildavski). Change is always resisted. New procedures and applications are foreign and not accustomed. There is a saying, "The devil you know is better than the devil you don't know." During the change, former beneficiaries may not benefit now, or may spend more. Health sector reformers are mainly doctors, politicians and economists. Of particular importance in the reforms is the organization of a group work, the assessment of the authenticity of the information, the identification of problems, the application of corrective actions.

Step 6. Evaluation

The evaluation process must begin before a new program can be implemented. The simplest method of evaluation is to compare "before" and "after". However, in this case it is impossible to assess the role of other influencing factors. For example, improvements in health can be linked to economic growth as well as the introduction of a new funding program. The solution to this problem is the results of a "control group", ie a population that is not subject to a new policy or program. Data collection is a process that requires special importance and funding. If the data collection process is of no use to those who collect the data, the results will be far from reality. A lot of information can be collected on another topic. If the information collected is not actually subject to an application, "information cemeteries" will emerge. Therefore, it is important to collect and evaluate targeted information.

Five Checkpoints for Health Sector Reform

1. Funding refers to all the mechanisms that ensure the collection of money paid for activities in the health sector. These mechanisms include taxes, insurance premiums, out-of-pocket payments, and so on. Covers.
2. Indicates methods of payment of money to hospitals, doctors, etc., such as payments, fees, per capita payments and budgets.
3. Organization consists of factors that directly affect the competition, decentralization and control of health sector participants.
4. Regulation, providers involved in the health care system by the state. Indicates the application of legal regulations to manage the behavior of actors such as insurance companies and patients. It should be noted that the validity of a law does not mean that it is as effective as it is written, so it is one of the topics to be considered.
5. Behavior consists of steps aimed at managing how the parties act in relation to health services, including both patients and providers. This control button indicates actions such as mass media campaigns related to smoking, changes in sexual behavior to protect against HIV.

Political Analysis And Strategies

Like all policy reforms, health sector reform is primarily a political process. Comprehensive reforms in the health sector are possible only if there is enough political will and changes in the health sector are established and implemented by competent planners and managers. (World Bank 1993, 15).

What determines the basis of health reform for a particular country? The answer may be, "The public's attention should be focused on areas where the health care system is failing." However, the problems identified by the public may not coincide with the problems identified by experts. In Ghana, for example, although the burden of uterine cancer is greater than that of breast cancer, the political point is not breast cancer, but breast cancer.

Health sector reform policies

Four factors are especially important to understand how health sector reform policy will be managed.

Actors: Individuals or groups involved in the reform process or in discussions in the course of this policy

Power: The power of each actor based on the political resources at his disposal

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Position: The status of each actor based on the resources at his disposal to support or oppose the policy

Perception: Public perception of policy, including the disclosure of the problem and solution

Health care reform has some specific features:

Technical complexity / difficulty: The parts of the health sector are interconnected. As reforms affect different directions, they can lead to expected and unexpected results.

Focused Costs for Well-Organized Groups: Health sector reforms can lead to additional costs that are focused on well-established strong groups such as doctors and the pharmaceutical industry. If powerful groups take action to oppose reforms to protect their interests, they can create significant political obstacles to reform.

Dispersed benefits for unorganized groups. The health sector reformer is increasingly trying to focus new benefits on previously disadvantaged groups, such as the poor or the rural population. These groups are usually not organized. Spending on low-income groups could make it difficult to mobilize significant political support for reform.

Political Analysis

Stakeholder analysis is at the heart of political strategies for reform. This is done in 3 stages. First, identify related groups and individuals. The second is to assess the roles and political resources in the political structure in order to identify the political forces on the current political problem. The third is to assess the benefits (including the background) of existing positions in accordance with the proposed policy.

Stakeholder analysis in the health sector combines two different analysis models. The first is profit group analysis, which involves understanding social groups that seek to move government in a particular direction, including private enterprises and non-governmental organizations. The second model of analysis examines bureaucratic policies that focus on competition between government agencies and individuals.

Health sector reforms mainly consist of the following benefit groups:

Production groups: Doctors, dentists, nurses, pharmacists and other healthcare workers, local and international pharmaceutical companies and equipment manufacturers

Consumer groups: Women's organizations, retirees, military groups

Economic groups: Enterprises with health insurance programs, industries that may be affected by health policy (eg, tobacco farmers, drug dealers, etc.) and workers who gain or lose their jobs

Ideological groups: Political parties, conservatives focused on one direction (eg, environmentalists, opponents of abortion, etc.)

Health development groups: International health organizations, non-governmental development organizations, etc.

This profit group list is shown as an example. Health reformers need to adapt the list to political conditions and focus on specific groups and individuals. For example, is the Ministry of Health the only actor? Or are there other actors? It is impossible to give a single answer to such questions. Carrying out a good political analysis is not only an art, but also a science. The main goal is to identify important actors who can act independently and control important political resources. However, overestimating actors can also make the process confusing and frustrating.

Along with the Ministry of Health, the following government actors play important roles in the decision-making process to discuss health sector reforms.

Ministry of Finance: In particular, if the reforms include changes in the financing of health services and changes in the budget of the Ministry of Health

Social Security: In particular, if the reform proposal includes changes in the provision of health services and the reorganization of public health facilities

Ministry of Economy: If the reform proposal covers economic growth calculations and so on

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Local authorities: If the reform proposal involves decentralization,

Ministry of Education: If there are changes involving medical faculties

Ministry of Agriculture, Trade and Industry: If alcohol, tobacco, medicine or medical supplies are also included in the reforms

When preparing a list of stakeholders, the analyst should evaluate the impact of the proposed policy for each actor. Interested in this policy? Who is likely to act or who can be persuaded to act? Who has the power to influence the outcome? Who is more likely to be positively or negatively affected by the results of reforms?

The analyst must also evaluate critical political actors. In many cases, a particular group or individual may decide whether or not to implement the proposed policy. For example, the president, private senators, ministers, leaders of political parties.

Sources of power and influence.

After determining the list of actors, the next step is to estimate the strength and impact of each actor. It is important for each actor to evaluate the following:

- The actor's political resources and place in the political system determine his potential to influence political decisions
- The actor's interests, position, and determination will affect how the actors use their resources.

Political resources can be tangible or intangible. Examples are material resources, money, people, organizations, people, voices, supplies, offices, which affect the potential of a group to influence political processes. For example, money can provide political support, access to the media, and other sources such as organizational support. People can distribute materials, attend meetings, and so on. Voting can play a role in decision-making. The organization has an existing infrastructure, office, staff, electricity, telephone services, fax, computers, etc. Having such guarantees is an important advantage in the policy process.

An example of a non-material source, which is a secondary political source, is the professionalism and legitimacy of the group that promotes the referendum. Groups with members, personal connections, past relationships, and access to key decision-makers are more advantageous. At the same time, political skills are especially important, as being able to get the opinion of the media about where to go, who to talk to, and the media will also increase the group's political influence.

Position and Stability

The positions of political parties can be critical in terms of health sector reform. If the main political party in the country supports these reforms and chooses them as a target, it means that the main part of the matter has been resolved. Therefore, involving the interests of political parties is one of the keys to successful outcomes of reforms.

Political Strategies for Reform

Here are four key political strategies for reform:

- Positioning strategies: Understanding to change actors' positions
- Power Strategies: Distribute power resources to strengthen friends and weaken enemies
- Actor Strategies: Make new friends and change the number of actors by breaking the courage of enemies
- Perception strategies: changing perceptions of problems and solutions

Positioning Strategies: Mutual understanding to change actors' positions

For example, suppose a country offers a transition from a daily payment system for hospitals to a per capita payment system. If there is a rule that guarantees that no institution will lose income due to the mentioned change for the first 3 years, then the hospital owners will not oppose it. Agreements can be as threatening as they are promising. For example, doctors can launch a protest campaign if their salaries are

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

not increased. Large pharmaceutical companies can threaten to close if the country implements a drug price regulation system. Sometimes there may be threats, such as a breach of cooperation.

Creating an effective mutual understanding requires intelligence and skill to change the positions of key actors. Knowing the consequences of changing an actor's position can create suggestions and threats.

Power Strategies: Distribute power resources to strengthen friends and weaken enemies

It aims to change the distribution of power between key actors. Thus, proponents of reform can identify strategies to develop tangible and intangible sources of support, and to reduce the resources of opponents. For example,

- Provide money, staff, and enterprise to reform groups
- Provide training to support groups to enhance their experience
- Ensure that allies are recognized in the media
- Focus on professionalism, one-sidedness, patriotism and other positive values

A professional political analyst can also do the opposite for the opposition:

- To incite people against them, to attack the legitimacy and integrity of the group
- Opposition groups refuse to cooperate by restricting access to information
- Reduce the opposition's access to key decision-makers
- Directing the media to create a negative image of the opposition

These power strategies may not be effective and ethical. These are not things that should always be done, but they are something that every reformer should know.

Actor Strategies: Make new friends and change the number of actors by breaking the courage of enemies

The number and balance of political actors involved in a political debate is a key factor in political possibility. This political strategy can change the number of mobilized actors, new actors can enter and choose a controlling position, existing actors can leave their positions and change their positions, they can be ineffective. The key is to strike a positive balance between those who support these reforms and those who oppose them.

Perception strategies. Changing the perception of problems and solutions

For example, in the 1990s, Clinton was remembered in the United States for her controversy over health care reform. Opponents of Clinton have produced a television series called "Harry and Loinse," a middle-class married couple who portrayed Clinton's plan as a plan that threatened their lives. The ads, sponsored by the health insurance industry, raised deep fears that the Clinton plan would limit the freedom of choice for existing health insurance and create a "government-run" health care system. The campaign was based on the social values deeply felt by the American middle class. As a result, supporters of Clinton's health care reforms have failed. A mixed reform proposal is unlikely to be acceptable because it is difficult to understand. If reformers do not take into account perceptual strategies, they are more likely to be confronted with strategies put forward by their opponents.

REFERENCES

1. "Səhiyyədə idarəetmə (səhiyyə menecmenti) üzrə ali təhsil müəssisələri üçün dərs vəsaiti"- İSİM, 2015.
2. E.Salahov "Tibbi sığorta: səhiyyəimizin immun çatışmazlığı" Bakı, "Qanun".-420 səh. 2014
3. Z.Bəşirqızı "Azərbaycanda tibbi sığorta:vəzifələr, problemlər" Bakı, "Səda".-242 səh.2014

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

4. “Sosial gigyena və səhiyyənin təşkili” R.Ə,Çobanov (2007)
5. Səhiyyədə liderlik (Jean Hartley və John Benington)
6. Sağık hizmetlerinde insan kaynakları yönetimi: temel kavramlar ve bileşenler (Öğr. Gör. Emine ATALAY Öğr. Gör. Doğancan ÇAVMAK) 2020
- 7.Sherman F.A., Coodman M.S. The Economics of Health and Health Care. 8th edition. 2017
- 8.Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th edition. Oxford University Press 2015
- 9.Compulsory Medical Insurance system in Azerbaijan (2009) Baku. 209 p.
- 10.Global Health Insurance Advice (2012)Azerbaijan Health Insurance.- 212 p.
- 11.Təşkilati davranış-N.F.Axundova UNEC 2014
- 12.An overview of healthcare management.
- 13.Health Planning and Management
- 14.Health Management I Module Guide 2008
15. Care: Health Care for the 21st Century (2005) APHC.
- 16.P. J. Freldstein (2005) “Health Care Economics” Thomson Press.- 250 p.
- 17.R.Rhyne, R. Bogue and others (2003) Community - Oriented Primary.
- 18.<http://sehiyye.gov.az/xeberler/2425-azrbaycanda-icbari-tibbi-sortaya-hazrlq-mvzusunda-gr-keirilib-foto.html>

TURİZMDE YENİ FIRSATLAR: ÜÇÜNCÜ YAŞ GRUBU TURİZM FAALİYETLERİ
NEW OPPORTUNITIES IN TOURISM: THIRD-AGE GROUP TOURISM ACTIVITIES

Karim HUSEYN-ZADA

PhD candidate, Baku State University, Faculty of Geography, Department of Economic and Political Geography of Foreign countries and Tourism

ÖZET

Tarihsel olarak turizm de artan talep, teknolojik gelişme ve artan ulaşım kapasitesi gibi faktörler doğrultusunda hizmet sektörünün önemli bir parçası olarak şekil değiştirmiş ve ekonomik önemini artırmıştır. Bu çalışmanın amacı, yaşlı gezginlerin ve erişilebilir turizm arayanların profil ve davranışlarının yanı sıra ulusal ve Avrupa düzeyinde oluşturulabilecek pazar fırsatlarını ve karlılığı belirlemektir. Bu çalışmada dünya genelinde yaşlılara yönelik turizm çalışmalarının incelenmesi amaçlanmaktadır. İlk olarak, turistlerin motivasyonlarını etkileyen veya açıklayan değişkenleri tanımlamak ve belirlemek için mevcut literatür incelenmiştir. Bu kapsamda, yaşlılara yönelik turizm ile ilgili dünyada gerçekleştirilen uygulamalar ve hedefler değerlendirilmiş ve yorumlanmaya çalışılmıştır. Yaşlıların turizme bakış açısı ve turizm çalışmalarında yaşlıların konumu çalışma içerisinde incelenmiştir. Yeni trend olan ve turizm için büyük fırsat olarak bilinen 3. yaş turizminin çekiciliği doğrulanmıştır. Konuyla ilgili olarak kaynak taraması yapılarak, internet üzerinden bazı web siteleri incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Üçüncü yaş turizmi, yaşlı turist, sağlık turizmi, medikal turizm, alternatif turizm

ABSTRACT

Historically, tourism has also changed its form as an important component of the service sector and increased its economic importance, in line with factors such as increased demand, technological development and increased transportation capacity. The aim of this study is to determine the profile and behavior of senior travelers and accessible tourism seekers, as well as market opportunities and profitability that can be created at the national and European level. In this study, it is aimed to examine tourism studies for the seniors around the world. First, the available literature was reviewed to identify and identify variables that affect or explain tourist motivations. In this context, the practices and targets realized in the world related to tourism for the elderly have been evaluated and tried to be interpreted. The perspective of the seniors towards tourism and the position of the elderly in tourism studies were examined in the study. The attractiveness of third-age tourism, which is a new trend and known as a great opportunity for tourism, has been confirmed. Some web sites on the internet were examined by making a literature review on the subject.

Key Words: Third age tourism, elderly tourist, health tourism, medical tourism, alternative tourism

1. Giriş

Gelişmiş ülkelerde toplumların yaşlandığı bir gerçektir. Süreç, en azından Avrupa'da, yaşlıların yani 65 yaş üstü kişiler yıllardır gözlemlenmektedir. Son on yılda, kıtamızın her altı sakininden biri 65 yaşın üzerindeydi ve durum hala dinamik olarak değişiyor. Dünyamızda özellikle Avrupa'daki yaşlıların sayısı her geçen gün artıyor.

Trendlerden bahsederken, birincisi, turizm sektöründeki eğilimleri ve bunların evrimini analiz etmek ve diğeri, yan yana koyarak turizm eğilimlerini sosyo-demografik bir perspektiften incelemek lazım. Burada temel amac, turizm sektöründe geleceğin trendleri olarak bilinen iki tür turizm anlayışını yaşlı

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

turizmi ve erişilebilir turizm derinleştirmektir. Burada yapılması gereken pazar nişlerini veya dar pazar segmentlerini incelemek değil, daha çok turistlerin hem potansiyel hem de gerçek ihtiyaçlarına dayalı olarak bu segmentler arasında oluşturulabilecek sinerjilere dayalı yeni turizm segmentlerinin açılmasını amaçlamaktadır. Erişilebilirlik, turistik yerler için kalite ve kullanılabilirliğin bir parametresi olarak kabul edilir ve bu nedenle, kullanıcı memnuniyeti ve sadakatinin kilit bir belirleyicisidir. Dikkat etmemiz gereken diğer bir gerçek, engelliliğin çoğu zaman doğrudan yaşlılarla ilgili olduğunu ve yaşla birlikte engellilik veya kısıtlı kapasitelerin de kademeli olarak arttığıdır.

Turizmin bu segmentleri geçmişte çok önemli olmasa da, günümüzde önemleri artıyor ve politik turizm hatlarında öncelikler olarak belirlenirler. Avrupa'da ekonomik faaliyet ve büyüme yaratmayı, turizmde mevsimsellikte mücadele etmeyi, Avrupa'da daha fazla ve daha iyi işler yaratmayı amaçlarken, nüfus arasındaki sosyal eşitsizlikleri düzeltmek turizm sektörü ve Avrupa vatandaşları arasındaki bağları güçlendiriyor. Çünkü bunlar birçok kişiyi turizm ve seyahatten dışlamayı ve tatillere evrensel erişimi sağlamayı amaçlıyor.

Bu pazarda toplam turizm hacmini en fazla 55 yaş üstü yetişkinlerin segmentinin artıracığı düşünülmüştür. Bu yetişkinler, turizmde kapsamlı deneyime sahiptir, bu da onları daha talepkar tüketiciler haline getirir ve talebin yoğun sezonlardan uzaklaşmasına izin verir, çünkü bu, nüfusun genellikle emekli olan bir kesimdir. Bu segment, yaşlıların erişilebilirlik başta olmak üzere ortak ihtiyaçları paylaştığı engelli kişiler tarafından desteklenmektedir. Böylece, bu potansiyel turist segmenti, nüfusun beşte birine yaklaşmaktadır. Erişilebilirlik iyileştirmeleri yalnızca bu gruplara değil, aynı zamanda hamile kadınlara ve çocuklar ve aileler gibi geçici olarak kısıtlı kapasiteye sahip olanlara da fayda sağlar. Genel olarak, herkes daha fazla bu sağlık turizm türünden yararlanır.

2. Turizmde yeni trendler

Dünya Turizm Örgütü'ne (WTO) göre, 2022'nin ve sonraki yılların pazar trendlerinden bazıları şunlardır: yaşlı turist sayısında artış, aktif tatillerden deneyime dayalı tatillere geçiş ve uyum talebinin giderek daha karmaşık bir şekilde segmentasyonu. Bu nedenle, genel olarak turizm talebindeki mevcut eğilimlerin öncelikle aşağıdaki senaryolar tarafından şartlandırıldığını söyleyebiliriz:

- 55 yaş üstü turist segmentinin toplam talep içinde artan önemi.
- Kalite ve gelişmişlik açısından daha yüksek talep.
- Daha fazla bölümlere ayrılmış turistik ürünler.
- Zaman sıkıntısı ve yüksek mali şartlar.
- Çevre ve sürdürülebilirlik konularında artan bir farkındalık.
- Çoğu durumda bireysel olarak yönetilen daha uzun güzergahlar ve daha katılımcı, aktif tatiller.

Turistlerin sosyo-demografik eğilimleri

Toplumun evrimini bir bütün olarak incelemek, turizm talebinde gelecekteki eğilimleri belirlemeyi kolaylaştırır, çünkü aynı zamanda bireylerin ekonomik durumlarıyla bağlantılı unsurların hem sosyal hem ekonomik perspektiflerden hem de davranışsal bir perspektiften incelenmesini gerektirir.

Avrupa'da zaten çocuklardan daha fazla yaşlı (65 yaş üstü) var. 2004 yılında yaşlı nüfus (75,4 milyon) genç nüfusu (14 yaş altı) (74 milyon) aştı. Bu bulgu, 1984'ten bu yana Avrupa nüfusunun altıda birini temsil eden 65 yaşından büyük daha fazla sayıda insan lehine ikincisinde azalma eğilimini takip etmektedir. Buna ölümlülük ve doğurganlıktaki önemli düşüşü de ekleyebiliriz.

Açıkça, turistlerin davranış alışkanlıkları sosyo-demografik bağlamlarından, yani eğitim düzeyi, yaş, ekonomik faaliyet, çevre ve yaşam tarzı tarafından büyük ölçüde etkilenir ve daha büyük

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

sorumluluklar ve maaşlar içerir. Seyahat eden turistlerin en büyük yüzdesi daha yüksek eğitim düzeyine ve istihdam pozisyonlarına sahip olanlardır.

Turizm aynı zamanda mevsimsel bir faaliyettir ve çoğunlukla tatil dönemlerinde gerçekleşir. Turizmin birincil nedenleri boş zaman seyahatleri ve tatiller, ardından akraba ve arkadaşlara yapılan ziyaretler ve daha az derecede iş veya eğitimidir. Gezilerin süresi azalma eğiliminde ve bir haftadan iki haftaya kadar değişiyor. Gençler arasında kısa yolculukların bol olduğunu, 40 yaşın üzerindeki yetişkinler için yolculuk süresinin arttığını unutmamalıyız.

Bu nedenle, turizm endüstrisinin sunduklarını bu yeni trendlere ve demografik davranışlara uyarlaması gerektiğini söyleyebiliriz.

- Daha fazla tatil dönemleri.
- Daha kısa tatiller.
- Boş zaman seyahati / eğlence ve işi birleştirmek.
- Daha kısa sürede daha zenginleştirici deneyimler sunan ürünler aramak.
- Dinlenme, rahatlama ve isteğe bağlı turizm.

3. Yaşlı turizmi

Hem turizm sektörü hem de bireysel turist açısından yukarıdakilerden çıkarılabilecek kilit unsurlardan biri, yaşlanan nüfus nedeniyle artmaya istikrarlı bir şekilde devam edecek olan yaşlılar tarafından oluşturulan segmentin önemidir. Bu nedenle, yaşlı turizmini, turizmin yeniden formüle edilmesi veya mevcut ürün ve destinasyon yelpazesi için çok önemli olarak değerlendirmek önemlidir. Ek olarak, yaşlı turizmi doğrudan erişilebilir turizmle bağlantılıdır çünkü engellilik genellikle doğrudan yaşlılarla ilgilidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre 65 yaş üstü kişilerin %35'i bir tür engele sahiptir.

Bu iki turizm türü, yukarıda önerilen yeni senaryonun beklentilerine uyum sağlamalı ve bunları karşılamalıdır. Sektör düzeyinde, kalite ve çevresel sürdürülebilirlik unsurlarına dayalı turizm hizmetlerinin entegre bir parçası olarak 55 yaş üstü nüfus kesimine büyük önem verilmektedir. Belirlenmiş keyif sürelerine tabi değildirler, ancak kullanıcıya bağlı olarak değişebilirler. Sunulan ürünün özellikleri, farklı formatlara ve mevsimlik tatil dönemlerine ve çok farklı motivasyonlara uyarlanabilir.

Yaşlı turizmi, bu eğilim değişmekle birlikte, turizm endüstrisinde çok fazla önem kazanmamış bir segmenttir. Piyasalarda yaşlılar kesiminin önemi, genel olarak, ekonomik durumdaki iyileşmelerle bağlantılı olan yaşlanma süreci tarafından belirlenir. Bu anlamda bazı yazarlar, nüfusun demografik yapısındaki benzeri görülmemiş değişimin pazarlarda bir kaymaya yol açacağını öne sürmektedir. Spesifik olarak, bu yazarlar, önümüzdeki on yıllarda piyasaların kompozisyonlarında derin değişiklikler getirecek doğum ortalamasının artmasına işaret etmektedir. Yaşlanan bir nüfus için en önemli faktörlerin artan yaşam beklentisi, daha düşük doğum oranı nüfusun geri kalanı üzerindeki etkisi olduğunu unutmamalıyız.

Bu grubun heterojenliği ve Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırmasına (ICF) (WHO, 2001) göre geniş sınıflandırması göz önüne alındığında, engellilerin dahil edildiği, aralarında ortak özelliklerle işaretlenmiş bir dizi alt bölüm oluşturulmuştur:

- Fiziksel: nörolojik, kas, cerrahi veya travmatik nedenlere bağlı.
- Hareketlilik: Ayakta durmak, yatmak, oturmak veya hareket etmek kadar vücudun farklı pozisyonlarını koruma ve değiştirmede zorluk olduğunda ortaya çıkar.
- Kaygı: Bazen önemli miktarda stres veya kaygıyla, kişi kendi içinde vücuda zararlı bir tepki uyandırabilir, bu da fiziksel veya travma sorunlarına yol açan psikolojik durumlar yaratabilir.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Psikolojik: Entelektüel yeteneklerdeki sorunlardan veya oradaki koşullardan kaynaklananlar.
- Akıl hastalığı: farklı derecelerde zihinsel engellilikle ilgili bozukluklar.
- Zihinsel engellilik: insanları, nesnelere, geçmiş olayları hatırlamakta, basit veya karmaşık emirleri anlamakta ve yürütmekte zorluktan kaynaklanır.
- Duyusal: Bir duyu azalmasına veya kaybına neden olan yaralanmalardan kaynaklananlar.
- Görsel: Birey herhangi bir görüntüyü algılamada, görsel görevleri tam veya ayrıntılı olarak yerine getirmede veya görme ile ilgili diğer engellerde zorlanabilir.
- İşitme: Kişi herhangi bir sesi duymakta, yüksek sesleri duymakta veya konuşmaları duymakta zorluk çekebilir.
- İletişim veya konuşma: konuşma, alternatif diller, işaretli jestler veya geleneksel okuma ve yazma yoluyla iletişim kurmaya çalışırken ortaya çıkan sorunlar.
- Gizli: Çıplak gözle görülemeyenler.
- Visceral: Kardiyovasküler yetmezlik ve/veya solunum veya böbrek fonksiyon bozukluğu veya enterostomiler dahil problemlerden kaynaklananlar.
- Patolojik: alerji, epilepsi, hemofili, cücelik, devlik, cüzzam veya benzeri durumlardan kaynaklanır.
- Çoklu engellilik: Bir bireyin sağır-dilsizler gibi aynı anda birden fazla engeli olduğunda.

4. Potansiyel Pazar fırsatı

Hem ekonomik hem de sosyal getiriler, arz açısından piyasa eğilimlerini belirler. Kişi, tüketici tarafından talep edilen veya kişinin kendi yetkinlik alanı için pazar fırsatı olarak kabul edilen şeyle çalışır. Turizm sektöründe erişilebilirlikle çalışmak, hem yaşlı turistlerin hem de engelli veya geçici olarak kısıtlı kapasiteye sahip turistlerin yansıdığı fırsatlara dönüştürülebilir bir takım avantajlarla sonuçlanmaktadır. Daha önemli olanlardan bazıları şunlardır:

- İş fırsatı: Yaşlı turizmi ve erişilebilir turizm ile rekabet avantajı yaratılır. Bu bir niş pazar değil, mal ve hizmet arzını arttırdığı için turizm segmentinin kaliteye dayalı bir uzantısıdır.
- Demografik ve yaşam tarzı değişiklikleri yoluyla büyüyen pazar segmenti: Engelli veya sınırlı kapasiteye sahip büyüyen bir insan segmenti var ve sosyo-demografik ve yaşam tarzı değişiklikleri, esas olarak aşağıdakilerden kaynaklanan sürekli büyümeyi bekliyor: iş veya trafik kazaları, nüfusun yaşlanması, savaş, yaşamdaki değişiklikler. Engelli insan sayısı veya kapasiteleri zayıflatan sonuçlarla (lösemi, kanser, vb. gizli engeller) hastalıklardan etkilenen insan segmentindeki olası farklılıklar.
- Artan pazar: Engelliler ve yaşlılarla, yani erişilebilirlikten doğrudan yararlananlarla ilgili pazarın yüzdesi çok çekicidir ve iki grup arasında küresel nüfusun yaklaşık beşte birini temsil etmektedir.
- Mevsimsellikten uzaklaşma: İtalya ve İspanya'da veya benzer turizm modellerine sahip ülkelerde turizm sektörüyle ilgili en büyük sorunlardan biri mevsimsellik, yani önceden belirlenmiş dönemlerde kitlesel turist akışıdır. Yaşlı ve erişilebilir turizm, çoğu engelli çalışmadığı için mevsimsellikten uzaklaşmaya yardımcı olacaktır.

Bu, hem büyüklüğü hem de seyahat edilebilirliği nedeniyle çok çekici bir pazarı temsil ediyor. Benzer bir durum, artık işgücü piyasasına entegre olmayan ve boş zamanlarını değerlendirmek için fırsat ve paraya sahip olan yaşlılarda da görülmektedir. Ayrıca, özellikle düşük yoğunluklu turizm dönemlerinde sunulan yaşlılar ve engelliler için seyahat programlarına ilişkin hem devlet hem de Avrupa girişimlerinin artması da göz ardı edilmemelidir. İspanya, diğer turizm alt sektörlerinden bağımsız bir gerçeklik olarak yaşlı turizmi anlayışında öncü olmuştur ve hatta Yaşlı ve Sosyal Hizmetler Enstitüsü programları ile diğer ülkeler için bir model olarak hizmet etmiştir. Düşük sezonda turizm sektöründe istihdam yaratılmasına veya

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

sürdürülmesine katkıda bulunurken, seyahat ve turizm faaliyetlerine katılımlarını artırarak yaşlıların yaşam kalitesini iyileştiriliyor.

- Rekabetçi ve kaliteli turizm: Erişilebilirliğin daha da gelişmiş olduğu birçok ülke var - özellikle Kuzey ülkeleri, Almanya ve Birleşik Krallık. Vatandaşlarını, seyahati günlük yaşamın bir faaliyeti ve bir kişisel tatmin yöntemi olarak görmeye teşvik ederler. İspanya en popüler destinasyonlardan biridir ve bu nedenle kaliteli bir imaja yönelmelidir. Bunu yapmak için, farklı standartların uygulanmasıyla kaliteli turizm sektörü hakkında farkındalığın artırılması gerekmektedir.
- Herkes için sosyal haklar: Tüm insanların ihtiyaçlarının eşit derecede önemli olduğunu varsayarak, toplum ve toplum inşa etmek için insan çeşitliliğine saygı göstererek, tüm devletlerin engellilerin haklarını tanınmasını gerektiren, tüm vatandaşların sosyal hayata katılımı için eşit fırsatlar sağlamak için kaynakların sağlanması.

5. Yaşlı turistler ve motivasyonları

Yaşlılarla en ilgili alanlardan biri, boş zamanlarıdır, özellikle de fiziksel, zihinsel ve sosyal refahlarını etkileyen turizme ayrılmış boş zamanlarıdır. Aslında, kişinin aktif kalmasına yardımcı olarak kişinin yaşam beklentisini artırmak ve yaşlanma sürecini önlemek mümkündür. Seyahat etmek aynı zamanda insanların, yaşlıların bugün sahip olduğu temel sorunlardan bazıları olan, yaşamın sonraki aşamalarında yalnızlık ve anlam eksikliğinden kaçınmasına da yardımcı olabilir.

Boş zamanın yaşlıların yaşamındaki olumlu etkileri yaşam doyumunu vurgulamaktadır. Seyahat, günlük rutinlerinde bir değişiklik ve yeni deneyimlerin faydalarını sağladığı için yaşlılar için zenginleştirici bir deneyim olabilir. Turist faaliyeti, ikamet yerinden farklı bir yere hareket / yer değiştirme, boş zaman, keşif, çevre ile etkileşim, kültürlerarası temas ve sosyal etkileşimin bir biçimi veya tezahürünü içerir. Daha yaşlı tüketicilerin gelirlerinin daha fazlasını seyahate ve daha azını diğer şeylere harcadığı belirlenmiştir.

Yaşlıların turist profili net olarak belirlenememiş ve sosyo-demografik özellikleri hakkında çeşitli tartışmalar olduğundan, 55 yaşın üzerinde, genellikle emekli maaşı veya sosyal yardımla emekli oldukları ve kendilerine ayıracak boş zamanları olduğu varsayılmıştır.

Cinsiyet açısından bakıldığında ise, özellikle eşin emekli olduktan sonra satın alma kararlarında olgunlukta kadınların erkeklere göre daha baskın bir role sahip olduğu görülmektedir. Bu davranış tüm yaşlı kadınlar için genellenemez ve günümüzde yetişkin kadınların rolünde meydana gelen değişiklikleri görmezden gelir.

Medeni durum da yaşlıların satın alma davranışlarını belirlemez ve ayrıca son yıllarda hane yapılarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle harcamalarda farklı kalıplar mevcuttur. Bugün pek çok statü var: evli, bekar veya dul, ayrıca ikinci evlilikler vb. yaşlıların tüketim kalıplarını etkileyecektir.

Eğitim düzeyi ve mesleğe göre belirlenen sosyoekonomik statü de çeşitli tüketici gruplarını farklılaştırabilir. Daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip olanların, artan tüketimin bir sonucu olarak, daha düşük sosyoekonomik statüye sahip olanların aksine, markalara daha açık ve yazılı medyadan daha fazla etkilendiklerine dikkat çekmiştir. Satın alma kararlarında televizyondan daha fazla etkilenmektedirler. Bununla birlikte, sosyoekonomik statü bireyin satın alma gücünü ve satın alma davranışını nihai olarak belirlemez çünkü yukarıda görüldüğü gibi bu faktörler aynı zamanda yaşam döngüsü aşaması ve sürekli değişen bireysel biyografiler gibi diğer değişkenlere de bağlı olacaktır. Yaşlıların satın alma davranışlarının yalnızca yaş, cinsiyet, gelir veya eğitim düzeyine göre belirlenmediğini, kişilikle ilgili bir takım değişkenlerin olduğu öne sürülmüştür.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Buna sebepten, ilginç bir çaba, yaşlı bir kişinin neden seyahat edip etmediğinin nedenlerini anlamaya izin veren değişkenleri, onların ihtiyaçlarına cevap vermek için ve ayırt etmek için anahtar unsurlar olan ihtiyaçları, tercihleri ve arzuları ile birlikte analiz etmeye çalışmak lazım. ihtiyaçlarını karşılamakta ve turizme erişimlerini sağlamaktadır. Kullanılan bilgi kaynakları, konaklama türü, seyahat eden kişi sayısı, seyahate hazırlık süresi, seyahat süresi, kullanılan ulaşım araçları ve seyahat türü gibi değişkenler, yaşlı turistlerin davranışlarını, motivasyonları ve sosyo-ekonomik verileri ile birlikte tanımlamaya yardımcı olur.

Motivasyon alanındaki uzmanlar, motivasyonun davranışlarımızın nedenlerinde yer aldığını; Motivasyonların anlaşılması, gezginlerin karar verme sürecini anlamak ve turizm deneyimlerinden memnuniyetlerini değerlendirmek için esastır.

Görüldüğü gibi bu pazar homojen değildir ve farklı nedenler turistik aktivite seçimini etkileyebilir. Yaşlı vatandaşlar, özellikle dinlenme ve rahatlama, sosyalleşme, yeni yerler görme ve yeni deneyimlere katılma gibi birçok nedenden dolayı seyahat ederler. Bu nedenler, kişinin sosyokültürel bağlamı, eğitimi ve çalışma ortamı dahil olmak üzere birçok faktöre bağlı olacaktır.

6. Sonuç

Cinsiyet ve yaş gibi değişkenler, gezginlerin öncelikleri üzerinde büyük bir etkiye sahip değilken, eğitim düzeyi, meslek ve statü, bu segmentlerin yaşam tarzı belirleyicilerinin bir parçası olduğu için daha büyük bir ağırlığa sahiptir. Bunun yerine davranışsal unsurlara odaklandığımızda, erişilebilirliği artırmak için olası stratejiler oluşturmak için daha doğru ve kararlı eylemler ortaya koyuyoruz. Her iki segment için de, seyahatin ana nedenlerinin, en fazla iki ana seyahat süresi aralığıyla, tercihen kendi aracını kullanarak (bu aynı zamanda tercih edilen varış noktasına da bağlı olsa da) rahatlama ve dinlenme arayışı olduğu vurgulanmalıdır. Konaklama seçenekleri değişkendir, ancak otel konaklamaları en yaygın olanıdır ve kulaktan kulağa bilgi seyahat düzenlemeleri için önemli bir bilgi kaynağıdır.

Mevcut ve gelecekte geliştirilebilecek pazar fırsatları açısından, bu grupların çoğu üyesi ücretli iş faaliyetleri yapmadığından ve bazı sosyal yardımlar almadığından, turizmi yoğun sezonlardan uzaklaştırma potansiyeli tercih edilmektedir. Bu eğilim bazı ülkelerde, yaşlılar veya engelliler için tatilleri birlikte finanse eden, devlet tarafından yürütülen çeşitli sosyal programlar tarafından geliştirilmiştir. Mevsimlik olmayan turizm, yıl boyunca gelirleri ve altyapı kullanımını artırarak destinasyonları güçlendirir ve en önemlisi istihdam yaratır. Bu segmentlerin niş pazarlar olmadığı, ancak erişilebilirlikle ilişkili ürün ve hizmetleri geliştirerek pazarı genişleterek, işletmelerin turizm tekliflerinin kalitesini ve rekabet gücünü artırarak pazar potansiyellerini artırdığını ve imajlarını iyileştirdiğini vurgulamak gerekir.

Erişilebilirliğe ihtiyaç duyan potansiyel turistlerin nasıl davrandığını ve hem özel hem de kamu olmak üzere turizm sektörünün farklı bileşenleri için oluşturulabilecek fırsatları belirledikten sonra, bu turizm segmentinin uyum sağlamak için yeterince çekici olup olmadığını doğrulamamız gerekiyor. Belirtildiği gibi, yaşlılar ve engelliler için potansiyel pazar, referans kaynağa göre değişmektedir, ancak verileri özetlersek, yaklaşık 10 milyonluk bir hedef nüfus tahmin edebiliriz..

Yeni trend olan ve turizm için büyük fırsat olarak bilinen 3. yaş turizminin çekiciliği doğrulandı. Gelecek yıllarda turizm ürünlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini ve turizm tekliflerinin kalitesini artırarak bu tür turizmle ilgilenenlerin dikkatini çekmek amaçlanmıştır.

Referanslar

1. Buhalis, D., Eichhorn, V., Michopoulou, E. & Millar, G. (2005). Accessibility market and stakeholder análisis. University of Surrey y One Stop Shop for Accesible Tourism in Europe (OSSATE).
2. Chen, H.W.J. (2009). Baby Boomers- and Seniors• Domestic Travel Motivations: An examination of citizens in Tainan, Taiwan. Master Thesis. University of Waterloo. Canada.
3. Fernández—Villarán, A. (2007). El acceso al turismo para las personas con discapacidad. Desafíos y compromisos del turismo: hacia una visión más humana, Congreso UNIJES, Universidad de Deusto 2007, Bilbao, pp.47-59.
4. González, A.M.; Rodríguez, C; Miranda, M.R. & Cervantes, M. (2009). Cognitive age as a criterion explaining senior tourists" motivations. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, Vol. 3, No. 2, pp. 148-164,
5. Horneman, L. Carter, R.W., Wei, S. & Ruys, H. (2002). Profiling the senior traveler: An Australian perspective. *Journal of Travel Research*, Vol. 41, No 1, pp. 23.
6. Hossain, A, Bailey, G. & Lubulwa, M. (2003). Characteristics and Travel Patterns of Older Australians: Impact of Population Ageing on Tourism. *International Conference on Population Ageing and Health: Modeling our Future*.
7. Alén, E., Domínguez, T., Losada, N. (2012). New Opportunities for the Tourism Market: Senior Tourism and Accessible Tourism. In: M. Kasimoglu (ed.), *Visions for Global Tourism Industry. Creating and Sustaining Competitive Strategies* (pp. 139–166). Rijeka: InTech.
8. Buhalis, D., Darcy, S. (2011). Introduction: From disabled tourists to accessible tourism. In: D. Buhalis, S. Darcy (eds.), *Accessible Tourism: Concepts and Issues* (pp. 1–20). Bristol: Chanel View Publications.
9. Dąbrowski, A. (ed.) (2006). *Zarys teorii rekreacji ruchowej*. Warszawa: ALMAMER Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Akademia Wychowania Fizycznego.
10. Widawski, K. (2011). Accessible tourism starts with the accessible information. Madrid case study (pp. 298–310). In: J. Wyrzykowski, J. Marak (eds.), *Tourism Role in the Regional Economy. Social, Health-Related, Economic and Spatial Conditions of Disabled People's Tourism Development*. Wrocław: University of Business in Wrocław
11. Śniadek, J. (2006). Age of seniors – a challenge for tourism and leisure industry. *Studies in Physical Culture and Tourism*, 13, Suppl., 103–105.
12. Walker, M.C. (2004). *Marketing to seniors*, 1st Books Librar y, Bloomington.
13. Widawski, K. (2010). Accessibility and the character of the information about tourist values in the Internet on the example of the folklore events. In: J. Chromý (ed.), *Trendy k omunikace v cestovním ruchu* (pp. 94–113). Praha: Verbum.
14. Widawski, K. (2011). Accessible tourism starts with the accessible information. Madrid case study (pp. 298–310). In: J. Wyrzykowski, J. Marak (eds.), *Tourism Role in the Regional Economy. Social, Health-Related, Economic and Spatial Conditions of Disabled People's Tourism Development*. Wrocław: University of Business in Wrocław
15. Tufan, İ. 2002. *Sosyolojik Yaşlanma*. Basımevi: İstanbul.
16. Uluslararası Gerontoloji Sempozyumu 2005. Sonuç Bildirgesi, Antalya.

THE CORONAVIRUS (COVID -19) IMPACT OF HIGHER EDUCATION: FACULTY TO WORK FROM HOME

C.Vijai

Assistant Professor of PG and Research Department of Commerce, Patrician College of Arts and Science, Chennai, India

P.Anitha

Ph.D Research Scholar Department of Commerce, St.Peter's Institute of Higher Education and Research, Tamil Nadu, India

ABSTRACT

The Coronavirus (COVID-19) is a global viral disease threatening around the world. The coronavirus disaster, all individuals affect health and social activities. COVID-19 outbreak leads to a negative impact on all individuals, pandemic dismayed towards the global economies and social exercise. This article discussed the corona virus's impact on higher education. Firstly, describe the impact of COVID-19 on the higher education system. Secondly, analyze and describe the impact of COVID-19 on the higher education system adopts work from the home aspect, and finally, conclude various aspects affect the higher education system and overcome from that critical situation.

Keywords: Corona Virus, COVID-19, Higher Education, Work from Home, Pandemic, Online Education

Introduction

The corona virus 2019 (COVID-19) pandemic announced worldwide by the World Health Organization. People all over the world reduce outside activities isolated and stay at home result in a stoppage of all economic and social activities. In this study COVID-19 impact on Higher education sector, shutdown institutions, cancel and postpone all academic activities and close their hostels declaring the summer vacation for students, at the end of the March all universities in India postpone and cancel till government announcement. Government appeal, implementation of work from home policies and The Minister of Education invites teachers, lecturers, professors to also do Work from Home using technology. Higher education in India prepares for the forthcoming digital era of learning. Most of the institutions adopt the Work from Home work concept by using online lecture to prohibitions on face-to-face lecture activities for present crises. Initially institutions focused on transitioning content to an online environment and faculties focused to convert online environmental curriculum. Indian students focused on the delivery of online teaching in this crisis but remote location learners face limited access to technology and the internet, lack of students' ability to engage in online learning.

Review of Literature

Alon, Titan, et al(2000) The impact of COVID-19 on Gender equality, many businesses protect employees gives social distancing measures rapidly adopting flexible work arrangements and telecommunication options. The employment of male workers was usually affected more than the employment of female workers. Distribution of division of work in housework and child care between women and men will depend not just on labor force status. Impact of the crisis will also depend on the relative flexibility of men's and women's work arrangements. Opposite forces which may ultimately promote gender equality in the labor market. Bai, John (Jianqiu), et al (2020), the Future of Work: Work from Home Preparedness and Firm Resilience during the COVID-19 Pandemic. Work from home has become an increasingly common concept, after COVID-19 pandemic many firms adopted the practice. Work from home helps firms survive with major unfortunate social and economic breakdown. Work from home more efficiently and smooth adoption as employers and employees. Pandemic crisis has a number of dimensions ranging from stock returns and return volatility to

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

financial performance. The result finds that firms of high WFH index values perform better compared to low WFH firms during the COVID-19 crisis. Bartik, Alexander, et al (2020), Measuring the Labor Market at the Onset of the COVID-19 Crisis sudden changes in hours of work, low wage services recession particularly retailing, hospitality sectors. Especially low educated, Non white employees face job loss in small business, entirely closed, majority of them laid off workers, many businesses have reopened with rehired employees. Few measures carried by labour market that recover employees crisis from COVID-19 Pandemic, programs like generous unemployment insurance benefits, Paycheck Protection Program, faster recoveries from job losses. Coibion Olivier, et al (2020) Characteristics of the response Labour market during COVID-19 Pandemic. Research currently increases the unemployment crisis and newly unemployed workers are not looking forward to searching for a new job. Suggesting Breaks through voluntary, temporary work closing. Employees facing unemployment find harder to move to get employment. Labour market changes paid jobs, looking for new jobs, labour force participation and unemployment rate. Irlacher, Michael, and Michael Koch (2020), work from Home, Wages, and Regional Inequality in the Light of COVID-19, workers performance from home, controlling for workplace activities and variation in the share of work from home. COVID-19 crisis affected poorer regions whose share of workers can work from home. Regional imbalance is different types of occupation choosing economic policies to migrate the crisis.

Statement of Problem

During the COVID-19 pandemic is forced individuals all over the world to survive in different way. In this study concentrated only employees as mentioned people who working higher education institutions life has changed dramatically, now they realize new reality.

Worldwide organizations, institutions voluntary provide work from home option to Millions of employees during the crisis. Social distancing and remote working are become quite normal. The absolute problems of the study are personal interactions with respondent, low availability of trusted data related to study because data may change day to day.

Objective of the study

- A study to describe the impact of COVID-19 on the Higher education system.
- A study to determine the impact of COVID-19 on the higher education system adopts work from home.

Research Design

A research design is a structure that has been created to find answers to research questions. It is a set of methods and procedures used in collecting and analyzing measures of the variables specified in the problem research. Research design is to provide for the gathering of pertinent information with minimal expenditure of effort, time and money.

Sample Size

A sample of 452 respondents who work in higher education institutions and also experience work from home using online technologies at Chennai city

Research Study Area

The population for this study consisted of those who are working in higher educational institutions and also do work from home aspects in COVID-19 pandemic As Chennai is a representative of the requisite population, the samples were drawn from Chennai and around.

Period of the Study

Essential part of the study, the primary data were collected by the researcher for a period of three month (April 2020 to June 2020)

Data Collection and Analysis

The primary data were collected from 452 respondents. Prepare table and charts Using Analysis and testing of hypotheses SPSS (Statistical Package for Social Sciences) was used. And In this step the data collection using Google form.

COVID-19 impact on Higher Education in India

The COVID-19 pandemic has affected the educational systems; most of the institution temporarily closed and postponed all academic activities, examination. The impact of the pandemic forced by schools kids and its families, causing break learning, bargain nutrition, infant care problems, and consequent economic cost to families who could Not work.

On 16 April the Department of Higher Education postponed the summer semester exams for the academic year 2019–20 to the beginning of next academic year for all colleges and universities in Tamil Nadu.

Many institutions began conducting classes via video telephony software such as Zoom, Google classroom, live chat, etc. In rural areas facing disadvantaged families Unable to access technology or fast, reliable internet access can prevent students. Lack of technology access or internet connectivity is to continue learning.

Work from home concepts adopt most of the institutions supporting the work of teachers and educators leading in the open education sector. Teachers are access and specialized materials beyond textbooks.

Institution point of view

- The impact of corona virus on higher education, worldwide institutions extending the deadline for new admission, consulting start dates for next semester, and universities across the world shifted to online classes.
- Increased health and safety requirements for the institution.

Student point of view

- Lack of technology facilities to afford online learning.
- Facing destruction during lockdown.

Teacher point of view

- Lack of experience in online teaching.
- Inadequate resource of technical support, Lack of preparation to train students.

Faculty Adopt Work from Home during COVID-19

- Get dressed

Taking care of your appearance can go far toward helping you feel like you're dealing with yourself. During the current lockdown pandemic, organizations conduct a lot of video meetings and conferences.

- Designate a workspace or home office

Working from home is keeping work and home lives separate. Try to make your workspace comfortable with a chair you can sit with good natural lighting for eight hours a day. When using a personal computer close all the tabs and programs not related to work, only open work related tabs to reduce destruction.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Keep work schedule

Assign and separate physical workspace, it should be clear about when you're working and when you're definitely not. Prepare a schedule yourself it's time to put work away, recharge, and start tomorrow with a fresh mind. Employees have to separate time and space from work to work.

- Keep in touch (communicate)

Find best to verify with employer and coworkers connected through the phone or video chat. This reduces on miscommunication and separate some of the social distancing that can come from working from home. It doesn't have to stick with only text-based communications prefer face to face communication through video conferences.

Results and Discussion

Demographic Information

Total numbers of the respondents are 452, majority of the respondents in the study, 38.05% of the respondents are male and 52.21% of the respondents are female. 38.50% of the respondents are 31-40 age groups. 43.81% of the respondents are Ph. D qualified. 34.07% of the respondents are Above Rs.40, 000 incomes. Majority, 27.43% of the respondents are Government aided university and 26.11% of the respondents are private university. 76.99% of the respondents are married. 47.35% of the respondents are having 3-4 members in family.

Majority, 38.75% of the respondents are working 5-10 years in the organization. Majority, 51.55% of the respondents are heard about Corona virus (COVID-19) outbreak.

Impact of COVID-19 on the Higher Education System Adopts Work from Home.

47.79% of the respondents are doing work from home. 42.70% of the respondents are having dedicated workspace. 39.16% of the respondents are not having equipment to do work from home. 41.81% of the respondents are not providing flexible timer to do work from home.

43.14% of the respondents are not attending webinar during lockdown, 37.17% of the respondents are attending webinar by personal interest. 48.01% of the respondents are not accepting if the institution is reducing salary to some extent.

Hypothesis Test

Table No: 1

H₀1: There is no Significant Relationship between Gender and Heard about Corona Virus (COVID-19) Outbreak

Gender	Heard About Corona Virus (covid-19) Outbreak			Total	P Value	Accepted/ Rejected
	Yes	No	May be			
Male	149	27	60	236	0.000	Rejected
Female	72	17	83	172		
May not prefer	12	5	27	44		
Total	233	49	170	452		

Source: Collected and computed through questionnaire

Significant at 5% (P<0.05) –Rejected, Non Significant at 0.05–(P>0.05) – Accepted

Interpretation

Table 1 represents that p value 0.000. Since P value less than 0.05, the null hypothesis is rejected at 5% level of significance, hence, it is concluded that there is highly significant relationship between genders and heard about corona virus (COVID-19) outbreak.

Table No: 2**H₀2: There is no Significant Relationship between Gender and doing Work from Home**

Gender	Doing Work from Home			Total	P Value	Accepted/ Rejected
	Yes	No	May be			
Male	140	58	38	236	0.000	Rejected
Female	66	44	62	172		
May not prefer	10	16	18	44		
Total	216	118	118	452		

Source: Collected and computed through questionnaire

Significant at 5% (P<0.05) –Rejected, Non Significant at 0.05–(P>0.05) - Accepted

Interpretation

Table 2 represents that p value 0.000. Since p value less than 0.05, the null hypothesis is rejected at 5% level of significance, hence, it is concluded that there is highly significant relationship between gender and do work from home.

Table No: 3**H₀3: There is no Significant Relationship between Gender and Dedicated Work Space**

Gender	Dedicated Work Space			Total	P Value	Accepted/ Rejected
	Yes	No	May be			
Male	140	58	38	236	0.000	Rejected
Female	60	57	55	172		
May not prefer	11	19	14	44		
Total	193	149	110	452		

Source: Collected and computed through questionnaire

Significant at 5% (P<0.05) –Rejected, Non Significant at 0.05–(P>0.05) - Accepted

Interpretation

Table 3 represents that p value 0.000. Since p value less than 0.05, the null hypothesis is rejected at 5% level of significance, hence, it is concluded that there is highly significant relationship between gender and dedicated work space.

Table No: 4

H₀4: There is no Significant Relationship between Gender and Attending Webinar during Lockdown

Gender	Attending Webinar during Lockdown			Total	P Value	Accepted/ Rejected
	Yes	No	May be			
Male	101	107	28	236	0.011	Rejected
Female	67	66	39	172		
May not prefer	11	22	11	44		
Total	179	195	78	452		

Source: Collected and computed through questionnaire

Significant at 5% (P<0.05) –Rejected, Non Significant at 0.05–(P>0.05) - Accepted

Interpretation

Table 4 represents that p value 0.011. Since p value less than 0.05, the null hypothesis is rejected at 5% level of significance, hence, it is concluded that there is significant relationship between gender and attending webinar during lockdown.

Conclusion

The Covid-19 pandemic changed the way of life of individuals. Corona virus affected the traditional learning technique for scholarly foundations over the world. The organizations of schools, universities and colleges picked online talks/classes as an elective method to continue training. In this time many institutions and organizations discover new answers for crisis, acquire necessary developments and changes. Educators/ educational institutional have gotten routine to conventional techniques for instructing as close and personal talks, and along tolerating any change No other important adjustments to the dynamic circumstance and tolerating the change.

It will be valuable for the training area and could bring a great deal of amazing developments. We can't disregard and overlook the understudies who don't approach all online innovation. Apart from specialized and financial issues understudies additionally detailed a couple of different challenges like absence of collaboration with the teacher, reaction time and Nonattendance of customary study hall socialization. These understudies are less rich and have a place with less educated families with money related assets limitations; subsequently, they may miss out when classes happen on the web. They may miss out on account of the weighty expenses related with computerized gadgets and web information plans. This advanced separation may extend the holes of disparity.

References

- Alon, Titan, et al (2020). The Impact of COVID-19 on Gender Equality. doi:10.3386/w26947.
- Bai, John (Jianqiu), et al (2020). The Future of Work: Work from Home Preparedness and Firm Resilience During the COVID-19 Pandemic. SSRN, 2 June. papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3616893.
- Bartik, Alexander, et al (2020). What Jobs Are Being Done at Home During the COVID- 19 Crisis? Evidence from Firm-Level Surveys. SSRN, 26 June, papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3634983.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Coibion, Olivier, et al (2020). Labor Markets During the COVID-19 Crisis: A Preliminary View. NBER, 16 Apr, www.nber.org/papers/w27017.

Irlacher, Michael, and Michael Koch (2020). Working from Home, Wages, and Regional Inequality in the Light of COVID-19. SSRN, 22 Apr, papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3582329.

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF PRIMARY MYELOFIBROSIS IN YOUNG PATIENTS UNDER 40 YEARS

Sghibneva-Bobeico Nina^{1,2}
Vasile Musteata^{1,2}
Maria Robu^{1,2},

1 Institute of Oncology, Department of Hematology; Chisinau, Republic of Moldova

2 State University of Medicine and Pharmacy "N. Testemitanu", Discipline of Hematology

ABSTRACT

Primary myelofibrosis (PM) is a chronic myeloproliferative disorder that belongs to the group of chromosome Philadelphia-negative neoplasm. The etiology is still unknown. The clinical manifestations are determined by chronic inflammation that defines constitutional symptoms such as weakness, dizziness, weight loss, nocturnal transpiration, fever, and those symptoms which are determined by organomegaly. The most often organs that are affected by extramedullary hematopoiesis in the spleen and liver. Sometimes the extramedullary hematopoiesis can be found in the lung, skin, central nervous system. The WHO criteria for confirmation include genetic mutations, histological changes, anemia, high level of white blood cells, leukoerythroblastosis, elevated level of LDH, and splenomegaly. Genetic mutations such as Janus kinase 2, MPL, and CARL. These mutations can be found in 90%. Approximately 10 % are triple-negative with poor prognosis in comparison with Jak2, MPL, CARL positive.

The PM in young patients is rare, but PM in children is very rare and associated with other malformations.

Objective. Identification of clinical features of PM in young patients.

Design. This study is retrospective.

Results. This is the newest data of our study in which we included 44 patients with PM under 40 years. The 10 patients are men and 34 women. The patients were divided into three groups according to age. In the first group, clinical manifestations are a massive splenomegaly in all patients and no changes in the complete blood count. In the third group, the increased level of platelets was more common in 53.3% and an increased level of hemoglobin. The size of the liver in most cases was within the normal range. In group 1st- 4.5%, in group 2nd- 18.2%, and in group 3rd -29.5%.

For patients from the second group, the thrombocytosis and splenomegaly were found in the entire group of varying severity.

Conclusion: This analysis did not reveal any dependence of organomegaly on age or peripheral blood counts. The organomegaly was characteristic for patients under 20 years and older 30 years. The changes in complete blood count are more characteristic for patients older 30 years.

Key words: primary myelofibrosis, splenomegaly, thrombocytosis.

INTRODUCTION

Hematology is a branch of medicine that deals with the treatment of various types of blood cancer. Acute leukemia, myeloma, malignant lymphomas and chronic leukemias are classified as hematological malignancies. A separate group is made up of chronic myeloproliferative diseases, including chronic myeloid leukemia and pathologies such as polycythemia vera, essential thrombocythemia and primary myelofibrosis (PM).

According to the 2016 WHO WHO Classification of tumors of haematopoietic and lymphoid tissues, published in 2017, the group of BCR-ABL-negative myeloproliferative processes includes [1,2]:

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Polycythemia vera or erythremia
- Essential thrombocythaemia
- Primary myelofibrosis
- Chronic neutrophilic leukemia
- Chronic eosinophilic leukemia
- Unclassifiable myeloproliferative neoplasms.

It should be noted that according to the revision of this classification, mastocytosis is no longer part of the category of chronic myeloproliferative processes [2]. For idiopathic myelofibrosis, the review resulted in the division of the process into two stages: the prefibrotic PM and the overt fibrotic PM.

For myeloproliferative neoplasms, some common aspects are characteristic:

- Etiology is unknown.
Some of the possible factors may be chemicals, radiation or viruses. At present there are no definite data for these theories.
- The presence of proliferation of one or more myeloid lines in the bone marrow and / hematopoietic extramedullary foci. Most often it affects the spleen, less often the liver, lungs, adrenal glands with the development of myeloid metaplasia.
- The clinical and hematological manifestations depend on the presence of the hyperproliferated myeloid line and the involvement of the organs in the pathological process.
- The possibility of reciprocal transformation of myeloproliferative processes [5,6].

Primary myelofibrosis or idiopathic myelofibrosis was mentioned for the first time in the literature in 1879 when was describing a patient with a giant spleen and generalized fibrosis of the bone marrow in article 'Two Cases of Leukemia and Peculiar Blood and Bone Marrow Findings' [4,5].

For confirmation, 3 major criteria are required:

1. Proliferation and atypia of megakaryocytes accompanied by either reticulin and/or collagen fibrosis grades 2 or 3 on a scale of 0 to 3
2. Not meeting WHO criteria for ET, PV, BCR-ABL1+ CML, myelodysplastic syndrome, or other myeloid neoplasm
3. Presence of JAK2, CALR, or MPL mutation or in the absence of these mutations, presence of another clonal marker or absence of reactive myelofibrosis and one of the minor:
 1. Anemia not attributed to a comorbid condition
 2. Leukocytosis $\geq 11 \times 10^9/L$
 3. Palpable splenomegaly
 4. LDH increased to above upper normal limit of institutional reference range
 5. Leukoerythroblastosis [2].

According to the literature, the mean age at diagnosis is 65 years.

Recently, more and more often the diagnosis is confirmed in persons under 60 years. PM in children is very rare and is most often associated with multiple malformations.

The absence of the common clinical picture is difficult for therapists, which leads to the fact that patients are diagnosed at a later stage. Progressive weakness, decreased performance, and weight loss is most commonly noticed. Weakness can be attributed to two mechanisms. The first is anemia and the second cause of this

complaint may be chronic inflammation, which causes interleukin imbalances and causes constitutional symptoms. Fever also constitutes constitutional symptom. Myeloid metaplasia can occur the spleen, liver, pleura and with involvement of the kidneys, skin, central nervous system, causing a clinically atypical for PM.

Splenomegaly is very common in PM. The slowly growing spleen for years may not bother patients, which is why the diagnosis of the disease often occurs in the later stages. A small

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

number of patients develop acute pains in the left hypochondrium, a temperature that is caused by a spleen infarction.

An enlarged liver is also characteristic of PM. The main complaints are discomfort in the right hypochondrium and pain. Hepatomegaly is more likely to bother patients than an enlarged spleen. Recently, there has been a tendency towards an increase in the number of young patients with PM diagnosed at an early stage. This is due to the fact that the medical service has improved and at the slightest change, patients are sent to specialist consultations to determine the problem. However, other difficulties arise. For example, if it is easier to work with people over 65 thanks to the developed scores. Therefore, questions about myeloproliferative pathologies in young patients are of interest to specialized specialists.

Objective

Identification of clinical characteristic of primary myelofibrosis in patients under 40 years.

Design

In this retrospective study, the data of 44 patients with PM, registered with the Department of Hematology of the Oncological Institute of the Republic of Moldova, were analyzed. These patients were divided into three groups according to age: 18-20 years old, 21-30 years old, and 31-40 years old. This is the newest data which include all new-diagnosed young people with PM.

Results.

We started our data analysis with manifestations of proliferative syndrome. The myeloid metaplasia occurs usually the spleen. Spleen size was normal according to the ultrasound data in 4 cases, 2 from 2-nd group and 2 from 3-rd. All patients in the group under 20 years had severe splenomegaly. The same large size of the spleen was found in the third group - 20.5%.

Tab.1. The spleen sizes

	I group	II group	III group
Normal size	-	2 4.54%	2 4.54%
Mild splenomegaly < 5 cm below costal margin	-	1 2.27%	9 20.45%
Moderate splenomegaly 5-7 cm below costal margin	-	3 6.81%	7 15.9%
Severe splenomegaly > 7 cm below costal margin	5 11.36%	3 6.81%	9 20.45%
Splenectomy	-	1 2.27%	2 4.54%

The size of the liver in most cases was within the normal range. In group 1st- 4.5%, in group 2nd- 18.2%, and in group 3rd -29.5%.

Of greater interest are data from a complete blood test.

Hemolytic anemia was observed in all three groups: 4.54%, 2.27% and 4.54%, respectively. A normal hemoglobin level was observed in a total of 23 patients from all three groups, which is more than half of the total. But attention is drawn to the fact that in the group over 31 years old there were cases with an increased hemoglobin content at 11.36%. The highest elevated hemoglobin level was 231 g/L.

Tab. 2. The hemoglobin levels.

	I group	II group	III group
High level >160g/l for man, >140 g/l for woman, N, %	0	0	5 11.36%
Normal range 120-140 g/l, n, %	2 4.54%	6 13.63%	15 34.0%
Anemia <110 g/l, n, %	1 2.27%	3 6.81%	7 15.9%
Hemolytic anemia N; %	2 4.54%	1 2.27%	2 4.54%

The second indicator of the complete blood counts that we analyzed was the level of leukocytes. The highest leukocyte count was observed in group 3 in 38.63% of patients. The same group had the largest number of patients with leukopenia - 6.81%. In the same group, 20.45% of cases had a normal leukocyte count. In the second group, in 13.63%, the number of leukocytes was found to be within the normal range. In the first group, the overwhelming majority of patients had a normal level of leukocytes - 13.63%.

Analyzing the data on the level of platelets, it was found that in 47.72% of patients from the third group over 31 years old, thrombocytosis was noted. In the second group, an increased level of platelets was found in 13.63% of cases, and only 1 patient - 2.27% of the first group had characteristic thrombocytosis.

Tab. 3. The platelets count.

	I group	II group	III group
Trombocytopenia <150 x 10 ⁹ /l, n, %	-	1 2.27%	2 4.54%
151,0-400,0 x 10 ⁹ /l, n, %	4 9.09%	3 6.81%	4 9.1%
>401,0 x 10 ⁹ /l, n, %	1 2.27%	6 13.6%	23 52.3%

Conclusions.

The clinical aspects are different for different age. In the group of patients up to 20 years old, the main sign was splenomegaly, and over 20 years, the main feature was CBC changes with moderate proliferative syndrome or without organomegaly. This analysis did not reveal any dependence of organomegaly on age or peripheral blood counts. Hemolytic anemia can occur at any age.

Bibliography:

1. Arber D et al., (2016). The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. BLOOD, 19 MAY 2016 x VOLUME 127, NUMBER 20, p 2391-2405.
2. Barbui T, et al., (2018). The 2016 WHO classification and diagnostic criteria for myeloproliferative neoplasms: document summary and in-depth discussion. Blood Cancer J. doi: 10.1038/s41408-018-0054-y, PMCID: PMC5807384, PMID: 29426921
3. Le Bousse-Kerdiles M.C. (2003). Second International Congress: Myeloproliferative Diseases and Myelodysplastic Syndromes. New York, p. 33.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

4. Heuck, G (1879). "Zwei Fälle von Leukämie mit eigenthümlichem Blut- resp. Knochenmarksbefund". Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medicin. 78 (3): 475-496. doi:10.1007/BF01878089. S2CID 32911188.
5. Lichtman MA, (2005). "Is it chronic idiopathic myelofibrosis, myelofibrosis with myeloid metaplasia, chronic megakaryocytic-granulocytic myelosis, or chronic megakaryocytic leukemia? Further thoughts on the nosology of the clonal myeloid disorders". Leukemia. 19 (7): 1139-41. doi:10.1038/sj.leu.2403804. PMID 15902283. S2CID 20399830.
6. Л.М. Мещерякова et al., (2011). Первичный миелофиброз, Онкогематология, р. 50-57

GERİATRİK HASTADA INR YÜKSEKLİĞİ: OLGU SUNUMU
INR HEIGHT IN GERIATRIC PATIENT: A CASE REPORT

Şimşek ÇELİK
Yusuf Kenan TEKİN
İlhan KORKMAZ
Sefa YURTBAY

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Anabilim Dalı, Sivas

ÖZET

Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların prevalansı artmakta ve ilişkili olarak yaşlı birey fazla sayıda ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır. Yaşlı popülasyonla beraber artan kardiyovasküler komorbidite, oral antikoagülan kullanımını da arttırmaktadır. Warfarin tedavisi alan hastalarda gelişebilecek en ciddi yan etki organ ve dokularda oluşabilecek kanamalardır. Biz acil serviste koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon ve valvüler kalp hastalığı nedeniyle warfarin kullanan, acil servise hematüri ile başvuran geriatric yaş grubundaki bir vakayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Geriatric Hasta, INR yüksekliği

ABSTRACT

In old age, the prevalence of chronic diseases increases and the elderly person has to use a large number of drugs. Increasing cardiovascular comorbidity with the elderly population also increases the use of oral anticoagulants. The most serious side effect that may develop in patients receiving warfarin therapy is bleeding in organs and tissues. We present a case in the geriatric age group who used warfarin for coronary artery disease, atrial fibrillation and valvular heart disease and applied to the emergency department with hematuria.

Key Words: Emergency Service, Geriatric Patient, INR Elevation

Giriş

Tüm dünya da beklenen yaşam süresinin artması; toplumların yaşlanmasına ve sağlık hizmetlerinde yaşlılara yönelik sorunlarla daha sık karşılaşılmasına neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların prevalansı artmakta ve ilişkili olarak yaşlı birey fazla sayıda ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır (1). Yaşlanan popülasyonla beraber artan kardiyovasküler komorbidite, oral antikoagülan kullanımını arttırmaktadır. Bu sebeple en yaygın kullanılan farmakolojik ajanlar K vitamini antagonistleridir ve bu ajanlar morbidite ve mortalitenin artışı ile ilişkilidir (2). K Vitamin antagonisti olan warfarin; valvüler kalp hastalığı, atriyal fibrilasyon, derin ven trombozu, pulmoner emboli, ortopedik cerrahi, miyokard enfarktüsü gibi çeşitli patolojik durumlarda profilaksi ve tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Warfarin tedavisi alan hastalarda gelişebilecek en ciddi yan etki organ ve dokularda oluşabilecek kanamalardır. (3) Atriyal fibrilasyon en sık görülen kardiyak aritmidir. 2050 yılına kadar ABD'de 6-12 milyon kişinin ve 2060 yılına kadar Avrupa'da 17,9 milyon kişinin bu durumdan etkileneceği tahmin edilmektedir (4). Biz acil serviste koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon ve valvüler kalp hastalığı nedeniyle warfarin kullanan, acil servise hematüri ile başvuran geriatric yaş grubundaki bir vakayı sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Altmış dokuz yaşında, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon ve valvüler kalp hastalığı nedeniyle warfarin kullanımı olan, bir bayan hasta acil servise 2 gündür olan idrarda kanama nedeniyle başvurdu. Hasta anamnezinde evde yalnız yaşıyordu ve ilaçlarının kullanım zamanını ve miktarını sıklıkla unuttuğunu ifade etti. Travma öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenesinde patolojik bir

bulguya rastlanmadı. Laboratuvar tahlillerinde; hemoglobin değeri 13,2 g/dL saptandı. INR düzeyi 9,4 ve haftalık önerilen warfarin kullanım dozu 35 mg idi. Biyokimya sonuçları normal olarak değerlendirildi. Tam idrar tetkikinde (TİT) bol eritrosit görülmüştür. Hasta kardiyoloji ve üroloji bölümleri ile konsülte edildi. Kardiyoloji ve ürolojinin önerisi INR düzeyinin düşürülmesi oldu. Her iki bölümde hastaya yatış düşünmedi. Hastanın INR değerinin yüksek tespit edilmesi nedeniyle koagülasyon faktör 2, 7, 9, 10 içeren ilaç infüzyonu yapıldı. İnfüzyon sonrası tekrar INR kontrolü yapıldı ve sonuç 4.4 çıktı. Takiplerinde hematürisi devam eden hasta, ilaç düzeyini ayarlamak ve mesane sondası takılıp, hematüri takibi için acil servise yatış verilerek takip edildi. Takiplerinde 2. gün INR düzeyi 5.6 olan hastaya 1 ünite taze donmuş plazma (TDP) verildi ve sonrasında INR değeri 3,2 olarak ölçüldü. 3. gün hastaya kontrol INR bakıldı ve 2.9 ölçüldü. 3. gün hematürisi de düzelen hastanın ilaç düzeyi ayarlandı, kullanım şekli planlandı ilacın önemi ve riskleri hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilerek taburcu edildi.

Tartışma

Yaşlı nüfus dünya çapında artmakta ve bunun sonucunda 80 yaşın üzerindeki bireylerin sayısının 125'ten 434 milyona, 2050'ye kadar iki katından fazla artması beklenmektedir. Tüm dünyada yaş ortalamasının giderek artmasıyla geriatrik hastaların değerlendirilmesi ve bakımı önem kazanmaktadır. Yaşlı bir hastanın doğru tanı ve tedavi alması, hayat kalitesinin artırılması ve fonksiyonel bağımsızlığını sürdürmesi için kapsamlı geriatrik değerlendirme şarttır (5). Unutkanlık ve hafıza fonksiyonlarında azalma, yaşlılarda oldukça sık görülen yakınmalardır. Toplum temelli çalışmalarda, yaşlılardaki hafıza ile ilgili yakınmaların prevalansının %25-50 arasında olduğu saptanmıştır (6). Demans bellek başta olmak üzere pek çok bilişsel işlevde ilerleyici bozulma ile karakterize, mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmaya yol açan ve yıkımla sonlanan bir hastalıktır. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerde demans görülme sıklığı %10-15, 80 yaş ve üzerinde ise %40-50'dir (7-9). Yaşlı insanlar arasında, hastaneye yatmayı gerektiren çoklu kronik durumlar ve tekrarlayan akut hastalıklar sık görülür. Bu koşullardan biri atriyal fibrilasyondur (10) Atriyal fibrilasyonun yönetimindeki gelişmelere rağmen, bu durumdaki hastalar kardiyovasküler komplikasyonlar açısından yüksek risk altındadır. Atriyal fibrilasyon (AF) genel popülasyonun %1- 2'sinde görülen, en yaygın rastlanan kardiyak aritmidir (3). Atriyal fibrilasyon insidansının ve prevalansının son 20 yılda arttığı ve özellikle orta sosyo-demografik indekse sahip ülkelerde, en büyük salgın hastalıklardan ve halk sağlığı sorunlarından biri haline gelecek şekilde önümüzdeki 30 yılda artmaya devam edeceği görülmektedir. (4) AF ölüm, inme ve diğer tromboembolik olayların oranlarında artış, kalp yetersizliği ve hastaneye yatışlar, bozulmuş yaşam kalitesi, azalmış egzersiz kapasitesi ve sol ventrikül (LV) işlev bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir (3). AF hastalarının tedavisinde, AF ile ilişkili ağır komplikasyonların önlenmesi ve semptomların azaltılması amaçlanmaktadır. AF ile ilgili komplikasyonların önlenmesi antitrombotik tedaviye, ventrikül hızının kontrolüne ve eşlik eden kardiyak hastalıkların yeterli ve uygun tedavisine bağlıdır. Antitrombotik tedavi AF tedavi kılavuzunda da tanımlandığı gibi CHADsVASc skorlama sistemine dayanarak yapılmaktadır (11). Antikoagülan düzeyi gerçek protrombin zamanı ve standartlaştırılmış kontrol serum arasındaki orandan elde edilen INR ile ifade edilmektedir. Etkin INR değeri metalik protez kapak hastalarında 2.5-3.5 iken; atriyal fibrilasyon, pulmoner emboli ve derin ven trombozu hastalarında 2.0-3.0 olması önerilmektedir (12). Düşük INR değerlerinde inme riski artarken, yüksek INR değerlerinde ise kanama riski artmaktadır. Bu iki durum arasındaki dengeyi sağlamak için, valvüler kapak hastalığı bulunmayan AF hastalarında inmenin ve sistemik embolilerin önlenmesi için INR değerinin optimal aralığı 2.0-3.0 olmalıdır (3). Warfarin tedavisi alan hastalarda gelişebilecek en ciddi yan etki organ ve dokularda oluşabilecek kanamalardır (13). Kanama yerleri sıklık sırasına göre nazofarenks (%35), yumuşak doku (yara dahil, %21), gastrointestinal sistem (%15), üriner sistem (%15), intrakranyal (%4), toraks (%3), intraoküler (%2), retroperiton (%1) ve eklem (%0,5) lokalizasyonundadır (14).

Sonuç

Bizim vakamızda da görüldüğü gibi geriatrik hasta grubu, ilaçlarını zaman ve doz açısından düzenli kullanmakta sıkıntı yaşayabiliyorlar. AF başta olmak üzere hastaların sıklıkla kullandığı warfarin gibi önemli ve dar terapötik aralığa sahip ilaçların önemi bu hasta gruplarına ve yakınlarına detaylı bir şekilde anlatılmalıdır. Ayrıca INR takibini düzenli yaptırılmaları, ilaç ve gıda etkileşimleri konusunda

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

dikkatli davranmaları hasta ve yakınlarına detaylı bir şekilde anlatılmalı ve gerektiğinde hemen takip eden hekime yönlendirilmesi çok büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Dem, A. S., Akca, R., Emre, U., Ünal, A., Acıman, E., & Akca, F. (2012). Acil Servise Başvuran Nörolojik Hastalık Tanısı Alan Geriatrik Populasyonda Eşlik Eden Hastalıklar ve İlaç Kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(2), 151-155.
2. Çakır, A., Karakaya, Z., & Efgan, M. G. Varfarin İlişkili İntrakraniyal Kanamalarda Protrombin Kompleks Konsantresi Kullanım Deneyimlerimiz.
3. Erken, H., Candemir, B., Tulunay Kaya, C., Özcan, Ö. U., & Gerede, M. (2012). Kronik warfarin kullanan bir hastada serratus anterior kası içinde spontan gelişen bir hematoma olgusu ve literatür incelemesi. *MN Kardiyoloji*, 19(4), 198-200.
4. Lippi, G., Sanchis-Gomar, F. ve Cervellin, G. (2021). Atrial fibrilasyonun küresel epidemiyolojisi: Artan bir salgın ve halk sağlığı sorunu. *Uluslararası İnce Dergisi*, 16 (2), 217-221.
5. Rosenthal RA, Kavic SM. Assessment and management of the geriatric patient. *Crit Care Med* 2004; 3:92-105.
6. Işık AT. Unutkanlığı Olan Yaşlıya Yaklaşım. *Journal Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry* 2009; 1:33-8.
7. Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisodia SS. Alzheimer hastalığı. In: Hakan Gürvit, editör. İstanbul: Yelkovan yayıncılık; 2001.
8. Karaman Y. Alzheimer hastalığı ve Diğer Demanslar. 1st ed. Ankara: Lebib Yalkın Matbaası; 2002.
9. Souder E, Beck C. Overview of Alzheimer's disease. *Nurs Clin North Am* 2004; 39:545-59.
10. Ekerstad, N., Karlsson, T., Söderqvist, S., & Karlson, B. W. (2018). Hospitalized frail elderly patients—atrial fibrillation, anticoagulation and 12 months' outcomes. *Clinical interventions in aging*, 13, 749.
11. Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal* 2010;(31):2369-429.
12. Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savaliev I, Atar D, Hohnloser SH, et al. Atrial fibrilasyon tedavisi ESC kılavuzunun 2012 odaklı güncellemesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2013;41(Suppl. 3):53–81.
13. Levine MN, Raskob G, Beyth RJ, Kearon C, Schulman S. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. *Chest* 2004; 126:287-310.
14. Landefeld S, Beyth R. Anticoagulan trelated bleeding: Clinical epidemiology, prediction and prevention. *Am J Med* 1993; 95:315-28.

YAŞLI BİREYLERDE KALİTELİ BİR UYKU İÇİN AROMATERAPİ
AROMATHERAPY FOR QUALİTY SLEEP İN ELDERLY İNDİVİDUALS

Emre ERKAL

Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakımı Pr. Artvin, Türkiye
ORCID: 0000-0003-0553-2025

ÖZET

Ortalama yaşam süresinin artması ile yaşlı nüfusu ve yaşlıların toplum içindeki oranı artmıştır. Yaşlanma çok boyutlu bir kavramdır ve yaşlılık döneminde bir takım fizyolojik değişiklikler görülmektedir. Uyku düzenindeki değişiklikler normal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak kabul edilir. Yaşlılarda toplam uyku süresi, uyku verimliliği ve uyku derinliği azalmakta olup gece uyanma sayısı, gece uyanık geçirilen süre ise artmaktadır. Uyku bozuklukları yaşlılarda kognitif ve motor performans, duygu durum, zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahiptir. Aromaterapi bitkilerden elde edilen uçucu yağların terapötik amaçlı kullanımı esasına dayanmaktadır. Uykusuzluğun uygun şekilde yönetilmesi, depresyon, engellilik ve bozulmuş yaşam kalitesi dahil olmak üzere uykusuzlukla ilgili morbiditeleri tersine çevirmektedir ve bu kapsamda aromaterapi yaşlılarda uyku kalitesini artırmak amacıyla kullanılmakta olup yaşlı bireylerin uyku kalitesi için önemli bir yer tutmaktadır. Hemşireler yaşlılarda sağlıklı ve kaliteli bir uykunun sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin hasta bakımlarını geliştirmek ve yaşlılardaki uyku kalitesini artırmak için aromaterapiyi kullanması ve farklı bu kapsamda yeni çalışmalar yapılarak alana yeni kanıtların kazandırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Uyku Kalitesi, Aromaterapi

ABSTRACT

With the increase in average life expectancy, elderly population and the rate of elderly individuals in the society have increased. Aging is a multi-dimensional concept and some physiological changes occur in old age. Changes in sleep patterns are considered to be a part of the normal aging process. The total sleep time, sleep efficiency and depth of sleep decrease in the elderly, while the number of night awakenings and the time spent awake at night increase. Sleep disorders have a significant negative effect on cognitive and motor performance, mood, mental and physical health in elderly individuals. Aromatherapy is based on the therapeutic use of essential oils obtained from plants. Proper management of insomnia reverses insomnia-related morbidities, including depression, disability and impaired quality of life, and in this context, aromatherapy is used to improve sleep quality in the elderly and has an important place in the sleep quality of elderly individuals. Nurses have an important role in maintaining a healthy and quality sleep in elderly individuals. It is recommended that nurses use aromatherapy to improve patient care and improve sleep quality in the elderly, and to gain new evidence in the field by conducting new studies in this context.

Key Words: Elderly, Sleep quality, Aromatherapy

Giriş

Daha kaliteli sağlık hizmeti, yeterli miktarda yiyecek ve çocuk ölümlerinin azalması ile birlikte insan ömrü beklentisi artmıştır ve insanlar yaşlandıkça bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir(1, 2). Hem nesnel hem de öznel uyku sürecinde artan yaşla beraber bir takım değişiklikler meydana gelir (3).

Fizyolojik faktörlerin ve davranışsal süreçlerin etkileşimini içeren uyku, çevreden algısal olarak ayrılmanın ve çevreye tepki vermemenin tersine çevrilebilir davranışsal hali olarak tanımlanır (1).

Normal yaşlanmadaki diğer birçok fizyolojik değişikliklerle birlikte uyku düzeni, tıbbi komorbidite ve ilaçlar gibi birçok faktörden bağımsız olarak yaşlanma ile değişmekte olup bu değişimin sadece sirkadiyen ve homeostatik süreçlerdeki değişikliklerle değil, aynı zamanda yaşlanmadaki bazı normal fizyolojik ve psikososyal değişikliklerle de ilişkili olduğu ifade edilmektedir (4). Aromaterapi fiziksel, zihinsel ve ruhsal sağlığı iyileştirmek için bitkilerden elde edilen uçucu yağların terapi olarak kullanılması esasına dayanmaktadır (5). Aromaterapinin uyku kalitesini artırmada önemli etkisi vardır (6). Hemşireler yaşlılardaki bedensel ve ruhsal hastalıkların uyku düzenini bozacağını bilmeli ve bundan dolayı uyku örüntüsündeki sapmaları saptamak amacıyla gözlem yapmalı, yaşlı bireylerin uyku sorunlarını dinlemeli ve sorunlarını göz ardı etmemelidir (7). Hemşirelerin yaşlı bireylerde uyku kalitesinin sağlanmasına önemli bir yeri vardır ve aromaterapi gibi bir uygulamayı yaşlılardaki uyku kalitesini sağlamak için kullanmalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu derlemenin yaşlılarda aromaterapinin uyku kalitesi üzerindeki etkileri hakkında bilgi vermek amacıyla yazıldı.

Yaşlılarda Uyku Kalitesi ve Aromaterapi

Yaşlanma, insan vücudundaki hemen hemen tüm hücre, organ ve sistemleri etkileyen, ilerleyici bir işlevsel bozulma ve homeostaz kaybına neden olan çok faktörlü bir durumdur (8). İnsanlar yaşlandıkça, hormon üretiminde azalma, oksidatif strese artış, hücrelere yeterli oksijen talebini sağlamada zorluk ve fiziksel işlevlerde bozulma gibi bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelir (2).

Kaliteli su, gıda, hijyen, barınma ve yaşam tarzı, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama ve iyileştirilmiş tıbbi bakım uygulamaları ile birlikte 70 yaş sonrası ölüm oranlarının önemli ölçüde azaldığı belirtilmektedir (9). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2015 ve 2050 arasında, 60 yaş üstü dünya nüfusunun oranının %12'den %22'ye çıkacağı tahmin edilmektedir (10). Ülkemizde ise TÜİK 2020 verilerine göre yaşlı nüfus oranının %22,5 artarak %9,5'e yükseldiği belirtilmekte ve bu oranın 2025'de %11,0, 2030'da %12,9, 2040'da %16,3, 2060'da %22,6 ve 2080'de ise %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (11).

Uykunun yaşlı bireylerde sağlık ve esenlik için önemli olduğu belirtilmektedir ve önemi git gide artmaktadır (12). Uyku önemli bir süreçtir ve kas-iskelet veya zihinsel yorgunluktan kurtulmayı kolaylaştırarak dinlenmeyi, dengeyi, insan sağlığını korumayı ve stresten kurtulmayı sağlar (13). Artan yaşla birlikte hem öznel hem de nesnel uykunun değiştiği belirtilmektedir (3). Toplam uyku süresinin, uyku verimliliği ve derin uykunun (yavaş dalga uykusu) yaşlanma ile azaldığı ve gece uyanma sayısının, gece uyanık geçirilen sürenin yaşlanmayla birlikte arttığı ifade edilmektedir (4). Uyku düzenindeki değişiklikler normal yaşlanma sürecinin bir parçasıdır ve yaşlı insanların sık sık uyanma nedeniyle uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çektiği ifade edilmektedir (12). Çin'de huzurevinde kalan yaşlılardaki kötü uyku prevalansının %67,3, Türkiye ise huzurevinde kalanlarda bu oranın %60,3 olduğu bulunmuştur (14, 15). Kuzey Tayland'da yapılan bir çalışmada da yaşlıların %44'ünün kötü bir uyku kalitesine sahip olduğu ifade edilmiştir (16). Yaşlı bireylerin önemli bir kısmının uyku sorunu yaşadığı ve yaş arttıkça uyku problemlerinin daha fazla deneyimledikleri belirtilmektedir (17).

Uyku sorunları, kognitif, motor performans ve duyu durum gibi alanlarda yaşlı bireyler üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır ve uyku bozukluğuna bağlı dikkatte, uyanıklıkta azalma, ayak takılması ve düşmeler gibi kazalar meydana gelebilmektedir (18). Uyku sorunları yaşam kalitesini bozarak zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde önemli olumsuz bir etkiye sahiptir ve sağlık bakım maliyetlerini artırmaktadır. Ayrıca metabolik, endokrin ve bağışıklık sistemlerini de bozabileceği belirtilmektedir (19). Yaşlılarda uyku bozuklukları için bilişsel davranışsal terapiler, parlak ışık tedavisi, masaj, aromaterapi, akupunktur gibi non farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır (17).

Tamamlayıcı alternatif tedaviler tıbbi tedavi ile birlikte veya tıbbi tedaviye ek olarak uygulanabilmektedir (20). Dünya çapında hızla büyüyen bir tamamlayıcı terapi olan aromaterapi birçok ülkede hasta merkezli ve bütüncül bir yaklaşım olarak kullanılmaktadır (21). Aromaterapi, fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığın iyileştirilmesi için bitkilerden (çiçekler, otlar veya ağaçlar) elde edilen yüksek konsantrasyonlu maddeler olan uçucu (esansiyel) yağların terapötik kullanımınıdır (5, 22). Aromaterapi kapsamında kakule, karabiber, rezene, lavanta, defne, okaliptüs, nane, çam, papatya,

yasemin gibi bitkilerden elde edilen uçucu yağlar kullanılabilenmektedir (21). Uçucu yağlar inhalasyon, oral, masaj veya cilt uygulamaları dahil çeşitli yöntemlerle uygulanmaktadır (23).

Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan inhaler lavanta yağı ile aromaterapi uygulamasının yaşlıların uyku kalitesini anlamlı olarak arttırdığı bulunmuştur (24). Demanslı yaşlı bireylerde inhalasyon aromaterapisinin uyku bozukluğu semptomları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur (25). Huzurevindeki yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışma inhaler lavanta aromaterapisinin yaşlı bireylerin uyku kalitesini arttırdığını göstermiştir (26). Aromaterapi el masajının yaşlıların uyku bozukluğu üzerinde olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur (27). Lavanta esanslı aromaterapinin, yaşlılarda uyku kalitesini ve uyku ile ilgili diğer yönleri iyileştirmede olumlu bir etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir (28). Demanslı yaşlı bireylere 2 hafta uygulanan aromaterapi el masajının uyku bozukluğu üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (29). Yapılan yarı deneysel bir çalışmada aromaterapinin yaşlıların uyku kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir (30). Benzer şekilde yapılan bir meta analiz çalışması aromaterapinin yaşlı bireylerin uyku kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermiştir (13).

Hemşireler yaşlılarda bulunan bedensel ve ruhsal hastalıkların, huzurevi, hastane gibi yabancı ortamlarda kalmanın veya çeşitli ilaç kullanımlarının yaşlıların uyku düzenini bozacağını bilmeli ve bundan dolayı uyku örüntüsündeki sapmaları saptamak amacıyla gözlem yapmalı, yaşlı bireylerin uyku sorunlarını dinlemeli ve sorunlarını göz ardı etmemelidir (7).

Aromaterapi önemli bir hemşirelik girişimi olarak kabul edilir ve NIC (Nursing Interventions Classification/ Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması)'te yer verilmiştir (31). Aromaterapi, uygulaması kullanılmadan önce hemşireler öykü değerlendirmesi yapmalı, hayati belirtileri almalı, semptomu tanımlamalı, hastayı eğitmeli, uyguladığı aromaterapinin etkinliğini değerlendirmeli ve bakım planını kayıt altına almalıdır (21).

Sonuç ve Öneriler

Yaşlanma süreci uyku ve uyku örüntüsündeki bozulmaları meydana getirmektedir. Bu kapsamda yaşlı bireyler daha fazla uyku problemi yaşayabilmekte ve bundan dolayı uyku kalitesinin sürdürülmesi için ek desteklere ihtiyaç duyabilmektedir. Uykusuzluğun uygun şekilde yönetilmesi, depresyon, engellilik ve bozulmuş yaşam kalitesi dahil olmak üzere uykusuzlukla ilgili morbiditeleri tersine çevirme potansiyeline sahiptir. Aromaterapi bitkilerden edilen uçucu yağların terapötik amaçlı kullanım esasına dayanan bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda aromaterapinin yaşlılarda uyku kalitesini iyileştirdiği bulunmuştur. Hemşireler yaşlı bireylerin uyku problemlerinin saptanmasında ve yaşlı bireylerin kaliteli bir uyku sürdürmesinde önemli rollere sahiptir. Bu kapsamda hemşirelerin aromaterapiyi yaşlıların uyku kalitesini artırmak için kullanması tavsiye edilmektedir. Ayrıca bu alanla yeni çalışmaların yapılması ve alana yeni kanıtların kazandırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Mahalakshmi AM, Ray B, Tuladhar S, Bhat A, Bishir M, Bolla SR, et al. (2020). Sleep, brain vascular health and ageing. *Geroscience*. 42(5),1257-83.
2. Nascimento CM, Ingles M, Salvador-Pascual A, Cominetti MR, Gomez-Cabrera MC, Viña J. (2019) Sarcopenia, frailty and their prevention by exercise. *Free Radical Biology and Medicine*.132,42-9.
3. Crowley K. (2011) Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev*. 21(1):41-53.
4. Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. (2018) Sleep in Normal Aging. *Sleep Med Clin*.13(1),1-11.
5. PDQ Integrative, Alternative, and Complementary Therapies Editorial Board. Aromatherapy With Essential Oils (PDQ®): Patient Version. (2021) In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. PMID: 26389261.
6. Tang Y, Gong M, Qin X, Su H, Wang Z, Dong H. (2021). The Therapeutic Effect of Aromatherapy on Insomnia: a Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*. 288,1-9.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

7. Özgür G, Baysan L. (2005). Yaşlılarda Uyku Sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 21(2):97-105.
8. Borgoni S, Kudryashova KS, Burka K, de Magalhães JP. (2021). Targeting immune dysfunction in aging. Ageing Research Reviews. 70,101410.
9. Partridge L, Deelen J, Slagboom PE. (2018). Facing up to the global challenges of ageing. Nature. 561(7721),45-56.
10. Who-Ageing. Who-Ageing 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>].
11. TÜİK. 2020 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227>].
12. Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. (2018). Psychogeriatrics. 18(3),155-65.
13. Her J, Cho M-K. (2021). Effect of aromatherapy on sleep quality of adults and elderly people: A systematic literature review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine. 60:102739.
14. Hu Z, Zhu X, Kaminga AC, Zhu T, Nie Y, Xu H. (2020). Association between poor sleep quality and depression symptoms among the elderly in nursing homes in Hunan province, China: a cross-sectional study. BMJ Open. 10(7):e036401.
15. Orhan FO, Tuncel D, Taş F, Demirci N, Ozer A, Karaaslan MF. (2012). Relationship between sleep quality and depression among elderly nursing home residents in Turkey. Sleep Breath. 16(4),1059-67.
16. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. (2018). Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. Epidemiol Health. 40:e2018018.
17. Dolu İ, Nahcivan N. (2020). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları Nasıl Yönetilmeli? Semptom Yönetimi Teorisi ve Hemşirelik Uygulamalarında Kullanımı. 17 (Ek Sayı), 103-9
18. Özol D, Özvurmaz S. (2018). Yaşlı Hastalarda Uyku ve Uyku Bozuklukları. <https://www.solunum.org.tr/tusaddata/book/677/17102018114822-031> pdf Bölüm. 31,345-54.
19. Yang P-Y, Ho K-H, Chen H-C, Chien M-Y. (2012). Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. Journal of Physiotherapy. 58(3),157-63.
20. Gök Metin Z, Özdemir L. (2016). Romatoid Artrit Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 13(1): 44-9
21. Farrar AJ, Farrar FC. (2020). Clinical Aromatherapy. Nurs Clin North Am. 55(4),489-504.
22. Ali B, Al-Wabel NA, Shams S, Ahamad A, Khan SA, Anwar F. (2015). Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 5(8),601-11.
23. Ramsey JT, Shropshire BC, Nagy TR, Chambers KD, Li Y, Korach KS. (2020). Essential Oils and Health. Yale J Biol Med. 93(2):291-305.
24. Faydali S, Çetinkaya F. (2018). The effect of aromatherapy on sleep quality of elderly people residing in a nursing home. Holistic nursing practice. 32(1), 8-16.
25. Takeda A, Watanuki E, Koyama S. (2017). Effects of inhalation aromatherapy on symptoms of sleep disturbance in the elderly with dementia. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Article ID 1902807
26. Genç F, Karadağ S, Akça NK, Tan M, Cerit D. (2020). The effect of aromatherapy on sleep quality and fatigue level of the elderly: A randomized controlled study. Holistic nursing practice. 34(3),155-62.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

27. Lee S-Y. (2011). Effects of aromatherapy hand massage on anxiety, depression, sleep disturbance and fatigue of the institutionalized elderly. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 13(1):29-36.
28. Nasiri A, Fahimzade L. (2017). The Effect of Inhalation Aromatherapy with Lavender on Sleep Quality of the Elderly in Nursing Care Homes: A Randomized Clinical Trial. *Modern Care Journal*. 14(4), e61602
29. Lee SY. (2008). The effect of aromatherapy hand massage on cognitive function, sleep disturbance and problematic behaviors of elderly with dementia. *Journal of Korean clinical nursing research*. 14(2),115-26.
30. Joseph V, Joseph J. (2016). Effectiveness of aromatherapy and quality of sleep among elderly inmates of selected old age home. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 6(4),511-6.
31. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner CM. (2018) *Nursing interventions classification (NIC)-E-Book*: Elsevier Health Sciences

İNME GEÇİREN YAŞLI BİREYLERDE ÖZ ETKİLİLİK VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

Sena Nur YAPAR¹

Fatma ÖZKAN TUNCAY²

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Türkiye

² Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Sivas, Türkiye

ÖZET

İnmeli hastaların akut evre ve uzun süreli bakımında yetersizlikleri en aza indirmek ve hastanın yaşamını bir başkasına bağımlı olmadan sürdürmesini sağlamak hastalık yönetiminde en temel noktadır. Kronik hastalıkların başarılı yönetilmesinde bireyin güçlü bir kişisel öz etkililik inancına sahip olması gerekir. Yüksek öz etkililiğin, fonksiyon düzeyinin artması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Çalışmada yaşlı inme hastalarında öz etkililik düzeyinin belirlenmesi ve öz etkililiğin günlük yaşam aktivite düzeyine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma bir devlet hastanesinin nöroloji kliniğinde 01 Ağustos-31 Ekim 2021 tarihleri arasında inme tanısı ile yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 130 yaşlı hasta ile yürütülmüştür. Araştırma verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “İnme Öz Etkililik Ölçeği”, “Modifiye Barthel İndeksi” kullanılarak toplanmış ve uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir. Çalışmada hastaların öz etkililik puan ortalaması 22.19 ± 11.25 olarak belirlenmiştir. Ölçek puan aralığına göre hastaların öz etkililik düzeyi orta düzeydir. Modifiye Barthel İndeksi ile bağımsızlık düzeyleri belirlenen hastaların %20,8’i ileri düzey ve tam bağımlı olarak belirlenmiş ve öz etkililik düzeyi ile bağımsızlık düzeyi arasında yüksek düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir. Çalışmada inme geçiren yaşlı hastalarda, öz etkililik ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeylerinin etkilendiği ve iki değişken arasında ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Tedavi sürecinde bu değişkenlerin değerlendirilmesi inmeli hastanın öz bakımının sürdürülmesi ve bağımsızlık düzeyinin artırılması yönünden önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnme, yaşlı, öz etkililik, günlük yaşam aktiviteleri

SELF EFFICACY AND DAILY LIFE ACTIVITIES IN ELDERLY INDIVIDUALS WITH STROKE

ABSTRACT

Minimize the inadequacies in the acute stage and long-term care of stroke patients and enable the patient to continue his/hers life without being dependent on another is the most basic point in disease management. Successful management of chronic diseases, the individual must have a strong belief in personal self-efficacy. It is stated that high self-efficacy is associated with an increase in the level of function. In this study, it was aimed to determine the level of self-efficacy and investigate the effect of self-efficacy on the level of daily living activity in elderly stroke patients. The study was conducted with 130 elderly stroke patients that hospitalized with a diagnosis of stroke in the neurology clinic of a public hospital between 01 August and 31 October and met the inclusion criteria. Research data were collected using "Personel Information Form", "The Stroke Self-Efficacy Questionnaire", "Modified Barthel Index" and analyzed with appropriate statistical methods. The mean self-efficacy score of the patients in the study was determined as 22,19±11,25. According to the scale score range, the self-efficacy level of the patients is moderate. 20,8% of the patients whose independence level determined by the Modified Barthel Index were determined as advanced and fully dependent and a highly significant relationship was obtained between the level of self-efficacy and the level of independence. In the study, it was concluded that the levels of self-efficacy and independence in daily life activities were affected in elderly stroke patients and there was a correlation between the two variables. Assessment of these variables during the treatment process is important in terms of maintaining the self-care and increasing the independence level of stroke patients.

Key Words: Stroke, elderly, self-efficacy, daily life activities.

GİRİŞ ve AMAÇ

İnme, yetişkinlerde kalp-damar hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedenidir ve sakat bırakan hastalıkların başında gelmektedir. İnme sıklıkla yaşlı bireylerde görülen bir nörolojik hastalık olarak kabul edilmekte ve 55 yaşından sonra görülme sıklığı her on yıl için iki kat artmaktadır (Tuncay, 2021).

İnme sonrası oluşan nörolojik hasarlar ve yeti yitimi, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklara sebep olmaktadır. İnmeden sonra hayatta kalan bireylerin %25'i minor yetersizliklerle iyileşmekte, %30-50'si orta/ciddi düzey yetersizlikler deneyimlemekte ve bir başkasının bakımına gereksinim duymaktadır. İnme sonrası yaşanan semptomlar; inmenin türü, etkilenen beyin bölgesi ve infarkt alanının büyüklüğüne bağlı olarak çeşitlilik göstermekle birlikte; semptom yoğunluğunda

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

hastanın yaşı önemli bir belirleyici olmaktadır (Ekici, Çolak ve Kozan, 2019; Koç, 2012; Tuncay, 2021).

İnmeli hastaların akut evre ve uzun dönem bakımında, semptomları kontrol altına almak, yetersizlikleri en aza indirmek ve hastanın yaşamını bir başkasına bağımlı olmadan sürdürmesini sağlamak hastalık yönetiminde en temel noktadır. Kronik hastalıkların başarılı yönetilmesinde bireyin güçlü bir kişisel öz etkililik inancına sahip olması gerekir. Öz etkililik; kişinin yaşamında karşısına çıkan olaylarda etkili olabilmesi için, ihtiyacı olan eylemleri başlatabileceğine ve sonuç alabileceğine olan inancı/kendine duyduğu güven olarak tanımlanmaktadır. Kişinin öz etkililik düzeyi, kendine olan inancını artırmakla birlikte kişisel iyi oluşunu desteklemektedir. Kronik hastalıklarda yüksek öz etkililik düzeyinin; hastalık yönetiminde başarı sağladığı ve semptom kontrolünde etkili olduğu belirtilmektedir. (Kalav, Bektaş ve Ünal, 2022; Kumsar ve Yılmaz, 2014; Topçu ve Oğuz, 2021; Tuncay, 2021). Ayrıca yüksek öz etkililiğin, fonksiyon düzeyinin artması, sakatlığın azalması ve yaşam kalitesinin yükselmesi ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Kalav vd., 2022; Topçu ve Oğuz, 2021). Bu çalışmada hastalık sürecinden daha fazla etkilenen özel bir grup olan yaşlı inme hastalarında öz etkililik düzeyinin belirlenmesi ve öz etkililiğin günlük yaşam aktivite düzeyine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın tipi

İnmeli yaşlı bireylerde öz etkililiğin günlük yaşam aktivitelerine etkisini belirlemeye yönelik tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Çalışma evrenini bir devlet hastanesinin nöroloji kliniğinde 01 Ağustos-31 Ekim 2021 tarihleri arasında inme tanısı ile yatan hastalar oluşturmaktadır. Bu tarih aralığında evreni oluşturan hastalardan örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan tüm hastalar araştırmaya alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 65 yaş ve üzeri olan,
- İlk kez inme geçiren,
- Soruları anlama ve cevap verme düzeyi yeterli olan,
- Çalışmaya katılmak için istekli bireyler olarak belirlenmiş ve iletişimi engelleyecek düzeyde işitme problemi olan bireyler çalışma dışında tutulmuştur.

Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “İnme Öz Etkililik Ölçeği”, “Modifiye Barthel İndeksi” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form hastaların sosyodemografik özellikle (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler) ve hastalığa ilişkin (komorbid hastalık, inmeye bağlı sekeller, kullandığı ilaçlar) bilgilerini sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır.

İnme Öz Etkililik Ölçeği

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

İnme Öz Etkililik Ölçeği (The Stroke Self-Efficacy Questionnaire- SSEQ) inme sonrası iyileşme döneminde hastaların öz etkililik düzeylerini belirlemek üzere Jones ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiştir. 13 maddeden oluşan ölçek, inme geçiren hastaların özyönetim seviyeleri değerlendirmeye yöneliktir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Topçu ve Oğuz tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan 0-39 arasında değişmekte ve ölçekte bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça öz etkililik düzeyi artmaktadır (Topçu ve Oğuz, 2018). Araştırmamızda ölçek Cronbach alfa değeri 0.970 olarak bulunmuştur.

Modifiye Barthel İndeksi (MBİ)

Mahoney ve Barthel (1965) tarafından geliştirilen Barthel İndeksi, Shah ve arkadaşları (1989) tarafından modifiye edilmiştir. Modifiye Barthel İndeksi (MBİ), bireylerin aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. İndeks puanları 0-100 arasında değişmekte, 60 puan sınır olarak kabul edilmekte ve 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklamaktadır. Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmış Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda indeks Cronbach alfa değeri 0.97 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın uygulanması

Araştırma nöroloji kliniğinde araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalar ile yürütülmüştür. Araştırma uygulama sürecine başlamadan önce gerekli izinler alındıktan sonra, hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırma verileri, belirtilen klinikte hasta odasında yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Hastaların günlük yaşam aktivitelerine ilişkin değerlendirmeleri, araştırmacılar tarafından MBİ kullanılarak yapılmıştır. Veri toplama süresi her bir hasta için 10-15 dakika sürmüştür.

İstatistiksel analiz

Araştırmanın verileri SPSS 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek ortalamalarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Z testi ile test edilmiştir. Anket ortalamaları demografik verilere göre test edilirken; normal dağılıma uygun verilerde iki kategorili karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla kategorili karşılaştırmalarda One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Normal olmayan dağılıma uygun verilerde iki kategorili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Uygulama aşamasında yapılacak tüm analizlerde güven seviyesi %95 olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Yaş ortalaması 76.17 ± 7.31 olan bireylerin %50.8'i erkek, %57.7'si evli, %51.5'i ilköğretim mezunudur. Hastaların çoğunluğunun (%96.9) inme dışı bir kronik hastalığı bulunmaktadır. MBİ ile değerlendirilen hastalarının %38,5'inin günlük yaşam aktivitelerinde orta derecede bağımlı olduğu, %56.9'unun bakımında eşi ve çocuklarının destek olduğu belirlenmiştir.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre İnme Etki ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu değişkenlerinin inme öz etkililik düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Tabloda hastaların birlikte yaşadığı kişiler ve bağımlılık düzeyinin öz etkililik üzerinde etkili değişkenler olduğu ve yalnız yaşayan ve tamamen bağımsız olan hastaların öz etkililik puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İnme Etki ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanımlayıcı özellik	n (%)	X±SD	İstatistiksel Analiz
Cinsiyet			
Kadın	64 (49.2)	23.33±11.29	t:1.132
Erkek	66 (50.8)	21.89±11.23	p: 0.260
Medeni durum			
Bekar	55 (42.3)	21.05±11.30	t:0.985
Evli	75 (57.7)	23.03±11.25	p: 0.326
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	57 (43.8)	22.11±11.14	KW:0.049
İlköğretim	67 (51.5)	22.00±11.52	p:0.976
Lise ve üzeri	8 (4.7)	23.20±11.12	
Bakımına yardımcı olan kişi			
Eşi ve çocukları	74 (56.9)	23.32±11.28	KW: 12.082
Çocukları	41 (31.5)	17.68±11.12	p:0.002
Yalnız	15 (11.6)	28.93±6.25	
Modifiye Barthel İndeksine göre bağımsızlık düzeyleri			
Tamamen bağımlı (0-20 puan)	4 (3.1)	1.75±2.21	KW: 81.663
İleri derecede bağımlı (21-61 puan)	23 (17.6)	9.39±7.28	p:0.000
Orta derece bağımlı (62-90 puan)	50 (38.5)	19.74±8.16	
Hafif derece bağımlı (91-99 puan)	36 (27.7)	30.58±5.54	
Bağımsız (100 puan)	17 (13.1)	33.76±5.54	

Hastaların inme/felç geçirdiği andan itibaren zorluk yaşayabileceği bazı görevler/işler ile ilgili öz etkililiklerine ilişkin ifadeleri Tablo 2’de yer almaktadır. Tabloda elde edilen ‘kesinlikle güvenmiyorum’ ve ‘güvenmiyorum’ ifade yüzdeleri bir arada alınarak bulgular yazılmıştır. Buna göre; hastaların %52.3’ü ‘yapmak istediğiniz işler için evinizin her yerine yürüyerek gidebilmek’ ve %60.8’i ‘dışarıda her türlü zeminde kendi başınıza güvenli bir şekilde yürüyebilmek’ becerilerinde kendilerine güvenmediklerini belirtmişlerdir. ‘yorgun hissetseniz bile kendi başınıza giyinmek ve soyunmak’ konusunda %38.2, ‘kendiniz için istediğiniz yemeği hazırlayabilmek’ konusunda %60.8, ‘önerilen egzersiz programını her gün yapabilmek’ konusunda %48.5, ‘inmeden önce yapmaktan hoşlandığınız etkinliklerin birçoğunu yapmaya devam edebilmek’ konusunda %40 oranında hasta, kendilerine güvenmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 2. Hastaların Öz etkililik Düzeylerine İlişkin İfadelerin Dağılımı

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

	Kesinlikle Güvenmiyorum	Güvenmiyorum	Güveniyorum	Çok Güveniyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Her gece yatakta kendi rahatınızı sağlayabilmek.	6 (4.6)	18 (13.8)	46(35.4)	40(46.2)
2. Yorgun olduğunuzda bile yataktan kendi başınıza kalkabilmek.	17(13.1)	26(20.0)	33(25.4)	54(41.5)
3. Evinizdeki her türlü zeminde (halı, ahşap, parke vb.) kendi başınıza birkaç adım yürüyebilmek.	23(17.7)	25(19.2)	32(24.6)	50(38.5)
4. Yapmak istediğiniz işler için evinizin her yerine yürüyerek gidebilmek.	38(29.2)	30(23.1)	29(22.3)	33(25.4)
5. Dışarıda her türlü zeminde (toprak/taş zemin, kaygan/ıslak zemin vb.) kendi başınıza güvenli bir şekilde yürüyebilmek.	53(40.8)	26(20.0)	41(31.5)	10(7.7)
6. Yemek yerken her iki elinizi kullanabilmek.	13(10.0)	24(18.5)	26(20.0)	67(51.5)
7. Yorgun hissetseniz bile kendi başınıza giyinmek ve soyunmak.	26(20.0)	25(18.2)	35(26.9)	44(33.8)
8. Kendiniz için istediğiniz yemeği hazırlayabilmek.	49(37.7)	30(23.1)	36(27.7)	15(11.5)
9. Tedaviniz bittikten sonra da inmenin neden olduğu yetersizlikleri düzeltmek için çaba harcamaya devam etmek.	12(9.2)	32(24.6)	52(40.0)	34(26.2)
10. Size önerilen egzersiz programını her gün yapabilmek.	21(16.2)	42(32.3)	53(40.8)	14(10.8)
11. İnme nedeni ile bazı işleri yapamadığımızda hissettiğiniz olumsuz duygularla başa çıkabilmek.	13(10.0)	32(24.6)	63(48.5)	22(16.9)
12. İnmeden önce yapmaktan hoşlandığınız etkinliklerin birçoğunu yapmaya devam edebilmek.	19(14.6)	33(25.4)	44(33.8)	34(26.2)
13. İnme nedeni ile daha yavaş yaptığınız işleri yaparken zamanla hızlanabilmek.	10(7.7)	27(20.8)	44(33.8)	49(37.7)

İnme Etki Ölçeği, MBİ puan ve yaş ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 3’de yer almaktadır. Hastaların İnme Etki Ölçeği ile MBİ puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki, yaş ortalaması ile İnme Etki Ölçeği ve MBİ puan ortalamaları arasında ise negatif yönde orta düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. İnme Etki Ölçeği, MBİ puan ve yaş ortalamaları arasındaki ilişki

Değişkenler (mean±sd)	İnme Etki Ölçeği	MBİ
İnme Etki Ölçeği (22.19±11.25)	-	0.815*
MBİ (78.82±22.46)	0.815*	-
Yaş ortalaması (76.17±7.31)	-0.414*	-0.375*

*p<0.001

TARTIŞMA

Sağlık alışanlarının önemli görevlerinden biri hastaların, hastalıklarını yönetmede mümkün olduğunca bağımsız olmalarını sağlamaktır. Hastalık yönetimini etkileyen önemli değişkenler arasında hastanın öz etkililik ve bağımsızlık düzeyi yer almaktadır (Topçu ve Oğuz, 2021). Bu çalışmada inmeli hastaların öz etkililik puan ortalaması 22.19±11.25 olarak belirlenmiştir. Ölçek puan aralığı 0-39 olarak değerlendirildiğinde hastaların öz etkililik düzeyi orta düzey olarak tanımlanabilir. Topçu ve Oğuz'un (2021) inmeli hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların öz etkililik puan ortalamaları, çalışmada elde ettiğimiz sonuca yakın değer aralığındadır. Demir ve Atay'ın (2019) alışmasında inme geçiren hastaların %63.5 öz etkililik düzeyinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada öz etkililik düzeyini etkileyen değişkenler hastaların birlikte yaşadığı kişiler ve bağımlılık düzeyleri olarak belirlenmiştir. Yalnız yaşayan hastaların puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonucun, yalnız yaşayan hastaların daha bağımsız olmasından ve destek alacakları kaynak olmadığı için kendi bakımlarını tek başına karşılama gereksiniminden kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmada hastaların %20.8'i ileri ve tamamen bağımlı olarak belirlenmiş ve öz etkililik düzeyi ile bağımsızlık düzeyi arasında yüksek düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir. İnme sonrası transfer, beslenme hijyen sağlama gibi günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiğini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Ekici vd., 2019; Kalav vd., 2022; Koç, 2012; Küçükdeveci vd., 2000). Goossensen ve arkadaşlarının (2018) alışmasında bağımsızlık durumu ile öz etkililik arasında pozitif düzey anlamlı ilişki bulunmuştur. Demir ve Atay'ın (2019) alışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

SONUÇ

İnme geçiren yaşlı hastalarda öz etkililik düzeyi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi ile ilişkilidir ve bu iki değişken hastalık sürecini etkileyebilmektedir. Hastanın tedavi planlaması yapılırken bu değişkenlerin değerlendirilmesi ve yetersizlik yaşanan alanlara ilişkin planlamalar yapılması, hastanın öz bakımının sürdürülmesi ve bağımsızlık düzeyinin artırılması yönünden önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Demir H., & Atay S. (2019). İnmeli Bireylerde Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.
2. Ekici, E., Çolak, M. Y., & Kozan, E. H. (2019). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Beslenme Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4); 506-18.
3. Goossensen, D. B., Genugten, L. V., Lingsma, H. F., Dippel, D. W., Koudstaal, P. J., & Hertog, H. M. D. (2018). Self-efficacy for Health-Related Behaviour Change in Patients with TIA or Minor Ischemic stroke. *Psychology & Health*, 33(12); 1490-501.
4. Jones, F., Partridge, C., & Reid, F. (2008). The Stroke Self-Efficacy Questionnaire: Measuring Individual Confidence in Functional Performance After Stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7B); 244-52.
5. Kalav, S., Bektaş, H., & Ünal, A. (2022). Effects of Chronic Care Model-Based Interventions on Self-Management, Quality of Life and Patient Satisfaction in Patients with Ischemic Stroke: A Single-Blinded Randomized Controlled Trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(1); e12441.
6. Koç, A. (2012). İnmeye Günlük Yaşam Aktiviteleri. *Gülhane Tıp Dergisi/Gülhane Medical Journal*, DOI:10.5455/gulhane.25410
7. Kumsar, A. K., & Yılmaz, F. T. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2); 62-70.
8. Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, B. A., Süldür, N., Sonel, B., & Arasil, T. (2000). Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2); 87-92.
9. Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8); 703-9.
10. Topçu, S., & Oğuz, S. (2018). Translation and Validation Study for the Stroke Self-Efficacy Questionnaire in Stroke Survivors. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4); e12646.
11. Topçu, S., & Oğuz, S. (2021). İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3); 114-21.
12. Tuncay F. Ö (2021). Sinir Sistemi ve Hastalıkları. *Hastalıklar Bilgisine Sistemik Yaklaşımlar İçinde*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık. p. 179-219.

**ALZHEİMER VE PARKİNSONLU YAŞLI BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU
SUNUMU**

**Kübra SELLER AFŞAR¹
Fatma ÖZKAN TUNCAY²**

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Türkiye

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İHH AD, Sivas, Türkiye

ÖZET

Alzheimer hastalığı 65 yaş üzeri bireyleri etkileyen, kronik, hafıza ve diğer bilişsel işlevlerde bozulma ile karakterize olan demansın en sık görülen türüdür. En önemli risk faktörü yaştır ve hastalık 65 yaş ve üzeri her dokuz kişiden birini etkilemektedir. Belirtilen yaş grubunda Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen nörodejeneratif hastalık Parkinsondur. Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinde Alzheimer ve Parkinson tanısı ile yatan 73 yaşında bir kadın hastanın Gordon tarafından geliştirilmiş “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri” modeli kullanılarak bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bu gereksinimlere yönelik uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması amaçlanmıştır. Günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olan yaşlı birey için yapılan değerlendirmede; “sağlığı sürdürmede etkisizlik, düşme riski, beden gereksiniminden az beslenme, yutmada bozulma, deri bütünlüğünde bozulma, konstipasyon riski, öz bakım eksikliği, uyku örüntüsünde bozulma ve bilinç durumunda değişim” hemşirelik tanıları belirlendi ve bu tanımlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulandı. Olgudan elde edilen veriler doğrultusunda, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşayan yaşlı bireyin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasında yararlı bir model olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, Parkinson, yaşlı, hemşirelik bakım, fonksiyonel sağlık örüntüleri

**NURSING CARE OF THE ELDERLY INDIVIDUAL WITH ALZHEIMER AND
PARKINSON: A CASE REPORT**

ABSTRACT

Alzheimer's disease is the most common type of dementia that affects individuals over the age of 65 and characterized by chronic impairment in memory and other cognitive functions. The most common risk factor is the age and the disease affects one in nine people aged 65 and over. Parkinson is the most common neurodegenerative disease after Alzheimer's disease in the specified age group. In this study, it was aimed to evaluate the care needs of a 73 year old female patient hospitalized in a university hospital with the diagnosis of Alzheimer's and Parkinson's and to plan and implement appropriate interventions for these needs by using the “Functional Health Pattern” model developed by Gordon. In the evaluation made for the elderly individual who is semi-dependent in daily living activities; “ineffectiveness in maintaining health, falling risk, undernutrition, impaired swallowing, disruption of skin integrity, constipation risk, self-care deficit, impairment in sleep patterns and changes consciousness” nursing diagnosis were determined and nursing interventions were applied for these diagnoses. In line with the data obtained from the case, it has been determined that the Functional Health Patterns Model is useful in determining and meeting the care needs of the elderly person who is addicted in daily living activities.

Key Words: Alzheimer, Parkinson, elderly, nursing care, functional health patterns.

GİRİŞ

Alzheimer hastalığı, 65 yaş üzeri bireyleri etkileyen, kronik, hafıza ve diğer bilişsel işlevlerde bozulma ile karakterize olan demansın en sık görülen türüdür. En önemli risk faktörü yaştır ve hastalık 65 yaş ve üzeri her dokuz kişiden birini etkilemektedir. Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en çok 70-84 yaş grubunda görülmektedir (1, 2). Türk Nöroloji Derneği 65 yaş üstü 100 kişiden 8'ine Alzheimer hastalığı tanısı konulduğunu belirtmektedir. Alzheimer hastalığı sinsi ilerleyen bir hastalıktır (3). Unutkanlık ile başlayan hastalığa ilerleyen dönemlerde iletişimi sürdürmede bozulma, apati, ilgisizlik, davranışsal değişiklikler, yutma ve yürüme güçlüğü gibi sorunlar eklenmektedir. Hastalık ilerledikçe, hasta öz bakımını yapamaz hâle gelmekte ve başkalarının yardımına gereksinim duymaktadır (3, 4). Tedavide ilk amaç, hastanın düşünme ve bellek bozukluğu ile ilgili semptomlarını yönetmektir. İkincil amaç ise hastalıkla birlikte görülen depresyon, halüsinasyon, uyku-yeme bozuklukları, düşme, basınç yaralanması gibi sorunların kontrol altına alınması ve azaltılmasıdır. Bu doğrultuda hastaya sunulacak hemşirelik bakımı, bireyin yaşam kalitesini artırıcı ve öz bakımını destekleyici nitelikte olmalıdır (3)

Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen nörodejeneratif hastalık Parkinsondur. Parkinson hastalığı dopamin eksikliğinin neden olduğu hareket bozuklukları ile karakterize kronik, dejeneratif ilerleyici bir hastalıktır. Kuvvet kaybı olmaksızın istemli ve otomatik hareketlerde hareket azlığı ya da fazlalığı söz konusudur (5-7). Belirtiler beyinde yer alan dopamin nöronlarının dejenerasyonu ile ilgilidir. Parkinson hastalığının görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta olup, 65 yaş üstü bireylerde %2, 85 yaş üstü bireylerde % 4-5 oranında görülmektedir. Hastalığın ilk belirtileri; sıklıkla yaşlanma veya yorgunluk olarak açıklandığı için hastalık tanısını belirlemek bazen zordur. Tedavi planı hastalığın etkilerini en aza indirmeye ve mümkün olduğu kadar uzun süre bağımsızlığı sürdürmeye odaklanmıştır (7,8)

Bu olgu sunumunda, Alzheimer ve Parkinson tanısı alan yaşlı bir hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli ile değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım planının oluşturulması amaçlanmıştır. Çalışmada veriler toplanmadan önce hasta ve yakını çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve izinleri alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş beş yaşındaki kadın hasta 5 çocuk annesi ve ev hanımıdır. Hastanın eşi 81 yaşında, kalp hastalığı dışında tanılanmış bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Hasta eşi ve kızı ile birlikte yaşamaktadır. İlk dönemlerde hafif unutkanlıklar ile başlayan Alzheimer hastalık seyri ise zamanla yakın zaman amnezisi, hastada ilgisizlik, konuşma güçlüğü ve iletişimi sürdürmede bozulma ile devam etmiştir. Hastanın kişi, zaman ve mekâna oryantasyonu bozulmuştur. Olgunun, 3 yıl önce hareketlerinde ileri derecede yavaşlama belirlenmiş ancak, hareket etmede isteksizlik olarak yorumlanmıştır. Tabloya yürümede yavaşlama ve özellikle sağ elde artan tremorun eklenmesiyle yeniden nörolojik inceleme yapılmış ve 2 yıl önce hastanın tanısına Parkinson hastalığı eklenmiştir. Bir süre sonra hastada artan bradikinezi, kaslarda rijidite ve tremor nedeniyle hasta hareket etmede yetersizlik yaşamış ve yatağa bağımlı bir hal almıştır. Hasta 01.01.2022 tarihinde bayılıp çenesi kitlenmiş, bilinci bulanıklaşmış ve acil servise başvurmuşlardır. Bilinç konfüze olan hastanın konuşma problemi yaşadığı belirlenmiş, Hasta gözlem ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırılmıştır.

Hastanın yaşam bulguları; vücut sıcaklığı 36,5 °C, nabız 78/dk, solunum 18/dk, kan basıncı 130/75 mmHg ve saturasyon (SpO2) %89'dur. Tedavi protokolünde: Clexane 1x4000 anti-Xa IU/6 ml, Ecopirin 100 mg tb 1x1, Madopar 125 mg 4x1, Panto 40 mg flakon 1x1, Calcium Picken 1x2 amp 2 saatte infüzyon ve Nazal kanul ile O2 2lt/dk yer almakta, hastaya iki saatte bir Glaskow Koma Skalası (GKS) ile bilinç ve pupil takibi yapılmaktadır.

Hasta Verilerinin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Doğrultusunda Değerlendirilmesi

Sağlığı Algılama- Sağlık Yönetimi: . Olgu beş yıl önce Alzheimer, iki yıl önce Parkinson hastalığı tanısı almıştır. Üç ayda bir düzenli kontrolleri devam eden hasta ilaç tedavisini genellikle ret etmekte, kızının desteği ile ilaç dozlarını almayı sürdürmektedir. Yatağa bağımlı olan hasta öz bakımını gerçekleştirememekte ve bakımı yaklaşık üç yıldır kızı tarafından sağlanmaktadır. Özgeçmişinde kronik hastalık bulunmayan hasta, sekiz sene önce sağ gözünden katarakt ameliyatı olmuştur. Hastanın herhangi bir besin ve ilaç alerji öyküsü bulunmamaktadır.

Beslenme ve Metabolik Durum: Beden kitle indeksi 19.2 kg/m^2 olan hastanın hastaneye başvurmadan önce oral olarak beslenme aktivitesini sürdürdüğü ancak son üç aydır çok iştahsız olduğu, beslenmeyi ret ettiği ve yutma güçlüğü olduğu belirtilmiştir. Hastane yatışı ile birlikte hastaya nutrijonel değerlendirme yapılmış ve oral alımı durdurularak nazogastrik sonda ile enteral beslenme planlanmıştır.

Boşaltım Biçimi: Hasta barsak boşaltımını yatakta karşılamakta ve kendi temizliğini gerçekleştirememektedir. İdrar boşaltımı için mesane kateteri takılmıştır. Hastanın kızı, annesinin evde günde bir kez defekasyona çıktığını ancak hastaneye yattıktan sonra iki ya da üç günde bir defekasyona çıktığını belirtiyor.

Aktivite ve Egzersiz Biçimi: Hasta, günlük yaşam aktivitelerini (beslenme, boşaltım, giyinme, hareket gibi) bağımsız bir şekilde karşılayamamakta ve yardıma ihtiyaç duymaktadır. Hasta mobilize olamamakta ve yatak içi hareketleri de sınırlıdır. Ellerinde titreme mevcut olan hastanın hastane yatışı öncesi hareketlerinde çok yavaşlama olduğu ve kaslarında rijidite olduğu belirlenmiştir. İtaki düşme riski ölçüğü (ölçek puanı: 15 puan) ile değerlendirilen hasta düşme açısından yüksek risk grubu içinde yer almaktadır.

Uyku ve Dinlenme Biçimi: Hastanın veri toplama sürecindeki uyanklık hâli oldukça kısa olup, uykuya meyilli bir görünüme sahiptir. Hasta yakını hastanın geceleri uykuya dalmakta güçlük yaşadığını ve sıklıkla gündüz uyuduğunu söyledi. Ortalama günlük uyku süresi 5-6 saattir.

Bilişsel Algılama Biçimi: Hastanın GKS değeri 11 olup, bilinci konfüze ve kişi, zaman ve yer oryantasyonu bozuktur. Hastanın işitme, görme kaybı bulunmamakta ancak, konuşma güçlüğü yaşamaktadır. Hasta yakınından alınan bilgiye göre; hastanın unutkanlıklarının olduğu, özellikle yakın geçmiş hafızasının yeterli olmadığı bilinmemektedir.

Kendini Algılama ve Kavrama: Hastanın bilinç düzeyi konfüze olduğu için etkin iletişim sürdürülememiş ve bu alanla ilgili değerlendirme yapılamamıştır. Hastada, tükenmiş bir yüz ifadesi mevcuttur.

Rol-İlişki Biçimi: Hasta eşi ve kızı birlikte yaşamaktadır. Bakım gereksinimleri kızı tarafından karşılanmaktadır. Sürekli uyku hâlinde olduğu için yakınlarıyla ve sağlık personelleriyle etkin bir iletişim sürdürülememektedir.

Cinsellik Üreme Biçimi: Aktif bir cinsel yaşamı yoktur. Hasta 2 gebelik geçirmiş, gebelikler doğumla sonuçlanmıştır. Görünüme cinsiyetine uygundur.

Baş Etme- Stres ile Baş Etme: Hasta yorgun ve hâlsiz bir görünüme sahiptir. Bilinç düzeyinde değişim ve konuşma problemi yaşadığı için etkin iletişim sürdürülememekte ve hasta kendini ifade edemediği için sıkıntı yaşamaktadır. Kızı annesine bakmak ile ilgili sıkıntı yaşamadığını ancak annesinin sağlık sorunlarına ilişkin üzüntü yaşadığını ifade etmektedir.

İnanç ve Değerler: Hastanın yakını sağlık sorunları başlamadan önce ibadetlerini yapabildiğini, ancak hastalık sürecinin ilerlemesi ile birlikte ibadetlerinde aksaklıklar olduğunu söylemiştir.

Hemşirelik Bakım Planı (1, 3, 7, 8-12)

Hemşirelik Tanısı: Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik

Amaç: Sağlığı sürdürmeye yönelik davranışların desteklenmesi

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın bağımsız olarak yapabileceği aktiviteler değerlendirilir. Hasta kendi hızına göre hareket etmeye teşvik edilir. Hasta ailesine hasta bakımı, tedavi süreci hakkında bilgi verilir ve aile bakıma katılması için desteklenir. Hastanın tedavi saatleri düzenlenir ve tedavinin etkin bir şekilde sürdürülmesi sağlanır. Bireyin kendisini güvende hissetmesi için gerekli önemler alınır ve tedavi süresince huzurlu bir ortam sağlanır. Taburculuk sonrası evde yapılması gerekenler konusunda hasta yakınlarına eğitim verilir. Bireyin öz bakımını karşılayabilme yeteneği ve ev destek sistemleri değerlendirilir.

Beklenen hasta sonucu: Hasta tedavi ve bakım süreçlerinin etkin sürdürülmesi beklenmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Düşme Riski

Amaç: Düşme ve yaralanmaları önlenmesi

Hemşirelik Girişimleri: Fiziksel, bilişsel işlev düzeyini ve geçmiş davranış öyküsünü temel alarak hastanın güvenlik gereksinimi tanımlanır. İtahi Düşme Riski Ölçeği kullanılarak düşme riski değerlendirilmesi yapılır. Sağlık hizmeti verilen odada düşme önemini hatırlatmak için düşme riski taşıyan hastalar için kullanılan düşme riski figürü konulur. Yatakların yerden yüksekliği mümkün olan en düşük seviyeye getirilir ve sebebi hasta yakınına anlatılır. Yatak kenarlıkları kaldırılır, bakım ve tedavi sırasında hastanın kenara yakın olması halinde düşme riski dikkate alınır ve bu konuda hasta yakınına açıklama yapılır. Hasta için kullanılan ekipmanların (foley sonda, nazogastrik sonda vs.) hastaya zarar vermeyecek şekilde düzenlenmesi sağlanır. Yeniden mobilize olabileceği dönemler için ev içi düşme ve yaralanmaları önleyecek şekilde düzenlemeler yapılması konusunda hasta yakınları bilgilendirilir.

Beklenen hasta sonucu: Güvenli çevrenin sağlanması ve düşme/fiziksel yaralanmaların önlenmesi beklenmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Beden Gereksiniminden Az Beslenme:

Amaç: Yeterli beslenmenin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri: Nazogastrik sonda ile beslenmesi başlanacak olan hasta ve yakınına nazogastrik sonda anlatılarak durumu hakkında bilgi verilir. Düzenli kilo takibi yapılarak beslenmenin yeterli olup olmadığı değerlendirilir. Hastanın kalori gereksinimi hesaplanarak nütrisyon hemşiresi ile enteral beslenme planlaması yapılır. Beslenme sırasında hastanın 30-45 derecelik açılarla yatması sağlanır ve ağızdan mama gelmesi durumunda beslenme durdurulur. Oral alımı olmayan hasta için belirli aralıklarla ağız bakımı yapılır.

Beklenen hasta sonucu: Hastanın yeterli ve dengeli besleniyor olması beklenmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Yutmada Bozulma

Amaç: Hastanın aspirasyonunu önleyerek, gerekli beslenmesinin sağlanması.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın aralıklı olarak yutma durumu ve yutma refleksi gözlenerek, yutmanın etkin olmadığı dönemlerde oral besin alımı durdurulur ve nazogastrik tüp (NG) ile enteral beslenmesi planlanır. NG tüp takılı olan hastada besleme yapmadan önce tüpün yerinde olup olmadığı ve gastrik rezidü kontrol edilir. Beslenme sırasında aspirasyon riskini önlemek için hastaya semi fowler/fowler pozisyon verilir. Hasta yakınlarına bu konu hakkında bilgi verilerek, beslenme sırasında aspirasyon açısından dikkatli olmaları sağlanır. Aspirasyon riskine karşı hasta başında aspirasyon cihazı ve ekipmanlar hazır bulundurulur. Ağızdan mama gelmesi, hastanın kusması gibi intolerans belirtileri takip edilir ve bu belirtiler hasta yakınlarına anlatılır. Besleme sıklığı midenin boşalmasına izin verecek şekilde programlanır ve günlük ortalama dört saat mide dinlenmeye bırakılır. Belirli aralıklarla hastanın ağız bakımı ve diş hijyeni sağlanır.

Beklenen hasta sonucu: Yutma yetisinin artması ve besin aspirasyonu gelişmemesi beklenmektedir.

Hemşirelik tanısı: Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

Amaç: Deri bütünlüğünün korunması

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Hemşirelik girişimleri: Hastanın cilt rengi, dokusu, turgoru değerlendirilir ve immobil olan hasta günlük olarak bası yarası yönünden takip edilir. İki saatte bir pozisyon değişikliği sağlanır ve ROM egzersizleri yaptırılır. Hasta yakınlarına hareketin önemi anlatılarak egzersiz programının devamlılığı sağlanır. Zayıf fiziksel yapı nedeniyle basınç yarası riskinin ve iyileşmelerin gecikmesinin mümkün olabileceği konusunda hasta yakınlarına bilgi verilir. Yatak çarşaf ve nevresimlerin kırışksız, temiz, kuru olması sağlanır. Temiz giysiler, kuru ve terletmeyen giysiler seçilmesine dikkat edilir ve bu konuda hasta yakını bilgilendirilir. Basınç dağılımını dengeli oranda sağlamak için yatağın mümkün olduğunca düz ve gergin olması sağlanır. Basınç bölgelerini desteklemek için masaj uygulaması yapılır ve basınç alanları yastık ile desteklenir. Foley sonda bakımı sağlanarak perine bölgesinde tahrişin önlenmesi sağlanır. NG bakımı yapılarak burun bölgesinin deri bütünlüğünün korunması sağlanır. Beslenme sırasında kalori hesabıyla gerekli protein miktarına göre enteral beslenme dozu planlanır ve hastanın sıvı alımı desteklenir. Günlük olarak albümin değeri izlenir. Hastanın risk faktörlerini izlemek için geliştirilmiş bir risk değerlendirme (Norton risk değerlendirme ölçeği) aracı kullanılır.

Beklenen hasta sonucu: Hastanın deri bütünlüğü, hidrasyonu ve kalınlığının normal sınırlarda olması ve basınç yarası gelişmemesi beklenmektedir.

Hemşirelik tanısı: Konstipasyon Riski

Amaç: Konstipasyon gelişmemesi

Hemşirelik Girişimleri: Günlük karında distansiyon, ağrı ve defekasyona çıkıp çıkmadığı sorgulanıp takip formuna yazılarak kayıt edilir. Sıvı alımı desteklenir. Barsak sesleri takip edilir. Enteral ile beslendiği için bağırsak florasının bozulma riskinin yüksek olabileceği hasta yakınına anlatılır. Hareket kısıtlılığı olan hastada konstipasyon gelişme riski yüksek olduğu için yatak için pozisyon ve ROM egzersizlerinin devamlılığı sağlanır. Günlük egzersizler hasta yakınına öğretilerek yatak içi hareketliliğin devamı sağlanır. Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek alt bezi değişimlerinde paravan kullanılır ve bu konuda hasta yakınının da özen göstermesi sağlanır.

Beklenen hasta sonucu: Hastanın normal barsak alışkanlığını sürdürmesi ve konstipasyon gelişmemesi beklenmektedir.

Hemşirelik Tanısı: Öz bakım eksikliği

Amaç: Hastanın öz bakımının sürdürülmesi

Hemşirelik girişimleri: Hastanın temizlik alışkanlığını değerlendirerek yetersizlik durumu tanımlanır. (El-yüz temizliği, banyo sıklığı, ağız bakımı, ayak bakımı, tırnak kesimi, alt bezi vs). Hasta yatağa bağımlı olduğu için yatak içi silme banyosu yaptırılır. Silme banyo sonrasında vücut nemlendirilmesi, ayak bakımı, tırnak kesimi yapılır. Hastanın günlük olarak göz, ağız, el-yüz, perine bakımları sürdürülür. Hasta için temiz giysiler, kolay giyilebilir kıyafetler tercih edilmesi gerekliliği hasta yakınına anlatılır. Hastanın bakım sırasında mahremiyeti sağlanır ve tüm işlemler yapılırken hastaya açıklama yapılır. İşlemler sırasında hastanın ağrı yaşama durumu gözlemlenir.

Beklenen hasta sonucu: Hastanın bakımının sürdürülmesi ve kendi bakımına en üst düzeyde aktif katılımının sağlanması beklenmektedir.

Hemşirelik tanısı: Uyku Örüntüsünde Bozulma

Amaç: Hastanın uyku düzeninin sağlanması

Hemşirelik girişimleri: Gece uyuyamamasının sebebi hasta yakınına sorularak öğrenmeye çalışılır. Gündüz uykusunun azaltılması, gündüzleri daha aktif olması sağlanır ve aile bu konuda bilgilendirilir. Uyku esnasında odanın havalandırılmış olması, aydınlatmanın uygun olması ve gürültünün azaltılması sağlanır. Hasta tedavi ve bakımların uyku saati öncesi yapılması planlanır. Uyku öncesi uykuyu etkileyecek aktivitelerden (yemek yeme, egzersiz) ve ağırlı işlemlerden kaçınılır. Televizyon, telefon gibi ajitasyona neden olacak gürültü kaynaklarından uzak bir oda tercih edilir ve bilinç karışıklığına neden olan uyaranlar azaltılır.

Beklenen hasta sonucu: Uyku düzeni sürdürülerek hastanın yeterli uyku ve dinlenmesinin sağlanması beklenmektedir.

Hemşirelik tanısı: Bilinç durumunda değişim (konfüzyon)

Amaç: Bilinç düzeyinin iyileştirilmesi/korunması

Hemşirelik Girişimleri: Aile ile birlikte belleği güçlendirici girişimler (psikomotor ve zihinsel aktiviteler) planlanarak hasta bireyin katılımı sağlanır. Hastaya sık sık takvim kullanarak gün, ay, mevsim, yıl her gün hatırlatılır. Aralıklı olarak bulunduğu yer, kişiler ve zaman hakkında hastaya bilgi verilir. Hastaya ismi ile hitap edilerek, açık-net anlaşılabilir iletişim sürdürülmesi sağlanır. Gazete-kitap okuma, aile albümlerine bakma, anıları konuşma gibi zihin canlı tutulması sağlanır. Hastanın kendini güvende hissetmesi için etkin iletişim sürdürülür. Hasta ile iletişim sırasında göz teması kurularak, yavaş yavaş ve ortalama bir ses tonu ile konuşulur. İletişim ve bakımlar esnasında empatik ve saygılı bir yaklaşımda bulunulur. Hastanın zihin bulanıklığını azaltmak için olabildiğince sade bir çevre düzenlemesi yapılır.

Beklenen hasta sonucu: Bilişsel işlevlerin en üst düzeyde sürdürülebilir olması beklenmektedir.

Sonuç

Alzheimer hastalığının ileri evrelerinde hastalar genellikle yatak içi hareketsizliğe bağlı olarak yutma güçlükleri, yetersiz beslenme, basınç yarası, öz bakım yetersizliği gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Alzheimer ile birlikte Parkinson hastalığı tabloyu daha çok ağırlaştırmaktadır. Bu doğrultuda, olguda yer alan hastaya etkin ve yeterli bir bakım sunulması son derece önemlidir. Bunu sağlamak için hemşirelerin, sistematik yaklaşımla standardize edilmiş bir bakım süreci kullanması gerekir. Bu olgu sunumunda, Alzheimer ve Parkinson tanısı alan olgu Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Doğrultusunda değerlendirilmiştir. Buna göre hastanın "sağlığı sürdürmede etkisizlik, düşme riski, beden gereksiniminden az beslenme, yutmada bozulma, deri bütünlüğünde bozulma, konstipasyon riski, öz bakım eksikliği, uyku örüntüsünde bozulma ve bilinç durumunda değişim" sorunları yaşadığı belirlenmiş ve bu tanılara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Kaynaklar

1. Dilek, F., Aysun, Ü., Ünsar, S. (2017). İleri evre demans hastasında hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(2), 125-131.
2. Can Çiçek S. Alzheimer Hastalığı ve Bakım Yönetimi. Özer S (ed.) Olgular Senaryoları ile İç Hastalıkları Hemşireliği içinde. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2019. p339-352
3. Özbudak, E., & Koç, Z. (2020). Alzheimer Tanısı Alan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımının Planlanması. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 12(4).
4. Küçükçüçü, Ö., Şentürk, S. G., & Söylemez, B. A. (2017). Experiences in the caregiving process of family caregivers of individuals with alzheimer's disease. E-Journal of Dokuz Eylül University Nursing Faculty, 10(2), 68-78.
5. Shin, J. Y., & Hendrix, C. C. (2013). Management of patients with Parkinson disease. The Nurse Practitioner, 38(10), 34-43.
6. Balestrino, R., & Schapira, A. H. V. (2020). Parkinson disease. European journal of neurology, 27(1), 27-42.
7. Tuncay, F.Ö (2021). Sinir Sistemi ve Hastalıkları. Hastalıklar Bilgisine Sistematik Yaklaşımlar İçinde. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık. p. 179-219.
8. Yardımcı Gürel T. Parkinson Hastalığı ve Bakım Yönetimi. Özer S (ed.) Olgular Senaryoları ile İç Hastalıkları Hemşireliği içinde. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2019. p353-364.
9. Bostanoğlu H. Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Bedük T (ed.) İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları içinde. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p.277-82.
10. Tülek Z. Nörolojik Sistem Hastalıkları ve Bakım, İç Hastalıkları Hemşireliği, Durna Z., Editör, Akademi Basın, İstanbul, 2013; 274-322
11. Jaul E, Meiron O, Menczel J. The effect of pressure ulcers on the survival in patients with advanced dementia and comorbidities. Exp Aging Res. 2016;42(4):382-9.
12. Ekici, E., Çolak, M. Y., & Kozan, E. H. (2019). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Beslenme Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Belirlenmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(4); 506-18.

**50 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA GELİŞEN TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ
İSTENMEYEN REAKSİYONLARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

İlkay YURTSEVER

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Hemovijilans Birimi,
Sivas, Türkiye

Funda EVCİLİ

Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Çocuk Gelişimi Bölümü, Sivas,
Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, 3. basamak sağlık hizmeti sunan bir hastanede, 50 yaş ve üzeri hastalarda gelişen, transfüzyon ilişkili istenmeyen reaksiyonların sıklığını, reaksiyon tipini, reaksiyon gelişen ürün türünü belirlemek ve ulusal hemovijilans verilerine katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma, retrospektif araştırma tipindedir. Araştırmada, 1 Mayıs 2017- 31 Aralık 2021 tarihleri arasında, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde meydana gelen, transfüzyonla ilişkili istenmeyen reaksiyonlar değerlendirilmiştir. Araştırmanın uygulanabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın evrenini, reaksiyon gelişen 192 hasta, örnekleme ise 50 yaş ve üzeri 104 hasta oluşturmuştur. Çalışmada, Hemovijilans Birimi tarafından tutulan transfüzyon reaksiyon kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: 5 yıllık süreçte transfüzyon ile ilişkili istenmeyen tüm reaksiyonların %54,1'i (n=104) 50 yaş ve üzeri hastalarda gelişmiştir. Reaksiyon gelişen hastaların %54,8'i erkek, %45,2'si kadındır. Hastaların %51,9'unda hafif alerjik reaksiyon, %38,5'inde Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyon (FNHTR) gelişmiştir. Reaksiyon gelişen kan bileşenlerinin %48,1'i eritrosit süspansiyonu, %45,2'si taze donmuş plazma (TDP), %6,7'si aferez / havuzlanmış trombosit konsantranesidir. Bir hastada ölüme neden olan Graft Versus Host Hastalığı (GVHD) görülmüştür. TDP uygulanan olgularda hafif alerjik reaksiyon, eritrosit süspansiyonu alan olgularda ise FNHTR ve 'diğer' reaksiyonların görülme oranları anlamlı derece yüksektir (p<0,05).

Sonuç: Kan ürünlerinin transfüzyonu, kritik hastalarda sıklıkla uygulanan işlemlerdendir. Transfüzyon ile ilişkili komplikasyonları önlemek için transfüzyon endikasyonlarının doğru belirlenmesi ve risk grubu olabilecek hasta özelliklerinin iyi tanılanması gerekmektedir. Bu çalışmada, 50 yaş ve üzeri hastalarda transfüzyon ile ilişkili reaksiyon gelişme riskinin diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle ileri yaş hastalarda kan ve kan ürünü transfüzyonu uygulaması sırasında gereken önem gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kan, Kan Transfüzyonu, Reaksiyon, Hemovijilans

**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF TRANSFUSION-RELATED ADVERSE REACTIONS IN
PATIENTS 50 YEARS AND OLDER**

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the frequency of transfusion-related adverse reactions, the type of reaction, the type of product that develops in a hospital providing tertiary care, and to contribute to national hemovigilance data in patients aged 50 and over.

Material and Methods: The study is of retrospective type. In the study, transfusion-related adverse reactions that occurred in Sivas Cumhuriyet University Practice and Research Hospital between May 1, 2017 and December 31, 2021 were evaluated. In order to conduct the study, approval was obtained from the Ethics Committee of Non-Invasive Clinical Researches of Cumhuriyet University. The population of the study consisted of 192 patients with a reaction, and the sample consisted of 104 patients aged 50 years and older. In the study, transfusion reaction records kept by the Hemovigilinas Unit were retrospectively reviewed.

Results: During the 5-year period, 54.1% (n=104) of all transfusion-related adverse reactions developed in patients aged 50 years and over. Of the patients who developed a reaction, 54.8% were male and 45.2% were female. Mild allergic reaction developed in 51.9% of the patients and Febrile Non-Hemolytic Transfusion Reaction (FNHTR) developed in 38.5% of the patients. 48.1% of the reacted blood components are erythrocyte suspension, 45.2% fresh frozen plasma (FFP), 6.7% apheresis / pooled platelet concentrate. One patient had Graft Versus Host Disease (GVHD), which caused death. The incidence of mild allergic reaction in patients who received FFP, and FNHTR and 'other' reactions in patients who received erythrocyte suspension was significantly higher (p<0.05).

Conclusion: Transfusion of blood products is one of the procedures frequently applied in critically ill patients. In order to prevent transfusion-related complications, transfusion indications should be determined correctly and patient characteristics that may be a risk group should be well defined. In this study, it was determined that the risk of developing transfusion-related reactions in patients aged 50 years and older was higher than in patients in other age groups. Therefore, due attention should be paid to the administration of blood and blood product transfusion in elderly patients.

Keywords: Blood, Blood Transfusion, Reaction, Hemovigilance

GİRİŞ

“Kan transfüzyonu” terimi kan ve kan bileşenlerinin (eritrosit, trombositler, taze donmuş plazma ve kriyopresipitat) terapötik amaçlı kullanımını ifade eder (1). Kan transfüzyonu uygulama amaçları; azalan kan volümünü ve eksik kan bileşenlerini yerine koymak (eritrosit, lökosit, pıhtılaşma faktörleri, plazma proteinleri), dokulara oksijen taşınmasını sağlamak, kanama, koagülasyon bozuklukları ve immünolojik yetersizlikleri düzeltmek ve kan değişimi ile vücut dışı dolaşım uygulanması şeklinde sıralanabilir (2,3). Günümüzde tedavi yöntemlerinden biri olan kan transfüzyonunun tarihçesi Eski Roma dönemlerine kadar dayanmaktadır (4). Bilinen ilk kan transfüzyonunun 1492 de Papa VIII. İnnocent’e yapıldığı söylenir. Bu tarihte Papa’ya üç gencin kanı verilmiş sonuç olarak yalnız Papa değil gençler de hayatlarını kaybetmişlerdir (4,5). Dr James Blundell tarafından 1818 yılında Londra’da bir doğum hastasına insandan insana ilk kan nakli gerçekleştirilmiş olup, devam eden nakillerin yarısının ölmüş olduğu bildirilmiştir (4-6). Yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde ise kan transfüzyonu için önemli buluşlar yapılmaya başlanmıştır. 1901 yılında Karl Landsteiner’in A, B, O kan gruplarını, 1902 de Karl Landsteiner’in yeni bir AB kan grubunu, 1907’de Ruber Ottenberf’un cross-match işlemini bulması ve 1914’te Albert Hustin’in kanın pıhtılaşmasını engellemek için sitrat ve glikoz ekleme çalışmalarıyla gelişmeler hızla devam etmiştir (4-6). Ülkemizde ise transfüzyonla ilgili bilgiler oldukça sınırlıdır. İlk organizasyonlar 1950’lerde oluşturulmuş olmakla birlikte transfüzyon pratiğine ait kayıtlar 1921’de Burhanettin Toker tarafından yapılmıştır. İlk kan nakli, 1938 yılında Cerrahpaşa Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir (5,6). WHO tarafından dünyada her yıl 120 milyon ünite kan toplandığı bildirilmektedir (7). Türk Kızılay’ ı tarafından yayınlanan verilere göre ise Türkiye’ de, her yıl kan bileşeni ihtiyacının 3.000.000 ünite kan bağıışı ile karşılanmaktadır (8).

Kan her biri ayrı fonksiyona sahip son derece spesifik yapılardan oluşmuş bir bütün, canlı bir dokudur. Sağlıklı bir kişinin kan vermesi organlarından bir bölümünü vermesi olarak da tanımlanabilir. Kan transfüzyonu aslında bir doku, bir organ transplantasyonudur (9).

Transfüzyon sıklıkla güvenli ve yaşamı kurtarıcı bir girişimdir. Ancak kan ve kan ürünleri transfüzyonunda yapılan önlenebilir hatalar morbidite ve mortaliteye neden olabilir (10). Ayrıca kan transfüzyonu sırasında bazı reaksiyonlar görülebilir. Transfüzyon reaksiyonları, alıcının immün sistemi, donörün kan hücrelerine ya da diğer öğelerine karşı reaksiyon başlatınca ortaya çıkar. Kırmızı

kan hücrelerinde hemolize yol açan reaksiyonlar hemolitik, diğer tüm reaksiyon tipleri ise nonhemolitik olarak sınıflandırılır. Hemolitik transfüzyon reaksiyonları genellikle insan hatası sonucu gelişir. Akut febril nonhemolitik reaksiyonlar ve hafif alerjik reaksiyonlar geçidir ve tedaviye yanıt verir (11). Transfüzyon sırasında veya ilk 24 saat içinde gelişen reaksiyonlar “erken” (akut), 24 saat sonrasında gelişenler reaksiyonlar “gecikmiş” reaksiyon olarak değerlendirilir (12).

Tablo 1: Hastalarda görülen istenmeyen reaksiyonlar (12)

İstenmeyen Erken Reaksiyonlar	İstenmeyen Gecikmiş Reaksiyonlar
<ul style="list-style-type: none"> • Transfüzyon sırasında ya da hemen sonrasında hemoliz • Hemolitik olmayan ateş reaksiyonu • Döküntü • Eritem • Ürtiker • Anafilaktik şok • Bakteriyel kontaminasyon • Transfüzyona bağlı akut akciğer hasarı • Hava embolisi • Transfüzyon ilişkili dolaşım yüklenmesi • Hipotermi • Metabolik bozukluklar (sitrat toksisitesi, hiperkalemi vb) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoliz • Transfüzyon ilişkili GVHH • Transfüzyon sonrası purpura • Virus, parazit veya prion bulaşı • Eritrosit HLA veya trombosit antijenlerine karşı alloimmünizasyon gelişimi • Hemosiderozis

Ülkemizde, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kan ve Kan Ürünleri Dairesi Başkanlığı tarafından, 2016 yılında istenmeyen reaksiyon ve olayların tekrarını engelleyerek kan bağışçısının ve alıcının (transfüzyonun) güvenliğini arttırmak amacıyla Hemovijilans Sistemi uygulaması başlatılmış ve uygulama rehberi olan “Ulusal Hemovijilans Rehberi” aynı zamanda yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu rehber güncellenerek 2020 yılında yeniden yayınlanmıştır. Hemovijilans, kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından alıcıların takibine kadar tüm transfüzyon zincirini kapsayan, kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından ve klinik kullanımından kaynaklanan beklenmeyen veya istenmeyen durumlar hakkında bilgi toplamak, değerlendirmek ve bunların oluşumunu veya tekrarlanmasını önlemek amacıyla yürütülen bir dizi izleme prosedürüdür (12). Transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon bildirimlerinin iyileştirilmesi, hemovijilans programlarının temel amacıdır, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde 2016 yılından itibaren hemovijilans çalışmalarına başlanmış, Hemovijilans Birim’i oluşturulmuş, istenmeyen reaksiyonlar takip edilmiş ve kayıt altına alınmıştır. Bu çalışmada 3. basamak sağlık hizmeti sunan hastanemizde, 50 yaş ve üzeri hastalarda gelişen, transfüzyon ilişkili istenmeyen reaksiyonların sıklığını, reaksiyon türünü, reaksiyon gelişen ürün türünü belirlemek ve ulusal hemovijilans verilerine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, retrospektif araştırma tipindedir. Araştırmada, 1 Mayıs 2017- 31 Aralık 2021 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde yapılan transfüzyonlarda meydana gelen istenmeyen reaksiyonlar değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde 1 Mayıs 2017- 31 Aralık 2021 tarihleri arasında 103.244 transfüzyon gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon gelişen 192 hasta, örneklemi ise transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon gelişen 50 yaş ve üzeri 104 hasta oluşturmuştur.

Veri Toplam Araçları

Verilerin toplanmasında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kan ve Kan Ürünleri Dairesi Başkanlığı tarafından, 2020 yılında yayınlanan “Ulusal Hemovijilans Rehberi” nde yer “Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyon Formu”, “Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyon İnceleme ve Tedavi Formu” ve “Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyon Doğrulama Formu” kullanılmıştır (12). Hastalara ait transfüzyon izlem formları, transfüzyon ile ilişkili şüpheli istenmeyen reaksiyon formları, hastane hemovijilans birimi arşivinden retrospektif olarak incelenmiştir. Reaksiyonlar gelişme sıklığı, reaksiyon tipi ve reaksiyon gelişen ürün türü yönünden değerlendirilmiştir.

Etik Uygunluk

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulmuş, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır.

Verilerin Analizi

İstatistik analizleri için SPSS for Windows 22.0 (13) bilgisayar istatistik paket kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar, verilerin karşılaştırılmasında Fisher’s Exact Test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

5 yıllık süreçte 50 yaş ve üzeri 104 hastada transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon gelişmiştir. Reaksiyon gelişen hastaların %54,8’i erkek, %45,2’si kadındır. Reaksiyon gelişen kan bileşenlerinin %48,1’i eritrosit süspansiyonu, %45,2’si taze donmuş plazma (TDP), %6,7’si aferez / havuzlanmış trombosit konsantresidir. Bir hastada ölüme neden olan Graft Versus Host Hastalığı (GVHD) görülmüştür. Hastaların %51,9’unda hafif alerjik reaksiyon, %38,5’inde Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (FNHTR) gelişmiştir.

Tablo 2: Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyon Görülme Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı (n=104)

Transfüzyon Yapılan Yıl	Reaksiyon (+)
	≥ 50 yaş n (%)
2017	15 (14,4)
2018	20 (19,2)
2019	20 (19,2)
2020	23 (22,1)
2021	26 (25,0)
Toplam	104 (100,0)

Tablo 2’de transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon görülme oranlarının yıllara göre dağılımı verilmiştir. 50 yaş ve üzeri olgularda reaksiyon oranlarının yıllara göre artış gösterdiği belirlenmiştir.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Tablo 3: Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyonların Reaksiyon Türüne Göre Dağılımı ve Prevalans (n=104)

Reaksiyon Tipi	Hasta Sayısı (%)	Prevalans (100.000 kan bileşeni başına)
Hafif Alerjik Reaksiyon	54 (51,9)	52
FNHTR	40 (38,5)	38
Akut Tanımlanamayan Reaksiyon	3 (2,9)	3
FNHTR+Hafif Alerjik Reaksiyon	2 (1,9)	2
Hipotansif Reaksiyon	1 (1,0)	1
Hipertansif Reaksiyon	1 (1,0)	1
Hipotermi+Hipertansif Reaksiyon	1 (1,0)	1
Akut Hemolitik Reaksiyon	1 (1,0)	1
GVHD	1 (1,0)	1
Toplam	104 (100,0)	100

Tablo 3'ye göre 50 yaş ve üzeri olguların %51,9'unda (52/100.000) hafif alerjik reaksiyon, %38,5'inde (38/100.000) Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (FNHTR) gelişmiştir.

Tablo 4: Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyonların Kan Bileşeni Türüne Göre Dağılımı (n=104)

Kan Bileşeni Türü	Hasta Sayısı (%)	Prevalans (Tüm reaksiyonlara göre)
Eritrosit Süspansiyonu	50 (48,1)	26
Taze Donmuş Plazma (TDP)	47 (45,2)	24
Aferez/Havuzlanmış Trombosit	7 (6,7)	3

Tablo 4'e göre istenmeyen reaksiyonların kan bileşeni türüne göre dağılımı; %48,1'i eritrosit süspansiyonu, %45,2'si taze donmuş plazma (TDP), %6,7'si aferez / havuzlanmış trombosit konsantresidir.

Tablo 5: Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyon Tiplerine Göre Kan Bileşen Tiplerinin Değerlendirilmesi

Reaksiyon Tipi	Kan Bileşeni Türü			Test Değeri *	
	Eritrosit Süspansiyonu	TDP	Aferez / Havuzlanmış Trombosit		
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2 / sd	p
Hafif Alerjik Reaksiyon	9 (16,7)	40 (74,1)	5 (9,3)	46,92 /4	0,000
FNHTR	32 (80,0)	6 (15,0)	2 (5,0)		
Diğer **	9 (90,0)	1 (10,0)	0 (0,0)		

*Fisher's Exact Test, ** Akut Tanımlanamayan Reaksiyon, Hipotansif Reaksiyonu, FNHTR+Hafif Alerjik Reaksiyon, Hipertansif Reaksiyonu, Hipotermi+Hipertansif Reaksiyon, Akut Hemolitik Reaksiyon, Graft Versus Host Hastalığı sayısal olarak azlığı nedeniyle "diğer" başlığı altında birleştirilmiştir.

Transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon tipleri kan bileşen türüne göre farklılaşmaktadır (Tablo 5; $p < 0,05$). Tabloya göre, TDP uygulanan olgularda hafif alerjik reaksiyonlar, eritrosit süspansiyonu alan olgularda ise FNHTR ve ‘diğer’ reaksiyonların görülme oranları anlamlı derece yüksektir.

TARTIŞMA

Çalışma, üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yürütülmüştür. Bu sağlık kuruluşunda, 5 yıllık sürede toplam 103.244 kan bileşeni transfüzyonu yapıldığı ve bu transfüzyonların 192 tanesinde transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon geliştiği tespit edilmiştir. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) bir transfüzyonda transfüzyonla ilişkili istenmeyen reaksiyon gelişme ihtimalinin çok düşük olduğunu bildirmiştir (14). Yaptığımız çalışmadaki veriler bu değerlendirme ile uyum göstermektedir. Transfüzyon reaksiyonu gelişen 192 vakanın, 104 tanesinin 50 yaş ve üzeri hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Mevcut durum değerlendirildiğinde 50 yaş ve üzeri hastalarda transfüzyon ile ilişkili reaksiyon gelişme riskinin diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu söylenebilir. Transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon görülme oranlarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 50 yaş ve üzeri olgularda reaksiyon oranlarının yıllara göre artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 2). Bu durum hastane hemovijilans birimin yeni kurulduğu yıllarda birimine yapılan reaksiyon bildirimlerinin eksik olduğu ancak kurumda hemovijilans sürecine ilişkin verilen eğitimler sonrası transfüzyon reaksiyonu bildirimleri konusunda farkındalığın arttığı şeklinde yorumlanabilir. Nitekim gelişmiş ülkelerde yapılan bazı geniş çaplı çalışmalarda da eksik bildirim probleminin yaşandığı bildirilmiştir (15-18).

50 yaş ve üzeri olguların %51,9’unda hafif alerjik reaksiyon, %38,5’inde Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (FNHTR) gelişmiştir (Tablo 3). CDC, kan transfüzyonlarından kaynaklanan en yaygın istenmeyen reaksiyonların alerjik reaksiyonlar ve ateş reaksiyonu olduğunu ve bu reaksiyonların tüm istenmeyen reaksiyonların yarısından fazlasını oluşturduğunu bildirmiştir (14). Çalışmamızdan elde edilen veriler bu değerlendirmelerle benzerlik göstermektedir.

Hafif alerjik reaksiyon, transfüzyon sırasında ya da ilk 4 saat içerisinde ortaya çıkabilir. Sadece mukokütanöz belirti ve bulgular vardır. Bunlar, kaşıntılı makülopapüler döküntü, ürtiker, lokalize anjiödem, dudak ve dilde ödem, periorbital kaşıntı, periorbital eritem, periorbital ödem veya konjunktival ödemdir. Bu tip alerjik reaksiyonlar genellikle hastanın yaşamını tehdit etmez. Antihistaminik veya steroidlerle semptomatik tedaviye hızla yanıt verir. Bu nedenle “minör alerjik reaksiyon” veya “ciddi olmayan alerjik reaksiyon” olarak adlandırılır (12). 2016 yılında yapılan bir derlemede alerjik reaksiyon prevalansı 112,2/100.000 kan bileşeni olarak bildirilmiştir (19). Bir başka çalışmada hafif alerjik reaksiyon prevalansı 57/100.000 kan bileşeni olarak bulunmuştur (20). Yaptığımız çalışmada ise 50 yaş ve üzeri hastalardan oluştuğu tespit edilen tüm transfüzyon reaksiyon tipleri arasında en sık görülen hafif alerjik reaksiyon oranının 52/100.000 olduğu ve bu çalışmalarla benzerlik gösterdiği bulunmuştur (Tablo 3).

Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonunda (FNHTR), ateş (38°C ve üzeri ya da transfüzyon öncesi değerden $\geq 1^{\circ}\text{C}$ artış), üşüme, titreme veya bunlara ek olarak baş ağrısı ve mide bulantısı semptomları görülebilir. Bu semptomlardan bir ya da daha fazlasının olması durumunda FNHTR söz konusudur. FNHTR; hemolitik transfüzyon reaksiyonu (HTR), bakteriyel kontaminasyon veya altta yatan hastalık gibi başka bir neden olmaksızın transfüzyon sırasında veya sonrasında 4 saat içinde meydana gelir. FNHTR üşüme titreme şeklinde ateşsiz de görülebilir. Transfüzyon sırasında veya ilk 4 saati içinde diğer ateş yapan nedenler olmaksızın (HTR, bakteriyel kontaminasyon veya altta yatan hastalık) ateşin 39°C ve üzeri ya da transfüzyon öncesi değerden 2°C ve üzerinde artış göstermesi ve yanı sıra şiddetli titremenin varlığı ciddi FNHTR olarak kabul edilir. Ateşin diğer kaynakları elendikten sonra FNHTR tanısı konulması önemlidir (12). Yaygın görülen bir komplikasyon olan FNHTR prevalansı %1-3 olarak bildirilmektedir (19). Ülkemizde yapılan bir çalışmada FNHTR prevalansı 11/100.000 kan bileşeni olarak bildirilmiştir (20). Düzenli Kar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, FNHTR sıklığı 0.037% (23/61.636) olarak bulunmuştur (21). Bizim yaptığımız çalışmada ise 50 yaş ve üzeri hastalardan oluştuğu tespit edilen FNHTR prevalansı 38/100.000 kan bileşeni

olarak tespit edilmiştir (Tablo 3). FNHTR sıklığının diğer çalışmalara göre yüksek olmasının nedeni hastalarda bakteriyel kontaminasyon veya altta yatan hastalık gibi nedenlerle gelişen hipertermik ölçümlerin FNHTR olarak değerlendirilmesi ve bu konuda bilgi eksikliği olabilir.

Duzenli Kar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tüm transfüzyon ilişkili istenmeyen reaksiyonların %61,8'inin eritrosit süspansiyonu, %30,9'unun TDP ve %5,5'inin trombosit konsantrisi transfüzyonunda geliştiği bildirilmiştir (21). Bizim çalışmamızda ise 50 yaş ve üzeri hastalardan oluşturduğu tespit edilen, transfüzyon ile ilişkili reaksiyonların, kan bileşeni türüne göre dağılımının; %48,1'i eritrosit süspansiyonu, %45,2'si taze donmuş plazma (TDP), %6,7'si aferez / havuzlanmış trombosit konsantrisi şeklinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Bulduğumuz oranlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Pektaş ve Çetin'in çalışmasında, istenmeyen reaksiyon tiplerine göre kan bileşen tiplerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı bildirilmiştir (20). Ancak bizim çalışmamızda transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon tipinin, kan bileşen türüne göre farklılaştığı bulunmuştur (Tablo 5). Tabloya göre, TDP uygulanan olgularda hafif alerjik reaksiyonlar, eritrosit süspansiyonu alan olgularda ise FNHTR ve 'diğer' reaksiyonların görülme oranları anlamlı derece yüksektir. Bu durum benzer çalışmaların farklı gruplara yapılması gerektiği sonucunu ortaya koymaktadır.

SONUÇ

Kan ürünlerinin transfüzyonu, kritik hastalarda sıklıkla uygulanan işlemlerdir. Transfüzyon ile ilişkili komplikasyonları önlemek için transfüzyon endikasyonlarının doğru belirlenmesi ve risk grubu olabilecek hasta özelliklerinin iyi tanımlanması gerekmektedir. Bu çalışmada, 50 yaş ve üzeri hastalarda transfüzyon ile ilişkili reaksiyon gelişme riskinin diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle ileri yaş hastalarda kan ve kan ürünü transfüzyonu uygulaması sırasında gereken önem gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Allard, S. (2009). Blood Transfusion. *Transplantation and Transfusion*, 37(3):172-76.
2. Sarı, İ., Altuntaş, F. Transfüzyon ilkeleri ve erken komplikasyonlar [PDF belgesi]. Kayseri Türk hematoloji derneği, hematolojide destek tedavileri ve infeksiyonlar kursu. 21 Kasım 2021 tarihinde https://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/HEM_DES_2007_16.pdf adresinden erişildi.
3. Başak, T., Açıköz, S. (2014). Kan transfüzyonu uygulaması. Aştı Atabek, T., Karadağ, A. (Ed), *Hemşirelik esasları içinde*. (ss. 854-859). İstanbul: Akademi.
4. Maluf, N. S. R. (1954). History of blood transfusion. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 9(1):59-107.
5. Güzel, U. (2004). Dünyada ve Türkiye'de transfüzyon tarihçesi. *Damla Dergisi*, 62:4-6.
6. Atamer, T. (2009). Kan transfüzyonunun tarihçesi. 35. *Ulusal Hematoloji Kongresi*. Antalya. 148-153.
7. World Health Organization, 25 Ocak 2022 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability> adresinden erişildi.
8. Türk Kızılay Kan Hizmetleri. 25 Ocak 2022 tarihinde <https://www.kanver.org/sayfa/e-kutuphane/dunyada-ve-turkiye-de-kan-bankaciligi/43> adresinden erişildi.
9. Uluhan, R., Kılıç, B., Acar, N., Masatlı, R., Karadoğan, İ., Aydın, F. (1998). Transfüzyon Pratiği. *Damla Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği Eğitim Seminerleri*. Eğitim Dizisi (5. bs.). 27, 1-14.
10. Bediako, A. A., Ofosu-Poku, R., Druye, A.A. (2021). Safe blood transfusion practices among nurses in a major referral center in Ghana. *Advances in Hematology*, 6739329,1-13. doi.org/10.1155/2021/6739329

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

11. Çavuşoğlu, H., Bora Güneş, N., Pars, H. (2015). Kan ürünleri ve güvenli kan transfüzyonu. *Türkiye Klinikleri*. doi: 10.5336/nurses.2014-39921
12. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kan ve Kan Ürünleri Dairesi Başkanlığı, Ulusal Hemovijilans Rehberi. (2020). 25 Ocak 2022 tarihinde <https://shgmkanhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/37016/0/ulusal-hemovijilans-rehberi-versiyon-2pdf.pdf> adresinden erişildi.
13. IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 IBM Corp., Armonk, NY.
14. Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Blood Safety Basics. Retrieved from <http://www.cdc.gov/bloodsafety/basics.htm>
15. Andreu, G., Morel, P., Forestier, F., Debeir, J., Rebibo, D., Janvier, G., Hervé, P. (2002). Hemovigilance network in France: organization and analysis of immediate transfusion incident reports from 1994 to 1998. *Transfusion*, 42(10):1356-64. <https://doi.org/10.1046/j.1537-2995.2002.00202.x>
16. Steinsvåg, C. T., Espinosa, A., Flesland, Ø. (2013). Eight years with haemovigilance in Norway. What have we learnt? *Transfusion and Apheresis Science*, 49(3):548-52.
17. Philip, J., Pawar, A., Chatterjee, T., Mallhi, R. S., Biswas, A.K., Dimri, U. (2016). Noninfectious complications related to blood transfusion: an 11 years retrospective analysis in a tertiary care hospital. *Indian J Hematol Blood Transfus.*, 32(3):292-8.
18. Vasudev, R., Sawhney, V., Dogra, M., Raina, T. R. (2016). Transfusion-related adverse reactions: From institutional hemovigilance effort to national hemovigilance program. *Asian Journal of Transfusion Science*, 10(1):31-6.
19. Delaney, M., Wendel, S., Bercovitz RS, Cid J, Cohn C, Dunbar NM, Apelseth TO, Popovsky M, Stanworth SJ, Tinmouth A, Van De Watering L, Waters JH, Yazer M, Ziman A. (2016). Biomedical excellence for safer transfusion (best) collaborative. Transfusion reactions: prevention, diagnosis, and treatment. *Lancet*, 388(10061): 2825-36.
20. Pektaş, G., Çetin, D. (2021). Transfüzyon ilişkili istenmeyen reaksiyonların 7 yıllık retrospektif analizi: tek merkez deneyimi. *Abant Tıp Dergisi*, 10(1):47-54. doi.org/10.47493/abantmedj.2021.32
21. Duzenli Kar, Y., Ozkorucu Yildirgan, D., Aygun, B., Erdogmus, D., Altinkaynak, K. (2021). Retrospective evaluation of acute transfusion reactions in a tertiary hospital in Erzurum. *North Clin Istanbul* 8(3):261–268 doi: 10.14744/nci.2020.76258

**YAŞLANMAYLA BİRLİKTE TÜM DİŞLERİNDE İLERİ SEVİYEDE AŞINMA OLUŞAN
HASTADA DENTAL REHABİLİTASYON: BİR OLGU SUNUMU**
DENTAL REHABILITATION IN A PATIENT WITH ADVANCED WEAR ON ALL TEETH
WITH AGING: A CASE REPORT

Betül KARAHASAN^{1*}
Tuğba HERGÜNER^{2*}
Orhan ANAR^{1*}

*¹ Araştırma Görevlisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi
Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

*² Öğretim Görevlisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ağız ve
Diş sağlığı, Sivas, Türkiye

ABSTRACT

Tooth wear with aging is characterized by the pathological destruction of dental hard tissues. Its etiology is external and internal acids, mechanical wear, psychological factors or their combinations. Difficulty in feeding, weight loss and psychological effects can be seen in patients with tooth wear seen with aging. In such cases, extensive prosthetic rehabilitation may be required. An 81-year-old female patient applied to Sivas Cumhuriyet University Faculty of Dentistry, Prosthodontics Clinic, with complaints of inability to grind food and aesthetic concerns. In the examination, it was determined that there was a loss of vertical dimension as a result of advanced wear and material loss in all teeth. A treatment plan was created for the patient. Tooth preparations were made. Restoration of the upper teeth with metal-supported ceramic crowns was completed so that the patient could get used to the new vertical dimension. Later, restorations of the lower teeth were made. Closing relations were checked and rehabilitation was completed by controlling the canine-sparing occlusion.

Key words: wear, nutrition, dental rehabilitation, aging

ÖZET

Yaşlanma ile görülen diş aşınmaları, diş sert dokularının patolojik yıkımı ile karakterizedir. Etiyolojisi diş ve iç kaynaklı asitler, mekanik aşınma, psikolojik etkenler veya bunların kombinasyonlarıdır. Yaşlanma ile görülen diş aşınmaları bulunan hastalarda beslenmede güçlük, kilo kaybı ve psikolojik etkiler görülebilir. Böyle durumlarda kapsamlı bir protetik rehabilitasyon gerekebilir. 81 yaşında kadın hasta Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği fakültesi Protetik Diş Tedavisi kliniğimize yemekleri öğütememe şikayeti ve estetik kaygıyla başvurdu. Yapılan muayenede tüm dişlerinde ileri seviyede aşınma ve oluşan madde kaybı sonucu dikey boyut kaybı olduğu tespit edildi. Hasta için tedavi planı oluşturuldu. Diş preparasyonları yapıldı. Hastanın yeni dikey boyuta alışabilmesi için, üst dişlerin metal destekli seramik kronlarla restorasyonu tamamlandı. Daha sonra alt dişlerin restorasyonları yapıldı. Kapanış ilişkileri kontrol edildi ve kanin koruyuculu oklüzyon kontrol edilerek rehabilitasyon tamamlandı.

Anahtar kelimeler: aşınma, beslenme, dental rehabilitasyon, yaşlanma

GİRİŞ

Dişlerde aşınma olayı, yabancı mekanik bir etkenin ya da oklüzyon ve çiğneme sırasında karşı bir dişin, diş sert dokularında meydana getirdiği yavaş ve sürekli madde kaybı olarak tarif edilir. Bir başka deyişle diş aşınmaları diş sert dokularının çürük olmaksızın kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisinde; iç ve dış kaynaklı asitler, mekanik aşındırma hareketleri ve çiğneme kuvvetleri altında dişlerin esnemesi gibi pek çok faktör vardır. Diş aşınmaları, oluşumunda rol oynayan etkenlere bağlı olarak, atrizyon, abrazyon erozyon ve abfraksiyon olmak üzere 4'e ayrılır¹; Atrizyon, büyük

orandayaşlanma ile ilgilidir. Normal çiğneme fonksiyonunun etkisiyle yavaş ve düzenli olarak meydana gelirse, fizyolojik atrizyon olarak tanımlanır.² Para fonksiyon veya dişlerin malpozisyonuna bağlı olarak bir veya daha fazla dişte şiddetli olarak ortaya çıktığında patolojik atrizyon olarak değerlendirilir.^{2,3} Artmış diş yüzeyi kaybı, azalmış okluzal dikey boyut ile sonuçlanır, azalmış okluzal dikey boyut ise, zayıf estetik görünüm, çiğneme etkinliğinin azalması, temporomandibular eklemdede ağrı ve kas tonusu kaybı gibi problemlere yol açabilir.⁴ Okluzal dikey boyutun artırılmasındaki asıl hedef; estetik görünümün düzeltilmesi, çiğneme etkinliğinin hastaya tekrar kazandırılması, TME şikayetlerinin giderilerek fonksiyonun yeniden kazandırılması, fonasyonun iade edilmesi ve fasiyalden doku konturunun düzenlenmesidir.⁵ Bu vaka sunumunda estetik şikâyetler ve yaşa bağlı olarak dişlerin aşırı aşındığı, yetersiz çiğneme etkinliğine sahip ve dikey boyut kaybının görüldüğü bir hastada geçici akrilik kronlarla yeni okluzal boyuta adaptasyonun sağlandığı ve sabit protetik tedavi ile rehabilite edildiği bir vaka anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU

81 yaşında kadın hasta Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Kliniğine dişlerinde aşınma, yemekleri öğütememe ve estetik olmayan görüntü şikayeti ile başvurdu. Alınan anamnezinde hastada herhangi bir parafonksiyonel alışkanlık olmadığı tespit edildi. İntraoral muayenesinde 16, 17 ve 26 numaralı dişlerin eksik olduğu bu bölgelerde 15 ve 18 numaralar arası ve 25 ve 27 numaralar arası eski köprüleri olduğu görüldü. Hastanın tüm dişlerinde kron boylarında yarısına kadar aşınma olduğu, okluzal ve insizal kenarların aşınarak dentinin açığa çıktığı görüldü. Kron boyları sabit restorasyon yapımı için kabul edilebilir düzeydeydi. Radyolojik muayene sonucunda dişlerin alveoler kemik desteğinin iyi olduğu görüldü. Var olan köprüleri söküldü. Klinik muayenesi yapılarak panoramik radyografisi değerlendirildikten sonra dikey boyut ölçümüne geçildi. Hastanın istirahat dikey boyutu Niswonger yöntemi kullanılarak burun ucu ve çene ucunda sabit birer nokta belirlenerek ölçüldü ve 67 mm olarak bulundu. Okluzal dikey boyut ise tam kapanış halinde 59 mm olarak kaydedildi. Freeway space 3 mm olacak şekilde dikey boyutun 5 mm arttırılmasına karar verildi. Önce üst dişlerin tamamı prepare edildi ve hedeflenen dikey boyut artışının yarısı sağlanarak geçici protezler 3 hafta kullanılarak daimi protezler de 3 hafta kullanılarak 6 haftalık bir süre sonunda hastada herhangi bir eklem ağrısı gelişmediğine emin olunduktan sonra alt dişlerin preparasyonu yapılarak hedeflenen dikey boyuta ulaşıldı. Sabit protetik tedavide metal destekli köprüler tam seramik köprülere oranla mali olarak daha uygun olduğu için tercih edildi. 2 haftalık iki kontrol sonunda 1 ay sonra herhangi bir rahatsızlığı olmayan hastaya restorasyonları daimi olarak simante edildi. 6 aylık kontroller önerildi. 6. ayda yapılan kontrolde, temporomandibular eklemi ve kaslarıyla ilgili bir şikâyet belirtmeyen hastanın kronlarıyla ilgili de bir problem görülmedi.



Resim 1 ve 2. Hastanın tedavi öncesi görünümü



Resim 3, 4 ve 5. Hastanın tedavi aşamaları

SONUÇ

Yaş ilerledikçe oluşan diş aşınmalarının tedavisinde geç kalınmamalıdır. Bu duruma bağlı psikolojik etkiler, çene eklemi rahatsızlığı ve en önemlisi beslenmede güçlük görülür. Beslenmede yetersizlik genel sistemik rahatsızlıklara yol açar. Yıllar içerisinde durumun ilerlemesi tedavisi daha güç tablolar oluşturur. Sonuç olarak ciddi derecede dişlerinde aşınması olan hastaya akrilik geçici kronlarla okluzal dikey boyut artırılması ve ardından yapılan metal destekli porselen köprü uygulaması başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Uygulanan protetik rehabilitasyon ile hastaya kaybedilen çiğneme etkinliği iade edilmiş ve estetik görünüm sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Karakış, D., Kaymak, D., & Doğan, A. (2014). Aşırı Diş Aşınması Olan Bir Hastanın Tam Ark Restorasyonu ve Isırma Kuvvetinin Değerlendirilmesi: Vaka Raporu. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg, 24.
2. Altıncı, P., Can, G., & Özer, A. (2009). Tooth wears. ADO J Clin Sci, 3(2), 352-360.
3. Dahl, B. L., Krogstad, O., & Karlson, K. (1975). An alternative treatment in cases with advanced localized attrition. Journal of Oral Rehabilitation, 2(3), 209-214.
4. Guttal, S., & Patil, N. P. (2005). Cast titanium overlay denture for a geriatric patient with a reduced vertical dimension. Gerodontology, 22(4), 242-245.
5. Okeson, J. P. (2019). Management of temporomandibular disorders and occlusion-E-book. Elsevier Health Sciences.

GÖZ ARDI EDİLEN CİDDİ BİR SORUN: YAŞLI İSTİSMARI, İHMALİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Esmâ DAYI¹
Dilek AVCI²

^{1*} MSc Adayı, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, Türkiye
² Doç. Dr., Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balıkesir, Türkiye

ÖZET

Günümüzde sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmelerin artması, hastalıkların önlenmesi, doğum oranlarının azalması ve ortalama yaşam sürelerinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı hızla artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2050 yılına kadar dünya genelinde yaşlı birey sayısının 2 milyara ulaşması ve yaşlı nüfus oranının %22 olması beklenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 yılı verilerine göre ise ülkemizde yaşlı nüfus oranı %7.7 iken, 2023'de bu oran %10.2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Dünyada ve ülkemizde nüfusun yaşlanması, aile yapısında, sosyo-kültürel ve ekonomik alanda yaşanan değişimler yaşlı bireylerin karşılaştığı sorunları daha belirgin hale getirmektedir. Yaşlı istismarı ve ihmali sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik katmanları aşan, yaygın bir kişilerarası şiddet türü ve acil müdahale gerektiren ciddi bir insan hakları ihlalidir. Ayrıca artan morbidite, mortalite, kurumsallaşma ve hastaneye yatış riski dâhil olmak üzere yaşlılar için ciddi sağlık sonuçlarına yol açan, aile ve toplum üzerinde olumsuz etkisi olan küresel bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı istismarı ve ihmali, güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya onu strese sokan tek veya tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır. Literatürde birkaç farklı istismar türü belirtilmektedir. Başlıca türleri fiziksel istismar, psikolojik istismar, ekonomik istismar, cinsel istismar ve ihmal (bakıcı ihmali, kendini ihmal)'dir. Tespit edilen diğer istismar ve ihmal türleri ise hakların ihlali, sistemik istismar ve manevi istismardır. Yaşlı istismarı ve ihmalinin kesin yaygınlığı belirsiz olmakla birlikte, dünya çapında her yıl neredeyse altı yaşlıdan birini (140 milyondan fazla yaşlıyı) etkilediği tahmin edilmektedir. Yaşlı istismarı ve ihmalinin tek bir nedeni olmayıp, genellikle birden çok faktöre dayanan karmaşık bir sorundur. Yaşlı istismarı ve ihmalinin yaygın, ölümcül, maliyetli olmasına karşın, diğer şiddet biçimlerine kıyasla yeterince çalışılmamış bir durum olduğu belirtilmektedir. Yaşlı savunucusu rolü olan psikiyatri hemşirelerinin yaşlı istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesine, önleme ve müdahale faaliyetlerinin geliştirilmesine yapacakları yatırımlar, dünya çapında yaşlı istismarı ve ihmalinin etkisini azaltmaya yardımcı olmak için bir halk sağlığı önceliği olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, İstismar, İhmal, Psikiyatri Hemşireliği

A SERIOUS OVERLOOKED PROBLEM: ELDER ABUSE, NEGLECT AND PSYCHIATRIC NURSING

ABSTRACT

Today, with the increase in technological and scientific developments in the field of health, the prevention of diseases, the decrease in birth rates and the increase in average life expectancy, the share of the elderly population in the total population is increasing rapidly. According to the World Health Organization, it is expected that the number of elderly individuals worldwide will reach 2 billion by 2050 and the proportion of the elderly population will be 22%. According to the 2013 data of the Turkish Statistical Institute, while the rate of elderly population in our country was 7.7%, it is

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

estimated that this rate will increase to 10.2% in 2023. The aging of the population in the world and in our country, changes in family structure, socio-cultural and economic fields make the problems faced by elderly individuals more evident. Elder abuse and neglect is a common type of interpersonal violence that transcends socio-demographic and socio-economic layers and is a serious human rights violation that requires urgent intervention. It is also a global public health problem with a negative impact on family and society, leading to serious health consequences for the elderly, including increased morbidity, mortality, institutionalization and risk of hospitalization. Elder abuse and neglect is defined as a single or repeated inappropriate behavior that harms or stresses the elderly in any relationship with an expectation of trust. Several different types of abuse are mentioned in the literature. The main types are physical abuse, psychological abuse, economic abuse, sexual abuse and neglect (caregiver neglect, self-neglect). Other types of abuse and neglect identified are violation of rights, systemic abuse and moral abuse. While the exact prevalence of elder abuse and neglect is uncertain, it is estimated to affect almost one in six seniors (more than 140 million seniors) worldwide each year. Elder abuse and neglect is not a single cause, but is often a complex problem based on multiple factors. It is stated that although elder abuse and neglect is common, deadly and costly, it is an under-studied situation compared to other forms of violence. Investments by psychiatric nurses in the role of advocate for the elderly in the assessment and the development of prevention and intervention activities of elder abuse and neglect should be a public health priority to help reduce the impact of elder abuse and neglect worldwide.

Key Words: Elderly, Abuse, Neglect, Psychiatric Nursing

GİRİŞ

Yaşlılık, bireyin içinde bulunduğu yaş dönemini ifade etmekte olup, yaşamının ayrı ve özel bir dönemi olarak yaşanan bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlikten sonra gelen yaşam dönemidir. Yaşlanma ise doğumla başlayarak ölüme kadar devam eden durdurulamayan bir süreç olup, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden bazı sorunları da beraberinde getirmektedir (1,2). Günümüzde sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmelerin artması, hastalıkların önlenmesi, doğum oranlarının azalması ve ortalama yaşam sürelerinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı hızla artmaktadır (3,4). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2050 yılına kadar dünya genelinde yaşlı birey sayısının 2 milyara ulaşması ve yaşlı nüfus oranının %22 olması beklenmektedir (5). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ise ülkemizde 2018 yılında yaşlı nüfus oranı %8.8 iken, nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023'de %10.2, 2050'de %20.8 ve 2075'de %27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (6).

Dünyada ve ülkemizde nüfusun yaşlanması, aile yapısında, sosyo-kültürel ve ekonomik alanda yaşanan değişimler yaşlı bireylerin karşılaştığı sorunları daha belirgin hale getirmektedir. Yaşlılığın veya bakım verenin gözden kaçırdığı en önemli sorunlardan birisi de yaşlılığın istismarı ve ihmali (7,8). Yaşlı istismarı ve ihmali, “güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya onu strese sokan tek veya tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması” olarak tanımlanmaktadır (9). Yaşlı istismarı ve ihmalinin kesin yaygınlığı belirsiz olmakla birlikte, dünya çapında her yıl neredeyse 140 milyondan fazla yaşlıyı etkilediği tahmin edilmektedir (10). Yaşlı istismarı ile ilgili araştırmaların bir çoğu gelişmiş ülkelerde yapılmış olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerdeki yakın zamanlı çalışmalar bu konunun her toplumu ilgilendiren bir fenomen olduğunu göstermektedir (10,11). Bundan dolayı yaşlı istismarı ve ihmali sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik katmanları aşan, yaygın bir kişilerarası şiddet türü ve acil müdahale gerektiren ciddi bir insan hakları ihlali olarak kabul edilmektedir (10,12).

YAŞLI İSTİSMARI

İstismar, bireyin istemi dışında ondan faydalanma ve zarar verme eylemleri ile çok ciddi risk oluşturan sosyal ve toplumsal bir sorundur. Yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden, yaşanan toplumun kültürel değerleri ile kabul edilmeyen, bireye zarar veren herhangi bir davranıştır (10). Birleşmiş Milletlere göre yaşlılara yönelik istismar yaşlıların güven duygusu beklentisiyle kurdukları herhangi bir ilişki/iletişim biçiminde bir defaya mahsus ya da tekrarlayan bir biçimde yaşlının zarar görmesidir (9). Günümüzde tüm dünyada yaşlı nüfusun artışı ile birlikte artan yaşlı istismarının yaşlıların yakınları ya da bakımlarını üstlenen kişiler tarafından daha sıklıkla yapıldığı bilinmektedir (7,13). Yaşlı istismarı, yaralanma, tıbbi sorunların göz ardı edilmesi, kötü hijyen, yetersiz beslenme ve sıvı alımı, uygun olmayan konut koşulları, eve hapsedme, gelirine el koyma gibi çok değişik şekillerde ortaya çıkabilmektedir (7,11). Literatürde birkaç farklı istismar türü belirtilmektedir. Başlıca türleri fiziksel istismar, psikolojik istismar, ekonomik istismar, cinsel istismar ve ihmal (bakıcı ihmali, kendini ihmal)'dir (11,14).

Fiziksel İstismar

Yaşlının güvendiği veya yaşlıya bakan birisi tarafından güç kullanılarak yaşlıya kasıtlı olarak ağrı, acı verici her türlü bedensel uygulama fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir (2,10,15). Bunlar itme, vurma, tokatlama, yakma, bağlama, ısırma, uygun olmayan besin veya ilaç verme, zorla besleme, gereksinimi olan sıvı, gıda veya ilaçları vermeme, uygun olmayan yaptırımlar, baskı, banyo, tuvalet ya da bodruma kilitleme gibi fiziksel kısıtlamalardır (14,15). Tekrarlanan ve açıklanamayan yaralar, yanıklar ve çürükler, yaralanma hakkındaki çelişkili ifadeler ve tutumlar yaşlı bireyin fiziksel istismara uğramış olabileceğini gösteren başlıca belirtilerdir (10,15).

Psikolojik İstismar

Yaşlı ile birlikte yaşayan ya da bakımını üstlenen kişi/kişiler tarafından yaşlıya ruhsal açıdan acı veren veya strese sokan sözel veya sözel olmayan davranışlarda bulunmadır (2,10). Sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi, gözdağı verme, tehdit etme, küçümseme, aşağılama, utandırma, sürekli eleştirme, korkutma, lakap takma, zorla çevresinden ayırma psikolojik istismarı içermektedir. Yaşlının sosyal temaslardan kaçınması, ürkek ya da şüpheli davranması, açıklanamayan davranış değişiklikleri durumlarında duygusal istismar akla gelmelidir (14,16).

Cinsel İstismar

Cinsel istismar, bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır (10,15). Cinsel istismar, yaşlı bireyi isteği dışında soyma veya dokunma, cinsellik içeren fotoğraf çekme, uygun olmayan sözcükler kullanma, cinsel ilişkiye zorlama ve tecavüz şeklinde olabilmektedir (15). Yürümede ve oturmada güçlük, lekeli ve kanlı iç çamaşırı, genital bölgede ağrı ve kaşıntı, göğüslerdeki çürük ve morluklar başlıca cinsel istismar belirtileridir (17,18).

Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar, yaşlı bireyin güvendiği kişi/kişiler tarafından ekonomik kaynaklarının kendi bilgisi ve onamı dışında çalınması ya da kötüye kullanılmasıdır. Bilişsel durumu ile ilgili sorunu olmadan yaşlı kişilerin sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi, yasal olmayan yollarla mallarının veya emekli maaşlarının kullanılması, kendi evinden çıkartılması ekonomik sömürü örnekleridir (10,19).

Yaşlı İhmali

Yaşlıda ihmal, bakım verenin ihmali ve yaşlının kendini ihmali olmak üzere iki şekilde görülmektedir. Bakım verenin ihmali, yaşlı bireyin bakımını üstlenen kişi/kişilerin pasif olarak uyguladıkları kötüye kullanım biçimidir (8,10,14). Yaşlı bireyin bakım vericileri tarafından temel gereksinimlerinin karşılanmaması, bakım verenin sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranması, bakım işlevini yerine getirmeyi reddetmesi ya da aksatmasına bağlı olarak bilerek ya da bilmeden yaşlı bireyin fiziksel veya duygusal olarak sıkıntı yaşamasına yol açmasıdır (2,17). Yaşlı bireyin günlük yaşamını sürdürmek için ihtiyaç duyduğu beslenme, giyinme, kişisel hijyen, ısınma, ekonomik kaynak gibi gereksinimlerinin karşılanmaması, iletişim kurmaktan kaçınılması, uzun zaman yalnız bırakılması, sağlık hizmeti alma gereksiniminin ihmal edilmesi, biten ilaçlarının alınmaması, gözlük, işitme cihazı gibi yardımcı cihaz kullanma gereksiniminin göz ardı edilmesi bakım verici ihmalinin göstergelerdir (7,18). Kendi kendini ihmal ise yaşlı bireyin kendi bakımına, sağlık ve güvenliğine gerekli dikkat ve özen göstermesinde yetersiz ve umursamaz davranışlarda bulunması ya da farkındalığının olmamasıdır. Bu durum yaşlının sağlık kontrollerinin bilincinde olmasına rağmen aksatması, bireysel bakımı ve güvenliği için gerekli uygulamaları ihmal etmesi, önerilen yaşam değişikliklerine uymaması, önerilen ilaç tedavisini aksatması ya da sürdürmemesi, yardıma gereksinimi olduğu alanlarda yardım tekliflerini kabul etmemesi biçiminde kendini göstermektedir (10,15,16).

YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİNİN DÜNYADAKİ VE TÜRKİYE'DEKİ DURUMU

Yaşlı istismarı ilk kez 1975 yılında İngiltere'de bakıma muhtaç bir yaşlının kendisine bakan bir aile üyesi tarafından fiziksel istismara uğramasıyla ortaya çıkmış olup, yaşlı istismarının yaygınlığını ölçmek zordur (2). Yaşlı istismarı ve ihmalinin prevalansını belirlemek için Avrupa'da yedi ülkede yürütülen projede yaşlıların yaklaşık %35'inin psikolojik, %19'unun ekonomik, %12'sinin fiziksel ve %5'inin cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada yaşlılarda istismar oranının ülkelere göre %12.7 ile %30.8 arasında değiştiği belirlenmiştir (20). ABD'de yapılan bir çalışmada ise yaşlıların %5.2'sinin ekonomik istismara, %4.6'sının psikolojik istismara, %1.6'sının fiziksel istismara, %0.6'sının cinsel istismara ve %5.1'inin ihmale maruz kaldıkları bildirilmiştir (21). Yon ve arkadaşları (2017) yaptıkları meta-analizde ise düşük ve orta gelirli ülkelerde prevalans çalışmalarının yetersiz olmakla birlikte, yaşlı istismarının dünya çapında altı yaşlı bireyden birini etkilediğini bildirmişlerdir (22).

Ülkemizde yaşlı nüfus oranının giderek artması nedeniyle yaşlı istismarına yönelik farkındalık son yıllarda artmaya başlamıştır (19). İzmir'de yürütülen bir çalışmada yaşlıların %9.4'ü psikolojik istismara, %4.2'si fiziksel istismara, %2.1'i ekonomik istismara, %0.9'u cinsel istismara ve %8.2'si ihmale maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (23). Türkiye'nin batısında yapılan başka bir çalışmada yaşlı bireylerin %14.2'sinin son bir yıl içinde istismar ve ihmale maruz kaldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yaşlıların %8.1'i psikolojik istismara, %7.6'sı ihmale, %3.5'i ekonomik istismara, %2.9'u fiziksel istismara ve %0.4'ü cinsel istismara uğradığını bildirmişlerdir (24). Huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada ise yaşlıların yaklaşık %26'sının ailelerinin fiziksel istismarına maruz kaldığı ve yaşlıyı istismar edenlerin başında gelinlerin geldiği saptanmıştır (25). Ayrıca tüm dünyada Covid-19 pandemisi süresince yaşlı istismar ve ihmalinin arttığı bildirilmektedir (26).

YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Yaşlı istismarı ve ihmalinin tek bir nedeni bulunmayıp, genellikle birden çok faktöre dayanan karmaşık bir sorundur. Yaşlı istismarı ve ihmalinde hem yaşlı (cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi,

çocuk sayısı, medeni durumu, kronik fiziksel veya ruhsal hastalık varlığı, bağımlılık düzeyi gibi) hem de bakım veren (üstlendiği bakım rolünü benimsememesi, kişilik problemleri, maddi veya ailevi sorunlar yaşama, sosyal destek yetersizliği, madde bağımlılığı gibi) açısından bazı risk faktörleri bulunmaktadır (18,27). Bunun yanı sıra yaşlılık ve yaşlanmaya yönelik negatif tutumlar, cinsiyet ayrımcılığı, şiddetin nesiller boyu görülerek öğrenilmesi, aile bireylerinin yaşlıya bakmak konusunda kültürel olarak koşullanması gibi sosyo-kültürel faktörlerde yaşlı istismarı ve ihmali için risk faktörleri arasında yer almaktadır (2,25). Ekolojik modele göre ise bireysel, ilişkisel, kurumsal ve toplumsal faktörlerin etkileşimi yaşlı istismarı ve ihmali yol açmaktadır (10). Literatürde istismar ve ihmal açısından özellikle güçsüz, ruhsal bozukluğu olan ve/veya gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olan yaşlıların risk altında olduğu bildirilmektedir (2,12,14,27). Ülkemizde Şahin ve Erkal (2018) yaşlıların istismar ve ihmale uğrama durumlarının öğretim düzeyine, aylık gelire, çocuk sayısına, birlikte yaşanılan kişiye, yaşadığı evin mülkiyet durumuna ve sosyal güvencesine göre farklılaştığını belirtmişlerdir (28).

YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ

Yaşlı istismarını önlemeye yönelik ilk ve en önemli adım, toplumun farkındalığını arttırmak ve yaşlıya yönelik istismar ve ihmalin işaretlerini tanımaktır (27). Sağlık çalışanları açısından istismar ve ihmalin önlenmesine yönelik atılacak en önemli adım ise istismarın tanınması ve uygulanacak önleyici girişimlerin seçilmesidir. Bununla beraber istismar ve ihmalin önlenmesi için istismara maruz kalan yaşlının, bakım veren ailenin ve toplumun beraber hareket edip önlemler alması gerekmektedir (14).

Yaşlı istismar ve ihmali belirlemeye ve önlemeye ilişkin şu öneriler sıralanabilir:

- Toplumun yaşlılık dönemi ve sorunları, yaşlı istismarı ve ihmali konusunda bilgilendirilmesi, toplumsal duyarlılık oluşturulması ve bu konuda medyanın desteğinin alınması önemlidir.
- Yaşlıya sevgi ve saygı bilincinin kazandırılmasında ailelere ve eğitim kurumlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu bağlamda ilköğretim, lise ve üniversiteleri kapsayan aktiviteler planlanmalıdır.
- Yaşlı hakları artırılmalı ve yaşlılara haklarını arama ve kendini savunma eğitimleri verilmelidir. Ayrıca tüm yaşlıların sosyal ve sağlık hizmetlerine erişimi desteklenmelidir.
- Özellikle istismar ve ihmal yönünden risk taşıyan yaşlı bireylere (demans gibi nörobilişsel bozukluğu olan yaşlılar gibi) bakım verenlerin sorumluluklarını yerine getirmede yaşadıkları bilgi ve beceri eksikliği, yaşadıkları korku, anksiyete, stres ve davranış sorunları ile baş etmede yetersizlik, iletişim kurma ve tedavi gibi konularda topluma yönelik eğitim, danışmanlık ve sosyal destek hizmetlerinin sağlanması son derece yararlıdır.
- Yaşlılık konusunda politikaların üretilmesi ve bu politikaların yaşama geçirmesi konusunda ilgili kurumların işbirliği içinde çalışması gerekmektedir. Ayrıca yaşlı istismarı için bölgesel disiplinler arası ekipler oluşturulabilir (7,10,14,16).

Yaşlı bireyin alması gereken önlemler ise şunlardır:

- Sosyal ilişkilerini sürdürmesi ve arkadaş çevresini geliştirmesi,
- İleride yetersizlik yaşayabileceği durumlarda yasal açıdan koruyacak birilerinden (örneğin; kendisini temsil edecek bir avukat veya yasal güçten) destek ve öneriler alması,
- Yasal ve sosyal anlamdaki görüşmelerini periyodik olarak devam ettirmesi,
- Banka hesaplarını veya sosyal güvenlik evraklarını kontrol ederek düzenlemeler yapması,

- Yanında güvенеbileceđi biri olmadan ve incelemeden herhangi bir doküman veya evrak imzalamaması, evden yalnız ayrılmaması,
- Koruyucu hizmetler sunan ajanslar, kurumlar, güvenlik birimleri veya güvенеbileceđi birinin (doktoru, arkadaşı vb.) telefon numarasını sürekli yanında bulundurmasıdır (2,7).

YAŞLI İSTİSMARI, İHMALİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Yaşlı istismar ve ihmalini tanımlama, hemşireler için profesyonel bir sorumluluktur (17). Bu noktada hem bakım gereksinimi olan yaşlıya hem de onun bakımından sorumlu bakım verene ilişkin risk faktörlerinin belirlenerek gerekli planlamaların yapılması yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında son derece önemlidir (25,29). Hemşireler yaşlı istismarının önlenmesini hedeflenmeli ve istismarı önlemeye yönelik stratejilere odaklanmalıdır. Bu süreçte öncelikle yaşlı birey, ailesi ve çevresi değerlendirilmelidir. Risk oluşturan faktörler belirlenebilir ise istismar oluşmadan bu faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimler sağlanabilir (25,30,31). Psikiyatri hemşireleri yaşlı bireyi sosyal ve toplumsal etkinliklere katılması konusunda cesaretlendirmede, ailelerin yaşlı bakımında destek sistemlerini belirlemesinde, güçlü ve zayıf yönlerini analiz etmelerinde, gerekiyorsa kurum bakımı gibi seçenekleri belirlemelerinde, yaşlı bakımı konusunda bilgilendirilmelerinde sorumluluk almalıdır (17,27). Hemşireler çalışma ortamı gereği risk altındaki yaşlılar ile sık olarak karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle istismar ve ihmal uyarı belirteçlerinin yaşlı bireyle karşılaşılabilir ev, kurum, hastane gibi tüm alanlarda mutlaka dikkatle değerlendirilmesi, kayıt altına alınması ve bildirimini yapılması gerekmektedir (2,30,32). Psikiyatri kliniğinde, acil servislerde ve birinci basamakta çalışan hemşirelerin bir yaşlının risk altında olup olmadığını belirlemede ve müdahale etmede gerekli bilgi ve beceriye sahip olması gerekir, aksi takdirde birçok vaka saklı kalacaktır. Bu nedenle hemşirelerin bilgi, beceri ve duyarlılıklarının artırılması büyük önem taşımaktadır (27,30).

SONUÇ

Yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak yaşlı istismarı/ihmalî artış göstermekte ve yaşlıları inciten, yaralayan ve yaşama alanlarını daraltan evrensel bir sorun olarak varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Ancak yaşlı istismarı ve ihmalî aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, çocuk istismarı gibi diğer şiddet biçimlerine nazaran göz ardı edilmektedir. Yaşlıların istismarını önlemek için toplumsal duyarlılığın oluşturulması hayatidir. Ayrıca yaşlıya ve istismar uygulayan bireylere ilişkin risk faktörlerini azaltmaya yönelik müdahaleler geliştirilmelidir. Psikiyatri hemşirelerinin tüm disiplinlerle işbirliği içinde yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesine ilişkin mücadele vermesi zorunludur.

KAYNAKLAR

1. Kutlu, L., & Şişman, F.N. (2016). Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların ruhsal durumu, hizmet sunumu ve hemşireliğin yeri. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 2(1), 1–9.
2. Yeşil, P., Taşcı, S., & Öztunç, G. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmalî. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 128–134.
3. Aylaz, R. (2021). *Yaşlı ruh sağlığı ve hemşirelik bakımı*. Aylaz R, editör. Toplum Ruh Sağlığında Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Türkiye Klinikleri; s. 41–46.
4. Akbal, Y., & Hintistan, S. (2020). Geronemniyet ve hemşirelik. *Anatolian Curr Med J*, 2(4), 136–141.
5. World Health Organization. (2016). *Multi-sectorial action for a life course approach to healthy ageing: Draft global strategy and plan of action on ageing and health*. Geneva: WHO.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *İstatistiklerle yaşlılar*, Ankara: TÜİK.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

7. Ceyhan, Ö., Kartın, P.T., & Görüş, S. (2015). Gözden kaçırılmış bir durum: Yaşlı ihmal ve istismarı. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 1(2), 71–77.
8. Özcan, N.K., & Boyacıoğlu, N.E. (2016). Yaşlılığın İhmal ve İstismarı. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 2(1), 56–59.
9. World Health Organization, University of Toronto and INPEA. (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva: WHO.
10. World Health Organization. (2016). *Elder abuse: The health sector role in prevention and response*. Geneva: WHO.
11. Chalise, H.M. (2017). Abuse of the elderly: A neglected issue in developing countries. *Jacobs Journal of Gerontology*, 3(1), 1–5.
12. Yunus, R.M., Hairi, N.N., & Yuen, C.W. (2019). Consequences of elder abuse and neglect: A systematic review of observational studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 197–213.
13. Kurt, G., Beyaztaş, Y.F., & Erkol, Z. (2010). Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2), 32–39.
14. Bond, M.C., & Butler, K.H. (2013). Elder Abuse and neglect definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med*, 29, 257–273.
15. Gülen, M., Aktürk, A., Acehan, S., Seğmen, M.S., Açıkalın, A., & Bilen, A. (2013). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(3), 393–407.
16. Fadiloğlu, Ç., & Şenuzun, A.F. (2012). Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*, 51, 69–77.
17. Lök, N. (2015). Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 149–156.
18. Karadakovan, A. (2014). *Yaşlılığın istismarı/kötüye kullanım ve ihmali*. Karadakovan A, editör. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; s. 65–77.
19. Cengiz, Ö.B., & Elbi, H. (2021). *Yaşlılıkta ihmal ve istismar*. Uçku ŞR, Şimşek KH, editörler. Yaşlı Sağlığı ve Sorunları. Ankara: Türkiye Klinikleri; p. 62–67.
20. Fraga, S., Lindert, J., Barros, H., Torres-Gonzalez, F., Joannidi-Kapolou, E., Melchiorre, M.G., Stankunas, M., & Soares, J.F. (2014). Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. *Preventive Medicine*, 61, 42–47.
21. Acierno, R., Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *Am J public Health*, 100, 292–297.
22. Yon, Y., Mikton, C.R., Gassoumis, Z.D., & Wilber, K.H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5, 147–56.
23. Kissal, A., & Beşer, A. (2011). Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir. *Turkey Social Work in Health Care*, 50, 158–75.
24. Ergin, F., Evci-Kiraz, E.D., Saruhan, G., Benli, C., Okyay, P., & Beser, E. (2012). Prevalence and risk factors of elder abuse and neglect in a western city of Turkey: A community based study. *Bulletin of the Transylvania University of Braşov Series VI: Medical Sciences*, 5(54), 33–50.
25. Kısall, A., & Beşer, A. (2009). Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*, 8(4), 357–64.
26. Uysal, C., Yıldırım, Z., & Arıca, E. (2020). *COVID-19 salgını sürecinde çocuk ve yaşlı istismarının değerlendirilmesi*. Toprak EA, editör. Adli Tıp ve COVID-19. Ankara: Türkiye Klinikleri; s. 35–42.
27. Tanrıverdi, D. (2016). Yaşlı istismarı, ihmali ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 2(2), 63–76.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

28. Şahin, H., & Erkal, S. (2018). An evaluation of abuse and neglect in elderly with the hwalek-sengstock elder abuse screening test. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(1), 16–24.
29. Ergöner, T.A. (2012). Yaşlıya yönelik ihmal ve istismar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 3(6), 94–98.
30. Doğan, N. (2019). Göz ardı edilen bir durum: Yaşlı istismarı ve etkileyen faktörler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(4), 306–313.
31. Dong, X., Chen, R., Chang, E.S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy- a mini review. *Gerontology*, 59, 132–42.
32. Arpacı, F., & Bakır, B. (2017). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3, 691–703.

**ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLEN YAŞLI KADINLARDA SAĞLIK ARAMA
DAVRANIŞININ İNCELENMESİ: İKİ OLGU**

**Ebrar HUT¹
Gülseren DAĞLAR²**

¹ Ebe, Yüksek Lisans Öğrencisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı, Sivas, Türkiye

² Doç. Dr. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas, Türkiye
ORCID:0000-0003-1785-9199

ÖZET

Üriner inkontinans (Üİ) idrar tutamama ya da istem dışı idrar kaçırma dır. Üİ, kadınlarda sık rastlanan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tıbbi olduğu kadar psikolojik ve sosyal bir sağlık sorunudur. Üİ sıklığı, yaşla birlikte arttığından tanılanması, tedavi ve bakımın sağlanması önemlidir. Olgumuzda Üİ olan iki kadının yaşadıkları ve baş etmek için gösterdikleri sağlık arama davranışları vurgulanmıştır. İlk olgumuz 69 yaşında, 4 yıldır Üİ yaşamakta olup utandığı ve çekindiği için hiç sağlık kuruluşuna başvurmamıştır. Yaşamını bu soruna göre düzenlediğini ve sosyal yaşamını kısıtladığını, dışarıya çıkmadığını, görüşmek istediği kişileri evine davet ettiğini, dışarı çıktığında yanında yedek iç çamaşırı aldığını ve fazla su içmediğini ifade etmiştir. İkinci olgumuz 65 yaşında, 2 yıldır Üİ yaşamakta olup yapılan testlerin zorluğundan dolayı hiç sağlık kuruluşuna başvurmamıştır. Kendince baş etme yöntemleri geliştiren olgumuz, çevreden duyduğu ve internetten öğrendiği bazı bitki çaylarını içtiğini söylemektedir. Günde en az 1-2 kez iç çamaşırında ıslaklık hissettiğini, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini, toplu taşıma aracı kullanmak istemediğinden sosyal ortamlardan uzak kaldığını ve ısrarla doktora gitmek istemediğini belirtmiştir.

Sonuç olarak; bu iki olguda Üİ nedeniyle kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilemesine rağmen tıbbi sağlık arama davranışı göstermedikleri ve kendilerince çözüm bulmaya çalıştıkları görülmektedir.

Bu olgu, Üİ yaşayan iki yaşlı kadının yaşadıkları olumsuzlukları paylaşmak ve sağlık arama davranışının önemini vurgulamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, yaşlılık, sağlık arama davranışı

**EXAMINATION OF HEALTH SEEKING BEHAVIOR IN OLD WOMEN FACING WITH
URINARY INCONTINENCE: TWO CASE**

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is urinary or involuntary incontinence. UI is a psychological, social and medical health problem, which is common for women and negatively affects their quality of life. For the frequency of UI increases with the age, it is important for it to be diagnosed, treated and provided care. In our case, the experiences of two women with UI and their health-seeking behaviors to cope are emphasized. First case, 69 years old woman who has been living with UI for 4 years and has never applied to a health institution because of embarrassment. She stated that she organized her life according to this problem and limited her social life, not going out, inviting people she wanted to meet to her home, taking spare underwear with her when she went out and not drinking much water. Our second case is 65 years old, living with UI for 2 years, she did not apply to any health institution for the hardship of the tests. She, who developed coping methods in her own way, says that she drank some herbal tea that she heard from the environment and learned from the internet. She stated that she felt wetness in his underwear at least 1-2 times a day, her quality of life was negatively affected, she

stayed away from her social life because she didn't want to use public transport, and didn't go to the doctor persistently.

As a result; in these cases, it was observed that although the quality of life of the women was adversely affected by UI, they didn't show medical health-seeking behavior and tried to find solutions by themselves.

This case was prepared to share the negative experiences of two elderly women living with UI and to emphasize the importance of health-seeking behavior.

Keywords: Urinary incontinence, old age, health seeking behaviors.

GİRİŞ

Üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Derneği tarafından “sosyal ve hijyenik problem olan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu” olarak tanımlanmıştır (*International Continence Society*, 2022). Üİ yaygın olarak stres tipi, sıkışma ve karışık şekilde görülmektedir. Üİ vakalarının çoğunluğunu oluşturan stres üriner inkontinans (SÜİ), karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (öksürme, hapşırma, gülme, egzersiz yapma) istemsiz idrar kaybıdır ve genel olarak üretra fonksiyonu yetersizliği sonucu ortaya çıkmaktadır (Ören & Ertem, 2018). Erkek ve kadın anatomik yapıdaki farklılıklardan dolayı kadınlarda Üİ görülme sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Southall vd., 2017). Cinsiyetin yanı sıra yaş da Üİ için önemli bir faktördür. Yaşlılık, bireyde birçok değişimin meydana geldiği bir süreçtir (Beğer & Yavuzer, 2012). Yaşla birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler, kişinin sahip olduğu sağlık sorunları ve kullandığı ilaçlar vb. faktörler Üİ'nin görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır (Özcan & Kapucu, 2015).

Yetişkinlerin idrar kaçırması kişisel yetersizlik duygularına sebep olduğundan (Wang vd., 2015) bireyler tarafından kabul edilmesi zor bir durumdur. Bu durum yapılan çalışmalarını sınırladığından Üİ yaygınlığı tam olarak belirlenememekte, gizli toplumsal bir epidemi olarak kalmakta ve gerçek sıklığına dair verilere ulaşılması güç olmaktadır (Demirci vd., 2012; Kadioğlu & Kızılkaya Beji, 2016). Buna rağmen Üİ sıklığı, üreme çağındaki kadınlarda %18,4 ile %31,4 arasında değişirken (Şentürk & Kara, 2010; Özkan & Sapmaz, 2015; Güngör Uğurlucan vd., 2016; Kadioğlu & Kızılkaya Beji, 2016; İrer vd., 2018), yaşlı kadınlarda bu oran %45,3'e kadar yükselmektedir (Şentürk & Kara, 2010).

Üİ, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmasa da bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir sağlık problemi (Demirci vd., 2012) olup bireylerde psikososyal sorunlara ve sosyal izolasyona neden olmakta, günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal yaşama katılıma engel olan güçsüzlük duygularını tetiklemektedir (Southall vd., 2017). Üİ'li kişiler evlerinden dışarı çıkmaktan kaçınmakta ve toplu taşıma araçlarını kullanmak istememektedir. Üİ yaşayan bireyler sıklıkla utanç duygusu yaşamakta, özgüvenleri azalmakta, kendilerini daha az çekici bulmakta ve başka insanlarla iletişimden kaçınmaktadır. Üİ'nin oluşturduğu bu olumsuz durumlara rağmen toplumda gizlenmesi kadınların profesyonel yardım almalarını engellemekte (Güngör Uğurlucan vd., 2016), tedavi olmak amacıyla sağlık kurumuna başvuruyu azaltmaktadır. Üİ yaşayan kadınların büyük bir kısmı semptomları anormal ya da ciddi olarak görmedikleri ya da zamanla geçeceğine inandıkları, bir kısmı ise bu sebeple muayene olmaktan utandıkları için sağlık bakımı alamamakta ve tedavi olamamaktadır (İrer vd., 2018). İnkâr, gizleme ve sağlık durumunu kabul etme konusundaki isteksizlik potansiyel olarak tedavi olmamaya ya da tedaviyi geciktirmeye sebep olduğundan başarılı müdahale ihtimali de azalmaktadır. Sağlıklı bir toplum oluşmasında bireylerin sağlık arama davranışları son derece önemlidir (Southall vd., 2017).

Sağlık arama davranışı, insanların hem gerçek hem de potansiyel problemlerine uygun bir çözüm bulmak amacıyla üstlendikleri eylemleri ifade eder. Bireylerin sağlık arama davranışı, sosyodemografik faktörler, sağlık politikaları, bireysel davranışlar ve yaşam tarzı, Üİ şiddeti ve Üİ semptomlarının varlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Parker vd., 2003; Cesur, 2021). Yaşlı kadınlarda görülen Üİ'nin çoğunluğu tedavi edilebilir nedenlere bağlı gelişmektedir. Erken tanı ve tedavi, Üİ prognozu açısından önemli (Özcan & Kapucu, 2015) olduğundan Üİ yaşayan kadınların yeterli/profesyonel sağlık arama davranışı göstermesi önemlidir. Bu çalışmada, Üİ yaşayan yaşlı

kadınların yaşadıkları problemleri, nasıl baş ettiklerini ve sağlık arama davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmada Üİ problemi yaşayan iki kadınla kendi ev ortamlarında yüz yüze görüşülmüştür. Görüşme yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür. Kadınların haklarının korunması amacıyla görüşmeye başlamadan önce görüşmenin yapılma amacı açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, görüşmeye gönüllü katılmak isteyip istemediklerinin sorulması ile de “Özerkliğe Saygı” ilkesini de içeren etik ilkeleri yerine getirmeye özen gösterilmiştir. Olgularımızdan görüşme sonuçlarının yayınlanabileceğine ilişkin yazılı onam belgesi de 05.02.2022 tarihinde alınmıştır. Görüşmede, Kıracı (2019) tarafından geliştirilen “Sağlık Arama Davranışı Ölçeği” maddelerinden yararlanılmıştır. Ölçek 5’li likert tipte olup toplam 12 maddeden oluşmaktadır (Kıracı, 2019). Görüşmede olgularımıza sorulan ölçek maddeleri şunlardır:

Faktör 1: Online sağlık arama

1. Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım.
2. Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim.
3. Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.
4. Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım.
5. Hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim.
6. Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.

Faktör 2: Profesyonel sağlık arama

7. Hastalandığımda hekimine başvuru yaparım.
8. Hastalığımla ilgili hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.
9. Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim.

Faktör 3: Geleneksel sağlık arama

10. Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım.
11. Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.
12. Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim (Kıracı, 2019).

OLGU SUNUMU

Olgu-1

Birinci olgumuz, S. H; 69 yaşında, Üİ yaşayan, ilkökul mezunu, bir ev hanımıdır. S.H. dört yıldır devam eden, öksürürken, hapsirirken, gülerken idrar kaçırma problemi yaşadığını belirtmiştir. Sağlık öyküsünde; 10 yıldır hipertansiyon hastalığı olduğu, herhangi bir alerjisinin olmadığı, beden kitle indeksinin (BKİ) 36,5 kg/m² (ileri obez) olduğu, alkol ve sigara kullanmadığı, kronik öksürük, konstipasyon ve üriner enfeksiyonu olmadığı, 15 yıldır menopozda olduğu, hormon replasman tedavisi almadığı, jinekolojik herhangi bir ameliyat ve perinal travma geçmişi olmadığını, Kegel egzersizlerini bildiği fakat hiç yapmadığı belirlenmiştir. Olgunun obstetrik öyküsünde; gravidası yedi, paritesi dört, abortus sayısı iki, küretaj sayısı bir (G₇P₄A₂) olup evlenme yaşının 17 ve ilk gebelik yaşının 18 olduğu belirlenmiştir. Doğumlarını vajinal yoldan yaptığı, 4000 gramın üzerinde üç bebek doğurduğu ve epizyotomi öyküsünün olmadığı belirlenmiştir. Günde ortalama bir litre sıvı aldığı, iki bardak çay tükettiği, beslenme ve uyku alışkanlıklarının düzenli olduğu belirlenmiştir. İdrar kaçırma nedeniyle günde üç kez iç çamaşırını değiştirdiğini, idrar kaçırmaktan korktuğu için aile/arkadaş toplantılarına katılmadığını ve sosyal yaşamını sınırladığını, dışarı çıkmak zorunda olduğunda yanında iç çamaşırını taşıdığını söylemiş, “çok gerekmedikçe dışarıya çıkmıyorum, görüşmek istediğim akrabalarımı ve arkadaşlarımı evime davet ediyorum” demiştir. S.H., idrar kaçırdığını açıklamaktan utandığı için hiç bu şikayetle sağlık kuruluşuna başvurmadığını da sözlerine eklemiştir.

Olgu-2

İkinci olgu F. H; 65 yaşında, ilkökul mezunu, bir ev hanımıdır. İki senedir devam eden, öksürürken, hapsirirken, gülerken idrar kaçırma problemi yaşadığını belirtmiştir. Sağlık öyküsünde; kronik hastalığının olmadığı ve herhangi bir ilaç kullanmadığı, alerjisinin olmadığı, BKİ 48.9 kg/m² (aşırı obez) olduğu, 10 yıldır günde beş adet sigara kullandığı, kronik öksürük, konstipasyon ve idrar yolu enfeksiyonu olmadığı, 13 yıldır menopozda olduğu, jinekolojik herhangi bir ameliyat ve perineal travma geçmişi olmadığını, Kegel egzersizlerini bilmediği belirlenmiştir. Obstetrik

öyküsünde gravidası üç, paritesi üç ($G_3P_3A_0$) olup abortus öyküsünün olmadığı, evlenme yaşının 16 ve ilk gebelik yaşının 18 olduğu, tüm doğumlarını sezaryen ile yaptığı, 4000 gramın üzerinde bir bebek doğurduğu, doğumları arasındaki sürenin iki yıl olduğu belirlenmiştir. Ayrıca günde 1,5 litre sıvı aldığını, sekiz bardak çay tükettiğini, uykusunun düzenli olduğunu, beslenme alışkanlığının düzensiz ve karbonhidrat ağırlıklı olduğunu belirtmiştir. Olgumuz günde birkaç kez iç çamaşırında ıslaklık hissettiğini, daha önce toplu taşımada idrar kaçırdığı için artık toplu taşıma aracı kullanmaktan çekindiğini söylemiştir. Üİ nedeniyle sağlık kuruluşuna hiç başvurmadığını belirten F. H. başvurmama sebebinin “*komşum da idrar kaçıırıyordu, doktora gitmiş ve ona çok zor testler yapmışlar, o yüzden korkuyorum*” şeklinde açıklamış, doktora başvurmak yerine çevresindeki kişilerden ve internetten öğrendiği çeşitli bitki çayları ile idrar kaçıırma sorununa çözüm aradığını belirtmiştir.

TARTIŞMA

Üİ, kadınlarda yaşlanmayla birlikte görülme sıklığı artan bir sağlık sorunudur. Ancak kadınlar genellikle bu durumu çeşitli sebeplerle gizlemekte ve yetersiz profesyonel sağlık arama davranışı göstermektedir. Bu nedenle de Üİ’li kadınlar tıbbi bakım alamamakta ve tedavi olamamaktadır (Cesur, 2021). Üİ’si olan kadınların tıbbi bakım arama davranışı kültürlere göre değişiklik göstermektedir (Karakaş & Kızılkaya Beji, 2015).

Bu çalışma; Üİ yaşayan yaşlı kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine rağmen bu sorunla kendi kendilerine baş etmeye çalıştıklarını, profesyonel sağlık arama davranışı göstermediklerini ortaya koyması açısından önemlidir. Olgularda, Üİ yaşamanın kadınların yaşantılarını olumsuz etkilediği, sorunla baş etmek için kendilerince farklı çözümler bulmaya çalıştıkları, kendilerini sosyal ortamlardan uzak tuttukları, toplu taşıma araçları kullanmaktan kaçındıkları belirlenmiştir. Çalışmamızdaki ilk olgunun utanma nedeniyle, ikinci olgunun ise bilgi eksikliği nedeniyle profesyonel sağlık arama davranışında bulunmadığı görülmüştür. Üİ olan iki olgunun görüşmedeki ifadeleri ile Üİ’li kadınlarla yapılan çalışma sonuçları değerlendirildiğinde olguların ifadelerinin çalışma sonuçları ile benzer olduğu görülmüştür.

Karakaş ve Beji (2015) 20 yaş ve üzeri Üİ şikayeti olan kadınlarla yaptığı çalışmada; kadınların, Üİ şikayetinden dolayı ev dışındaki sosyal etkinliklere katılmadıkları ve hüsrana duygusunu (düş kırıklığı) yoğun yaşadıkları, menopoza girmiş kadınların Üİ daha fazla yaşadığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, buna rağmen doktora başvurma oranının düşük olduğu bulunmuştur (Karakaş & Kızılkaya Beji, 2015). Can ve Özçakar (2016) da Üİ’si olan kadınların yalnızca yarısının idrar kaçıırma şikayetiyle doktora başvurduklarını bildirmiş, başvurmama sebepleri arasında en çok verilen üç cevabın; hastaların yardım arayışını gerekli görmedikleri, fırsat bulamadıkları ve utandıkları için doktorla paylaşmadıkları olduğunu bulmuştur. Bir başka araştırma sonucunda da Üİ’li kadınların %33,6’sının Üİ şikayeti ile doktora başvurduğu, saptanmıştır (Demir & Kızılkaya Beji, 2015). Kwon ve Lee (2014) de Üİ’nin yaşla birlikte arttığını, Üİ’li kadınların sağlık arama davranışı oranının Üİ prevalansından anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da Üİ’li kadınların sadece %30,2’si doktora bu şikayetleri ile başvurmuş, doktora başvurmayanlara “neden başvurmadığı” sorulduğunda sırasıyla “önemsememe” (%64,5), “utanma” (%21,0) ve “diğer sebepler” (%14,5) cevapları alınmıştır. Hatta aynı çalışmada, bir yıl içinde başka şikayetler nedeniyle doktora başvuranların bu şikayetini ifade etmediği de saptanmıştır (Öztürk vd., 2012). Üİ sorunu yaşayan 18 yaş üzerinde 150 olgunun değerlendirdiği bir çalışmada da kadınların sadece 10’u (%6,7) Üİ nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğunu ifade etmiştir. Sağlık kurumuna başvurmama nedenleri arasında 23’ünün (%16,4) muayene olmaktan çekinme, 5’inin (%3,6) muayene olmak için zaman bulamama, 8’inin (%5,7) ilerleyen yaş ile birlikte idrar kaçıırmanın normal olduğunu düşünme, 4’ünün (%2,9) idrar kaçıırmanın çok rahatsız etmemesi gibi nedenlerle hastaneye başvurmadıkları belirlenmiştir (Kara, 2014). 18 yaş üzerinde Üİ sorunu yaşayan kadınlarla yapılan başka bir çalışmada da bu durumun kadınların %8,6’sı günlük işlerini yapmayı etkilediğini, %10,4’ü ev dışı etkinliklere katılmalarını engellediğini, %61,9’u idrar kaçıırmanın çeşitli düzeylerde ruh sağlıklarını etkilediğini söylemesine rağmen kadınların %45,9’u bu şikayet ile hekime başvurmadıklarını belirtmiştir (Cesur, 2021).

SONUÇ

Üİ problemi yaşayan yaşlı kadınların sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla hazırlanan bu çalışma ile kadınların bu sorunu uzun yıllar yaşamasına ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine rağmen çeşitli nedenlerle profesyonel sağlık arama davranışı göstermedikleri belirlenmiştir. Bunun yerine geleneksel sağlık arama davranışlarının daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumda yaşlı kadınların, Üİ tanı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesinin ve farkındalıklarının artırılmasının gerekli ve önemli olduğu görülmektedir. Bilgi düzeyleri ve farkındalıkları artan kadınlar, hayatlarını inkontinans sorunlarına göre düzenlemek yerine profesyonel tıbbi tedavi ve bakım alarak, sosyal yaşantılarını kısıtlamak zorunda hissetmeden, daha rahat, sağlıklı ve mutlu bir yaşlılık süreci geçirebilir.

KAYNAKLAR

- Beğer, T., & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*, 25(3), 1-3.
- Can K, T., & Özçakar, D. N. (2016). Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Bu Durumun Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerine Olan Etkileri. (Master's thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi), 90.
- Cesur, N. N. (2021). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda İnkontinans Şiddeti ve Yaşam Kalitesinin Sağlık Arama Davranışı ile İlişkisi. (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Üniversitesi), 1-21.
- Demir, S., & Kizilkaya Beji, N. (2015). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 23. <https://doi.org/10.17672/fnhd.68821>
- Demirci, N., Aba, Y. A., Süzer, F., Karadağ, F., & Ataman, H. (2012). 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19), 23-37.
- Güngör Uğurlucan, F., Comba, C., Emegil, Ş., & Yalçın, Ö. (2016). Türkiye'de Üriner İnkontinans İle İlgili Düşünce Ve Tutumlar. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 79(4), 141-141. <https://doi.org/10.18017/iuitfd.308488>
- International Continence Society*. (2022, Mart 11). ICS. <https://www.ics.org/>
- İrer, B., Şen, V., Demir, Ö., Bozkurt, O., & Esen, A. (2018). The effects of urinary incontinence subtypes on quality of life: Does it matter urinary incontinence subtype on doctor consultation. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10(1), 8-12. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.330654>
- Kadioğlu, M., & Kizilkaya Beji, N. (2016). Üriner İnkontinansın Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 201. <https://doi.org/10.17681/hsp.52539>
- Kara, K. C. (2014). İnkontinans Kısa Testinin Türkçe Versiyonu: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Master's thesis, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karakaş, S., & Kizilkaya Beji, N. (2015). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23. <https://doi.org/10.17672/fnhd.68821>
- Kıraç, R. (2019). Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: Yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma (Doktora tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Kwon, C. S., & Lee, J. H. (2014). Prevalence, Risk Factors, Quality of Life, and Health-Care Seeking Behaviors of Female Urinary Incontinence: Results From the 4th Korean National Health and Nutrition Examination Survey VI (2007-2009). *International Neurourology Journal*, 18(1), 31-36. <https://doi.org/10.5213/inj.2014.18.1.31>
- Ören, E. D. T., & Ertem, G. (2018). Stres Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu: Olgu Sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2): 43-46.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- Özcan, M., & Kapucu, S. (2015). Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.
- Özkan, Z. S., & Sapmaz, E. (2015). Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *J Kartal Tr*, 26(2), 101-106.
- Öztürk, G. Z., Toprak, D., & Basa, E. (2012). 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(4), 7.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*, 22(4), 147-153. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.4.147>
- Southall, K., Tuazon, J. R., Djokhdem, A. H., van den Heuvel, E. A., Wittich, W., & Jutai, J. W. (2017). Assessing the stigma content of urinary incontinence intervention outcome measures. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 4, 2055668317738943. <https://doi.org/10.1177/2055668317738943>
- Şentürk, Ş., & Kara, M. (2010). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17(1), 7-11.
- Wang, C., Li, J., Wan, X., Wang, X., Kane, R. L., & Wang, K. (2015). Effects Of Stigma On Chinese Women's Attitudes Towards Seeking Treatment For Urinary Incontinence. *Journal of clinical nursing*, 24(7-8), 1112-1121.

KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLILARIN COVID 19 PANDEMİSİNDE YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

Ülkü ÖZDEMİR

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

ÖZET

Çalışmanın amacı kronik hastalığı olan yaşlıların Covid-19 pandemisinde yaşadığı güçlükleri belirlemektir. Çalışma fenomenoloji deseninde yapılmıştır. Çalışma Şubat 2022’ de derinlemesine görüşme yöntemi ile, 65 yaş ve üstünde, en az bir kronik hastalığa sahip olan 10 kişi ile tamamlanmıştır. Betimsel ve içerik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Etik kurul izni ve bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır.

Bulgular 6 tema altında incelenmiştir. Bireyler doktora gitme, ilaçlarını alma ve kullanma konusunda güçlük yaşamadığını, eczane görevlileri ve çocuklarından destek aldıklarını belirtmiştir.

Bireyler sosyal ilişkileri ile ilgili yaşadıkları güçlüğü yakınlarıyla, arkadaşlarıyla, komşularıyla görüşmemek, özlem duygusu yaşamak, cenazelere gidememek şeklinde ifade etmiştir. Bireylerin ekonomik güçlük yaşamadığı fakat bir bireyin çocuklarına işsiz kalması nedeniyle maddi destek verdiği belirlendi.

Bireyler evde kapalı kalmanın, kimseyle görüşmemenin psikolojik güçlük yarattığını ifade etmiştir. Bireylerin yaşadıkları en zorlayıcı güçlüğü çoğunlukla eve kapanma ve yakınlarıyla görüşememe olduğu belirlenmiştir. Bireylerin çoğunlukla üzüntü, stres ve hasta olma korkusu duyguları yaşadıkları belirlenmiştir.

Bireylerin yaşadıkları güçlüklerle sabrederek, dua ederek, kuran okuyarak, el işi yaparak, telefonla görüşerek, televizyon izleyerek, köye giderek baş ettikleri; eşi, çocukları, kardeşleri ve arkadaşlarından destek aldıkları belirlenmiştir.

Sonuç olarak bireylerin en fazla evde kapalı kalmak, yakınlarıyla görüşmemek gibi güçlük yaşadığı; üzüntü, stres ve hastalık korkusu yaşadıkları; destek sistemleri ile baş ettikleri belirlenmiştir. Sonuçlar, yaşlı bireyler için destek sistemlerinin önemini ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalık, Yaşlı, Covid 19, Pandemi, Güçlükler

THE DIFFICULTIES OF THE OLDER PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES IN THE COVID 19 PANDEMIC

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the difficulties experienced by the older people with chronic diseases in the Covid-19 pandemic. The study was carried out in the phenomenology design. The study was completed in February 2022 with in-depth interview method, with 10 people aged 65 and over, with at least one chronic disease. Descriptive and content analysis methods were used. Ethical permission and voluntary consent were obtained.

Findings were inspected under 6 themes. Individuals stated that they didn't have any difficulties in going to the doctor, taking and using their medicines, that they received support from pharmacy staff and their children.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Individuals expressed the difficulties they experienced in their social relations as not being able to see their relatives, friends, neighbors, feeling longing, and not being able to go to funerals. It was determined that individuals didn't experience economic difficulties, but an individual gave financial support to their children due to unemployment.

Individuals stated that being closed at home and not being able to see with anyone creates psychological difficulties. It has been determined that the most compelling difficulties experienced by individuals are mostly staying at home and not being able to talk to their relatives. It has been determined that individuals mostly experience feelings of sadness, stress and fear of being sick. Individuals use methods such as enduringly, praying, reading the Qur'an, doing handicrafts, talking on the phone, watching television, and going to the village to cope; It was determined that they received support from spouse, children, siblings and friends.

As a result, individuals mostly experience difficulties such as staying home and not being able to see relatives; they experience sadness, stress and fear of illness; It has been determined that they cope with support systems. The results revealed the importance of support systems for the elderly.

Keywords: Chronic disease, Older people, Covid 19, Pandemic, Difficulties

GİRİŞ

Çin' in Wuhan kentinde 2019 yılının Aralık ayında ortaya çıkan ve kısa sürede pandemiye neden olan koronavirüs hastalığı (Covid 19) için, yaşlı bireyler ve kronik hastalığı olan bireyler yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (1,2). Yaşlı bireylerdeki ölümlerin nedenini sıklıkla kronik hastalıklar oluşturmakla birlikte (3), kardiyovasküler hastalık, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, kanser, kronik böbrek hastalığı, obezite gibi altta yatan komorbiditeler veya ileri yaş yetişkinlerde Covid 19' un daha şiddetli görülmesine neden olmaktadır. Komorbiditelerin ağır hastalık tablosu ve mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (4-7). Ayrıca pandemi nedeniyle yaşlı bireyler fiziksel sağlık, finansal durum, izolasyonla ilgili ve psikolojik olarak sorunlar yaşamaktadır (2).

COVID-19 pandemisi ile birlikte yeni alışkanlıklar ve yeni bir yaşam sürecinin zorunlu hale gelmesi çeşitli sorunları da beraberinde getirmiştir. Yaşlı bireyler aile üyeleriyle ve akrabalarıyla eskisi kadar görüşmemektedir. Ayrıca ihtiyaçlarını karşılamak için toplu taşımayı kullanma, markete ve eczaneye gitme gibi günlük aktiviteleri yerine getirme düzeyleri değişmiştir. Yalnız yaşayan yaşlı bireyler için bu durum daha da zorlayıcı hale gelmiştir (1).

TÜİK 2020 verilerinde yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre yaşlı bireylerin mutluluk kaynağının en fazal sırası ile aileleri, çocukları, torunları ve eşleri olduğu bildirilmektedir (8). Pandemide çocuklarından ve torunlarından ayrı kalmak zorunda kalan yaşlı bireyler için yalnızlaşma hissi daha yoğun yaşanmaktadır. Yaşlı bireylerin yakınlarıyla görüşmemesi, yüz yüze iletişim olanaklarının azalması, sosyalleşme ortamlarını kısıtlı olarak kullanabilmesi gibi durumlar yalnızlık hissini ve yakınlarıyla ilgili olarak yaşadıkları kaygı düzeyini arttırmaktadır (1). Ayrıca sıkı karantina uygulaması, yüksek hastalık tehdidi ve sosyal destek kaybı nedeniyle anksiyete ve depresyon yaşlılarda daha fazla görülmektedir (9). Pandemi sürecinde, hastalıktan korunmak için sosyal etkileşimleri azaltmak zorunda kalan ve yalnız yaşayan yaşlılar için daha çok sorun yaşanabilmektedir (10,11).

Diğer taraftan bu sürecin getirdiği yeni yaşama biçimi özellikle yaşlı bireyler için sahip olduğu hastalıklar bakımından da zorlayıcı olmaktadır (1). Pandemi, sağlık sorunları olan yaşlılarda sağlık kuruluşuna ulaşamama ve gitme korkusu nedeniyle yaşlının alması gereken bakım ve tedavi gecikmelerine neden olabilmekte ve yaşlılardaki komorbidite durumlarını daha kontrolsüz bir hale getirmektedir (3).

Yaşlı bireylerin bu süreçte deneyimledikleri sorunlara karşı erişilebilir destek mekanizmalarının olması oldukça önemlidir (1). Yaşlı insanlara verilen destek ise ülkelerin pandemiye kapsamlı müdahalesinin önemli bir parçası olup yaşlıların yeni durumla başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır (3). Bu nedenle yaşlı bireylerde hastalık korkusu, ölüm korkusu, sosyal izolasyon ve yalnızlık, sürecin belirsizliği gibi nedenlerle güçsüzleştiğini düşünme, günlük ihtiyaçlara erişimde yaşanan güçlükler

nedeniyle gelişebilecek sorunlar ve duygular, doğru şekilde tanımlanmalıdır. Bunun için ise bireylerin sorunlarının çok düzeyli bir şekilde, bütüncül bir anlayışla değerlendirilmesi önemlidir. COVID-19 sürecinde yaşlı bireylerin yaşadığı sorunları ve ihtiyaçlarını anlamak için, yaşının çevresi içerisinde ele alınarak bireyin biyo-psiko-sosyal iyilik hali, sosyo-ekonomik durumu, sosyal destek sistemleri, kurumsal hizmetlere erişimi gibi değerlendirmeler yapılmalıdır (1).

Konik hastalığı olan yaşlıların Covid 19 pandemisinde yaşadığı güçlüklerin ve destek sistemlerinin derinleme görüşme yöntemiyle belirlenmesi bireysel deneyime ilişkin daha derin bir bakış açısı sunarak yaşlı bireylere sağlanacak destek mekanizmalarının oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı kronik hastalığı olan yaşlıların Covid 19 pandemisinde yaşadığı güçlükleri belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Deseni

Bu çalışma nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseninde yürütülmüştür.

Çalışma Grubu

Bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre 65 yaş ve üstünde her iki cinsiyetten olmak, en az bir kronik hastalığa sahip olmak ölçüt olarak belirlenmiştir. Çalışma, ölçütlere uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 10 kişi ile tamamlanmıştır. Çalışma grubunun sosyo demografik özellikleri tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Eğitim durumu	Meslek	Çalışma durumu	Kronik hastalıklar
R1	67	Kadın	Okur-yazar	Ev hanımı	Çalışmıyor	Diyabetes mellitüs Hipertansiyon
R2	71	Erkek	Lise	İşçi	Emekli	Diyabetes mellitüs Hipertansiyon
R3	84	Kadın	Okur-yazar değil	Ev hanımı	Çalışmıyor	Hipertansiyon Atriyal fibrilasyon
R4	66	Kadın	İlk öğretim	Ev hanımı	Çalışmıyor	Hipertansiyon
R5	73	Erkek	İlk öğretim	İşçi	Emekli	Hipertansiyon
R6	67	Kadın	İlk öğretim	Ev hanımı	Çalışmıyor	Hipertansiyon Vertigo
R7	67	Kadın	Okur-yazar	Ev hanımı	Çalışmıyor	Hipertansiyon Romatoid artrit
R8	69	Erkek	Lise	Teknisyen	Emekli	Astım
R9	79	Erkek	Lise	Şef	Emekli	Hipertansiyon
R10	74	Kadın	Lise	Ebe	Emekli	Hipertansiyon

Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin Covid 19 pandemisindeki yaşamış oldukları güçlükleri nasıl anlamlandırdığına ve nasıl ifade ettiğine ilişkin duygu, düşünce, tutum ve inançlarının neler olduğunu ortaya çıkarmak için araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu araştırmacı tarafından araştırmanın amacına ve sorusuna yönelik ilgili literatür incelenerek (1,2,3) ve Stres Süreç Modeli (12) ve Stres ve Başa Çıkma Modeli'nden (13) esinlenerek 6 adet sosyo- demografik ve 9 adet açık uçlu olmak üzere toplam 15 maddelik, yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış soruları içermektedir.

Yarı yapılandırılmış anket formu; yaş,cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu,var olan kronik hastalıklar, covid 19 pandemisinde; sağlık ile, mevcut kronik hastalığı yönetmek ile, sosyal ilişkiler ile ilgili yaşanan güçlükler, ekonomik güçlükler, psikolojik güçlükler, yaşanan en zor güçlük, yaşanan güçlüklerle ilişkin çözüm yolları, yaşanan güçlüklerin etkisi, destek alma durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler Şubat 2022' de görüşme formu aracılığıyla yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Derinlemesine görüşmede bireylerin sesleri kayıt altına alınmıştır. Görüşme formunun uygulanabilirliğini test etmek için araştırmaya başlamadan önce bir yaşlı birey ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme bulguları çalışmaya dahil edilmemiştir.

Görüşmeye başlamadan önce, görüşülen bireye güven kazandırmak ve görüşmenin birey açısından daha rahat geçmesini sağlamak amacıyla, görüşme nedeniyle görüşülen bireye herhangi bir zarar gelmeyeceği, görüşmenin kaydedilmesinin tamamen görüşülen bireyin iznine bağlı olacağı, görüşme sonunda bireyin verdiği bilgilerden rahatsız olması durumunda yapılan kayıtların tümünün kendisine geri verilebileceği ve araştırmada kullanılmayacağı açıklaması yapılmıştır. Yüz yüze görüşmeler bireylerden randevu alınarak, bireylerin evlerinde ses kaydı yapılabilecek uygun bir ortamda ses kayıt cihazı ile ses kaydı altında gerçekleştirilmiştir. Kayıt edilen görüşmeler daha sonra tekrar dinlenerek cevaplar analiz edilmiştir.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde betimsel ve içerik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Araştırma verileri kategorize edilmiş ve çıkan kodlar listelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda; elde edilen tema ve kategoriler tablo 2' de verilmiştir (tablo 2). Her kategori altında ise kodlar ve katılımcı görüşleri belirtilmiştir

Tablo 2. Oluşturulan Kategorilerin Temalara Göre Dağılımı

Temalar	Kategoriler
Sağlığın sürdürülmesi	Eve kapanmanın etkisi Kronik hastalığı yönetmek
Sosyal ilişkilerde güçlükler	Komşu, arkadaş, çocuk, torun vb. yakınlarla iletişim
Ekonomik güçlükler	Çocukların işsiz kalması
Psikolojik güçlükler	Eve kapanmanın etkisi Hasta olma korkusu Hastalık ve ölüm haberleri

En önemli güçlükler ve etkileri	Yaşanılan en zor güçlük Yaşanılan duygular
Güçlüklerle baş etme	Manevi rahatlama İş- uğraşı İletişim araçları Doğa yaşamı Destek sistemleri

Etik Boyut

Araştırmanın yapılabilmesi için Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır.

BULGULAR

Çalışma bulguları, Sağlığın sürdürülmesi, Sosyal ilişkilerde güçlükler, Ekonomik güçlükler, Psikolojik güçlükler, En önemli güçlükler ve etkileri, Güçlüklerle baş etme olmak üzere 6 tema altında incelenmiş, her bir tema ve kategori altında örnek ifadelerle verilmiştir.

Tema 1. Sağlığın sürdürülmesi

Eve kapanmanın etkisi: Çalışmaya katılanların çoğu sağlıkla ilgili güçlük yaşamadığını fakat evde kalmanın zorluk, sıkıntı, bunalım, yarattığını ifade etmiştir. Örnek ifadeler: *R2: Bir yere gidemedik, biri gelemedi, mesela ilk zamanlar camiye bile gidemedik, bu sıkıntı yarattı; R6: Evde kaldım diye bunalıma girdim. Devamlı dışarı alışkın olduğum için çıkamayınca psikolojim bozuldu; R3: Hiç güçlük olmadı. Evden dışarı çıkmadım güçlük olmadı.*

Kronik hastalığı yönetmek: Bir birey hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi hastalıkla ilgili değerlerinin yüksek seyretmesinin zorlayıcı olduğunu, buna karşılık bireylerin çoğunun doktora gitme, ilaçlarını alma ve kullanma konusunda zorluk yaşamadıkları belirlenmiştir. Sürekli kullandıkları ilaçların temininde eczane görevlileri ve çocuklarından destek aldıkları belirlenmiştir. **Örnek ifadeler:** *R1: tansiyonum, şekerim yüksek çıktı o beni zorladı; R3: ilaçlarımı eczaneye telefon açtım getirdiler. Bazen Çocuklarım aldı. Hastalığım oldukça hastaneye gittim geldim. R5: Sağlıkla ilgili güçlük yaşamadım. Covid de olmadım. R9: ilaçlarımı sürekli kullandım zorluk olmadı R4: ilaçlarımı kullandım, oğlum alıyordu ilaçlarımı sorun olmadı.*

Tema 2: Sosyal ilişkilerde güçlükler

Komşu, arkadaş, çocuk, torun vb. yakınlarla iletişim: Çalışmaya katılanların çoğu sosyal ilişkileri ile ilgili yaşadıkları güçlüğü yakınlarıyla, arkadaşlarıyla, komşularıyla görüşmemek olduğu, özlem duygusu yaşadıkları, yüz yüze görüşmemenin psikolojilerini bozduğu, cenazelere gidememek, virüs korkusu nedeniyle sosyal yaşamının kısıtlanması, evde hapsolme duygusu yaşadıkları şeklinde ifade etmişlerdir. **Örnek ifadeler:** *R4: görüşemedim kimseyle, gidemedim telefonla görüntülü konuştum çocuklarımla; R6: gidemedik, özlem duygusu, torunlarını sevemiyorsun çocuklar da torunlarımı getirmek istemiyor uzak duruyorsun, arkadaş özlemi, eş dost özlemi oldu. R7: gidiş geliş olamadı görüşemedik, insanın psikolojisi bozuluyor. Telefonda bir yere kadar, insan oturup iletişim kurmak istiyor; R9: Çocuklarla görüşemedik, cenazelere gidemedik korkudan, virüs korkusundan sosyal yaşantımız kısıtlandı R10: Bulaşıcı hastalık olduğu için temas etmemek için evde hapis kaldık, yasaklandı zor oldu.*

Tema 3 : Ekonomik güçlükler

Çocukların işsiz kalması: çalışmaya katılanların tamamına yakını pandemide ekonomik güçlük yaşamadıklarını belirtirken bir birey çocuklarının işsiz kalması nedeniyle onlara maddi olarak destek

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

verdiklerini ifade etmiştir. **Örnek ifadeler:** R1: *Ekonomik zorluk yaşamadık. R4: Güçlük olmadı. R6: çocuklarımız işsiz kaldı, biz onlara baktık ikisi de işsiz kaldı.*

Tema 4. Psikolojik güçlükler:

Eve kapanmanın etkisi: Bireylerin çoğu evde kapalı kalmanın, kimseyle görüşmemenin, alışverişe gidememenin kendilerini ruhsal olarak etkilediğini, sıkıldıklarını, resmi dairelerdeki işlerini yapamadıklarını, bunalım, üzüntü yaşadıklarını ve psikolojilerinin bozulduğunu ifade etmiştir. **Örnek ifadeler:** R1: *Ruhsal olarak baya bir etkiledi. Ben biraz çok sosyalim bu yüzden sıkıldım; R2: bir yere gidip gezemediğim için evde kaldığımdan sıkıntılı geçti; R5: Sıkıldım, eve kapalı kaldım, resmi işlerimizi bile yapamadık; R6: bunalıma girdim. Üzüldüm; R7: Kimseyle görüşmemek, alışverişe gidememek insanın psikolojisini bozuyor*

Hasta olma korkusu: Bireyler hasta olma korkusu yaşadıklarını ifade etmiştir. **Örnek ifadeler:** R3: *hastalık ha geldi ha gelecek diye rahatsız oldum. Hasta olma korkum oldu, dışardan çocuklarım gelir bana da bir şey olur diye sıkılıyorsun. R9: Virüs korkusundan sosyal yaşantımız kısıtlandı*

Hastalık ve ölüm haberleri: Bireylerin ölüm ve hastalık haberlerinden olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. R3: *Yakınlarımla hasta olmalarından endişelendim R9: Tanıdıkların ölümü, hastalanması morali bozuyor.*

Tema 5: En önemli güçlükler ve etkileri

Yaşanılan en zor güçlük: Bireyler yaşadıkları en zorlayıcı olan güçlüğü çoğunlukla eve kapanma ve yakınlarla görüşememe olduğu, ayrıca pandeminin uzun sürmesi, hasta olma korkusu ve ölüm haberlerinin, mevcut kronik hastalıklarının, çocuklarının işsiz kalmasının da en zorlayıcı güçlük olduğunu bildirmişlerdir. **Örnek ifadeler:** R1: *En çok hastalıklarımın dolayısıyla güçlük yaşadım. Değerlerimin yüksek çıkınca zorluk yaşadım; R2: Birbirimize gidip gelemedik, kardeşler dahi birbirinin yanına gidip gelmiyor. Ben mesela kardeşim vefat etti onun cenazesine gidemedim. R3: En çok hastalığın gelip bitmemesi oldu. Hastalık bize de gelir, ne zaman gidecek diye onu düşündüm. R4: Televizyondaki ölüm haberlerine çok üzüldüm. R6: Evde kalmak ve çocuklarımla işsiz kalması en zoruydu.*

Yaşanılan duygular: Bireylerin çoğunlukla üzüntü, stres ve hasta olma korkusu duyguları yaşadıkları belirlenmiştir. **Örnek ifadeler:** R2: *Birbirimizi göremedik diye üzüntü oldu; R3: Hastalık bize de gelir, ne zaman gidecek diye korku oldu; R6: Evden çıkamadığım için, çocuklarımla işsiz kalmasına üzüldüm, streslendim; R11: Üzüldük, sıkıldık, ölümler üzücü oldu*

Tema 6: Güçlüklerle baş etme

Manevi rahatlama: Bireylerin yaşadıkları güçlüklerle sabrederek, dua ederek, namaz kılarak ve kuran okuyarak baş ettikleri belirlenmiştir. **Örnek ifadeler:** R1: *Sabrettim, Allaha dua ettim.*

R3: *Namaz kıldım, kuran okudum R9: Sabrettim.*

İş- uğraşı meşguliyeti: Bir birey el işi yaparak güçlüklerle baş ettiğini bildirmiştir. **Örnek ifadeler:** R3: *El işi yaptım.*

İletişim araçları: Bireyler yaşadıkları güçlüklerle baş etmek için telefonla görüşerek, televizyon izleyerek çözüm bulduklarını ifade ettiler. R6: *Telefonla görüştüm, televizyon izledim, R9: Telefonla görüştüm; R11: Televizyon izledim, telefonla görüştüm.*

Doğa yaşamı: Bireyler köylerine giderek dışarıya rahatça çıkabildiklerini rahatladıklarını ifade ettiler. **Örnek ifadeler:** R7: *Köye gittim orada rahatladım; R10: Köye çıktık sekiz ay köyde kaldık. Rahat olduk bahçede gezdik; R11: Köyümüze gittik orda kimse olmayınca bahçeye çıkabildik.*

Destek sistemleri: Bireylerin çocuklarından ihtiyaçlarını karşılama konusunda destek aldıkları, manevi olarak ise eşi, çocukları, kardeşleri ve arkadaşlarından destek aldıkları belirlendi. **Örnek ifadeler:** R1: *Çocuklarımızdan destek aldık. Alışverişimizi yaptı. İhtiyaçlarımızı karşıladı. O olmasa zorluk yaşardık. R4: Kardeşlerim ve çocuklarım destek oldu. Görüntülü konuştuk destek olduk. R6: Arkadaşlarımla telefonla konuşarak destek aldım, eşim ve çocuklarımdan destek aldım yani evde*

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

sıkılma hastalık bitecek diye destek verdiler. R8: Manevi destek olarak eşim çocuklarım yakın dostlarımızdan destek aldık. İhtiyaçlarımızı oğlum aldı.

SONUÇ

Bireylerin yaşadıkları güçlüğü sıklıkla evde kapalı kalmak, yakınlarıyla görüşmemek olarak ifade ettikleri; üzüntü, stres ve hastalık korkusu yaşadıkları; kullandıkları baş etme yöntemleri ve destek sistemleri sayesinde güçlüklerle baş ettikleri belirlenmiştir. Sonuçlar, yaşlı bireyler için destek sistemlerinin önemini ortaya koymuştur.

KAYNAKLAR

1. Tekindal M, Ege A, Erim F, Gedik, TE. (2020). Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla COVID-19 Sürecinde Yaşlı Bireyler: Sorunlar, İhtiyaçlar ve Öneriler. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(2): 159 – 164.
2. Heid AR, Cartwright F, Wilson-Genderson M, Pruchno R. (2021). Challenges Experienced by Older People During the Initial Months of the COVID-19 Pandemic. The Gerontologist, 61(1): 48–58
3. Altın Z. (2020). Covid-19 Pandemisinde Yaşlılar. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi, 30(Ek sayı): 49-57.
4. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet, 395 (10229):1054 -1062.
5. Wu Z, McGoogan JM. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA, 323(13):1239-1242.
6. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. (2020). Cancer patients in SARSCoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol, 21(3):335-337.
7. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. (2020). Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. N Engl J Med., 382(25):102.
8. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227> (Erişim: 12.01.2022)
9. Jaarsveld GMV. (2020). The Effects of COVID-19 Among the Elderly Population: A Case for Closing the Digital Divide. Front Psychiatry, 11: 577427.
10. Armitage R, Nellums LB. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. The Lancet Public Health, 5(5): 256.
11. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et.al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. Nature Human Behaviour, 4(5): 460-471.
12. Pearlin, L I, Mullan, J T, Semple, S J, Skaff, M M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. The Gerontologist, 30(5): 583–594.
13. Lazarus, R S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology, 44, 1–21.

DİYABETLİ YAŞLILARDA DÜŞME İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Pelin ÇELİK

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

ÖZET

Yaşlanmayla birlikte bireyler birçok riskli durumla karşılaşmaktadır. Bu riskli durumların en önemlisi düşmelerdir. Düşmeler, yaşlılarda morbidite ve mortaliteye neden olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Yaşlılarda sık karşılaşılan düşmeler ciddi yaralanma, başkasına bağımlı olma, hastaneye yatış oranında yükselme ve sağlık harcamalarında artış ile sonuçlanmaktadır. Düşmenin nedenleri multifaktöriyel olmakla birlikte, özellikle diyabetli yaşlılarda kardiyovasküler hastalıklar, periferik damar hastalıkları, göz hastalıkları ve nöropati gibi komplikasyonlara bağlı düşmeler sıkça görülmektedir. Bu derlemenin amacı, yaşlılarda diyabet ve komplikasyonlarına bağlı oluşabilecek düşme nedenlerinin ve alınabilecek önlemlerin farkına varılmasını sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Yaşlılık, Düşmeler

ABSTRACT

With aging, individuals encountered many risk situations. The most important of these risk situations are the falls. Falls are an important health problem that can cause morbidity and mortality in the elderly. Falls, which are frequently encountered in the elderly, result in serious injury, dependence on others, increased hospitalization rates, and increased health expenditures. Although the causes of falls are multifactorial, falls due to complications such as cardiovascular diseases, peripheral vascular diseases, eye diseases and neuropathy are common, especially in the elderly with diabetes. The aim of this review is to provide awareness of the causes of falls that may occur due to diabetes and its complications in the elderly and the precautions that can be taken.

Keywords: Diabetes, Elderliness, Falls

GİRİŞ

Dünya genelinde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha üzeri yaştaki nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir (1). Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde 2020 yılında %63,8'inin 65-74 yaş grubunda, %27,9'unun 75-84 yaş grubunda ve %8,4'ünün 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (2). Yaşlı nüfusun 2020 yılında %44,2'sini erkek nüfus, %55,8'ini ise kadın nüfus oluşturmaktadır (3).

Tip 2 Diabetes mellitus (DM) prevalansı dünya çapında yaşla birlikte katlanarak artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), dünya genelinde 537 milyon yetişkinin (20-79 yaş) diyabet hastası olduğunu belirtilmektedir (4). Diyabet görülme prevalansının epidemik oranlara ulaştığı ve bu oranın 2030'da 643 milyona ve 2045'te 783 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (4). Yaşlanan nüfus, kentleşme ve değişen yaşam tarzları diğer kronik hastalıklarla birlikte diyabet epidemisini de hızla artırmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından diyabet prevalansı hakkında yayımlanan güncel veriler, Türkiye’de 20-79 yaş aralığında yaklaşık 7 milyon diyabet hastası olduğunu ve bu sayının toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %15'ine denk geldiğini göstermektedir (4).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Toplum giderek yaşlanmakta ve yaşlanma ve diyabet birlikte düşünüldüğünde diyabetik yaşlı oranındaki artış kaçınılmaz olmaktadır. Yaşlı diyabetlilerde kardiyovasküler hastalıklar, periferik damar hastalıkları, göz hastalıkları, böbrek fonksiyon bozukluğu, nöropati gibi komplikasyonlar hem morbidite ve mortaliteye hem de yaşlıda hareket kısıtlılığı ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (5,6). Diyabete bağlı görülen diyabetik periferik nöropati, diyabetik retinopati ve diyabetik ayak ülserleri gibi komplikasyonların yaşlılarda düşme riskinin artmasıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (7). Tip 1 veya tip 2 diyabeti olan 65 yaş ve üzeri kişilerin %50'den fazlasında diyabetik periferik nöropati görüldüğü ve diyabetik periferik nöropatiye bağlı düşme riski bu grupta önde gelen mortalite nedeni olduğu belirtilmektedir (8)

Düşmeler yaşlılarda sık görülür ve ciddi yaralanmalara ve yaşam kaybına neden olabilir. Özellikle diyabetli yaşlılar düşmelere ve buna bağlı komplikasyonlara karşı daha savunmasızdırlar (9). Düşmeler, yaşlı insanlarda önemli bir engellilik ancak önlenemez bir ölüm nedenidir (10). 65 yaş üstü kişilerin her yıl yaklaşık %30'unda düşmelerin olduğu; 80 yaş ve üzeri kişilerde ise düşme insidansının % 50' ye kadar yükseldiği belirtilmektedir (11, 12). Diyabetli yaşlılarda periferik nöropati, azalmış fiziksel ve bilişsel performans, görme bozuklukları ve antidepresan ilaç kullanımının artması düşme açısından önemli risk faktörleri arasındadır (13). Jafari ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında, tip 2 diabetes mellituslu yaşlılarda, postural hipotansiyon, baş dönmesi, fekal inkontinans, işitsel bozukluk, görme bozukluğu ve pıhtılaşma önleyici ilaç kullanımının düşme ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (14). Ayrıca tip 2 diyabetli yaşlılarda vücut kompozisyonundaki değişikliklerle birlikte, kemik mineral yoğunluğunda azalma, kas kütlelerinin yanı sıra alt ekstremitelerde gücü ve kas kalitesinde de hızlanmış kayıplar görülmektedir (15). Kas fonksiyonundaki bu bozulmalar, yaşlılarda diyabetle ilgili fiziksel kısıtlamalara ve düşmelere neden olabilmektedir. Bununla birlikte diyabetli yaşlılarda ortaya çıkan hipoglisemi de düşmeye neden olan önemli bir risk faktörüdür. Hipoglisemi terleme, taşikardi, titreme gibi belirtilere ek olarak yaşlılarda baş dönmesi, deliryum ve konfüzyona neden olarak düşme riskini artırır (12).

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) düşmeleri yaşlılık döneminin en önemli sağlık problemlerinden biri olarak göstermektedir. Yaşlılık döneminde meydana gelen düşmelerin önlenmesi; yaşlı bireylerin düşme yönünden değerlendirilmesi, düşme risk faktörlerinin tespiti, birey ve bakımından sorumlu olan kişilerin eğitilmesi gibi birçok faktörü içerir. Yaşlı popülasyonda diyabet prevalansının ve komplikasyonlarının artması, düşmeye bağlı olaylarla ilişkili olarak artan maliyetler ve yaşam kalitesindeki azalma nedeniyle bu popülasyonda düşme riskini azaltmak için özel müdahalelerin geliştirilmesi de ayrıca gereklidir. Yaş, düşme öyküsü, artrit varlığı, kalp hastalığı, hipertansiyon, osteoartrit ve inme gibi risk faktörleri değiştirilemez. Ancak denge bozulması, yürüme hızı, postürel koordinasyon, adım uzunluğu gibi risk faktörleri değiştirilebilir. Düşme ile ilişkili risklerin multifaktöriyel olduğu gerçeğinden hareketle tip 2 diyabetli yaşlılarda bağımlılığı azaltmak, yaşam kalitesini artırmak amacıyla düşmeyi önleyici müdahalelere odaklanılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000
- 2-TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2020
- 3-TÜİK, 2018 Nüfus Projeksiyonları, 2025-2080
- 4- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. Available at: <https://www.diabetesatlas.org>
- 5- Beğen, T., Erdinçler, S.D., Çurgunlu, A. (2008) Yaşlıda diabetes mellitus. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.htm (Erişim Tarihi: 21 Eylül 2015).
- 6- Yıldırım, G.İ. (2013) Yaşlı Diyabetik Hastaların Tıbbi Beslenme Tedavisine Uyumluluğu ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

- 7- Maurer, M.S., Burcham, J., Cheng, H. (2005). Diabetes mellitus is associated with an increased risk of falls in elderly residents of a long-term care facility. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 60:1157–1162
- 8-Grewal, G.S., Bharara, M., Menzies, R., et al. (2013). Diabetic peripheral neuropathy and gait: does footwear modify this association? *J Diabetes Sci Technol.*, 7:1138–1146.
- 9-Ang, G.C., Low, S.L., How, C.H. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Med J.* Mar;61(3):116-121
- 10- Rashedi, V., Iranpour, A., Mohseni, M., Borhaninejad, V. (2019). Risk factors for fall in elderly with diabetes mellitus type 2. *Diabetes Metab Syndr.* Jul-Agu, 13(4):2347-2351.
- 11- Tilling, L.M., Darawil, K., Britton, M. (2006). Falls as a complication of diabetes mellitus in older people. *J Diabetes Complicat*, 20 (3); pp. 158-162.
- 12-Eyigör, S. (2012) Düşmelere yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*, (Suppl 51): 43–51
- 13-Park, S.W., Goodpaster, B.H., Strotmeyer, E.S., DeRekenire, N., Harris, T.B., Schwartz, A.V., et al.(2006). Decreased muscle strength and quality in older adults with type 2 diabetes: the health, aging, and body composition study. *Diabetes*, 55 (6);pp. 1813-1818
- 14- Jafari, Z., Mehrdad, N., Sharifi,F., Haghani, H.,Nikpour.S. (2016). Fall related factors in the type 2 diabetes older adults: a case-control study on older adults referring to the hospital. *Iran. J. Diabetes Metabol.*, 15 (4); pp. 258-26
- 15-Gu Y., Dennis, S.M. (2017). Are falls prevention programs effective at reducing the risk factors for falls in people with type-2 diabetes mellitus and peripheral neuropathy: A systematic review with narrative synthesis. *J Diabetes Complications.* Feb;31(2):504-516.

YAŞLILARDA BAHÇECİLİK FAALİYETLERİ VE AKTİF YAŞLANMA

Hacer GÖK UĞUR¹
Mürselcan KABAKCI²

¹Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ordu/Türkiye
Orcid: 0000-0002-0371-0556

²Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu/Türkiye
Orcid: 0000-0002-1827-8401

ÖZET

Dünyada ve ülkemizde yaşam süresi uzamakta, doğum oranları azalmakta ve yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır. Yaşlılık, biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Yaşlanma ile birlikte fiziksel yeteneklerde azalmalar meydana gelmektedir. Yaşlıların, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmeye devam etmelerine yardımcı olmak son derece önemlidir. Yaşlı sayısının artması yaşlılar için alınması gereken aktif yaşlanma stratejilerin önemini artırmaktadır. Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak, yaşam kalitelerinin geliştirilmesini hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Yaşlılarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için uygulanan aktif yaşlanma stratejilerinden birisi bahçecilik faaliyetleridir. Son yıllarda bahçecilik faaliyetleri, uzun süreli bakımda yaşlılar için uygun maliyetli bir faaliyet olarak kullanılmaktadır. Bahçecilik faaliyetleri yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarına olumlu katkılar sunarak yaşam kalitelerini artırmakta ve aktif yaşlanmalarına katkı sağlamaktadır. Bahçecilik faaliyetleri yaşlılarda fiziksel hareketliliği, motor becerileri, esnekliği, dayanıklılığı ve kas gücünü artırmaktadır. Bu kapsamda sağlık profesyonelleri tarafından yaşlıların bahçecilik faaliyetleri yapmaları konusunda desteklenmesi aktif yaşlanma açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Bahçecilik Faaliyetleri, Aktif Yaşlanma

GARDENING ACTIVITIES AND ACTIVE AGING IN THE ELDERLY PEOPLE

ABSTRACT

In the world and our country, life expectancy is increasing, birth rates are decreasing and the number of elderly population is increasing. Aging is a period of biological, physiological, psychological and socio-economic changes. With aging, physical abilities decrease. It is extremely important to help the elderly continue to lead a healthy and quality life. The increase in the number of elderly increases the importance of active aging strategies that should be taken for the elderly. Active aging is considered as a system that aims to improve the quality of life by providing opportunities for individuals in their later years in terms of social security, health and participation in social life. Gardening activity is one of the active aging strategies applied for the protection and improvement of health in the elderly. In recent years, horticultural activities have been used as a cost-effective activity for the elderly in long-term care. Gardening activities contribute positively to the physical, mental and social health of the elderly, increasing their quality of life and contributing to their active aging. Gardening activities increase physical mobility, motor skills, flexibility, endurance and muscle strength in the elderly. In this context, it is important for active aging to support the elderly in gardening activities by health professionals.

Keywords: Elderly, Gardening Activities, Active Aging.

Giriş

Dünyada ve ülkemizde yaşam süresi uzamakta, doğum oranları azalmakta ve yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır (1). Dünya çapında yaşlıların küresel nüfustaki oranının 2020'de yüzde 9.3'ten 2050'de yüzde 16.0'a çıkması beklenmektedir (2). Ülkemizde ise, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, 2015 yılında %8.2 iken, 2020 yılında %9.5'e yükselmiştir (3). Nüfusun yaşlanmasına ve yaşlı bireylerin refahını sağlama kapsamında zorlu bir sürece neden olan demografik bir değişim yaşanmaktadır (4). Buna bağlı olarak günümüzde aktif yaşlanma konusu ön plana çıkmaya başlamıştır. Aktif yaşlanma yaşam boyu devam eden, fiziksel, ruhsal, işlevsel ve sosyal yönleri olan bir süreçtir (1). Bahçecilik faaliyetleri aktif yaşlanma stratejilerinden birisidir (5). Aktif yaşlanma stratejileri içerisinde düşünüldüğünde bahçecilik faaliyetlerinin sağlığı koruma ve geliştirmede yaşlılar için önemli olduğu vurgulanmaktadır (6).

Yaşlılık

Yaşlanma süreci, tüm bireyleri doğumdan ölüme kadar ilgilendiren evrensel ve çok boyutlu bir olgudur (7,8). Yaşlılık, kişinin gerek fiziksel gerekse zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği, biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik değişikliklerin olduğu bir dönemdir (7-10). Yaşlıların, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmeye devam etmelerine yardımcı olmak son derece önemlidir (11). Yaşlı bireylerin çoğu yaşamında günlük yaşam aktiviteleri gibi temel işlevleri yerine getirirken yakınlarına bağımlı olmadan hareket edebilme ve huzurlu bir şekilde yaşamının son evresine gelmeyi istemektedirler (4). Yaşlıların fiziksel bağımsızlığının sağlanabilmesi için fiziksel olarak aktif bir yaşam sürdürmeleri önemlidir (12).

Yaşlılarda Bahçecilik Faaliyetleri

Yaşlılarda bahçecilik faaliyetlerinin odak noktası, sosyal, bilişsel, fiziksel ve psikolojik işleyişi en üst düzeye çıkarmak ve sağlığı geliştirmektir (13). Yaşlı bireyler eğlenmek, kendini ifade etmek, gruplar halinde etkinlik yapmak gibi amaçlarla bahçecilik faaliyetlerine katılabilmektedirler. Bahçecilik faaliyetlerinin özellikle huzurevleri gibi yaşlıların bulunduğu alanlarda sağlığın iyileştirilmesi, uzun süreli bakımın sağlanması, fiziksel aktivite, mutluluk ve yaşam doyumunun artışıyla etkili olduğu belirtilmektedir (6). Yaşlı bireylerin bahçecilik faaliyetlerine katılımının, kolesterol, kan basıncı, ölüm oranı gibi fiziksel sağlık göstergeleri ve psikolojik iyi oluş, sosyal adaptasyon gibi psiko-sosyal sağlık göstergelerinde de olumlu gelişmeler sağladığı görülmektedir (14).

Aktif Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanmayı, yaşlılık döneminde yaşam kalitesini artırmak için güvenlik, toplumsal yaşama katılım ve sağlık alanında fırsatları optimize etmeyi gerektiren bir süreç olarak tanımlamaktadır (15). Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak, yaşam kalitelerinin geliştirilmesini hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Aktif yaşlanma, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatların sunulmasını sağlamaktadır. Yaşlı bireyler için aktif yaşlanma kriterleri; istihdama katılım, çalışmaya devam edebilme, gönüllü faaliyetlerde etkili olma ve katılma, bağımsız ve sağlıklı yaşam sürdürebilme olarak sıralanmaktadır (1). Belirtilen yaklaşımla, yaşlıların ihtiyaç duyduğu bakım, güvenlik ve koruma sağlandığında, yaşam boyu destek programları ile yaşlıların fiziksel, sosyal ve mental potansiyellerini anlamaları ve toplumsal yaşama katılmalarının olanaklı olabileceği ifade edilmektedir (15). Yaşlıları aktif yaşama katan faaliyetlerden birside bahçecilik faaliyetleridir.

Bahçecilik Faaliyetleri ve Aktif Yaşlanma

Bahçecilik faaliyetleri aktif yaşlanma açısından önemli bir halk sağlığı müdahalesidir (6). Aktif yaşlanmada düzenli fiziksel aktivite yaşlılar için son derece önemlidir (15). Yaşlı sağlığı için önemli fiziksel aktivitelerden birisi olan bahçecilik faaliyetleri, aktif yaşlanma açısından kritik öneme sahiptir. Yaşlanma sürecinde kas kütlesi her yıl %1-2 düzeyinde azalmakta ve yıllar geçtikçe güç, dayanıklılık ve denge etkilenmektedir. Bununla birlikte yaşlılıkta kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, diyabet, osteoartrit gibi eklem hastalıkları, nöro-dejeneratif hastalıklar, kırılgnlık yaşlılarda hareket, denge ve koordinasyonu olumsuz yönde etkilemektedir. Dolayısıyla fiziksel aktivite aktif yaşlanma açısından önemlidir. Düzenli olarak orta düzeyde yapılan fiziksel aktivite

fonksiyonel gerilemeyi azaltıp, kas gücü ve kuvvetini artırmaktadır. Yaşlılarda düzenli fiziksel aktivitenin, tüm vücut sistemlerinde yaşa bağlı fizyolojik düşüşleri hafifletmede ve yaşa bağlı birçok kronik sorun ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını önleme ve yönetmede etkili olduğu bildirilmektedir (16). Ayrıca fiziksel olarak aktif bir yaşam tarzının, yaşlılarda pek çok hastalık gelişme riskini ve yalnızlığı azalttığı belirtilmektedir (12,17). Bahçecilik faaliyetlerinde bulunan yaşlıların sağlığını koruyabildiği, yaşlanmayı geciktirebileceği, fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal işlevlerini iyileştirebildiği belirtilmektedir. Bahçecilik faaliyetleri son yıllarda yaşlılar için popüler ve yaygın kullanılan boş zaman aktivitelerinden birisidir (18). Bahçecilik faaliyetleri, yaşlıları daha aktif bir yaşam tarzına dahil eden uygun maliyetli bir müdahaledir (19). Aktif yaşlanma stratejileri içinde olan bahçecilik faaliyetleri etkili bir boş zaman aktivitesidir. Bu faaliyetler yaşlılara fiziksel, ruhsal ve sosyal katkılar sunarak aktif yaşlanmalarına katkı sağlamaktadırlar (17). Son yıllarda bahçecilik faaliyetleri, uzun süreli bakımda yaşlılar için uygun bir faaliyet olarak kullanılmaktadır (20).

Sonuç

Yaşlanmayla birlikte fiziksel yeteneklerde azalmalar olabilmektedir. Bahçecilik faaliyetleri yaşlıların aktif yaşlanma sürecine katkı sunabilecek fiziksel aktivitelerden birisidir. Bahçecilik faaliyetleri yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarına olumlu katkılar sunarak yaşam kalitelerini artırmakta ve aktif yaşlanmalarına katkı sağlamaktadır. Aktif yaşlanmada sağlık profesyonelleri tarafından yaşlıların bahçecilik faaliyetlerine yönlendirilmesi ve adaptasyonlarının sağlanması önemlidir.

Kaynaklar

1. Gök Uğur, H. (2019). Dünyada ve Türkiye’de Aktif Yaşlanmaya Yönelik Geliştirilen Projeler. Aktif Yaşlanma. İçinde: Editörler: Akkuş Y., Karatay G. Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. Antalya. ISBN: 978-605-2369-17-3. s.147-169.
2. World Health Organization. (2021). Ageing and Health. Erişim: 02 Şubat 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. Erişim: 03 Şubat 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227>.
4. Chalise, H.N. (2006). Demographic situation of population ageing in Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 4(3):354-362.
5. Liotta, G., Canhao, H., Cenko, F., Cutini, R., Vellone, E., Illario, M., ... & Marazzi, M. C. (2018). Active ageing in Europe: adding healthy life to years. *Frontiers in medicine*, 5:123.
6. Shoemaker, C. A., & Lin, M. C. (2006). A model for healthy aging with horticulture. In *XXVII International Horticultural Congress-IHC2006: International Symposium on Horticultural Practices and Therapy for Human* 775 (pp. 93-98).
7. Panda, B., & Nayak, L. M. (2012). National and international approaches to reduce vulnerability among elderly in India. *Literacy*, 27(8.86):18-33.
8. Dangkal, M. R., & Singh, A. R. (2020). Girls Bullying in Nepali Schools: A Perception Study on Awareness Level of Verbal and Non-verbal Bullying Among Teenagers. *Open Journal for Psychological Research*, 4(1).
9. Arpacı F. (2009). Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1):61-72.
10. Koldaş ZL. (2017). Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir?. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45(5):1-4.
11. Pimlott, N. (2018). The ministry of loneliness. Canadian family physician. Retrieved from: 01 February 2022. <https://www.cfp.ca/content/cfp/64/3/166.full-text.pdf>.
12. Rappe, E. (2005). The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care. University of Helsinki, Department of Applied Biology Publication no. 24. Academic Dissertation.
13. Haller, R. L., & Kramer, C. L. (2007). Horticultural therapy methods: making connections in healthcare, human service, and community programs. New York: Haworth Press.
14. Armstrong, D. (2000). A survey of community gardens in up state New York: Implications for health promotion and community development. *Health&place*, 6(4): 319-327.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

15. Karatay, G. (2019). Aktif Yaşlanma, Ana Belirleyicileri ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Alışkanlıkları İle İlişkisi. Aktif Yaşlanma. İçinde. Editörler: Akkuş Y., Karatay G. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. Antalya. ISBN: 978-605-2369-17-3. S.37-52.
16. McPhee J S, French D P, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17: 567–580.
17. Khadka, G., & Dangal, M. R. (2021). Social Life of Senior Citizens: A Review of Therapeutic Effects of Gardening for Wellbeing in Urban Nepal. *Open Journalfor*, 5(1):21-30.
18. Chen, Y.M.; Ji, J.Y. (2015). Effects of horticultural therapy on psychosocial health in older nursing home residents: A preliminary study. *J. Nurs. Res*, 23:167–171.
19. Sia, A., Ng, K. S. T., Ng, M. K., Chan, H. Y., Tan, C. H., Rawtaer, I., ... & Ho, R. C. (2018). The effect of therapeutic horticulture on the psychological wellbeing of elderly in Singapore: A randomised controlled trial. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 28(1):1-10.
20. Pouya, S. (2018). The importance of horticulture therapy and gardening for older adults in nursing home. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, 8(2):146-166.

65 YAŞ ÜSTÜ SÜRÜCÜLERİN, SÜRÜCÜLÜK KABİLİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Maide ÖNER¹
Seda HATIPOĞLU²

*¹Trafik Planlaması ve Uygulaması Anabilim Dalı, Fen Bilimleri Enstitüsü, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

²Dr. Öğretim Görevlisi, Trafik Planlaması ve Uygulaması Anabilim Dalı, Fen Bilimleri Enstitüsü, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye
ORCID: 0000-0001-6411-358X

ÖZET

Dünya’ da sağlık hizmetlerinin artması, doğurganlığın azalması gibi sebeplerle günümüzde 65 yaş üstü yani yaşlı nüfus geçmiş yıllara göre daha fazladır. Bu artışla birlikte trafikte yaşlı sürücülerin sayısının da artması kaçınılmaz olacaktır. Trafik ortamında yaşlı ve genç sürücüler birbirlerinden farklı davranışlar sergilemektedir. Bu davranışları etkileyen sebepler sürücülük becerileri, sürücülük davranışları ve öz düzenleyici davranışlardır. Ayrıca fiziksel ve bilişsel sorunlar da trafikte yaşlı sürücülerin güvenli araç kullanmasını olumsuz etkilemektedir. Fiziksel ve bilişsel bu sağlık sorunları nedeniyle yaşlı sürücüler hem trafik içinde dezavantajlı hem de trafik kazalarına yatkın hale gelmektedir. Dünya’da yaşlı sürücülerle ilgili bazı önlemler alınmaktadır. Bu önlemler özellikle sürücü belgesi yenileme uygulamaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’ de yaşlı sürücülerle ilgili özel denetimler bulunmamakta, bununla birlikte almış oldukları sürücü belgelerinin belli bir zaman sonra yenilenme şartı aranmamaktadır. Bu sebeple bu çalışmada; Türkiye’de sürücü belgesi alma ve yenileme için bir model önerisi geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı sürücü, 65 yaş, trafik güvenliği

EVALUATION OF DRIVER SKILLS OF DRIVERS OVER 65

ABSTRACT

Due to the increase in health services in the world and the decrease in fertility, the elderly population over the age of 65 is more than in previous years. With this increase, it will be inevitable that the number of elderly drivers in traffic will increase. In the traffic environment, old and young drivers exhibit different behaviors from each other. The reasons that affect these behaviors are driving skills, driving behaviors and self-regulatory behaviors. In addition, physical and cognitive problems negatively affect the safe driving of elderly drivers in traffic. Due to these physical and cognitive health problems, elderly drivers become both disadvantaged in traffic and prone to traffic accidents. Some precautions are taken regarding elderly drivers in the world. These measures are especially seen as driver license renewal applications. There are no special inspections regarding elderly drivers in Turkey, however, the condition of renewal of their driver's licenses after a certain period of time is not sought. For this reason, in this study; A model proposal has been developed for obtaining and renewing a driver's license in Turkey.

Keywords: Elderly driver, age 65, traffic safety

1. GİRİŞ

Geçmişten günümüze yaşlılığın birçok farklı tanımı yapılmıştır. Ancak temel olarak “kronolojik yaşın ilerlemesi ile beraber 65 yaştan sonraki dönem” olarak bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık dönemini; 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arası ileri yaşlılık ve 85 yaş ve üzeri çok ileri yaşlılık şeklinde üçe ayırmıştır [1]. Dünya’da sağlık hizmetlerinin artması, doğurganlığın azalması gibi sebeplerle günümüzdeki yaşlı nüfusu geçmiş yıllara göre daha fazladır. Yapılan çalışmalar, gelecek yıllarda yaşlı nüfusun hızla artmaya devam edeceğini göstermektedir. Bu artışla birlikte trafikte yaşlı sürücülerin sayısının da artması kaçınılmaz bir durum haline gelecektir.

Yaşlılık yaşam sürecinin doğal bir parçasıdır. Yaşlanma ile beraber kişilerde fiziksel, bilişsel ve psikolojik değişimler meydana gelmektedir. Ortaya çıkan sağlık problemleri günlük hayatı etkilediği gibi yaşlı sürücülerin araç kullanma becerilerini de etkilemektedir. Fiziksel olarak ortaya çıkan nörolojik hastalıklar, görme ve duyma problemleri, eklem hastalıkları, bilişsel algı bozulmaları, solunum hastalıkları, diyabet, tansiyon, kalp ve damar hastalıklarına bağlı olarak yaşlılarda; görme, duyma, denge, düşünme hızı, refleks, hareket ve kas gücünde zayıflama görülmektedir. Bilişsel durum kişinin olayları algılayıp tepki vermesi sırasında gerçekleşen düşünsel faaliyetlerdir. Yaşlılarda meydana gelen bilişsel değişiklikler hafızada gerileme, dikkatte azalma, problem çözme becerilerinde, bilgiyi işleme hızında azalma, görsel ve düşünsel işlevlerde gecikme, öğrenme güçlüğü, eylemleri sıralamada ve uygulamada aksamalar olarak görülmektedir [2]. Yaşlı bireylerdeki bu hastalıklar trafikte kazalara neden olabileceği gibi kaza sonrası meydana gelen yaralanmalarda da iyileşmeyi geciktirmektedir [3].

Yaşlı bireylerin nüfus oranının artmasıyla toplumda yaşlı nüfusun ihtiyacının karşılanması zorunlu hale gelmektedir. Bu ihtiyaçlardan biri de mobilite ihtiyacıdır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen mobilitenin kısıtlanması günlük aktivitelerin de kısıtlanmasına yol açmaktadır. Bu yüzden yaşlı bireylerin araba kullanması, bağımsız yaşamları için önemlidir [4]. Giderek artan yaşlı nüfusla trafik ortamında yaşlı sürücülerin sayısının artacak olması, olumsuz durumlara yol açacak trafik davranışlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber ülkeler sürücü ehliyeti kriterlerinde yaşlı bireylere özel uygulamalar geliştirmeye başlamıştır. Özellikle ehliyet yenileme işleminde istenen sağlık raporları ve sürüş testleri, araç kullanmaya uygun olmayan kişilerin tespit edilerek ehliyetlerinin yenilenmemesini sağlamaktadır. Bu durum da kazaların önlenmesine yardımcı olmaktadır. Türkiye’de yaşa bağlı sürücü belgesi uygulaması bulunmamaktadır ve yaşlı sürücülere özel bazı tedbirlerin alınması gerekmektedir. Bu sebeple çalışmanın ana konusu; Türkiye’de 65 yaş üstü sürücüler için sürücü belgesi alma ve yenileme konusunda özel uygulamalar geliştirilmesinin önerilmesidir.

2. 65 YAŞ ÜSTÜ SÜRÜCÜLER

Yaşlılık yaşam sürecinin doğal bir parçasıdır. Yaşlanma ile beraber kişilerde fiziksel, bilişsel ve psikolojik değişimler meydana gelmektedir. Ortaya çıkan sağlık problemleri günlük hayatı etkilediği gibi yaşlı sürücülerin araç kullanma becerilerini de etkilemektedir. Yaşla birlikte azalan sürücülük becerileri yaşlı bireylerin trafik kazalarına karışmalarına neden olmaktadır. Sürücülük becerilerinin fiziksel ve bilişsel ne tür süreçlerden ve hastalıklardan etkilendiğini anlamak için bu bölümde bu hastalıklar ve sürüş etkileri açıklanacaktır. Aynı zamanda trafik kazaları ve yaşlı bireylerin kazalarla olan ilişkisi de anlatılacaktır.

2.1. Fiziksel Durum

İnsanlarda yaşlanmanın etkisiyle bazı fiziksel kayıplar meydana gelmektedir. Bu kayıpların başlıca nedenleri; nörolojik hastalıklar, görme ve duyma problemleri, eklem hastalıkları, bilişsel algı bozulmaları, solunum hastalıkları, diyabet, tansiyon, kalp ve damar hastalıklarıdır. Bunlara bağlı olarak yaşlılarda; görme, duyma, denge, düşünme hızı, refleks, hareket ve kas gücü zayıflamaktadır. Yaşlı bireylerdeki bu hastalıklar trafikte kazalara neden olabileceği gibi kaza sonrası meydana gelen yaralanmalarda da iyileşmeyi geciktirmektedir [3].

Yaşlılıkla beraber sinir hücrelerinin ağırlıklarını kaybetmesi ile mesajları daha yavaş iletmeye başlamaktadır. Sinir hücrelerinin bozulmasıyla atık maddelerin beyin dokusunda birikmesi, sinir hücreleri arasındaki iletişimi durdurarak beyinde normal olmayan işlevlere yol açmaktadır. Yaşlılıkla birlikte sinir hücreleri darbelere karşı daha az cevap vermektedir. Bu da yaralanmalarda daha hassas olmaya, geç onarıma hatta tam anlamıyla iyileşememeye sebep olmaktadır [5].

Yaşlanmanın sürüşe etkisi işlevsel yeteneklerde azalma ve trafik kazalarında meydana gelen yaralanmalara karşı artan hassasiyet gibi birçok bileşen ile ilişkilidir. Görme, duyma, kas ve iskelet sistemlerinde meydana gelen değişimler vb. yaşlı sürücülerin kaza anında yaralanma şiddetini artırmaktadır. Kullanılan ilaçlar da işlevsel becerilerde düşüşe neden olarak bireylerin trafikteki görevlerini yerine getirmelerine engel olmaktadır [6].

Bu bölümde; yaşlanmaya bağlı olarak değişen fiziksel değişimler, bu değişimlerin yaşlı sürücülerin sürüş becerilerine etkileri ve bu etkilere bağlı olarak ta trafik ortamında yarattığı olumsuz durumlara değinilecektir.

Göz ve Görme İşlevi: Yaşlanma ile birlikte duyu organlarında meydana gelen değişimler çoğunlukla görme problemleri ile karşımıza çıkmaktadır [7].

Yaşlanmaya bağlı olarak gözlerde bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bunlar; presbiyopi, gözkapığı problemleri, gözlerin kuruması veya sulanması, uçuşma ve ışık çakmalarıdır [8].

Yaşlanmaya bağlı olarak gözün kornea yapısında meydana gelen değişiklikler ışığa bağlı reaksiyonlarda yavaşlamaya neden olmaktadır. Bu değişiklikle beraber yaşlı bireyler ani gelen ışığa uyum göstermekte zorlanmaktadır. Bu durumun dengeyi de bozduğu görülmektedir [9].

Yaşlanmanın birçok göz dokusuna etkisi bulunmaktadır. Görme keskinliğinde meydana gelen azalma bu etkiden kaynaklanmaktadır. Yaş ilerledikçe lenslerin esnekliğinde bozulmalar meydana gelmektedir. Bu da yakını görmeye sorunlara yol açmakta ve genellikle de 40 yaşından sonra başlayan bozulma yaşla beraber ilerlemektedir. Lensteki problemler ayrıca katarakt oluşumuna da etki etmektedir [9].

Gözlerdeki değişikliklerin yanı sıra göz hastalıkları da yaşlılarda sıklıkla görülmektedir. Bu hastalıklar; katarakt, glokom, yaşa bağlı makula dejenerasyonu, diyabete bağlı retinopatidir [8].

Yaşlanma ile birlikte korneanın hassaslaşması göz problemlerini fark etmemeye sebep olmaktadır. Göz bebekleri küçülerek karanlık ve ışığa daha geç cevap vermektedir [7]. Bu durum yaşlıların araç kullanırken uzağı görme, ışığa ve parlamaya karşı hassasiyet sorunları yaşamasına neden olmaktadır [10].

Yaşa bağlı değişikliklerden dolayı meydana gelen trafik ve sürüşle ilgili problemlerin temelinde görme bozuklukları yer almaktadır. Bunun sebebi trafikte bilgilerin gözler aracılığıyla alınmasıdır [11].

Yaşlanma ile birlikte görme keskinliğinde ve farklı ışık ve parlaklık seviyelerini algılamada azalma görülmektedir. Görme keskinliğinde azalma gözlük kullanımı ile çözümlenebilirken farklı ışık seviyelerine olan duyarlılığın azalması telafisi zor bir durumdur. Bu da yaşlıların özellikle gece sürüşlerinde zorlanmasına sebep olmaktadır [11].

Çevresel görmenin yaşla birlikte azalmasıyla trafikteki uyarıların tespit edilmesinde yaşlı bireyler sorun yaşamaktadır. Azalan görüş alanı sürüş performansını olumsuz etkilemektedir. Etkilenen sürüş performansı da kazalara sebebiyet vermektedir [11].

Kas-İskelet Sistemi: Yaşlanmaya bağlı olarak kas ve iskelet sistemlerinde bozulmalar, kas kitlelerinde azalmalar meydana gelmektedir. Bu bozulmalar osteoporoz (kemik erimesi), osteoartrit (eklemlerdeki problemler) ve kırılmalıklar gibi kişiyi fiziksel olarak zayıflatan durumlardır. Kas kitlelerinde azalmalar yaşlıların güç ve kuvvetlerinde azalmaya neden olmaktadır. Kemiklerde yaşlılıktan etkilenmektedir. Kemik kütlesi ve mineral içeriği azalmakta, kemiğin yapısında değişiklikler meydana gelmekte, kırık riski artmakta ve iyileşme azalmaktadır [12].

Yaşın ilerlemesiyle birlikte kas gücünde meydana gelen azalmalar, yaşlı bireyin hareket kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır. Böylece yaşlı sürücüler acil durumlarda direksiyon simidini kullanmakta yetersiz kalabilir ve frenleme süresi uzayabilir. Geriye bakmayı gerektiren durumlar meydana geldiğinde, gövde ve boyun esnekliği azaldığı için arkadan gelen uyarılara tepki yetersiz kalmaktadır ve bu da kazaya sebebiyet vermektedir [11].

Yaşlanma ile meydana gelen fiziksel değişimler yaşlı bireyleri yaralanmaya karşı duyarlı hale getirmektedir. Yaşlı bireylerde trafik kazaları sonucunda meydana gelen yaralanmalarda iyileşme genç bireylere göre daha uzun sürmektedir. Bunun sebebi yaşlandıkça kırılmalıklığın artmasıdır. Kırılmalıklık fiziksel bir harekete karşı gösterilen dayanma gücüdür. Kırılmalıklıkla beraber yaralanmalardan kurtulma ve yaralanmadan önce gerçekleştirilen günlük aktivitelerde azalma olmaktadır. Yaşa bağlı olarak kırılmalıklık kazalar sonucunda ciddi yaralanmaları ve ölüm riskini artırmaktadır. Örneğin; genç bir sürücü hava yastığı açıldığında göğüs kafesinde kırılma yaşarken, yaşlı sürücünün aort damarında yırtılma meydana gelerek yaşamını tehdit eden bir sorunla karşılaşmaktadır [6].

Kardiyovasküler Hastalıklar: Kronik hastalıklar içinde önemli bir paya sahip olan kardiyovasküler hastalıklar, özellikle yaşla birlikte kalbin pompalama gücü gibi bazı fonksiyonlarında azalmalar meydana gelmesiyle oluşmaktadır. Kalbin damar ve işlevlerindeki bozulmalar kardiyovasküler hastalıklarla beraber kalp hastalığı, hipertansiyon ve kalp yetmezliğine de sebep olmaktadır [13]. Fonksiyonel azalmalara bağlı olarak ta; dolaşım yavaşlamakta, oksijen yetersizliği oluşmakta, halsizlik, yorgunluk ve vücutta ödem oluşmasının artması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır [14].

Kardiyovasküler hastalıklarda senkop, halsizlik, yorgunluk, uykulu olma hali gibi belirtiler sürüş güvenliğini tehlikeye atan durumlardır. Senkop beyinde azalan kan akımına bağlı olarak yaşanan geçici bilinç kayıplarıdır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak gelişen ani kardiyak ölümler; zamanı belirli olmayan, önceden var olan kalp hastalıklarında belirtilerin başlamasından kısa bir süre sonra oluşan ani ölümlerdir. Sürücülerde meydana gelmesi durumunda; diğer sürücüler, yolcular, yayalar ve araçlar tehlike altında kalmaktadır [15].

Yaşlılarda işlevsel olarak bozulmalar sonucu inme, kalp hastalıkları gibi hastalıklar ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar da araç kullanmayı etkileyebilmektedir [10].

Kulak ve İşitme İşlevi: Yaşlanmaya bağlı olarak kulakta işitme kaybı, kulak çınlaması ortaya çıkabilmektedir. İşitme kaybı yaşayan bireyde duyma yetisi azalmakta ya da tamamen

kaybolmaktadır. Genellikle 60 yaşından sonra sıklıkla görülmeye başlayan işitme kayıplarında bazen çınlamalarda oluşabilmektedir. İlk aşamada konuşulanları anlamada zorluk yaşanmaz ancak ilerleyen zamanlarda anlama sorunları ortaya çıkabilir. Bu durum yaşlı bireylerin sosyal hayattan ayrışmalarına neden olmaktadır. Kulakta çınlama sesli olmayan ortamlarda bile kişilerin anormal sesler algılamasıdır. İşitmede azalma yaşayan ve çok sesli ortamlarda bulunan kişilerde çınlama görülme ihtimali artmaktadır [8].

Görme bozuklukları kadar ciddi sonuçlara yol açmasa da işitme problemleri de yaşlı bireylerin trafikteki güvenliğini riske atmaktadır. Bu duruma işitme bozukluğu olan yaşlı bireylerin önemli trafik seslerini veya acil durum araçlarını, araçta meydana gelen mekanik sorunlardan oluşan sesleri duymaması [16] örnek verilebilir [11].

Kulaklar hem duymayı hem de dengeyi sağlar. Bu yüzden kulaklarda oluşan problemler denge kayıplarına da yol açmaktadır. Yaşlı bireyler denge sorununu oturma, kalkma ve yürüme sırasında yaşamaktadır. Bu da yaşlı sürücünün araca oturduğu ilk denge kaybıyla sürüşe başlamasına sebep olmaktadır [7].

Burun ve Koku Alma İşlevi: Yaşlılıkta meydana gelen burun yapısındaki değişimler koku ve tat almayı azaltmaktadır. Yaşlı bireylerde azalan koku algısı örneğin yangın gibi durumlarda kokunun algılanmaması sebebiyle yaşlı bireylerin yaşamını tehlikeye atan bir durum oluşturmaktadır [9]. Ayrıca araçta meydana gelen bir yangını ya da benzin kokusunu da anlamayan yaşlı sürücüler için koku kayıpları önemli sonuçlar doğurmaktadır [5].

2.2. Bilişsel Durum

Bilişsel süreç; kişinin dış dünyadaki olayları algılayıp değerlendirip tepki vermesi sırasında beyinde gerçekleşen düşünsel faaliyetlerin tümüdür. Bunun için kişinin dikkatinin açık olması gerekmektedir [17].

Yaşlı bireylerdeki kronik hastalıklar, kanser ve dejeneratif hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların kişilerde gösterdiği etkiler hem yaşam kalitesini hem de bilişsel süreci etkilemektedir [17].

Yaşlılarda psikomotor işlevlerde yavaşlama görülmektedir. Duyu hassasiyetinin azalmasıyla birlikte bilişsel cevap verme hızı ve hareketlere etkisinde bozulmalar meydana gelmektedir. Birçok uyarının bulunduğu ortamlarda, birden fazlasına dikkat vermek ve birinden diğerine dikkati çevirmek yaşlılar için karmaşık gelmektedir. Yine bu ortamlarda, ön beyin işlevi olan çalışma belleği de dikkatin ve bilgi işleme hızının zayıflaması ile bozulmaktadır. Çalışma belleği gibi kısa süreli bellekte de yaşlandıkça bozulmalar görülmektedir. Öğrenilen bilginin işlenmesini gerektiren karmaşık görevlerde öğrenme ve hatırlama yaşlılar için daha zordur. Ayrıca görsel bellek sözel bellekten daha erken zayıflamaya başlamaktadır. Yaşlılar görsel algılama ve yapılandırmada gençlere göre zorluk yaşamaktadır [17].

Her bireyde farklı olarak meydana gelen bilişsel değişiklikler hafızada gerileme, dikkatte azalma, problem çözme becerilerinde, bilgiyi işleme hızında azalma, görsel ve düşünsel işlevlerde gecikme, öğrenme gücü, eylemleri sıralamada ve uygulamada aksamalar olarak görülmektedir [18].

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkabilecek bilişsel hastalıklar ve bunların sürücülükle ilişkisi aşağıda özetlenmiştir.

Alzheimer hastalığı: Alzheimer hastalığı merkezi sinir sistemindeki kayıplar sonucu oluşan, davranışsal bozukluklar, bilişsel faaliyetlerde azalma gibi sorunları beraberinde getiren bir hastalıktır. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte, dikkat azalması, davranış bozuklukları, konuşma

işlevlerinde bozulmalar da görülmektedir. Yedi evre şeklinde ilerleyen Alzheimer hastalarında bilişsel zayıflığın yanında genellikle psikiyatrik sorunlar da bulunmaktadır. Depresyon, kaygı bozuklukları, saldırgan davranışlar sergileme ve uyku sorunları bunlardan bazılarıdır [19].

Demans: Yaşlanmayla beraber hafıza, düşünme hızı, problem çözme gibi yetenekler normal olarak azalmaktadır. Demans bunlardan daha ileri seviyede bir sorundur [9].

Demans beyindeki sinir hücrelerinin ölmesi sonucu ortaya çıkan hastalıklardır. Böyle hastalarda, tehlike algılamada bozulma, görsel uyarıyı işleme, dikkat ve karar vermede bozulma gibi sürüş yeteneklerinde problemler görülmektedir. Demansı olan yaşlı sürücüler, kavşakları geçmekte zorlanmakta, kaybolmakta, şeritleri takip edememektedir [20].

Yapılan bir çalışmada, demansı olan yaşlı sürücülerde yol testlerinde başarısız olma riskinin, sağlıklı yaşlı sürücülere göre 10 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, bilişsel bozukluğu olan yaşlı sürücülerde şerit takibi ve trafikte dönüşlerde, sağlıklı yaşlı sürücülere göre daha fazla hata yapıldığı görülmüştür [21].

Uyku Bozuklukları: Kişiler yaşlandıkça uyku yapılarında değişiklik meydana gelmekte, gece erken saatte uyuyup sabah erken saatte uyanmaktadırlar. Gece boyunca sık sık uyanma sorunları bulunmaktadır. Yaşlılıkta uyku düzeninin bozulmasını, Alzheimer ve birçok kronik hastalık, kullanılan ilaçlar, fazla gürültü, ışık ve sıcak olan ortamlar, yanlış şekilde ve yanlış saatte beslenme, psikolojik faktörler etkilemektedir [8].

Düzensiz uyku yaşlı bireylerde günlük yaşamı etkilemektedir. Uykusuzluğa bağlı düşmeler, ev içinde veya trafikte kazalar gibi fiziksel etkilerin yanı sıra hafıza sorunlarına da yol açmaktadır [8].

Deliryum: Yaşlı bireylerde görülen deliryum; aniden başlayan ve bazen düzelleme zamanlarının bulunduğu bilinç bulanıklığına denmektedir. Bilinç bulanıklığı kişinin uyanık olduğu halde, yaşananları ve çevresini tam ve doğru bir şekilde anlayamamasıdır. Fiziksel faaliyetlerini yerine getirebilir ancak zaman ve mekân konusunda kafa karışıklığı yaşamaktadır. Bilinç kaybı ise bilincin tam olarak kaybolması, diyalogun ve uyarılara karşı tepkinin yok olmasıdır [8].

İnme: İnme diğer adıyla felç; beyindeki kan damarlarında birinin aniden tıkanması, beyne giden kan akımının yavaşlaması, buna bağlı olarak aniden yırtılan beyin damarlarından beyin dokusu içine kanın akması sonucu oluşmaktadır. İnme meydana gelen bireylerde uyuşukluk, konuşma ve görmede bozukluk, denge sorunu, bilinç kayıpları görülmektedir [8].

Sürücülük ve Bilişsel Durum İlişkisi: Sürüş karmaşık beceriler içermektedir. Bilişsel bozulmalar güvenli sürüş kabiliyetini etkilemektedir. Hafif bozulmalar bile sürüş performansını azaltmakta ve çarpışma riskini artırmaktadır. Bilişsel bozukluğu olan sürücüler şerit ve hız kontrolünde diğer sürücülere göre daha fazla zorlanmaktadır [22].

Görsel işlevlerin de bozulmasıyla beraber yaşlı bireyler çevrelerinde sürüşle ilgili olmayan uyarılara da dikkat etmeye ve yanıt vermeye çalışmaktadır. Sürüş için gerekli olmayan bilgilerin de alınması bilişsel olarak aşırı yüklemeye yol açmaktadır. Kavşaklar gibi dikkat dağıtıcı birçok unsurun bir arada olduğu durumlarda yaşlı bireyler gereken bilgiyi işlemede zorlanmaktadır [11].

Sürücülükle ilgili görsel arama işlevi yaşla beraber azalmaktadır. Görsel arama birden fazla benzer uyarının bulunduğu ortamlarda gereken uyarıyı belirlemedir. Yaş ilerleyince arama süresi de uzar ve bu da hata yapma riskini yükseltir. Trafik işaretleri, hedef veya trafikte tehdit

oluşturan durumlar daha geç tespit edilmekte veya hiç tespit edilememektedir. Ayrıca yaşlı bireyler trafikte uyarılar arasında geçiş yaparken de zorlanmaktadır [11].

Araç kullanmak birçok bilişsel görevi içerir. Bunlar; aracı idare etmek, trafiği gözlemlemek, tehlikeli durumları tahmin etmek ve fark etmek, kendi davranışlarını ayarlamak ve tüm bunları uygulamaktır. Yaşlı bireyler sürüşlerini bir rutin halinde devam ettirmeye meyillidir. Rutinlerin dışına çıktığı durumlarda tüm bu bilişsel faktörler ön plana çıkmaktadır. Bu da yaşlı bireylerde iyi bilinen yollarda araç kullanmayı tercih etmeye sebep olmaktadır [11].

Yaşlı bireylerde dikkat dağınıklığı yol kenarlarındaki restoran, market, bina gibi varış noktalarını aramak, anlamak ve aracı buna uygun şekilde kontrol ederek hedefe ulaşmak konusunda zorlanmalarına sebep olmaktadır [23]. Yol kenarı hedeflerini arama sırasında yaşlı bireylerin yaptıkları hatalar; farkında olmadan öndeki araca fazla yaklaşma ve çarpma, sinyal vermeden tekrar yola katılma veya dönüş yolunu kaçırarak trafiği riske atma gibi sonuçlara yol açabilecektir [24].

2.3. Yaşlı Sürücüler ve Trafik Kazaları

Motorlu ulaşımın artmasıyla; tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de trafik kazaları ve bu kazalar sonucu oluşan can ve mal kayıpları artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2018 yılında yayınladığı yol güvenliği raporunda her yıl yaklaşık 1.35 milyon kişinin trafik kazalarında hayatlarını kaybettiği belirtilmiştir [25].

Türkiye’de 2010-2019 seneleri arası meydana gelen kazalar ve sonuçları Tablo 2.1’ de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Trafik kaza istatistikleri, 2010-2020 [26]

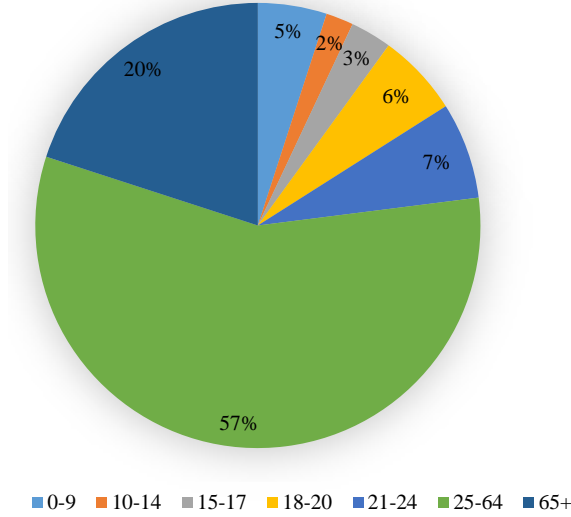
Yıllar	Toplam Kaza Sayısı	Ölümlü, Yaralanmalı Kaza Sayısı	Maddi Hasarlı Kaza Sayısı	Ölü Sayısı			Yaralı Sayısı
				Toplam	Kaza Yerinde	Kaza Sonrası	
2010	1 105 201	116 804	988 397	4 045	4 045	-	211 496
2011	1 228 928	131 845	1 097 083	3 835	3 835	-	238 074
2012	1 296 634	153 552	1 143 082	3 750	3 750	-	268 079
2013	1 207 354	161 306	1 046 048	3 685	3 685	-	274 829
2014	1 199 010	168 512	1 030 498	3 524	3 524	-	285 059
2015	1 313 359	183 011	1 130 348	7 530	3 831	3 699	304 421
2016	1 182 491	185 128	997 363	7 300	3 493	3 807	300 812
2017	1 202 716	182 669	1 020 047	7 427	3 534	3 893	300 383
2018	1 229 364	186 532	1 042 832	6 675	3 368	3 307	307 071
2019	1 168 144	174 896	993 248	5 473	2 524	2 949	283 234
2020	983 808	150 275	833 533	4 866	2 197	2 669	226 266

Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik kaza istatistikleri incelendiğinde; 2009-2018 yılları arasında gerçekleşen kazalara neden olan kusurlarda; sürücü kusurunun %89,39 yaya kusurunun %8,91, yol kusurunun %0,75, taşıt kusurunun %0,48, yolcu kusurunun ise %0,46 oranında etken olduğu görülmektedir. Yine aynı istatistiklerde; 2018 yılı trafik kazasında ölenlerin %42.92’sinin sürücü, %34.85’inin yolcu ve %22.23’ünün yaya olduğu belirtilmiştir [27]. Bu istatistikler kazalarda insan faktörünün, insan faktörü içinde de sürücü faktörünün önemini açıkça ortaya koymaktadır [28].

Sürücülerden kaynaklanan trafik kazaları incelendiğinde, sürücünün yaşının önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Yaşlı ve genç sürücü grupları hem kazaya karışma hem de kazaya sebep olma açısından da ilk sıradadır. Kazadan sonra ağır yaralanma kırılmalardan dolayı en

çok yaşlı sürücü grubunda görülmektedir. Genç sürücülerin kaza riskleri araç kullanma biçimleri ile ilgili, yaşlı sürücülerin ise azalan fiziksel becerileri ile ilgilidir [28,29].

Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik kaza istatistiklerinde yer alan, 2018 yılında trafik kazası sonucu ölenlerin yaş dağılımı Şekil 2.1’ de görülmektedir. Şekilden de görüldüğü üzere, trafik kazalarında ölen yaş grubunu birinci sırada 25-64 yaş aralığı oluştururken, ikinci sırada ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu bulunmaktadır.



Şekil 2.1. Trafik kazasında ölenlerin yaş dağılımı - 2018

3. DÜNYA ÖRNEKLERİ

Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber ülkeler sürücü ehliyeti kriterlerinde de yaşlı bireylere özel uygulamalar geliştirmeye başlamıştır. Özellikle ehliyet yenileme işleminde istenen sağlık raporları ve sürüş testleri, araç kullanmaya uygun olamayan kişilerin tespit edilerek ehliyetlerinin yenilenmemesini sağlamaktadır. Bu durum da kazaların önlenmesine yardımcı olmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde farklı ülkelerde ehliyet uygulamaları değerlendirilmiştir. Avrupa, Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri için önce genel bir değerlendirme yapılarak, yaşlılar için özel olarak uygulama geliştiren ülke ve eyaletlerden tablolar yardımıyla söz edilmiştir. Tablolarda ilk ehliyet yenileme yaşı, ehliyet yenileme döngüsü, sağlık kontrolü gerekliliği, sürüş testinin olup olmadığı hakkında bilgiler yer almaktadır.

3.1. Avrupa

Avrupa’ da sürücü ehliyetlerinin geçerliliği ve yenilenmesi konusunda farklı ölçütler bulunmaktadır. Genel olarak 4 başlık altında bu farklılıklar incelenebilir:

- Sınırsız geçerliliği olan sürücü ehliyeti olan ülkelerde, alınan ilk ehliyet sürekli geçerlidir. Yenileme gerektirmez.
- Sürücü ehliyeti yenilenmesinde Tıbbi muayene gerektirmeyen ülkelerde, yalnızca idari işlemler ile lisans yenileme gerçekleştirilmektedir.
- Belirli yaşa gelindiğinde sürücü ehliyeti yenilenmesi gerektiren ülkelerde, genellikle 60, 65 veya 70 yaşlarında yenileme gerekmektedir. Bazı ülkelerde yaş şartı ile birlikte tıbbi kontrol de gerekmektedir.
- Yaş şartı olmadan yenileme gereken ülkelerde, sürücü ehliyeti her yaş grubu için genellikle on yılda bir yenilenmektedir. Bu ülkelerde yaş arttıkça yenileme sıklığı da artmaktadır [30].

Tablo 3.1: Avrupa' da sürücü belgesi yenileme kriterleri

Ülke	İlk Yenileme Yaşı	Yenileme Döngüsü	Sağlık Kontrolü	Sürtüş Testi
İtalya	İ.S.B.A.* 10 yıl sonra	<50 10 yılda bir, 50-70 5 yılda bir, >70 3 yılda bir	B.U.*	B.U.
Macaristan	40	B.U.	B.U.	B.U.
Portekiz	50	<65 5 yılda bir, >70 2 yılda bir	B.U.	B.U.
Litvanya	55	B.U.	B.U.	B.U.
Yunanistan	65	3 yılda bir	B.U.	B.U.
Finlandiya	İ.S.B.A. 2 yıl sonra	>70 5 yılda bir	Gerekli	B.U.
İrlanda	60	>60 3 yılda bir, >70 1-3 yıl	Gerekli	B.U.
Hollanda	60	5 yılda bir	Gerekli	B.U.
Norveç	100	B.U.	B.U.	B.U.
Avusturya	İsteğe bağlı ilk yenileme	B.U.	İsteğe Bağlı	B.U.
İspanya	İ.S.B.A. 10 yıl sonra	<65 10 yılda bir, >65 5 yılda bir	Gerekli	B.U.
Danimarka	70	74, >74 2 yılda bir, >80 her yıl	Gerekli	Var
Çek Cumhuriyeti	60	60, 65, 68. yaş, >68 2 yılda bir	Gerekli	B.U.
Birleşik Krallık	70	3 yılda bir	Gerekli	Var
Fransa	Sürekli geçerlilik	B.U.	B.U.	B.U.
İsveç	İ.S.B.A. 10 yıl sonra	10 yılda bir	Gerekli değil	B.U.

*İ.S.B.A. : İlk Sürücü Belgesi Alındıktan

*B.U. : Bilgisine Ulaşılamadı

*Tablo farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerle araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Avrupa ülkelerinde sürücü belgesini yenileme uygulamaları da farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde yalnızca idari olarak değiştirme işlemi uygulanırken bazı ülkelerde fiziksel, bilişsel testlerle tıbbi muayeneler de uygulanmaktadır. Benzer şekilde tıbbi muayeneler de bazı ülkelerde kişinin bildirimini esas alınarak yapılırken bazı ülkeler de zorunlu kontroller şeklinde olmaktadır [30].

3.2. Avustralya

Yaşlı sürücüler Avustralya'da düzenli aralıklarla araç kullanmaya uygunluklarını tıbbi olarak ve sürüş testi ile kanıtlamak zorundadır. Gerekli düzeye ulaşamayan sürücüler sürücü lisanslarını kaybetmektedir. Sürücülerden istenen test ve sağlık raporu eyaletlere göre farklılık göstermektedir [31].

Tablo 3.2: Avustralya' da sürücü belgesi yenileme kriterleri

Ülke	İlk Yenileme Yaşı	Yenileme Döngüsü	Sağlık Kontrolü	Sürtüş Testi
Victoria	B.U.	B.U.	Gerekli	Var
Yeni Güney Galler	B.U.	B.U.	>80 Gerekli	Var
Tazmanya	B.U.	B.U.	>75 Gerekli	Var
Queensland	B.U.	B.U.	>75 Gerekli	Var
Güney Avustralya	B.U.	B.U.	>70 Gerekli	Var
Batı Avustralya	B.U.	B.U.	75, 78, 80, >80 Gerekli	Var

*İ.S.B.A. : İlk Sürücü Belgesi Alındıktan

*B.U. : Bilgisine Ulaşılamadı

*Tablo farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerle araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.3. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletlerinde yaşlı sürücülerin trafiğe uygunluğunu düzenlemek için sürücü lisansı yenileme politikaları uygulanırken bazı eyaletlerinde yaşlı sürücülerle ilgili uygulamalar bulunmamaktadır. Bu politikalar eyaletlere göre farklılık göstermektedir. Örneğin lisans yenileme aralığı, lisans yenileme yaşı, yenileme süreci, uygulanan testler vb. Yenileme süreci de eyaletlere göre farklılık göstermektedir. Bazı eyaletlerde sürücü lisansları telefon, posta veya internet üzerinden yenilenmektedir. Bazılarında ise belli bir yaştan sonra kişisel yenileme gerekmektedir. Yüz yüze yenilemenin avantajı, yenilemenin yapılacağı kuruma kadar gidemeyecek engeli olan kişilerin ehliyetinin yenilenmemesini yani araç kullanmaya devam etmemesini sağlamaktır. Örneğin California'da 70 yaşından, Teksas'ta 79 yaşından sonra yüz yüze yenileme gerekmektedir. Birçok eyalette yaşa bağlı olarak yenileme için test gerekmektedir. Bu testler görme testi, yol işareti tanıma testi ve sürüş testidir. Bazı eyaletlerde ehliyet sınırlı olarak yenilenebilir. Bu sınırlama; belirlenmiş maksimum hız sınırını aşmadan, evden belli uzaklığa kadar ve günün belli saatlerinde araç kullanmaya izin verme, araba kullanırken gözlük takma zorunluluğu, gece ve az ışıkta veya otoyolda araç kullanmanın yasaklanması, şeklinde olabilmektedir [32].

Tablo 3.3: Amerika' da sürücü belgesi yenileme kriterleri

Ülke	İlk Yenileme Yaşı	Yenileme Döngüsü	Sağlık Kontrolü	Sürüş Testi
Pensilvanya	B.U.	>65 2 yılda bir	>45 Gerekli	B.U.
Arizona	B.U.	>65 5 yılda bir	B.U.	B.U.
Connecticut	B.U.	>65 2 yılda bir	B.U.	B.U.
Utah	B.U.	B.U.	>65 Gerekli	B.U.
District of Columbia	B.U.	B.U.	>70 Gerekli	B.U.
Rhode Island	B.U.	>70 2 yılda bir	B.U.	B.U.
Colorado	B.U.	>61 5 yılda bir	B.U.	B.U.
Florida	B.U.	B.U.	>79 Gerekli	B.U.
Maryland	B.U.	B.U.	>70 Gerekli	B.U.
Montana	B.U.	>75 4 yılda bir	B.U.	B.U.
New Mexico	İ.S.B.A. 8 yıl sonra	<75 8 yılda bir, >75 her yıl	B.U.	B.U.
Hawaii	İ.S.B.A. 6 yıl sonra	<72 6 yılda bir, >72 2 yılda bir	B.U.	B.U.
Illionis	İ.S.B.A. 4 yıl sonra	<81 4 yılda bir, 81-86 2 yılda bir, >87 her yıl	>75 Gerekli	Var
Iowa	İ.S.B.A. 5 yıl sonra	<70 5 yılda bir, >70 2 yılda bir	Gerekli	Var
Kansas	İ.S.B.A. 6 yıl sonra	<65 6 yılda bir, >65 4 yılda bir	Gerekli	Var
New Hampshire	İ.S.B.A. 5 yıl sonra	5 yılda bir	Gerekli	Var
Indiana	İ.S.B.A. 6 yıl sonra	<75 6 yılda bir, 75-84 3 yılda bir, >85 2 yılda bir	Gerekli	Var
Minnesota	İ.S.B.A. 4 yıl sonra	4 yılda bir	Gerekli	Var
Missouri	İ.S.B.A. 6 yıl sonra	<70 6 yılda bir, >70 3 yılda bir	Gerekli	Var
Nebraska	İ.S.B.A. 5 yıl sonra	5 yılda bir	Gerekli	Var
Vermont	İsteğe bağlı yenileme	2 veya 4 yılda bir	B.U.	B.U.
Wisconsin	İ.S.B.A. 8 yıl sonra	8 yılda bir	Gerekli	Var

*İ.S.B.A. : İlk Sürücü Belgesi Alındıktan

*B.U. : Bilgisine Ulaşılamadı

*Tablo farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerle araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

4. TÜRKİYE’DE 65 YAŞ ÜSTÜ SÜRÜCÜLER İÇİN ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde; 65 yaş üstü sürücülerin trafikte hem kendi güvenliklerini hem de diğer yol kullanıcılarının güvenliklerini tehlikeye atmamaları için bir takım öneriler geliştirilmiştir. Bu öneriler geliştirilirken çalışmanın başında incelenen dünya örnekleri ve literatür çalışmalarından yararlanılmıştır.

4.1. Mevcut Durum

Türkiye’ de sürücü ehliyeti almak isteyen kişilerin bazı temel şartları sağlaması gerekmektedir. Bu şartlar; yaş, deneyim, öğrenim durumu, Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte belirtilen sağlık şartlarını taşımaları, sürücü sınavlarını başarıyla motorlu taşıt sürücüsü sertifikası almış olmaları, adli sicil kayıtlarında engel bulunmaması, önceden verilmiş aynı sınıf bir başka sürücü belgesinin bulunmaması, başka sınıf sürücü belgesi alacaklar için, daha önce verilmiş ancak geri alınmış olan sürücü belgesinin ilgili kanunda öngörülen şartlar yerine getirildiği için sahibine iade edilmiş olmasıdır. Yaş şartının kişinin alacağı ehliyetin sınıfına göre değişmesi ile beraber 65 yaş üstüne özel bir uygulama bulunmamaktadır [33].

Türkiye’ de Karayolu Taşımacılık Faaliyetleri Mesleki Yeterlilik Eğitimi Yönetmeliği’ ne göre yolcu veya yük taşımacılığı yapılan araçları kullanmak için mesleki yeterlilik belgesi alınması gerekmektedir. Bu belgelerden birine sahip olan sürücünün 63 yaşını doldurması halinde belgesi geçersiz sayılmaktadır. Yaş sınırı sürücüler için yalnızca bu şekilde karşımıza çıkmaktadır [34].

Karayolları trafik yönetmeliğine göre; M, A1, A2, A, B1, B, BE, F ve G sınıfı sürücü belgeleri 10 yıl, C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D ve DE sınıfı sürücü belgeleri ise 5 yıl geçerlidir. Sürücü belgesinin yenilenmesi için sürücülerin; Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte belirlenen sağlık şartlarını taşımaları, adli sicil kayıtlarında sorun bulunmaması, herhangi bir nedenle sürücü belgesi geçici olarak geri alınmış ise iade edilme şartlarının gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Ancak Türkiye’de yaşa göre sürücü belgesi yenileme şartı bulunmamaktadır [33].

4.2. Önerilen Sistem

65 yaş üstündeki bireyler ilk kez sürücü belgesi almak ya da yenilemek istediklerinde gerek fiziksel gerekse bilişsel durumları göz önüne alınarak farklı şartlarda değerlendirilmeleri gerekmektedir. Bu değerlendirme için yaş grupları Dünya Sağlık Örgütü’nün gruplamasına uygun olarak, 65-74 yaş genç-yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü çok-ileri-yaşlılık şeklinde gruplandırılmıştır. İlk sürücü belgesi başvurusu için, 65-74 yaş arası grup ve 75-84 yaş arası grup (65-84) birlikte değerlendirilmiştir.

65-84 yaş arasındaki bireyler ilk kez sürücü belgesi almak istediklerinde 18-64 yaş arasındaki bireylere göre farklı uygulamalardan geçmeleri önerilmektedir. Bunun sebebi çalışmanın ilk bölümlerinde bahsedilen yaşlılık dönemine girmiş olan kişilerde görülebilecek sağlık sorunları, bilişsel sorunlar ve bunlara bağlı oluşan sürüş zorluklarıdır. Bu sebeple 65 yaşından önce sürücü belgesi almamış olan bireyler teorik olarak daha fazla desteklenebilmeleri için eğitim süreci 18-64 yaş arasındaki bireylere göre farklılaşmalıdır. Sürücü sınavlarını başarmak için alınacak zorunlu teorik derslerin (Trafik ve Çevre Dersi, İlk Yardım Dersi, Araç Tekniği Dersi, Trafik Adabı Dersi), ders saatlerinin sayısı artırılmalı ve içerikleri bu yaş grubuna göre düzenlenmelidir. Sürüş eğitimi sırasında alınan teorik derslerden sorular sorularak, adayların bilgileri ölçülmelidir. Teorik dersler sonucu yazılı sınava giriş hakkı 3

kez olmalı ve başarısız olunması durumunda adayların sürücü belgesi almamaları önerilmektedir.

65-84 yaş arasında ilk kez sürücü belgesi alacak olan bireyler de Karayolları Trafik Yönetmeliği ve Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte yer alan şartlara göre sürücü belgesi almalıdır. Burada belirtilen sağlık şartlarında problem olan sürücüler İspanya' da ve Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletlerinde uygulandığı üzere koşullu sürücü belgesi alabilmelidir [30, 32]. İspanya' da sürücüler gerekli sağlık kontrollerinden geçtikten sonra, sağlık şartlarına uygun raporların hazırlanması sonucunda bazı kısıtlamalar ile sürücü belgesi alabilir [30]. İspanya örneğine benzer şekilde uygulanması önerilen koşullu sürücü belgesine; günün belli saatlerinde trafikte bulunma, hız sınırı bölgeleri ile sınırlı ehliyet alma, yalnızca yerleşim yeri içinde araç kullanabilme, yalnızca otomatik vitesli araçları kullanma gibi koşullar örnek olabilir.

Yaşlılığın çok ileri döneminde olan 85 yaş üstündeki bireylerde, diğer yaş gruplarına göre daha fazla ve çeşitli sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle 85 yaşına gelmiş olan bireyler herhangi bir şarta bakılmaksızın sürücü belgesi alamamalıdır. Türkiye' de 2018 yılında meydana gelen trafik kazalarında ölen yaş grubuna bakıldığında ikinci sırada yaşlı grubun bulunduğu görülmektedir [26]. Bu durumda 85 yaşın üstündeki bireylerin sürücü belgesi almasının engellenmesinin trafik ve yol güvenliği üzerinde olumlu etkisinin olacağı düşünülmektedir. Öte yandan yaşlı sürücüler trafik ortamında diğer sürücülerin de trafik güvenliğini tehlikeye atabilmektedir.

Türkiye' de yaşa göre sürücü belgesi yenileme şartı bulunmaması sebebiyle sürücülerin yaşları ilerledikçe sürüşlerinde meydana gelen bozulmalar tespit edilememektedir. Trafik kazalarının ve trafik ortamında güvenliği bozan davranışların oluşmasına sebep olan hatalı sürüşler, sürücü belgesi yenileme sırasında zorunlu olarak yapılacak sürüş testleri sayesinde tespit edilebilecektir. Sürücü belgeleri yenileme işlemi mevcutta sürücü belgesi sınıflarına göre yapılmasının yanında, sürücülerin yaşlarına göre belirlenmiş aralıklarla da yapılmalıdır. Bu yaş aralıkları Dünya Sağlık Örgütü'nün gruplamasına uygun olarak, 65-74 yaş genç-yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü çok-ileri-yaşlılık dönemleri olarak kabul edilmiştir.

Kişiler yaşlandıkça sürücü belgesi yenileme sıklığı azalmalıdır. Böylece trafikte sağlık sorunlarından ve olumsuz sürüş koşullarından kaynaklanan kazaların önüne geçilmiş olacaktır.

65 yaş üstü sürücülerin sürücü belgelerini yenilemeleri ve trafik ortamında daha güvenli araç kullanarak diğer kullanıcıları da tehlikeye atmamaları için farklı öneriler geliştirilmiştir (Şekil 4.1). Bu önerilerden öncelikle yaş gruplarına göre farklılaşan şartlar belirlenmiş sonrasında detaylı olarak açıklanmıştır.

65 yaş üstünde yaşlı olarak anılan bireylerin farklı sağlık problemlerine sahip olması ve genç yaş gruplarına göre daha kısa sürede bu problemlerin ilerleyebilecek olması sebebiyle, 65-74 yaş arasındaki sürücülerin 3 yılda bir sürücü belgelerini yenilemeleri önerilmektedir. Sürücüler 65 yaşına geldiğinde yaşlılıkla ilgili ortaya çıkmış ve sürüş durumunu etkileyen sağlık sorunlarının olup olmadığı araştırılmalıdır. Tedavi edilebilecek ve sürüşü engellemeyecek olan durumlarda, gereken sağlık raporunu sunan ve sürüş testini geçen sürücüler, sürücü belgelerini yenileyebilmelidir. 65-74 yaş aralığı için zorunlu sürüş testi yolda sürüş testi şeklinde olmalı ve farklı sürüş koşullarında gerçekleştirilmelidir.

75- 84 yaş arası ileri yaşlılık dönemidir ve var olan hastalıkların ilerlemesi 65-74 yaş grubuna göre daha fazla olmaktadır. Bu sürücüler ilerleyen sağlık sorunları varsa sürüş testine gerek olmadan sürücü belgelerini teslim etmelidir. 75-84 yaş arası sürücülerin her yıl sürücü belgesi

yenilemeleri önerilmektedir. Sürücü belgesi yenileme için zorunlu yolda sürüş testi gerekli olmalıdır. Tüm yaş gruplarında olduğu gibi 75-84 yaş grubunda da yol sürüş testi farklı sürüş koşullarında gerçekleştirilmelidir. Bu farklı sürüş koşullarından herhangi birinde sorun görülmesi halinde sürücüler tekrar sınava girmelidir.

85 yaş üstü sürücülerin bu yaşa geldiklerinde sağlık durumları ve sürüş kabiliyetleri ne durumda olursa olsun ehliyetleri geçersiz sayılmalıdır. 85 yaşına gelen sürücüler öz kontrollerini yaparak sürücü belgelerini bırakmalıdır.

Sağlık Muayeneleri ve Testleri: 65 yaşın üstünde olan bireylerde sağlık problemlerinin ortaya çıkma olasılığı gençlere göre daha fazladır. Bu sebeple sürücü belgeleri yenilenirken yapılacak olan sağlık muayeneleri ve sonuçta hazırlanan sağlık raporları birçok farklı bileşeni içermelidir. Muayeneleri yapacak olan doktorlar mutlaka alanında uzman kişiler olmalıdır. Sürüş bozukluğuna neden olabilecek herhangi bir problem tespit edildiğinde, bu düzelmeyecek bir problem ise sürücü belgesinin alınması için doktorlar rapor hazırlamalıdır.

Sağlık muayeneleri Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte belirlenen şartlara göre gerçekleştirilmelidir. Buna ek olarak yapılacak bazı testler bulunmaktadır. Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği İdaresi bilişsel durumu değerlendirmek için Montreal Bilişsel Değerlendirme, Saat Çizim Testi, İz Sürme Testi ve Labirent Testi önermektedir. Bu testlerle hastanın dikkati, hafızası, görsel becerileri, yürütme işlevi, güvenli sürüş için gerekli olan becerileri ölçülmektedir. Sağlık muayeneleri detaylı bir inceleme ile karar verilmesi gereken bir konudur. Yalnızca bu testlerin sonucuna göre sürücülerin sürüş becerileri değerlendirilemez ancak bu testler değerlendirmeye yardımcı olmaktadır [35].

Sürücülük yoğun olarak görme işlevi içeren bir olaydır. Görme problemleri güvenli sürüşü etkilemektedir. Bu yüzden sürücü belgesi yenilemesi için görme sorunlarının doğru tespit edilmesi gerekmektedir. Örneğin ABD’ de sürücü belgesi yenilemesi sırasında görme keskinliği ve görme alanı testleri yapılmaktadır. Sürüş için önemli olan diğer değer Faydalı Görüş Alanıdır. Bu değer görsel yeteneği ve bilişsel işlevi beraber içermektedir. Yapılan bir çalışmada faydalı görüş alanı problemi olan yaşlı bir sürücünün kavşakta kaza ihtimalinin diğer sürücülere göre 15.6 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir [35].

Güvenli araç kullanmak için belli fiziksel becerilerin sürücülerde bulunması gerekmektedir. Fiziksel durumla ilgili muayenelerde araç kullanmayı etkileyebilecek olan eksiklikler, hareket kısıtlılıkları, görme sorunları, kas-iskelet sistemi problemleri tespit edilmelidir. Var olan sağlık problemlerine göre sürücülerin araç kullanmaya devam edip edemeyecekleri tespit edilmelidir. Tedavi edilebilecek olan durumlarda sürücüler araç kullanmaya devam edebilmelidir. Bununla beraber ciddi işitme kaybı olan sürücülerin odyoloji uzmanlarınca muayene edilerek sağlık raporu almaları gerekmektedir.

Fiziksel muayenede Hızlı Adım Yürüyüşü muayeneleri de yapılmalıdır. Bu sayede alt eklemelerin gücü, dayanıklılığı, hareketi ve dengesi görülmüş olur. Sürücülerden normal hızda yürümesi istenerek yapılan testte yeterli sürede yürüyüş tamamlanamazsa, nedenine bağlı olarak müdahale gerekliliğine karar verilebilir [35].

Sürüşe uygunluğu değerlendirmek için kronik hastalıkların yanı sıra fiziksel işlevi etkileyebilecek diğer sorunların var olup olmadığı da araştırılmalıdır. Örneğin vertigo, geçirilen ameliyatlara, psikiyatrik hastalıklar, kullanılan ilaçlar vb. Sürücülerin kullandığı reçeteli veya reçetesiz ilaçlar, sürüşü değerlendirme sırasında mutlaka gözden geçirilmelidir. Kullanılan ilaçların fiziksel ve bilişsel işlevleri etkileme durumları tespit edilmelidir. İlaçların kullanım dozları, yan etkilerine bakılmalıdır. Bu ilaçların etkisi altında araç kullanmak

yaşlılar için daha risklidir. Sürüş güvenliğini bozma riski olan ilaçlar tespit edilmelidir. Böyle ilaç kullanan sürücülerin bilgileri mutlaka kayıtlı olmalıdır.

Yolda Sürüş Testi: Yolda sürüş testi; 65 yaş üstündeki sürücülerin güvenli araç kullanıp kullanmadıklarını tespit etmede önemli bir uygulamadır. Çalışmanın literatür araştırmasında belirtildiği gibi Amerika Birleşik Devletleri'nin Illionis, Iowa, New Hampshire gibi eyaletleri başta olmak üzere dünyada birçok kentte yolda sürüş testi farklı koşullarda uygulanmaktadır [36]. Türkiye için de yolda sürüş testi önerileri getirilmiştir.

Sürüş testinin yapılması sırasında araçta sürüş eğitmeni, sağlık uzmanı, trafik görevlisi bulunması önerilmektedir. Bunun sebebi sürücünün sorunlarının uzmanlar tarafından tespit edilmesini sağlamaktır. Sürüş eğitmenleri sürücünün güvenli sürücülük becerilerine sahip olup olmadığını ve sürüş yeteneklerini değerlendirmelidir. Sağlık uzmanı sürücülük için gereken sağlık koşullarını taşıyıp taşımadığını veya sürüş sırasında sürücüye engel olan bir sağlık probleminin olup olmadığını tespit etmelidir. Trafik görevlisi ise sürücünün trafik işaret ve kurallarını bilip bilmediği ve bunlara uyup uymadığını kontrol etmelidir.

Yolda sürüş testi sürücünün isteğine bağlı olarak ve kendini güvende hissetmesi açısından sürücülerin kendi araçları ile yapılabilir. Ancak kendi aracı ile teste katılacak kişilerin araçlarının, araç muayenesinin tam olması gerekmektedir. Bunun sebebi test araçları ile arada fark oluşturacak etmenlerin ortadan kalkmasıdır. Ayrıca araçta meydana gelebilecek sorunlar ortadan kalkmış olacağı için, sürücü hataları daha net görülmüş olacaktır.

Yolda sürüş testleri farklı sürüş koşullarında gerçekleşmelidir. Bu koşullar:

- Günün farklı saatleri (sabah ve akşam trafiğin yoğun olduğu saatler, trafiğin yoğun olmadığı saatler),
- Farklı taşıt ve yaya trafiği yoğunlukları olan bölgeler (kent merkezi, yerleşim alanları, kent çeperleri),
- Kavşakların bulunduğu yerler,
- Ara sokaklar,
- Okul, hastane, metro durakları, ticari alanlar gibi yaya geçitlerinin fazla bulunduğu noktalar,
- Gece ve gündüz olmak üzere gün ışığının farklılaştığı zamanlar,
- Farklı hız sınırı bölgeleri (şehirlerarası yollar, şehir içi yollar)
- Yol kenarı parkların bulunduğu konumlar,
- Sürücülerin kullandığı cihazlar (gözlük, işitme cihazı vb.) var ise onların da sürüş testi sırasında bulunmasıdır.

Yolda sürüş testinin farklı ortamlarda gerçekleşmesinin sebebi yaşlı sürücülerin genç sürücülere göre sürüş ortamına daha geç alışması, beklenmedik durumlarla karşılaşınca daha fazla zorlanmasıdır. Bu durumun tespit edilmesi için yaşlı sürücüler trafik kazalarının da fazla olduğu, kentlerde çevresel etmenlere ve karmaşık sürüş koşullarına bağlı olarak değişen trafik alanlarında teste alınmalıdır. Yolda sürüş testinin farklı trafik ortamlarında gerçekleşmesine çalışmanın önceki bölümlerinde de bahsedilen Amerika Birleşik Devletleri' nin New Hampshire eyaleti örnek gösterilebilir [36].

Seul kenti için yapılan bir çalışma [37] farklı sürüş koşullarının yaşlı sürücülerin sürücülüklerini etkilediğini ve kazalara sebebiyet verdiğini kanıtlar niteliktedir. Bu çalışmaya

göre nüfus yoğunluğu fazla olan yerlerde trafik kazalarının arttığı görülmüştür. Bununla beraber daha az nüfuslu yerlerde de dikkatsiz sürüş nedeniyle kazaların arttığı belirlenmiştir. Ticari alanlar, yeşil alanlar, okullar, metro durakları, trafik adaları, kavşakların bulunduğu karmaşık sürüş içeren alanlar yaşlı sürücüler için kaza riskinin arttığı yerler olarak tespit edilmiştir.

Kavşaklar karmaşık sürüş koşullarından en belirgin olanıdır. Bu alanlarda trafik yoğunluğu fazladır ve yaşlı sürücülerin bu duruma tepki vermesi genç sürücülere göre daha yavaştır. Aynı çalışmada Hareket süresi uzayan yaşlı sürücülerin arkadan gelen korna sesleri, uzun farlar ile uyardırma çalışılması gibi durumlarda psikolojik baskı altında hissettiği, bu yüzden acele kararlar vererek hata yaptığı ve kazaya yol açtığı tespit edilmiştir. Ayrıca okul çevrelerinde okul çağındaki çocukların daha az dikkatli oluşu, yaşlı sürücülerin araç arkalarından aniden çıkan veya kör noktada kalan çocukları fark edememesinden kaynaklı olarak kaza riski fazla olduğundan söz edilmiştir. Seul’ de metro duraklarının olduğu yerlerde diğer toplu taşıma türlerine geçiş yapmak isteyen yaya sayısının artması da trafik kazalarını artırmıştır. Yaşlı trafik kazalarının fazla olduğu yerlerden biri olan trafik adalarında yol daralmaktadır. Yaşlı sürücülerde buralara yaklaştıklarında önlerinde aniden duran araçlara ve yolun daralmasına geç tepki vermektedir. Bu durumun da trafik kazalarına neden olduğu çalışmanın sonuçları arasındadır [37].

Sürüş testi değerlendirmesi araçta bulunan uzmanlar tarafından yapılmalıdır. Güvenli sürüş için belirlenen şartların bulunduğu listeler ile hazır halde araçta bulunan uzmanlar, sürücüyü değerlendirerek notlar almalıdır. Testin sona ermesi ile uzmanların değerlendirmeleri bir araya getirilerek sürücü hakkında nihai sonuca varılmalıdır. Sonuçta sürücü belgesi yenilenebilir, sürücü belgesi yenilenmesi için tedavi veya yeniden sürüş eğitimi gereklidir, sürücü belgesi yenilenemez şeklinde sürücünün durumuna göre uygun rapor verilmelidir. Yenileme için gereken sağlık ve trafik bilgisi şartlarını sağlamasına rağmen yolda sürüş testinde başarısız olan sürücülerin sürücü belgeleri yenilenmemelidir. Sürüş testinin Iowa, Indiana ve New Hampshire eyaletlerindeki benzer şekilde her sürücü için en fazla 3 kez tekrarlanması önerilmektedir [36].

65 yaş üstü sürücülere uygulanmak üzere geliştirilen sürücü belgesi alma ve sürücü belgesi yenileme şartlarını temel olarak gösteren bir şema hazırlanmıştır. 18-65 yaş arası grubu anlatan bölüm bütünlüğün sağlanması açısından şemada gösterilmektedir. Çalışmanın amacına uygun şekilde 65 yaş üstü sürücülerle ilgili kısımlar vurgulanmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

65 yaş üstündeki bireyler yaşlı olarak nitelendirilmektedir ve bundan dolayı da sürücülükleri farklı değerlendirilmelidir. Buradan hareketle bu çalışmada konu ile ilgili literatür incelendikten sonra bir takım sonuç ve öneriler getirilmiştir.

65 yaş üstündeki (yaşlı) sürücüler trafikte genç sürücülere göre farklı davranışlar sergilemekte, bu davranışların sebepleri de çoğunlukla fiziksel veya bilişsel problemlerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerin sürücülük kabiliyetlerini olumsuz etkilemektedir. Fiziksel problemlerin sürücülüğü yaşlılıkla meydana gelen hastalıklardan özellikle görme ve hareketle problemler ile etkilediği, bilişsel problemlerin ise özellikle dikkat eksiklikleri şeklinde etkilediği görülmektedir. Trafik kazalarında sürücü hatalarının fazla olması ve kaza sonucu ölüm veya yaralanmaların yaşlı sürücülerde fazla olması bu durumu desteklemektedir. Literatür araştırması sonucu elde edilen bu bilgiler ışığında yaşlı sürücüler için özel tedbirler alınması gerektiği belirlenmiştir. 65 yaş üstü bireylerin yasal olarak sürücü belgesi almaları ve sürücü belgelerini yenilemeleri önerilmiştir.

İlk sürücü belgesi alınmasının 85 yaşından sonra yasaklanması önerilmiştir. 65 yaşından sonra ise gerekli şartları sağlayan kişilerin sürücü belgesi alabilmesi, bazı şartları sağlamayan kişilerin koşullu sürücü belgesi alabilmesi ve şartları sağlamayan kişilerin ise sürücü belgesi almaması önerilmiştir. Sürücü belgesi yenileme konusunda; yaş gruplarına göre farklılaşan uygulamalar önerilmiştir. Yaş arttıkça sürücü belgesi yenileme aralığının azalması ve yapılacak olan testlerle yenileme yapılması gerektiği belirlenmiştir. 65-74 yaş arasında 3 yılda bir sürücü belgesi yenileme gerekirken, 75-84 yaş arasında her yıl yenileme gerektiği belirtilmiştir. 85 yaşından sonra ise sürücü belgesi yenilenmesinin yasaklanması önerilmiştir. 65-84 yaş arasında sürücü belgesi yenilemek isteyen kişilerin sağlık kontrollerinden ve yolda sürüş testlerinden geçmesinin zorunlu olması önerilmiştir. Testlerde başarısız olunan konulara göre 65-84 yaş arası sürücülerin sürüşlerini iyileştirmek için yeniden sürücülük eğitimi verilmesi sağlanabilir. Böylece sürücü belgesini yenilemek isteyen yaşlı sürücüler, sürüşlerinde düzeltilmesi gereken sorunlar bulunması halinde yeniden sürüş eğitimi alabilir. Yeniden sürüş eğitimi ile yaşlı sürücülerin bilgilerini tekrar hatırlaması, sürüş sırasında yaptıkları hataları görmesi, düzeltebilme şansı olanların daha güvenli araç kullanacak hale gelmesi amaçlanmalıdır. Uzmanlar sürücülerini normal sürüş koşullarında değerlendirmelidir. Sürücülerin trafikteki davranışlarına ve sürüş becerilerine göre kısıtlamalarını, iyileştirmelerini veya sürüşü bırakmalarını tavsiye edebilirler.

85 yaşın üzerinde veya sürücü belgesi herhangi bir sebeple yenilenememiş olan sürücülerin kendilerini kısıtlanmış hissetmemeleri için yaşlılara servis imkânı sağlanabilir. Bu servisler günün belirli saatlerinde, belli merkezlerden yaşlı bireylerin seçtikleri noktalara düzenli servis imkânı şeklinde olabilir. Bu alanlar; market, Pazar, alışveriş merkezi, rekreasyon alanları, havaalanı, otogar gibi toplu taşıma durakları, yaşlı bireylerin toplanma alanları, hastaneler, dini tesisler gibi merkezler olmalıdır. Toplu ulaşım sağlayan servisler sayesinde yaşlı bireylerin trafik güvenliğinin sağlanmasının yanı sıra sosyalleşmeleri için de bir imkân oluşturulmuş olacaktır. Toplu taşıma amaçlı hizmetlerin yanında özel taşıma amaçlı tedbirlerin alınması da yaşlı sürücülerin ehliyetlerini bırakmaları için imkân sağlayabilir. Taksilerin ve toplu taşıma araçlarının ücret düzenlemelerinin yaşlı bireylerin faydasına olacak şekilde olması sağlanmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Samancı Tekin, Ç. ve Kara, F. (2016). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219-229.
2. Aslan, M. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
3. Hacettepe Üniversitesi. (2013). Yaşlı Yayalar ve Trafik Güvenliği. *HÜTAM ve GEBAM*. Ankara. Web: http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/gebam_190413.pdf . Erişim Tarihi: 09.06.2020.
4. Aran, O.T., Torpil, B., Altuntaş, O., Eşme, M., Balcı, C., Balam Yavuz, B. ve Uyanık, M. (2019). Yaşlı sürücülerin araba kullanma becerilerinin değerlendirilmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(1), 65-70.
5. Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10 (52), 1278-1287.
6. Kuska, T. C. (2020). Traffic safety and older drivers. *Journal of Emergency Nursing*, 46(2), 235–238.
7. Altınel, M. ve Ardagil Akçakaya, A. (2013). Yaşlılık ve göz. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29/2, 110-115.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Yaşlı sağlığı modülleri. Yayın No. 810, Ankara, 91-267. Web: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf> . Erişim Tarihi: 03.04.2021.
9. Akdeniz, M., Kavukçu, E., ve Teksan, A. (2019). *Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları*. İzbirak G, editör. Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı. Türkiye Klinikleri, 1. Baskı. Ankara. 1-15.
10. Guo, A. W., Brake, J. F., Edwards, S. J., Blythe, P. T. and Fairchild, R. G. (2010). The application of in-vehicle systems for elderly drivers. *European Transport Research Review*, 2(3), 165-174.
11. Karthaus, M. ve Falkenstein, M. (2016). Functional changes and driving performance in older drivers: assessment and interventions. *Geriatrics*, 1(2), 12.
12. Karali, S., Gyi, D. E. and Mansfield, N. J. (2017). Driving a better driving experience: a questionnaire survey of older compared with younger drivers. *Ergonomics*, 60(4), 533-540.
13. Çiftçi, S., ve Rakııcıoğlu, N. (2019). Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıklar ve beslenme etmenleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47(1), 82-90.
14. Yeşil, H. ve Eyigör S. (2015). Yaşlılarda fizik aktivite ve hastalıklara etkisi – I. *Ege Tıp Dergisi*, 54 (Ek Sayı), 22-28.
15. İnan, A. ve Hancı, H. (2012). Kalp damar hastalıklarının sürüş güvenliğine etkisi. *Ulaşım ve Trafik Güvenliği Dergisi*, Aralık Sayısı, 13-20.
16. Green, K. A., McGwin, G. and Owsley, C. (2013). Associations between visual, hearing, and dual sensory impairments and history of motor vehicle collision involvement of older drivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2), 252–257.
17. Duben, A. (Editör). (2018). *Yaşlanma ve Yaşlılık – Disiplinler Arası Bakış Açıları*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 9-28.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

18. Aslan, M. ve Hoccoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
19. Demir Özkay, Ü., Öztürk, Y. ve Can, Ö. D. (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 35-42.
20. Fraade-Blanar, L. A., Hansen, R. N., Chan, K. C. G., Sears, J. M., Thompson, H. J., Crane, P. K., and Ebel, B. E. (2018). Diagnosed dementia and the risk of motor vehicle crash among older drivers. *Accident Analysis & Prevention*, 113, 47–53.
21. Eramudugolla, R., Huque, M. H., Wood, J. and Anstey, K. J. (2020). On-road behavior in older drivers with mild cognitive impairment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2), 399-405.
22. Feng, Y. R., Meuleners, L., Stevenson, M., Heyworth, J., Murray, K. and Maher, S. (2020). Driver self-regulation practices in older drivers with and without mild cognitive impairment. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 217–224.
23. Aksan, N., Dawson, J. D., Emerson, J. L., Yu, L., Uc, E. Y., Anderson, S. W. and Rizzo, M. (2013). Naturalistic distraction and driving safety in older drivers. *Human Factors*, 55(4), 841-853.
24. Lafont, S., Laumon, B., Helmer, C., Dartigues, J. F. and Fabrigoule, C. (2008). Driving cessation and self-reported car crashes in older drivers: the impact of cognitive impairment and dementia in a population-based study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(3), 171-182.
25. World Health Organization (WHO). (2018). Global status report on road safety. Web: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf> . Erişim Tarihi: 06.04.2021.
26. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı. (2021). Karayolları Genel Trafik Kazaları Özeti 2020, *Trafik Güvenliği Dairesi Başkanlığı*. Ankara, Web: <https://www.kgm.gov.tr/SiteCollectionDocuments/KGMdocuments/Trafik/TrafikKazalariOzeti2020.pdf> . Erişim Tarihi: 05.04.2021.
27. Yaprak, Ş. ve Akbulut, M.A. (2019). Trafik kaza ve denetim istatistikleri raporu. *Polis Akademisi Başkanlığı, Rapor No 27*. Ankara, 16-18. Web: [https://www.pa.edu.tr/Upload/editor/files/Trafik Kaza ve Denetim %C4%B0statistikleri.pdf](https://www.pa.edu.tr/Upload/editor/files/Trafik%20Kaza%20ve%20Denetim%20%25C4%20B0statistikleri.pdf) . Erişim Tarihi: 13.04.2021.
28. Doğrul, G., Darçın, M. ve Alkan, M. (2015). *Yaş durumunun trafik kazalarına etkisi*. Sürdürülebilir Ulaşım için Yol ve Trafik Güvenliği Ulusal Kongresi, Ankara, 152-158.
29. Azık, D. ve Özkan, T. (2018). Türkiye örnekleminde yaşlı ve genç sürücüler için öz-düzenleyici davranışların taktiksel ve stratejik dağılımı. *Trafik ve Ulaşım Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 14–35.
30. Siren, A., Haustein, S, Meng, A, Bell, D., Pokriefke, E., Lang, B., Medina, K.F., Gabaude, C., Marin-Lamellet, C.,Monterde-i-Bort, H. and Strnadova, Z.. (2013). Driver licensing legislation. *CONSOL WP*, 5.1 Final Report, European Commission, 18-26. Web: [https://www.researchgate.net/publication/273443873_Driver_licensing_legislation_CONSO L WP 51 Final Report](https://www.researchgate.net/publication/273443873_Driver_licensing_legislation_CONSO_L_WP_51_Final_Report) . Erişim Tarihi: 04.05.2021.
31. Langford, J., Fitzharris, M., Koppel, S. and Newstead, S. (2004). Effectiveness of mandatory license testing for older drivers in reducing crash risk among urban older australian drivers. *Traffic Injury Prevention*, 5(4), 326–335.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

32. Dugan, E., Barton, K. N., Coyle, C. and Lee, C. M. (2013). U.S. policies to enhance older driver safety: a systematic review of the literature. *Journal of Aging & Social Policy*, 25(4), 335–352.
33. Karayolları Trafik Yönetmeliği (1997, 18 Temmuz). *Resmi Gazete* (Sayı: 23053). Web: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8182&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> . Erişim Tarihi: 24.08.2021.
34. Karayolu Taşımacılık Faaliyetleri Mesleki Yeterlilik Eğitimi Yönetmeliği. (2019, 15 Ocak). *Resmi Gazete* (Sayı: 30656 (Mükerrer)). Web: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/01/20190115M1-17.htm> . Erişim Tarihi: 24.08.2021.
35. Hill, L. J. N., Pignolo, R. J. and Tung, E. E. (2019). Assessing and counseling the older driver: A concise review for the generalist clinician. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(8), 1582–1588.
36. Thomas III, F. D., Blomberg, R. D., Knodler, M. and Matthew R.E. Romoser, M. R. E. (2013). Licensing procedures for older drivers. National Highway Traffic Safety Administration. Washington, 3-64.
37. Lee, J. and Gim, T. H. T. (2020). A spatial econometrics perspective on the characteristics of urban traffic accidents: focusing on elderly drivers' accidents in Seoul, South Korea. *International journal of injury control and safety promotion*, 27(4), 520-527.

SEVGİ FELSEFESİ TEMELİNDE YAŞLILIKTA ANLAM VE DEĞER

Ömer CERAN

Dr., MEB (Ankara Atatürk Lisesi), Ankara

ÖZET

Yalnızlık duygusu insanda mutsuzluğun ve umutsuzluğun nedenlerinden biri olarak özellikle yaşlılarda daha çok gözlenebilen bir sorun durumundadır. Bu duygu akran gruplarından uzaklaşmak şeklinde bir sosyal yalnızlık ya da üretmemeden kaynaklanan atalet psikoloji gibi bir tür duygusal yalnızlık gibi farklı şekillerde değerlendirilebilir. Bu duygu ile baş edebilmek yaşama sevincinin ve yaşam enerjisinin öncelikle düşünsel anlamda yerleşip gelişebileceği bir zeminde mümkündür. Biz bu çalışmada böyle bir düşünsel çabanın merkezi kavramı olarak sevgiyi önerecek ve inceleyeceğiz.

Sevgi ister Erich From gibi bir sanat olarak değerlendirilsin ister birçok filozof gibi bir erdem olarak değerlendirilsin özellikle psikolojik sorunların çözümündeki önemli rolü yadsınamaz bir gerçektir. Burada cevaplanması gereken soru yaşlılar için sevginin yönelmesi gereken nesne ya da kavramın ne ve nasıl olması gerektiğidir. Biz bu sorunun ilk kısmına Kadim Yunan felsefesinden hareketle sevgi anlamında kullanılan üç kavramı tahlil ederek cevap arayacağız. Bu kavramlar daha çok bedensel çağrışımı olan *eros*, daha çok düşünsel anlamda kullanılan *philia* ve bünyesinde bir kutsallığı barındıran *agapedir*. Sorunun ikinci kısmında İslam Felsefesine referansla sevginin nasıl olması gerektiği konusuna değineceğiz. Burada ele alacağımız iki düşünürden biri İbn Miskeveyh diğeri Gazali'dir. İbn Miskeveyh sevgiyi dört grupta inceler. Bunlar a) çabuk başlayıp çabuk biten sevgi, b) çabuk başlayıp yavaş biten sevgi, c) yavaş başlayıp çabuk biten sevgi ve d) yavaş başlayıp yavaş biten sevgidir. Gazali ise insanın yetkinliği (dolayısıyla mutluluğu) ile bilgi seviyesi arasında bir bağlantı kurarak bu yetkinliği Allah sevgisi ile ilişkilendirir.

Biz bu çalışmamızda yaşlılarla ilgili yapılan akademik çalışmalardaki tespitleri de göz önünde bulundurarak (okuryazar olmayan yaşlılarda ölüm kaygısının daha fazla olması gibi) yaşlılardaki yalnızlık duygusu ve akabinde ortaya çıkan bazı sorunlar için bir çözüm önerisini tartışacağız.

Anahtar Kelimeler: Yalnızlık Duygusu, Sevgi felsefesi, Sevgi türleri, İbn Miskeveyh,

MEANING AND VALUE IN OLD AGE TERMS OF PHILOSOPHY OF LOVE

ABSTRACT

Feeling of loneliness as a cause of unhappiness and despair especially observed in the elderly. This feeling can manifest in different ways. One of them is social loneliness in the form of being away from peer groups. The other is emotional loneliness which is the result of a sense of uselessness caused by not producing. It takes a mental effort to bring joy to life to beat it. In this study we will suggest that the concept of love must be centered.

Love –whether it is an art or a virtue- has an important role in solving psychological and social problems. These questions need to be answered: what should be the object or concept of love and how should love be? We will seek to answer the question of what the object of love should be with the concept produced by Ancient Greek philosophy. These concepts are eros, philia and agape. We will try to answer the question of how love should be by referring to Muslim philosophers (Ibn Miskawayh and al-Ghazali). İbn Miskawayh has evaluated love in four groups: a. love that starts fast and ends quickly, b. love that starts fast and ends slowly, c. love that starts slowly and ends fast, d. love that

starts slowly and ends slowly. According to al-Ghazali there is a relationship between man's competence and his level of knowledge and with the level of knowledge, God's pride also increases.

In this study we will consider academic studies on this topic and solutions about feeling of loneliness in the elderly in the framework of love.

Key Words: Feeling of loneliness, Philosophy of love, Types of love, Ibn Miskawayh

Giriş

Yalnızlık duygusunun baş edilmesi gereken bir sorun olarak ele alınması gerektiğini Aristoteles'in insanın politik bir hayvan olduğunu ifade eden cümlesiyle temellendirmek gerekir. Burada politika sosyalliği önceleyen bir kavramdır ve insanlar arası ilişkileri ifade eder. Sosyal yaşam insanın değerlerini ürettiği bir alandır. Felsefe tarihinde insanın toplumdaki bağımsız var olabileceği çabasının beyhudeliğini öngören pek çok düşünce üretilmiştir. Bunların ortak noktası insana yüklenen anlamın her zaman öteki ile ortaya çıktığına yapılan vurgudur. Toplumun beden ve ruh sağlığını besleyen etken rolü ortadan kalktığında özellikle psikolojik bir sorunun ortaya çıkması kaçınılmazdır. Çözülmesi gereken bir sorunun varlığı mutluluğun önünde bir engel olarak kendini gösterecektir. Bunu takip eden umutsuzluk düşüncesi yaşama sevinci ve yaşam enerjisi açısından soruna ilave olarak yeni sorunlar anlamına gelecektir.

İnsanda beden ve ruha tekabül eden iki ayrı cevher olduğu tezini kabulden hareketle yalnızlığın bu iki tarafı etkilediğini ifade etmek gerekir. Ruhta hissedilen yalnızlık bazen beden kalabalıkları içinde iken dahi sadece bir duygulanım olarak ortaya çıkabilmektedir. Bunu kısa süreli, uzun süreli (kronik) ya da durumsal yalnızlıklar gibi çeşitli şekillerde tasnif etmek mümkünse de bizi burada öncelikle ilgilendiren onun sonuçlarıdır. Bu sonuçların en belirginini üzüntü hissidir. Çaresizlik, kaybolmuşluk ve hiçlik düşüncelerinin beslediği bu üzüntünün öfke, depresyon gibi daha ileri sonuçları konuyu daha vahim hale getirmektedir. Yalnızlık çoğu kez yakınında ya da uzağında kendine yakın hissettiği kimsenin yokluğu düşüncesinin ortaya çıkardığı bir duygudur. Yokluk felsefede sıklıkla kötülükle eşitlenerek incelenmiştir. Dolayısıyla varlığın ve var olmanın temelinde bulunan iyi ve iyilik Platon'un bakış açısıyla güzele ve güzele duyulan bir arzu olan sevgiye dönüşmek suretiyle bizi önce kendimizin varlığını görmeye teşvik edecek bizi bir anlamsızlık düşüncesi ve duygusundan kurtaracaktır. Nitekim felsefe tarihinde düşünsel anlamda bir yalnızlığı hareket noktası yapan ve kendine dönmeyi öneren düşünceler bu açıdan bir, sorundan kaçış değil sorunu çözmek için bir başlangıç önermektedirler. Yalnızlık bir açıdan kaçınılmaz olarak yüzleşilmesi gereken bir durum olarak da değerlendirilmiştir. Zira her bir birey kendi hayatını yaşaması ve bağımsız bir birey olması itibarıyla bir açıdan yalnızdır. Burada önemli olan nokta muhtaç olduğunda ihtiyacın giderileceği kaynağın ya da kimselerin yokluğudur. Sevgi yadsınamaz bir şekilde insan için en önemli ihtiyaçlardan biridir.

Özellikle yaşlılarda ortaya çıkacak bir yalnızlık duygusunun uzak geleceği öngörememekten kaynaklı olarak böyle bir psikolojik durumu besleyeceğini tahmin etmek zor değildir. Bu durumda sorunla başa çıkmak için düşünsel anlamda daha fazla çabaya ihtiyaç olacaktır. Bir dönem yaşamın paylaşıldığı ve ortak değerlerin üretildiği akranların ölümlerine tanık olmanın üzüntüsünün giderek artırdığı yalnızlık duygusunun, yaşamı yaşlılar için daha zor bir hale getirdiği bir gerçektir. Buna artık üretememekten kaynaklanan kendini değersiz hissetme gibi başka psikolojik etkenler de ilave edilebilir. Toplumların bilinçaltında yaşlıların ölüme daha oldukları şeklindeki algı yaşlıların ölüm korkusunu daha fazla hissetmeleri sonucunu doğurmaktadır. Bu korkunun da yalnızlık hissini beslediği muhakkaktır. Burada bilinemez ve kaçınılmaz olan bir durum karşısındaki çaresizlik de bir korku ve kaygıyı intaç ederek mutsuzluğu artırmaktadır. Biz bu çalışmada böyle bir yalnızlık duygusu için sevginin merkeze alındığı bir çözüm yolunun imkânını tartışacağız.

1. Sevginin Motive Edici Gücü

Sevgi bir duygulanım olarak sevilene karşı gösterilen bir özeni doğurmaktadır. Bunu haz alma ya da arzulama anlamında çoğu zaman aşk kavramı ile ifade edilen duyguya indirgemenin anlamı daraltmak olduğunu ve kastımızın bu olmadığını belirtmemiz gerekiyor. Kastımız herhangi bir çıkar, yarar, haz gibi bir durumu intaç etmeyen sevgidir. Zira burada çıkara ya da yarara duyulan bir sevgi ön

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

plana çıkar ki biz sevginin yöneldiği nesne ya da kavramın gelip geçişi bir özelliğe sahip olmaması gerektiğini ileri süreceğiz. Platon “Hiçbir şey insanı sevgi kadar güzel yaşatmaz.”¹ demektedir. Burada sevginin motive edici gücüne yapılan güçlü vurgu yaratılışımızdaki bütünlüğü aramak, arzulamak amacına matuftur. Sevgi, arayışın yolu, bulma ve ulaşma umudu olarak açıklanmaktadır.²

Sevgi, değerle sonuçlanması itibarıyla insana özgü bir olgudur. Sevmek sevilen obje ya da kimsenin benzer diğerlerinden ayrıcalıklı kılınarak sevenin yaşamına ve duygu/düşünce dünyasına ayrı bir anlam katması demektir. İnsan etik değerler üreten bir canlı olarak sevme eyleminde yine etik değerlere sahip bir başkasını kendi yaşamına dâhil ederek onunla bir münasebet geliştirmektedir. Bunun bizi çıkardığı sonuçlardan biri sevenin sevdiği karşısında ahlaki bir yargı olarak kötüyü tercih etmeyeceğidir.

Seven ile sevilenin yakınlığını sevginin niteliği belirlemektir.³ İnsanın kendine yakın hissettiğine karşı göstereceği iyilik yapma isteği göz önüne alındığında –zira sevgi, karakteri gereği kötü kelimesiyle bağdaştırılmaz- sevginin nasıl olması gerektiği, üzerinde durulması gereken bir husus olarak ortaya çıkmaktadır. Muhakkak ki bu karşılıksız bir sevgi olmalıdır. Dolayısıyla herhangi bir çıkarın karışmadığı ve gelip geçici olmayana yönelen sevgi etik kaygıları da ihtiva etmesi bakımından öncelikle değerlendirilmelidir.

2. Hangi Sevgi?

- a. **Eros:** Kadim Yunan düşüncesinde aşk tutkusuna verilen bir isim olan eros bir sevgi türü olarak cinselliği de içeren ve bedensel sonuçları ihtiva eden bir sevgiyi ifade eder. Bu, bir objeye yönelen tutkulu arzu duygusu şeklinde tanımlanmıştır.⁴ Platon Şölen’de bu sevgi türünü tartışmasında konuşmacılardan Aristophanes⁵ bunu tek bir varlıktan sonradan ayrılığın/çokluğun ortaya çıktığı düşüncesinden hareketle yarım kalan diğer tarafın, kendisiyle tamamlanmak amacıyla arzulanması şeklinde açıklar. Comte-Sponville’ye göre sevginin yöneldiği kişiye şartlanması itibarıyla diğerlerini dışladığı şeklinde yorumlanan bu sevgi kaynaşma/birleşme ve mutlulukla sonuçlanması ön görüldüğünden dolayı her zaman aynı amacı karşılamayacağı yönünde bir eleştiriye maruz kalmıştır. Erosun, bünyesinde bencillik bulunduğu yorumu sıklıkla karşımıza çıkan bir durumdur. Sevilen kişi dışındaki kimselere kayıtsızlık, her ne kadar bazı değerlendirmelerde cinsel taraf yadsınsa da, bunu toplum için arzu edilen bir duygu olmaktan uzaklaştırmaktadır. Sokrates burada bir yoksunluk görmüş ve bu sevgiyi eksik kalan tarafın arzulanması şeklinde yorumlamıştır. Dolayısıyla bu sevgi, bünyesinde bir tamamlanmışlık ya da mükemmellik değil bir eksiklik/yoksunluk, kaynaşma ya da birleşme değil sürekli bir arayış barındırmaktadır. Platon burada mutluluk için sevginin özünde bir ölümsüzlük isteği olduğunu bununda neslin devamı arzusu ya da eser bırakmak şeklinde tezahür ettiğini belirtir. Onun mutluluk için ikinci önerisi eros şeklinde başlayan ve güzel bir bedene yönelen sevginin güzel idesinin (mutlak güzel) sevgisine doğru yükselmesidir.
- b. **Philia:** Sevginin bu türünü erostan ayıran en önemli özelliği şüphesiz anlamında cinsel bir yönelim barındırmamasıdır. Kadim Yunan düşüncesinde bir ön ek olarak bu kelimedenden türetilen kavramlar bulmak zor değildir. Bunlardan belki en meşhuru felsefe şeklinde telaffuz ettiğimiz philosophia kelimesidir. Bilgelik sevgisi anlamına gelen felsefe zihnin bir eylemi olarak bir ilgiyi ve merakı barındırır. Philia genel

¹ Platon, *Şölen*, çev.: Eyüp Çoraklı, (İstanbul: Alfa Yayınları, 2015), 178d

² Platon, *Şölen*, 192e

³ Gürol Zırhlioğlu, *İnsan Yaşamındaki Yeri ve Kaynağı Bakımından Etik bir Değer Olarak Sevgi*, dan.: Muttalip Özcan, (Basılmamış doktora tezi), İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2020, s. 3

⁴ <https://plato.stanford.edu/entries/love/> (son erişim: 02.03.2022)

⁵ Aristophanes, Platon’un Şölen’de konuştuğu yedi kişiden biridir. Comte-Sponville kitapta akılda kalıcı ve en kayda değer olarak gördüğü iki konuşmadan biri olarak buna işaret etmektedir. Ona göre bu bir paradokstur. Zira Platon’un (Sokrates’le alay ettiğinden dolayı) en sevmediği ozan Aristophanes’tir. Yani Platon’un ona hakikati söyletmiş olmasına çok ihtimal vermemek gerekiyor. Comte-Sponville burada Platon’un Aristophanes’e bu sevgi ile ilgili olması gerekeni Sokrates’e de olanı söylettiğini ileri sürmektedir. (André Comte-Sponville, *Cinsellik, Aşk ve Ölüm*, çev.: Canan Özatalay, (İstanbul: İletişim Yayınları, 2013), s. 36)

olarak bir objeye ya da kişiye yönelen bizim daha çok muhabbet ile karşıladığımız bir yönelimi ifade etmektedir. Bu içinde ileriye dönük bir beklentinin olmadığı sevgidir. Yani herhangi bir yarar/çıkar düşüncesinden arındırılmıştır. Bunun içten gelen bir sevgi olduğu ileri sürülmüştür ki bu sevgiden kaynaklanan değerler sistemini genel anlamda etikle ilişkilendiren ve buradan hareketle insani ilişkilerin düzenlenebileceğini savunan düşünürler olmuştur. Aristoteles: “Dostların erdemi sevgidir.” derken öncelikle bu sevgi türüne atıf yapmıştır.

- c. **Agape:** Bünyesinde bir tanrısallık barındıran sevgi şeklinde tanımlanan bu sevgi türü aynı zamanda karşılıksızlığı da içermektedir. Buna sadece insanın Tanrı’ya olan sevgisi değil Tanrı’nın, yarattığı insana/insanlara olan sevgisi de dâhil edilir. Agapede sevginin yöneldiği obje doğal olarak ve sadece o olduğu için sevimlidir. Burada erosun aksine olarak bir bilinemezlik/akıl erdirilemezlik bulunmaktadır.⁶

Yaşlılara odaklanılmış bir çalışmada bu sevgi türlerinden çoğunlukla cinsellikle birlikte ele alınan erosun öncelikle geriye bırakılması gerektiği makul görünebilir. Dosta daha çok ihtiyaç duyulan bir dönem olarak değerlendirildiğinde philia, ve mistik ya da dini hassasiyetleri yoğun olan bireyler için agape üzerinde öncelikle durmamız gereken türler olacak.

Kadim Yunan düşüncesinde bir sevgi türü olan Eros’un bir tanrıyla ilişkilendirilmesi (ve bir tanrının adı olması) ontolojik anlamda yaratmanın sevgiyle kurulan bağlantısına işaret etmesi bakımından önemlidir. Benzer bir yaklaşımı dinsel söylemde de bulmak mümkündür. Tanrı’nın varlığı varlığa getirmesi ona verdiği değeri göstermesi açısından önemlidir ve bu Tanrı’nın, yarattığı mahlûka olan bir sevgisinin göstergesidir. Bir yorum biçimi olarak yaratmanın temelinde bulunan sevgi Tanrı-insan ilişkisi açısından da bir hareket noktası yapılmaktadır.

3. İbn Miskeveyh’e Göre Bir Erdem Olarak Sevgi

İbn Miskeveyh ahlak konusunda Aristotelesçi bir geleneği takip etmiştir. Onun ahlakının temel kavramlarından biri erdemdir. İfrat ve tefrit olarak isimlendirilen iki uç nokta arasında orta yolun bulunması şeklinde anlaşılan erdem ona göre ahlaki anlamda toplum olmadan ortaya çıkması mümkün olmayan bir özelliktir. Bundan dolayı İbn Miskeveyh üzerine ahlakın bina edileceği insanlar arası ilişkilerin geliştirilebilmesi için toplum yaşamını bir zorunluluk olarak görmüş ve toplumdan tecrit edilmiş bir şekilde anlaşılan zahidane yaşamı eleştirmiştir.

Onun ideal bir toplumsal hayat için önerdiği, insanları bir araya getirecek merkezi kavram ünsiyettir. Bünyesinde bir sevgi barındıran ünsiyet insanların birbirleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları ve yaşamdan zevk almaları bakımından yadsınamaz bir önemi haizdir. Burada ünsiyetin insanlar arasındaki birleştirici rolüne yapılan atfın Empedokles’i çağrıştırdığı söylenebilir. Empedokles’e göre dört elementin birleşmesi ve ayrışması iki ezeli ilke olan sevgi ve nefretle olmaktadır.⁷

O, *Tehzibü’l-Ahlak* adlı eserinde sevginin dört türü olduğunu belirtir:

- a) Çabuk meydana gelen ve çabuk yok olan sevgi: Bu, hazların ortaya çıkardığı sevgidir ve anlık bir durumu karşılaması itibarıyla ideal olan bir sevgi türü değildir.
- b) Çabuk meydana gelen ve geç ortadan kalkan sevgi: Bu sevgi iyiliklerin meydana getirdiği sevgidir. Sadece iyiliklere dayandığı için bu da bir yönüyle eksiktir.
- c) Yavaş meydana gelen fakat çabuk ortadan kalkan sevgi: Bu, sadece menfaatlerin ortaya çıkardığı sevgidir. Menfaatin ortadan kalkmasıyla bu sevgi de ortadan kalkacağı için bu da eksik bir sevgidir.
- d) Yavaş oluşan ve yavaş ortadan kalkan sevgi: Bu sevgi, temelinde iyi ve iyilik olmakla beraber diğer sebeplerin de iştirak edebileceği bir sevgi olup ideal olan bir sevgi türü olarak ahlaki anlamda bir erdemi intaç edecek mahiyette değerlendirilmiştir.⁸

⁶ <https://plato.stanford.edu/entries/love/> (son erişim: 02.03.2022)

⁷ Aristoteles, *Metafizik*, çev.: Ahmet Arslan, (İstanbul: Sosyal Yayınları, 2010), s. 97

⁸ İbn Miskeveyh, *Ahlaki Olgunlaştırma*, çev.: Abdulkadir Şener, İsmet Kayaoğlu, Cihat Tunç, (Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları, 1983), s. 122

İbn Miskeveyh toplumda bu sevgi türlerini daha özel durumlarda ele alarak değerlendirir ve olması gereken hususunda tespitler yapar. Bunlar arasında üzerinde en çok durduğu dostluk ilişkisidir. Dostluk, sevgi üzerine kurulan bir ilişkidir. Bu sevgiyi İbn Miskeveyh muhabbet kavramı ile ifade eder. Muhabbet Arapça tohum anlamına gelen habbe kökünden üretilen bir kelime olup sevgi anlamında zamanla yerleşip kök salan ve sağlam bir zeminde yükselen ve sürekli büyüyen bir anlamı muhtevlidir. Onun toplumu birleştiren sevgide bulunduğu zemin iyi ve iyiye duyulan iştiyaktır. Bu, entelektüel bir çaba gerektirip bilgiyle beraber yükselen bir sevgidir.

4. Gazali: Yetkinlik-Sevgi İlişkisinde Bilgi'nin Rolü

Gazali'ye göre duyu organlarının yetkinliği (kemali) onların, tabiatları gereği yaratıldıkları kuvvelerle ilişkilidir. Yani gözün yetkinliği görme duyusu ile ilişkili olup bunun derecesi ile ölçülür. İnsan duyuların, kendisi için yaratılmış olduğu bu kuvveler nispetinde bunlardan haz almaktadır. Bu haz ile sevgi arasında bir ilişki kuran Gazali bu haz ile sevginin birbirini beslediğini düşünmektedir. Ruhun da yetkinliği bilgi ile mümkün olup bunun bizi çıkaracağı sonuçlardan biri bilgi sevgisidir. Burada Gazali'nin, ruhu, kalbi ve aklı aynı anlamda kullandığını belirtmek gerekir. Dolayısıyla başka bir ifade ile insan, aklı ile yetkinliğe ulaşacaktır. Bu yetkinlikten (yani bilgiden) aldığı haz onu mutluluğa ulaştıran nedenlerden biri olmaktadır. İnsan bu yetkinliği (yetkinlikten duyduğu hazzı) sevmektedir. O zaman insanı mutlu eden ve bir amaç için azmettiren hususun arka planında bu sevgiyi görmek yanlış olmayacaktır.⁹

Gazali'nin teorik/nazari anlamda ön plana çıkardığı yetkinliği pratik/eylemsel alana taşıyarak insanda eylemle mutluluk arasında bir bağlantı kurmak mümkündür. Şöyle ki insan bir anlamda bir eylem varlığı olması hasebiyle kendinde bir yetkinlik/kemal bulur. Bundan tevellüt eden haz onu mutlu etmektedir. Dolayısıyla o bu yetkinliği ve hazzı sevecektir. Bu sevgi onu hem teorik hem pratik olarak yetkinliğe doğru bir harekete ve arzuya motive edecektir. Akademik alanda yakın bir zamanda yapılmış olan bir çalışma bu konuda bizi destekler mahiyettedir. Muhammet Ateş tarafından yapılan bu çalışmada fiziksel aktivite azlığının yaşlılarda depresyon oranını (çalışmanın yapıldığı dönem için geçerli olmak üzere) 3.7 kat artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁰

Gazali en yetkin varlık olarak Tanrı'yı görmeye en yetkin bilgi türü olarak da Tanrı'yla ilgili bilgiyi görmektedir. Bu bilgi din dilinde marifetullah olarak adlandırılmaktadır. O halde kendisinden en yetkin hazzın alındığı bilgi de Tanrı'nın bilgisi olacaktır. Bu durumun Gazali'nin bakış açısıyla bizi kaçınılmaz olarak çıkaracağı sonuç sevmeye en layık bilginin de marifetullah olduğu sonucudur.

Sonuç

Yalnızlık genç bir birey için bile bazen önemli bir sorun olabilirken yaşamın belki de ötekine en çok ihtiyaç duyulan dönemlerinden olan yaşlılıkta çok daha büyük problemlere gebecektir. Bunda şüphesiz pek çok neden ileri sürülebilir. Ölüme kendini daha yakın hissetme şüphesiz bunlar içinde yadsınamaz bir şekilde ön plana çıkmaktadır.

Bünyesinde olumlu bir enerji barındıran sevgi bizim yaşlılıkta yalnızlık ve yalnızlıktan kaynaklı sorunlar için önereceğimiz bir odak noktasıdır. Bu sevgi bedensel bir hazzı indirgenmeye müsait erostan ziyade entelektüel bir altyapı gerektiren philia ve dinsel ya da mistik bir kaygı içeren agape olmalıdır. Keza bu sevgi İbn Miskeveyh'in tasnifinde yavaş meydana gelip yavaş yok olan bir sevgi türüne tekabül etmelidir. Nihayet bu sevgi Gazali'nin işaret ettiği üzere bilgi zemininde yükselmiş olan bilgeliğin hazzı ile buluşmuş ve bir Tanrı inancını önceleyen sevgi olmalıdır. Yaşlılarda bir zihni çaba ve düşünsel bir birikimin meyvesi olan sevgi muhtemel ilgili sorunlar için baş etmek adına bir motive kaynağı olacaktır.

Son zamanlarda özellikle akademik alanda yapılan çalışmaların önerilerimizi destekler mahiyette olduğunu belirtmemiz gerekir. Zira bu çalışmalar yaşlılarda eğitim seviyesinin yalnızlık

⁹ Gazali, İhyâü Ulûmi'd-Dîn, (Beyrut: Dâru İbn Hazm, 2005), c. 4. S. 1671

¹⁰ Muhammet Ateş, Yaşlılarda Fiziksel Aktivite İle Depresyon Riskinin İlişkisi, dan.: Prof. Dr. Güzel Dişçigil, (Basılmamış doktora tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, 2018. (Aynı çalışmada varılan sonuçlardan diğeri çocuklarından manevi destek görmeyen yaşlılarda depresyon düzeyinin 3.5 kat, düşük gelirin de 3.6 kat artırdığıdır)

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

hissi ve bağı psikolojik sorunlarla ters orantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Yani yaşlılarla eğitim ve bilgi seviyesi arttıkça yalnızlık duygusuna bağlı sorunlar azalmaktadır. Keza gerek fiziksel gerekse zihinsel yetkinlik azaldıkça psikolojik sorunlar artmaktadır. Bu sonucu yalnızlık hissi ile ilişkilendirebilmemiz aynı çalışmaya konu olan yaşlılarda yakın akrabalarından görülen manevi destekle bu sorunların azalmasının tespit edilmesi ile mümkün olmaktadır.

Kaynakça

Aristoteles. *Metafizik*, çev.: Ahmet Arslan, İstanbul: Sosyal Yayınları, 2010.

Ateş, Muhammet. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite İle Depresyon Riskinin İlişkisi, dan.: Prof. Dr. Güzel Dişçigil, (Basılmamış doktora tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, 2018.

Comte-Sponville, André. *Cinsellik, Aşk ve Ölüm*, çev.: Canan Özatalay, İstanbul: İletişim Yayınları, 2013.

Gazali. *İhyâü Ulûmi'd-Dîn*, Beyrut: Dâru İbn Hazm, 2005.

İbn Miskeveyh. *Ahlakî Olgunlaştırma*, çev.: Abdulkadir Şener, İsmet Kayaoğlu, Cihat Tunç, Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları, 1983.

Platon. *Şölen*, çev.: Eyüp Çoraklı, İstanbul: Alfa Yayınları, 2015.

Zırhloğlu, Gürol. *İnsan Yaşamındaki Yeri ve Kaynağı Bakımından Etik bir Değer Olarak Sevgi*, dan.: Muttalip Özcan, (Basılmamış doktora tezi), İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2020.

<https://plato.stanford.edu/entries/love/> (son erişim: 02.03.2022)

SOME ISSUES ABOUT TRAINING HISTORY TEACHERS AT CAN THO UNIVERSITY

Pham Duc Thuan^{1*}
Nguyen Thi Thuy My²

^{*1}Cantho University, School of education, Department of History, Vietnam

²Cantho University, School of education, Department of History, Vietnam

ABSTRACT

Can Tho University is the main human resource training center for the Mekong Delta - Vietnam, including teacher training. Since 2018, Vietnam has implemented education reform and gradually transformed its education in a more modern direction. That is why there are changes in pedagogical training disciplines, including history teachers. Can Tho University has extensive experience in training history teachers and the training contents are constantly updated to meet the increasing demands of Vietnamese education. In the process of developing training programs, Can Tho University always pays attention to the practical element so that graduates can quickly adapt to teaching work. The process of training history teachers at Can Tho University has a number of difficulties, advantages and experiences to further improve the training.

The following article is about training history teachers at Can Tho University. The research method is to survey the training program, conduct actual interviews, compare data to get the most complete content on the research topic.

Keywords: Can Tho University, teacher training, history teachers, Vietnam

Introduction

Can Tho University was established in 1966, this is considered the first university in Vietnam to apply the credit system in training undergraduate students from the academic year 1967 - 1968. As of 2020, Can Tho University is the university with the largest teacher training scale in the Mekong Delta, including History pedagogy. Since 2018, Vietnam has carried out educational reform, so teacher training has also changed in the direction of modernity (Hoan, 11). That makes teacher training schools in Vietnam pay more and more attention to the quality of training, including history pedagogy. History pedagogy at Can Tho University has had many graduates and contributed to history education in the Mekong Delta. Can Tho University has made great efforts to develop the history pedagogy of the school, serving well the current educational innovation process. However, besides the achieved results, the training work still has many shortcomings due to many different reasons, in general, people's intellectual level, the qualifications of teachers majoring in History in particular and other majors. In the region, there are still many limitations, in fact, the Mekong River Delta is still a "low-lying area" in terms of education compared to other regions in the country.

From 2007 to 2020, students majoring in History pedagogy at Can Tho University study according to the credit system according to Decision No. 43/2007/QĐ-BGDĐT with 138 credits, and from 2010 120 credits. . With the new program, the teaching of students has changed significantly, students study according to a certain route and between courses have an appropriate form of conversion to ensure their knowledge and pedagogical skills upon graduation. .

In order to meet the requirements of credit-based learning, Can Tho University has built a system of faculty libraries with highly specialized and up-to-date books, especially a Learning Resource Center with a variety of sources. Reference books and network resources are very rich, in addition, the deployment of a system of more than 3000 public computers serving students about 16 hours/day with 150 hours of use/student/semester has greatly supported students. much in learning and scientific research. The school's facilities are increasingly perfected, the classrooms ensure that the number of students in specialized classes does not exceed 40 students is gradually improved, modern teaching facilities are continuously invested in a synchronous manner. ensure a balance between the learning

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

needs of the faculties and departments. Because of that, the training of history teachers has also changed and improved.

Discussion

The advantages of the credit system in training history teachers

Students are encouraged to be proactive in learning to improve their professional and pedagogical skills: With the credit system, students will be more active and proactive in learning to improve their expertise and professionalism. With a 4-year university training program ranging from 120 to 136 credits, students do not need and do not have to attend classes as much as before, instead, students can learn problems, solve assignments in the library, conduct school-level science projects with instructors. With the credit system, when studying the modules, the students are exposed to more historical issues and have the opportunity to exchange facts, discuss the subject. For example, a few modules in the training program such as: When teaching the module "History of ancient Vietnam in the Middle Ages (From The Beginning to 1427)", the lecturer can guide students to visit the museum. Can Tho to learn about Oc Eo Culture, Funan Ancient Culture... thereby forming historical knowledge through a local professional practice session...



Image 1: Can Tho University

Source: www.ctu.edu.vn

For regional subjects such as Southern Reclamation History, teachers orient students in research directions related to local realities where students live, or work with students to carry out research projects. Scientific talents associated with the subject such as Cultural personality of Vietnamese exiles (through surveying in Soc Trang province), the influence of French culture on architecture in Hau Giang province and Can Tho city... Besides, students can also write articles to participate in provincial scientific conferences, a number of educational seminars at universities and colleges, student conferences for scientific research at national pedagogical universities, through which students can write articles and submit them to scientific journals, yearbooks, etc.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

It can be said that studying under the credit system helps students to maximize their abilities in their profession, and at the same time equips them with important practical experiences, above all, they practice real life. With the application of their knowledge in life, the History subject at the university level has thus become lighter and more intimate.



Image 2: A teacher is teaching history

Source: <https://giaoduc.net.vn/giao-duc-24h/de-day-va-hoc-tot-bo-mon-lich-su-post155877.gd>

In teaching, the teacher plays an active leading role, the one who evokes knowledge while the student is the active person in the learning process: The credit system specifies the time to go to class and study time, the number of periods is specified for each semester, so that during the course of study, in each semester, students arrange their own timetable so that it is reasonable under the guidance of the "study advisor" (Voet, 10). When studying a module, students will be equipped with basic background knowledge in 1/3 of the course time so that in the remaining time, students will conduct group discussions and perform exercises. practice tests, exams, course topics... whereby historical knowledge will be formed through the active initiative of students under the guidance of lecturers. Difficult and abstract courses such as "History of international relations", "History of Vietnamese thought", etc., students must actively contact and search for materials from libraries and learning centers to solve their problems. problems posed by the lecturer, and the lecturers can fully expect a good result and be satisfied with the results that they have guided and suggested.

Implementing the student credit system will often have conditions to hone pedagogical skills so that students' pedagogical skills will become more and more complete and fully confident in teaching: Teaching skills such as table presentation, presentation, story-telling, problem-solving, use of pictures, tables, figures... are carried out regularly for the modules "Pedagogical Training History", "Reality". specializing in History", "Practice teaching History", especially the 2 modules "Pedagogical practice" and "Pedagogical practice"... so that in each semester during the four years of study, students almost always Students also have the opportunity to improve their own pedagogy as well as learn from teachers and learn from each other about good methods and experiences in teaching from which students' skills become more and more perfect. When entering the pedagogical internship, you will not be too surprised and confident when you graduate.

Difficulties in training history teachers

The inadequacy of the 120-credit/4-year training program affects the quality of training: The 120-credit training program prescribed by the Ministry of Education of Vietnam is not really suitable for

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

all industries. university and college training, especially for History pedagogy. The methods and pedagogical training modules are built from the previous 220-credit training program, which had a relatively adequate time for students to practice with 3 to 4.5 credits/module. but now it is necessary to reduce the number of credits to 1 to 2 credits/module, in addition, the specialized courses must be reduced or even eliminated. The consequence is that the time students spend in class with teachers and practice in class is less, most students do not make good use of this time, besides that reducing or eliminating specialized courses also affects the students significant impact on professional quality. Along with teaching according to the credit system, lecturers must perform standard hour obligations according to the regulations of the Ministry of Education and Training from 280 standard hours/year (for officials with bachelor's degrees) to 440 standard hours/year (for main lecturer, PhD) while the number of training credits decreases. Pedagogy enrollment with a quota is considered moderate with about 60 students/class/course, so during a school year, lecturers can hardly live with their salary, this means teaching. Students have to perform other tasks besides teaching to meet standard hours and ensure their lives, from which there is a phenomenon of work distraction, affecting professional development, and training work.

Pedagogical students have not had the opportunity to contact and visit historical sites as well as have not had the opportunity to regularly interact with pedagogical universities and high schools according to the credit system: in addition to the courses Students don't really have much practical contact in high school because in the training program, one-third of the course volume is general subjects such as English, Physical Education, and Informatics. , Politics... so that the practical courses have to be reduced completely to give preference to the specialized courses, this phenomenon of less friction can also be seen in the lecturers in the pedagogy department because it does not teach students. If the students go back to high school often, at the same time, the opportunities to interact with the lecturers are also less and more limited, these problems will somewhat limit their ability and this can be seen in some Reflecting on the pedagogical skills of students from internships in the Mekong Delta. Because the time for the subject is too limited, encapsulated in 15 periods/credit, most of the undergraduate courses majoring in History cannot be organized for students to go further than the locality where the school is located. lost because it affects the learning progress, not being able to contact, learn or visit, is in fact a huge limitation in the training of history teachers (Hang, 13).

In teacher training, it is very necessary for students to contact, exchange and study with pedagogical training schools such as Ho Chi Minh City Pedagogical University: At that time, there will certainly be more lessons learned among the students to further improve their skills and expertise, but at present this work has not been focused and due to many objective factors such as: Funding has led to many difficulties in exchange and cooperation between schools that train teachers majoring in History pedagogy.

Some recommendations to overcome limitations

One of the positive aspects of credit-based learning is that it is student-centered, students both study and research by themselves with more time to work outside of the classroom, but currently there seems to be no a measure to effectively manage students' off-campus time. This leads to many negative consequences that students have a lot of time to do useless things such as playing games or playing games out of control, but many students take advantage of this "idle" time to study. one more university degree and often students pay more attention to this 2nd major than the official one they are studying, if it cannot be controlled, it will create a very heavy inertia for pedagogical students and because Therefore, the level and pedagogical skills of students are greatly affected. Therefore, it is necessary to study measures to overcome the above situation is an urgent need in the training of students of History Pedagogy in particular and other pedagogical disciplines in general. It is reasonable to implement a training program from 140 credits. While developing the history teacher training program according to the credit system, it is necessary to pay attention to strengthen the relationship with the pedagogical universities and high schools: Nowadays, when it comes to the internship, practice If students practice pedagogy, students will have the opportunity to interact with the high school environment, but with a total time of about 4 months / 4 years of study for both times, the above number is still too small.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

The reality of teaching in high schools is really diverse and requires each student, who will be a teacher in the future, to really grasp many issues both professionally and methodically. Therefore, increasing the time in high school to practice and learn is a must-do in the current training program. Besides, pedagogical teachers, while waiting for a positive change, need to actively regularly contact and exchange with high school teachers to learn, grasp the situation and in many specific situations. With the ability, lecturers can invite high school teachers to exchange and give suggestions to students in training courses for students. It is necessary to develop a content of cooperation and exchange, creating conditions for pedagogical students to learn from each other's experiences, which will effectively support teacher training in schools, this is also a the opportunity for the staff of the school to learn and consult each other about training content, expertise, skills ...

Each lecturer in each subject contributes to fostering students' ability to self-study, actively and creatively: During the credit-based learning process, students learn with many different teachers, it can be said, Pedagogical students are greatly influenced by the teachers who teach them at the university level. Therefore, every teacher at the University must really be an example of ethics and teaching methods. The teaching method as well as the form of class organization, and the teacher's assessment are oriented for students' learning, so each teacher in the subject must be truly enthusiastic and dedicated. model of pedagogy for students, definitely should not have the thought that not being in charge of teaching the method section is not needing to show the best methods for professional training for pedagogical students.

Conclusion

Teacher training is very important for a country. Vietnam is a developing country, so it is very interested in training teachers to serve the development of the country, including history teachers. Training teachers under the current credit system, although there are positive aspects, there are still many limitations affecting the quality of teacher training. lack of quality. If the positive aspects of the credit system are not fully promoted, the limitations, if slowly overcome, will continue to create negative consequences for the education industry in Vietnam. Can Tho University in the Southwest region, together with pedagogical universities, should research and discuss together to research more synchronous and effective measures in the training of history teachers today. Today, that contributes to building a modern Vietnamese education.

References

- Hoan, N. T. (2006). Teacher training in Vietnam. *Human Rights Education in Asian Schools*, 9, 89.
- London, J. D. (Ed.). (2011). *Education in Vietnam*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Thi Hang, N., Thi Tinh, D., Ngoc Huy, D. T., & Hong Nhung, P. T. (2021). Educating and training labor force Under Covid 19; Impacts to Meet Market Demand in Vietnam during Globalization and Integration Era.
- Voet, M., & De Wever, B. (2017). Preparing pre-service history teachers for organizing inquiry-based learning: The effects of an introductory training program. *Teaching and Teacher Education*, 63, 206-217.

**THE IMPACT OF GENETICALLY MODIFIED ORGANISMS ON THE PROBLEM OF
WORLD HUNGER**

Katja Meško Kuralt

Doctor of Law, Master of Security Sciences
University of Maribor, Faculty of law, Maribor, Slovenia

ABSTRACT

Modern life in the developed world brings great advances in medicine, biology as well as in industry, technology, etc. Progress is improving with constant development. In the countries of the underdeveloped world, basic conditions of survival are considered, e.g. how to provide food for the population to prevent hunger. As more and more people in the world are malnourished or hungry, in this article I highlight one possible solution to this problem, namely the introduction of genetically modified organisms into the food industry. To find out why this is one of the possible solutions, I focused on the factors that define genetically modified organisms as suitable for use in the food industry.

Keywords: genetically modified organisms, natural disasters, food industry, world hunger, the environment

INTRODUCTION

It is generally accepted that natural disasters are caused by nature itself, and indirectly also by man with his influences that create relationships for disasters. Natural phenomena that pose the greatest threat to people and the environment as a world are floods, droughts, landslides, fires, earthquakes and even a pandemic of infectious diseases (e.g. coronavirus disease named Covid-19). There are other natural phenomena that are also dangerous, but their occurrence is less common, i.e. avalanches, landslides, hailstorms and other weather disasters.

It is also true that the impacts that create relationships for natural disasters can also be identified. People with their negative attitude towards nature "contribute" a lot to natural disasters, so this kind of action must first be identified and managed as such. One such attitude of people towards nature is certainly the use of genetically modified organisms in the diet. Due to drought, floods and fires, it is becoming increasingly common in the world that crop/fruit/cereal yields are not achieving optimal results. To prevent such crop failures and reduce the use of pesticides, many scientists are convinced that this could be done using genetically modified organisms.

To date, several studies have been conducted worldwide on how the use of genetically modified organisms (hereinafter: GMOs) have a negative impact on human health and the environment (Buiatti et al., 2013; Launis, 2008; Koch, 2010). Séralini, Mesnage, Clair and others are convinced, both theoretically and practically, that the use of GMOs in everyday life is the right solution to prevent world hunger (Séralini et al., 2011; Wu, 2014: 151-162; National Geographic Society, 2020). The use of GMOs has so far been mainly dealt with by naturalists such as biologists, chemists, pharmacists, and little research has been conducted in the field of law, especially in relation to the right to health care (Husar, 2016; Erjavec et al., 2013; Šraj, 2017 ; Pandel et al., 2004; Meško Kuralt, 2021a).

In European Union law (hereinafter: EU law) stipulate that a GMO is an organism or microorganism whose genetic material is altered by processes that change this material differently than in natural conditions by crossing or recombination (human is excluded). Specifically, GMOs are those organisms or microorganisms that are obtained only by certain prescribed techniques or methods, which do not include techniques or methods of mutagenesis (i.e. a set of techniques that allow changing the genome

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

of living species without introducing foreign Deoxyribonucleic acid - DNA¹ (Court of Justice of the European Union, 2019)).

Despite the current definition, the Court of Justice of the European Union - CJEU ruled in Case C-528/16² that organisms created by mutagenesis techniques are also GMOs. It follows from the decision of the CJEU that new ways of changing organisms, i.e. mutagenesis techniques or methods do not mean that these techniques or methods should be excluded from existing EU standards on GMOs (Meško Kuralt, 2018; Wasmer, 2019; Court of Justice of the European Union, 2019).

The use of GMOs is thus an interdisciplinary topic in everyday life. In order to ensure the safe use of GMOs, the minimum quality standards for the provision of adequate health care should be highlighted, as well as the (possible) legal consequences that may (may) arise. Under *Directive 2001/18/EC of the European Parliament and of the Council of 12 March 2001 on the deliberate release into the environment of genetically modified organisms and repealing Council Directive 90/220/EEC (hereinafter: Directive 2001/18)*, minimum standards are those which affect human health, with regard to the placing on the market of GMOs as a product or part of a product, or not placing them on the market or deliberately releasing GMOs for any purpose other than placing them on the market. (e.g. in cases it is about working with GMOs indoors, intended for research and educational purposes). Thus, before launching a deliberate release of GMOs, each user must submit a notification to the competent authority, submitting all technical documentation and submitting an environmental risk assessment, with all statutory annexes (6 (2) (a), (b) Article of Directive 2001/18). If approved, GMOs can be used for deliberate release in closed systems.

The legal consequences of minimum quality standards in relation to the provision of adequate healthcare are those that arise and those that arise, but cannot be expressed with certainty in science but with a degree of probability (e.g. in the field of GMOs, the existence of some legal consequences, as due to the short-term use of GMOs on the market, flights have not yet been proven with a degree of certainty, but information is nevertheless important for maintaining human health and the environment.

Finally, reducing world hunger is one of the key objectives of the 2030 Agenda (Office of the Government of the Republic of Slovenia for Development and European Cohesion Policy, 2020).

MATERIALS AND METHODS

In order to determine the extent of GMO use or non-GMO use in the diet, this area needs to be thoroughly analyzed. In preparing my doctoral dissertation, an analysis of the legal consequences of the use or non-use of GMOs was performed, based on the methodology for determining the environmental risk assessment. The assessment thus includes the characteristics of GMOs and releases and the steps envisaged in advance to assess the risk to the environment. That methodology is set out in Annex II to Directive 2001/18. Based on the cabinet method, deductive and inductive method of work, I also divided the legal consequences of the use of GMOs or non-use of GMOs (i.e. positive and negative legal consequences, direct legal consequences).

¹ It is a molecule that carries genetic information in all living organisms. DNA together with the molecule of ribonucleic acid - RNA belongs to the nucleic (nuclear) acids. The main role of the DNA molecule is to store essential biological information. The development of DNA function as it is known today took place from 1866 to 2001 (Anderluh, 2004).

² Despite the current definition, the CJEU ruled in this case that organisms created by mutagenesis techniques are also GMOs. It follows from the decision of the CJEU that new ways of changing organisms, i.e. mutagenesis techniques or methods do not mean that these techniques or methods should be excluded from existing EU standards on GMOs (Meško Kuralt, 2018; Wasmer, 2019; Court of Justice of the European Union, 2019). Moreover, according to this judgment, consumers have the right to know whether the food they eat has been produced with new plant breeding technologies – (hereinafter: NPBT). One of the ejections of such technologies is the Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats - CRISPR system (a modern technology that defines the genetic code of a bacterium and its immune system; it is a system used to target and relatively easily change the genomes of living organisms man). Most NPBTs, however, cannot be distinguished from the natural mutations in the final product. This is particularly problematic when importing the finished product or food from countries where NPBT is used more frequently. As there are no identity labeling systems for such products or foods containing GMOs without labeling, this cannot be traced. Therefore, consumers cannot exercise their right to know what the final product or food contains (Purnhagen et al., 2019).

RESULTATES AND DISCUSSION

In general, the characteristics of GMOs and releases include a few detailed technical and scientific details regarding their characteristics, which are not discussed in this paper. The article focuses on the envisaged steps of assessing the risk of GMO use on humans and the environment. The central part of this paper is the analysis of the risk assessment of GMO use on humans and the environment, as it includes:

- characteristics of GMOs that may cause adverse effects (e.g. human, animal and plant diseases including allergenic and toxic effects; effects on the population dynamics of species in the recipient environment and the genetic diversity of each of these populations; effects on biogeochemistry or biogeochemical circulation, in particular the re-circulation of carbon and nitrogen through changes in the decomposition of organic matter in the soil);
- evaluating the possible consequences of any adverse effects, if any;
- evaluating the likelihood of occurrence of each identified potential adverse effect;
- an assessment of the risk of the likelihood of adverse effects occurring and the extent of the consequences, if any;
- the use of risk management strategies for the deliberate release or placing on the market of GMOs.

Based on the methodology, which determines the steps for the use of GMOs to assess the risk to humans and the environment, I have classified the legal consequences into positive and negative. It is an abstract level of analysis that has either negative or positive consequences. As the use of GMOs is a relatively new method of changing or obtaining products, it is not yet possible to define all the legal consequences, so they must be constantly monitored (measured and objectively reported to the public).

Table 1: Classification of the legal consequences of the use of GMOs for humans (source: author's work)

type/effect of the legal consequence of the use of GMOs	directly	indirectly
positive	/	greater competitiveness of products in the market; the availability of food products for most of the population, thereby reducing or eliminating world hunger; prolonging life (e.g. gene therapy or gene therapy)
negative	prohibition on obtaining a marketing authorization for GMOs or GMO products; withdrawal of the marketing authorization for GMOs or GMO products food shortages	world hunger; increasing poverty; the collapse of certain economic and agricultural activities; depletion of biodiversity or extinction of certain varieties or species

As GMOs have been on the market for about three decades, no direct legal consequences have yet been detected, especially not scientifically proven ones. Nevertheless, it is assumed that the direct real consequences of GMO use are consequences that are tied to the individual and not consequences that would affect society as a whole (i.e. individual belief is key to recognizing the effects of GMO use; individual belief may be favorable or unfavorable to the use of GMOs, moreover, an individual's belief may be based on scientific evidence or on a personal belief that has an ideological or religious basis) (Table1).

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

However, the legal consequences of the use of GMOs have a unifying sign, as they link technology with the economy, all with the aim of improving the competitiveness of products for the consumer. Related otherwise, a poor harvest or poor yield in the market causes prices to rise (negative legal consequence). With the help of biotechnology, individual plant varieties can be changed to make them more drought resistant. In this way, crops³ and later products can be competitive again and, above all, accessible to the consumer (positive legal consequences).

Thus, the reduction of world hunger is one of the positive legal consequences of the use of GMOs. Directive 2001/18 does not define such legal consequences, but it is defined by Agenda 2030 (Office of the Government of the Republic of Slovenia for Development and European Cohesion Policy, 2020).

Reducing world hunger is one of the key objectives of the 2030 Agenda. More specifically, Objective 2 of the 2030 Agenda clearly states that the world should work to eradicate hunger by 2030, ensure food security and better nutrition, and promote sustainable agriculture (Office of the Government of the Republic of Slovenia for Development and European Cohesion Policy, 2020).

In order to prevent or limit disputes over the use of GMOs, Gakpo (2018) and Kuralt Meško (2021b) state that greater public awareness of genetic modification technology is therefore needed. This should be achieved by educating the public about the potential benefits and risks associated with biotechnology. He adds that GMO-producing countries (e.g. South Africa, Burkina Faso and Egypt) have benefited mainly in the last 15 years, in the form of improved crop productivity, food security and quality of life. The income of GMO-producing farmers has also increased significantly (Gakpo, 2018).

Negative legal consequences, e.g.: withdrawal of a product produced from GMOs; withdrawal of the GMO product; the withdrawal of the authorization for the production of products from/with GMOs, bring the need for additional research, in order to obtain the greatest possible benefits in the field of new technology. Such research, however, depends mainly on the funding of institutes/research units at national or international level.

Table 2: Classification of legal consequences of non-use of GMOs (source: author's work)

type/effect of the legal consequence of the non-use of GMOs	directly	indirectly
positive	impact of organic and integrated food	biodiversity important for a healthy environment
negative	/	a lack of food for the entire population; leading to increasing world hunger; increasing poverty

However, the direct legal consequences of non-use of GMOs include legal consequences that allow worry-free organic and integrated farming, as the use of GMOs is not allowed. European Union Member States (hereinafter: EU MS) have the option of cultivating certain approved GMOs under the opt-out concept restricted or prohibited under certain conditions in its territory (Table 2).

More specifically, under Article 26b of *Directive (EU) 2015/412 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 amending Directive 2001/18/EC as regards the possibility for the Member States to restrict or prohibit the cultivation of genetically modified organisms (GMOs) in their territory (hereinafter: Directive 2015/412)* EU MS have the option of adopting measures to restrict or prohibit the cultivation of GMOs or groups of GMOs, in all or part of their territory, which has already been approved in accordance with Part C of the Directive 2015/412 or *Regulation (EC) No 1829/2003*

³ »The use of mutations to improve crops has been common since the 1950s; and over 2250 mutated varieties have been developed in over 50 countries, including France, Germany, Italy, the United Kingdom and the United State.« (Medialdea et al., 2018:84)

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

of the European Parliament and of the Council of 22 September 2003 on genetically modified food and feed (hereinafter: Regulation 1829/2003).

This can only be mentioned provided that these measures are in line with EU law and that the conditions for restricting or prohibiting cultivation are justified (the degree of justification depends on the objective pursued by the measure), proportionate (proportionality is assessed on the basis of whether the measures are used as a legitimate means of achieving the objective, whether they are as restrictive as possible in relation to the degree of urgency and whether they are in fact proportionate) and non-discriminatory. With regard to the provisions on customs cooperation between EU MS set out in the *Treaty on the Functioning of the European Union – (hereinafter: TFEU)*, quantitative restrictions on imports and exports are generally considered to be prohibited, as are all measures having equivalent effect (Articles 34 and 35 Treaty on the Functioning of the European Union).

CONCLUSION

According to Zilberman et al. (2018) genetic engineering is a tool that enables the accelerated breeding of new varieties that can help farmers and farming systems adapt to rapidly changing physical growth conditions. GMOs increase yields, reduce costs, reduce the burden on the land and reduce the carbon footprint of agriculture. Developing countries, especially poor farmers, benefit significantly from GMOs (Adenle, 2011; Gakpo, 2018).

Moreover, Wasmer (2019) points out that companies and research institutes dealing with GMOs face considerable legal uncertainty following the recent ECJ ruling. Although, in principle, the uncertainties associated with the GMO release application process can be resolved through procedural changes, this uncertainty cannot be resolved without a change in EU law relating to GMOs. However, any such solution requires the constructive cooperation of the European institutions and the EU Member States. If there are no changes in GMO legislation, Wasmer points out that a state of crisis may arise, namely that regulatory agencies will fight to enforce GMO regulation, international trade relations will be affected and European agriculture will lose the opportunity for sustainable innovation and employment. research and development will stop (Wasmer, 2019).

Given that the use of GMOs is a topic that directly and indirectly affects the health of humans, animals, plants and the environment, I believe that it is necessary to raise awareness of monitoring the occurrence of GMO use, through available information covering monitoring plans either through press releases and access to such information, as provided for in Case T-33/16⁴.

As already stated in *the Convention on Access to Information, Public Participation in Decision-Making and Access to Justice in Environmental Matters (hereinafter: Aarhus Convention)* any current and future generation can contribute to the protection of the environment, in particular by living in an environment suitable for its health and well-being (Article 1 of the Aarhus Convention). In order to make an individual's life as high quality and environmentally friendly as possible, the individual is entitled to the right to access information, public participation in decision-making and access to legal protection in environmental matters (Meško Kuralt, 2021b: 248).

Due to the current public health emergency in the world, the main interest is to develop and make available safe and effective drugs for the treatment or prevention of COVID-19 in the shortest possible time. To achieve this goal, the European Medicines Agency - EMA⁵ and the network of national competent authorities at EU level have taken a number of measures to encourage, support and

⁴ In Case T-33/16, the CJEU ruled that the effects of GMOs on human or animal health fall within the field of the environment, so that NGOs have the right under Regulation 1367/2006, which requires EU institutions and bodies to implement their obligations under the Aarhus Convention. participate in decision-making on the placing on the market of foods containing GMOs. Moreover, the CJEU annulled a decision by which the Commission rejected an NGO's request to review decisions authorizing the placing on the market of foods, food ingredients and feed containing GM soy (Court of Justice of the European Union, 2019). The main purpose of the Aarhus Convention is thus to give rights to the public and to impose obligations on parties and public authorities regarding access to information and public participation and access to justice in environmental matters (Meško Kuralt, 2021b: 247). According to the Council Decision of 17 February 2005 on the conclusion of the Aarhus Convention, better public access to information and greater participation in proceedings are important means of raising public awareness of environmental issues and promoting better implementation and enforcement of environmental legislation. decision-making and access to justice.

⁵ Its main task is to provide a scientific assessment and to control and monitor the safety of medicines for human and veterinary use in the EU.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

accelerate the development of treatment and vaccines and the granting of marketing authorizations, e.g. *Regulation (EU) 2020/1043 of the European Parliament and of the Council of 15 July 2020 on the conduct of clinical trials with and supply of medicinal products for human use containing or consisting of genetically modified organisms intended to treat or prevent coronavirus disease (COVID-19) (hereinafter: Regulation 2020/1043)*.

Aware that the need for reliable clinical evidence will require multicenter clinical trials involving several Member States, the EU has taken several steps, including that clinical trials of medicinal products containing or consisting of GMOs may be carried out in EU. Thus, the main objective of Regulation 2020/1043 is to provide for a temporary derogation from EU legislation on GMOs (i. e. Article 5 (1-2) of Directive 2001/18) concerning medicinal products for the treatment or prevention of COVID-19 containing or consisting of GMOs.

As can be seen from the above, the presence of GMOs in the world is certainly an important topic that affects both directly and indirectly the individual. Even though EU MS have very strict legislation on the use of GMOs, as GMO approval procedures are based on the precautionary principle, it should be noted that the use of GMOs is expected to be increasingly present.

In the United States, Congress is expected to allocate a total of \$ 7.5 million to fund the Agricultural Biotechnology Education and Awareness Initiative. The project is intended to call on the US Food and Drug Administration - FDA to educate and raise awareness of the US public about agricultural biotechnology and food and animal feed ingredients derived from biotechnology. The FDA is currently working on this initiative in collaboration with the U.S. Department of Agriculture and the U.S. Environmental Protection Agency (The Food and Drug Administration, 2022).

If the use of GMOs in the food industry is present in the future, I believe that their consequences must be constantly monitored and reported. In the future, it will be necessary to transfer some responsibility for the legal consequences of the use of GMOs to the individual (i.e. greater autonomy of the individual). In order to get rid of the negative connotation of the use of GMOs, it is necessary to accelerate the educational effect in this area, which I recognize as great potential. Training on the use of GMOs would empower individuals about what a GMO is, what it represents and what it provides, why it is needed, where the dangers of using GMOs are, and so on. Empowerment of individuals in the field of GMO use should start in kindergarten, school, faculties and in the workplace.

REFERENCES

1. Adenle, A. A. (2011). Response to issues on GM agriculture in Africa: Are transgenic crops safe? *BMC Res Notes* 4, 388 [8. 4. 2021]. DOI: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-388>
2. Anderluh, G. (2004). Fifty years of double helix [online] Available at: <https://kvardakabra.net/2004/01/petdeset-let-dnk/> [11. 3. 2022].
3. Buiatti, M., Christou, P. & Pastore, G. (2013). The application of GMOs in agriculture and in food production for a better nutrition: two different scientific points of view. *Springer: Genes & Nutrition* (8), 255-270 [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639326> [8. 4. 2021].
4. Case C-528/16, Confédération paysanne, Réseau Semences Paysannes, Les Amis de la Terre France, Collectif vigilance OGM et Pesticides 16, Vigilance OG2M, CSFV 49, OGM: dangers, Vigilance OGM 33, Fédération Nature et Progrès vs. Premier ministre, Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt ECLI:EU:C:2018:583.
5. Case T-33/16, TestBioTech vs. European Commission proti, ECLI:EU:T:2018/135.
6. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union, OJ C 326, 26.10.2012, p. 47–390.
7. Convention on Access to Information, Public Participation in Decision-Making and Access to Justice in Environmental Matters (1998). Convention on Access to Information, Public Participation in Decision-Making and Access to Justice in Environmental Matters [online] Available at: [cep43e.pdf \(unece.org\)](https://www.unece.org/cepii/cep43e.pdf) [11. 3. 2022].

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

8. Court of Justice of the European Union (2019) Annual Report 2018, Annual Review [online] Obtained on: https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2019-06/20190650_ra_pan_sl_2019-06-06_09-48-23_42.pdf [11. 3. 2022].
9. Directive (EU) 2015/412 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 amending Directive 2001/18/EC as regards the possibility for the Member States to restrict or prohibit the cultivation of genetically modified organisms (GMOs) in their territory, OJ L 68, 13.3.2015, p. 1–8.
10. Directive 2001/18/EC of the European Parliament and of the Council of 12 March 2001 on the deliberate release into the environment of genetically modified organisms and repealing Council Directive 90/220/EEC, OJ L 106, 17.4.2001, p. 1–39.
11. Directive 2011/92/EU of the European Parliament and of the Council of 13 December 2011 on the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment, OJ L 26, 28.1.2012, p. 1–21.
12. Erjavec, K., Uhan, S., Šuštar, V. J., Juvančič, L., Poler, K. M. & Zajc, J. (2013). Attitudes towards genetically modified organisms in Slovenia: between knowledge and myths. *Slovenian Journal of Public Health*, 52 (3), 201-209.
13. Food and Drug Administration (2022). Agricultural Biotechnology Education and Outreach Initiative [online] Available at: [Agricultural Biotechnology Education and Outreach Initiative | FDA](#) [11. 3. 2022].
14. Gakpo, J. O. (2018) African scientists confident GMO mosquitoes will be game changer in fight to control malaria. *Cornell Alliance for Science*. [online] Available at: <https://allianceforscience.cornell.edu/blog/2018/09/african-scientists-confident-gmo-mosquitoes-will-game-changer-fight-control-malaria/> [9. 4. 2021].
15. Husar, T. (2016). Consequences of the opt-out approach of GMOs in European Union legislation. Master's thesis. Faculty of Law. University of Maribor.
16. Koch, B. A. (2010). *Damage Caused by GMO-s: Comparative Analysis* [znanstvena monografija] Berlin: De Gruyter.
17. Launis, V. (2008). The Scope and Importance of Genetic Democracy. V: Launis, V., J Rääkkä, J. (ed.) *Genetic democracy: philosophical perspectives*. Springer [online] Available at: <https://www.springer.com/gp/book/9781402062056> [9. 4. 2021].
18. Medialdea J. T, Ruiz J. A. P, García, C.F., Capilla, A.C., Martorell, J.C., Rodenas, J.B. (2018) Potential of science to address the hunger issue: Ecology, biotechnology, cattle breeding and the large pantry of the sea, *Journal of Innovation & Knowledge*, Volume 3, Issue 2, Pages 82-89, ISSN 2444-569X, <https://doi.org/10.1016/j.jik.2017.12.007>.
19. Meško Kuralt, K. (2021a). The Importance of labelling products with GMO or non-GMO label. *Medicine, Law & Society*, 14 (1):43-76. DOI: <https://doi.org/10.18690/mls.14.1.43-76.2021>
20. Meško Kuralt, K. (2021b) Impact of (non) use of genetically modified organisms on the right to healthcare - comparative legal aspect (Doctoral dissertation) Faculty of Law, Univerza of Maribor, Maribor: Slovenia.
21. Meško Kuralt, K. (2018). The right to health care in the light of the use of genetically modified organisms, VII. International Doctoral Research Conference, Ljubljana: University of Primorska: European Law Faculty [online] Available at: https://www.evro-pf.si/media/website/2013/04/Zbornik_VI-DR_konf_30052018.pdf [11. 3. 2022].
22. National Geographic Society (2020). Are Genetically Modified Crops the Answer to World Hunger? [online] Available at: [Are Genetically Modified Crops the Answer to World Hunger? | National Geographic Society](#) [11. 3. 2022].

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

23. Office of the Government of the Republic of Slovenia for Development and European Cohesion Policy (2020). Sustainable Development Agenda 2030:13 [online] Available at: [Agenda za trajnostni razvoj 2030.doc \(live.com\)](#) [11. 3. 2022].
24. Pandel, M. R., Jevšnik, M. (2004). Genetically modified organisms in the diet. *Slovenian Nursing Review*, 38, 73-80.
25. Purnhagen, P. K. & Schebesta, H. (2019). Food Labelling for Consumers EU Law, Regulation and Policy Options, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs European Parliament, Heezen J (ed.) [online] Available at: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608871/IPOL_STU\(2019\)60887_1_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608871/IPOL_STU(2019)60887_1_EN.pdf) [11. 3. 2022].
26. Regulation (EC) No 1829/2003 of the European Parliament and of the Council of 22 September 2003 on genetically modified food and feed, OJ L 268, 18.10.2003, p. 1–23.
27. Regulation (EU) 2020/1043 of the European Parliament and of the Council of 15 July 2020 on the conduct of clinical trials with and supply of medicinal products for human use containing or consisting of genetically modified organisms intended to treat or prevent coronavirus disease (COVID-19), OJ L 231, 17.7.2020, p. 12–16.
28. Seralini, G. E., Mesnage, R., Clair, E. & Gress, S. (2011). Genetically modified crops safety assessments: present limits and possible improvements Environmental Sciences Europe Bridging Science and Regulation at the Regional and European. [online] Available at: <https://enveurope.springeropen.com/articles/10.1186/2190-4715-23-10> [11. 3. 2022].
29. Šraj, A. R. (2017). The impact of the transatlantic trade and investment agreement on the presence of genetically modified organisms in Slovenia. Master's thesis. Ljubljana: University of Ljubljana: Faculty of Administration [online] Available at: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=92383&lang=slv&prip=dkum:9384951:d4> [11. 3. 2022].
30. The Food and Drug Administration (2022). Agricultural Biotechnology [online] Available at: [Agricultural Biotechnology Education and Outreach Initiative | FDA](#) [11. 3. 2022].
31. Wasmer, M. (2019). Roads Forward for European GMO Policy—*Uncertainties in Wake of ECJ Judgment Have to be Mitigated by Regulatory Reform*. *Front. Bioeng. Biotechnol.* 7:132. DOI: 10.3389/fbioe.2019.00132
32. Wu, S. H., Ho, C. T., Nah, S. L., & Chau, C. F. (2014). Global hunger: a challenge to agricultural, food, and nutritional sciences. *Critical reviews in food science and nutrition*, 54(2), 151–162. <https://doi.org/10.1080/10408398.2011.578764>
33. Zilberman, D., Holland, T. G. & Trilnick, I. (2018). Agricultural GMOs—What We Know and Where Scientists Disagree. *Sustainability*, 10, 1514.

**AZƏRBAYCAN CƏNUBİ QAFQAZIN TƏBABƏT VƏ ƏCZAÇILIQ OCAQLARINDAN
BİRİDİR**

Prof. Dr. Qasım HACIYEV

AMEA Qafqazşünaslıq İnstitutu “Ermənişünaslıq” şöbəsinin müdiri

ÖZET

Azərbaycan Respublikası bir sıra elm və sənət sahələri ilə bərabər təbabət və əczaçılıq sənətinin də qədim mərkəzlərindən biridir. Əlverişli iqlim, flora və fauna baxımından zəngin olan ölkənin dərman bitkiləri ilə zəngin olması orta əsrlərdə təbabətin inkişafında mühüm yer tutmasına zəmin yaratmışdır. X-XI əsrlərdə Azərbaycanın bir sıra regionlarında, xüsusilə Qarabağ və Şamaxıda təbii bitkilərdən dərmanlar istehsal edilmiş, müalicəxanalar yaradılmışdır. Bunların sırasında Əl-Mənsurun Şamaxıda yaratdığı “Məlhəm akademiyası” adlandırılan müalicəxanasında həm insanlara tibbi yardım göstərilmiş, həm də dərman reseptləri hazırlanmışdır. Qahirə şəhərinin elmi arxivindən aşkar edilmiş, 150-dən artıq dərmanın hazırlanması reseptinə dair akademik Z.M.Bünyadov tərəfindən məqalə də nəşr edilmişdir. Azərbaycan Respublikasında arxeoloji abidələrdən şüşə əczaçılıq qabları və dərman istehsalı üçün əmək alətlərinin aşkar edilməsi orta əsrlər dövründən etibarən əczaçılıq məhsullarının istehsalı və qablaşdırılması üçün şüşə qabların istehsalının da sənətkarlıq sahəsi kimi inkişafından danışmağa imkan verir.

Açar sözlər: Azərbaycan Respublikası, tibb aləti, şüşə, alembik, flakon

**AZERBAIJAN IS ONE OF THE SOUTH CAUCASUS MEDICAL AND PHARMACY
HOSPITALS**

ABSTRACT

Along with a number of fields of science and art, the Republic of Azerbaijan is one of the ancient centers of medicine and pharmacy. The country, rich in favorable climate, flora and fauna, rich in medicinal plants, laid the foundation for the development of medicine in the Middle Ages. In the 10th and 11th centuries, medicines were produced from natural plants and clinics were established in a number of regions of Azerbaijan, especially in Karabakh and Shamakhi. Among them, Al-Mansur's "Ointment Academy" clinic in Shamakhi provided medical care and prepared prescriptions. Academician Z.M.Bunyadov also published an article on the recipes of more than 150 medicines found in the scientific archives of Cairo. The discovery of glass pharmaceutical containers and tools for the production of medicines from archeological monuments in the Republic of Azerbaijan allows us to talk about the development of the production of glass containers for the production and packaging of pharmaceutical products as a craft since the Middle Ages.

XX əsrin ikinci yarısında Azərbaycan Respublikasının şəhər tipli qədim yaşayış məskənlərində aparılan arxeoloji qazıntılar zamanı müxtəlif tipli şüşə ətriyyat və əczaçılıq məmulatlar aşkar edilmişdir. Həmin arxeoloji nümunələri tədqiq edilmiş, bu tip maddi mədəniyyət nümunələrinin orta əsrlərdə geniş yayıldığı müəyyənləşdirilmişdir.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

Bu təbabət və əczaçılıq qabları tədqiq olunarkən iki qrupa bölünmüşdür. Bunlardan bir qrupu ətriyyatın saxlanması və daşınması üçün istehsal edilmiş flakonlar, digərləri kimyəvi-dərman məhlulları istehsal etmək üçün lazım olan şüşə laboratoriya alətləri - alembiklər, şüşə borular və qıflardır.

Bu şüşə nümunələri içərisində xüsusi maraq doğuran alembik – Azərbaycandan tapılmış bir sıra təbabət qabı kimi tanınan laboratoriya, əczaçılıq qablarından biri kimi xüsusi yer tutur. Konusvari formalı, enli ağızlı, ağzının kənarında aşağı istiqamətdə lüləyi olan şüşə alembikdən müəyyən maddələri buxarlandırma yolu ilə dərman istehsal edən laboratoriya aləti kimi istifadə edilmişdir.

Tədqiqatlar göstərir ki, Azərbaycanda bu məmulat VIII əsrdən etibarən meydana çıxmışdır. Şərqi ölkələrində, xüsusilə Mərkəzi Asiya ölkələrində arxeoloji tədqiqatlar zamanı da bu tip əşyalara rast gəlinmişdir [3]. Bunu Sankt-Peterburqda (keçmiş Leninqrad) Ermitaj muzeyinin Şərqi fondunda saxlanılan Mərkəzi Asiyadan aşkar edilmiş alembiklər təsdiq edir. Azərbaycandan aşkar edilmiş alembiklərin yalnız ölçüləri və rənglərində fərqlər vardır. Həmin nümunələr Azərbaycan arxeoloji qazıntılarından aşkar edilmiş alembiklərlə eyni dövrə aiddir. Tədqiqat zamanı məlum olur ki, bu alembiklər Yaxın və Orta Şərqi X-XI əsrlərdən etibarən geniş yayılmışdır. Lakin, İran və Suriyadan aşkar edilmiş nümunələr isə onlardan xeyli əvvəl VI-VII əsrlərə aid edilmişdir [8]. Suriyanın Hələb şəhərində qədim tarix muzeyində nümayiş etdirilən alembiklərin Azərbaycandan aşkar edilmiş alembiklərlə daha çox oxşarlığı da böyük maraq doğurur.

Azərbaycandan aşkar edilmiş alembiklərin çoxu miniatür və simmetrikdir. Buradan məlum olur ki, ehtiyac hiss olunan bu laboratoriya avadanlığının istehsalına xüsusi maraq olmuşdur.

Tədqiqatlar göstərir ki, alembiklərə bütün Şərqi şəhərlərinin arxeoloji qazıntılarında rast gəlinmişdir [2, 3;4;5;6;7].

Ümumiyyətlə, bütün arxeoloji qazıntılardan tapılan alembiklər eyni formadadır, biri digərindən yalnız ölçülərinə və rənglərinə görə fərqlənənlər də, şüşəsinin şəffaf olması böyük əhəmiyyət kəsb edirdi. Arxeoloji qazıntılar zamanı alembiklərlə bərabər, kiçik şüşə borular və lüləkvəri əşyalar da aşkar edilmişdir ki, onlardan da laboratoriya qabları kimi istifadə olunmuşdur. Bu cür boru və lüləklərin uzunluğu əsasən 5-7 sm, diametri dibdə 1-2 sm, sonunda 0,5 sm.- dir. Bu əşyaların bir neçə məqsədlə istifadə edilməsi barədə də məlumatlar var. Ondan dərman saxlamaq, süzərək tökmək və hər hansı bir mayenin buxarlandırılması üçün işlədilməsinə dair elmi fikirlər bildirilmişdir. Keçən əsrin ortalarında Azərbaycanın Beyləqan şəhəri ərazisində aparılan arxeoloji tədqiqatlar zamanı aşkar edilmiş bu tip şüşə məmulatının analoji nümunəsi məlum olmaması səbəbindən onun təyinatının müəyyən edilməsinin mümkün olmadığı bildirilirdi [9]. Sonralar bu tip şüşə məmulatlarının müxtəlif ölkələrin arxeoloji abidələrindən, xüsusilə Mərkəzi Asiyadan aşkar edilməsi onun mahiyyətini və tarixi əhəmiyyətini müəyyənləşdirməyə imkan verdi.

Mərkəzi Asiya arxeoloqları bu tip qabların, xüsusilə alembiklərin təsvirini düzgün vermişdir. A.Abdurrazakov, M.Bezborodov və Y.Zadneprovski Mərkəzi Asiyanın şüşə məmulatını hərtərəfli tədqiq etmişlər. Orta əsr təbibi Ər-Razinin (856-925) əlyazmasına əsaslanaraq, alembikləri “civənin buxarını çıxarmaq üçün şüşə lüləkli” qablar adlandırması həmin qabın əczaçılıq aləti kimi işlənməsinə dair fikirləri təsdiq edir. Ər-Razi əsərinin minerallara həsr etdiyi bir fəslində alembiklər haqqında maraqlı məlumat vermişdir [3, 92].

Belə ki, xarici görünüşünə görə kolba şəkilli, gövdəsi qıfənzər, ağız enli, yuxarı hissəsindən aşağıya doğru uzanan tədricən daralan lüləyi olan belə qablar olduğu kimi təsvir edilmişdir [8, 92]. Mərkəzi Asiyanın şüşə məmulatına dair tədqiqat aparən M.Əmincanova bildirir ki, Ər-Razi bunları alətlər sırasına daxil etmiş və lüləkli qab - alembik olaraq təsvir etmişdir. M.Əmincanova da ondan buxarlandırma aləti kimi istifadə edildiyini bildirmişdir [4].

Mərkəzi Aziyada arxeoloji tədqiqatlar zamanı K.Abdullayevin aşkar etdiyi əczaçılıq məmulatları içərisində alembikləri xüsusi olaraq təhlil etmişdir. Onun fikrinə görə alembik şüşə qabların ən çox yayılmışıdır [2, 33]. O, bildirir ki, bu tip qablar yuxarı hissədən kənarları 3,5-

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

6,5 sm-dir, ölçüsünə və tutumuna görə eynidir. Kimyəvi qab sayılan bu tip məmulatlar geniş yayılmışdır. Məlum olur ki, IX-XIII əsr materialları arasında alembiklər çoxluq təşkil edir [2, 33].

Eyni zamanda, həmin dövrdə istehsal edilmiş ətriyyat qabları da forma və ölçüsünə görə müxtəlif və rəngarəngdir.

Tədqiqatlarla məlum olmuşdur ki, Azərbaycan şüşə məmulatı içərisində çoxluq təşkil edən nümunələr onların sənətkarlığın inkişaf tarixində də mühüm yeri olduğunu təsdiq edir. Dərman və ətriyyat istehsal edən şüşə alətlərlə bərabər onların saxlanması və daşınması üçün şüşə məmulatı da istehsal edilmişdir.

Ümumilikdə, şüşə məmulatların oxşarlarına Qəbələ, Şabran, Sərgah arxeoloji abidələrində rast gəlinmişdir. Bu qablardan yalnız dərman və ətir saxlamaq üçün deyil, həmçinin onların bir yerdən digər yerə daşınması üçün də istifadə edilmişdir.

Sənətin bir çox sahələrində yüksəlişin baş verdiyi zaman müxtəlif dərman bitkilərindən maye halında məhsullar hazırlanması da elmə məlumdur. Müxtəlif rənglərdə (yaşıl, boz, qara və b.) kiçik həcmli bu dərman qabları müxtəlif formaya və müxtəlif tutuma malikdir. Bu nümunələrin oturacaqları şarşəkilli, kvadratşəkilli, ağızları isə darboğazlıdır.

Buradan belə nəticə çıxarmaq olar ki, ilk orta əsrlərdə Azərbaycanda təbabət və əczaçılıq geniş yayılmışdır. Eyni zamanda, Azərbaycanda şüşə ustalarının istehsal etdiyi müxtəlif ölçülü laboratoriya və ətriyyat qabları şüşə sənətkarlığının da inkişaf etdiyini göstərir. Bu qablardan kimyəvi maddələri, əczaxana məhsullarını qablaşdırmaq üçün də istifadə edilmişdir. Bu şüşə qablardan istehsalatda və məişətdə istifadə olunmuşdur.

İstifadə edilmiş ədəbiyyat

1. Абдуллаев К. Стекланные изделия X-XII вв. из Бухары, ИМК Узбекистана, №16, с.51-57
2. Абдуразаков А.А., Безбородов М.А., Заднепровская Ю.А. Стеклоделие Средней Азии в древности и средневековье. Ташкент, Издательство АН Уз. ССР, 1963, 242 с.
3. Аминджанова М.Т. Средневековые стеклянные сосуды из музеев Ташкента и Самарканда. ИМК Узбекистана. Ташкент, вып. 3, 1961, с.87-100.
4. Сагинашвили М.Н. Стеклянные сосуды Урбинского могильника. Тбилиси, 1970, 169 с.
5. Lane Arthur. Mideval Finde at All Mina in North Syria. Archaeologia, vol.LXXXVI, London, 1938, 221 с.
6. Lamm C.J. Glass from Iran. London, 1935, 240 с.
7. Мухаммеджанов А.Р. и Семенов Г.Л. Химическая лаборатория VIII в. в Пайкенте. Общ.науки в Узбекистане, Ташкент, 1984, N:3
8. Мухаммеджанов А.Р. и Семенов Г.Л. Химическая лаборатория VIII в. в Пайкенте. Общ.науки в Узбекистане, Ташкент, 1984, N:3
9. Фоменко В.П. Стеклянных изделия VIII-X в. Городища Оренкала. Изв. Ан. Азерб.ССР, серия общ.наук, 1962, №7, с.32-34

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКОЙ

Дайрабаев С.Е. – к.п.н., доцент

Казахский Национальный педагогический университет им. Абая, г. Алматы, Казахстан

АННОТАЦИЯ

Ценность метода Гипоксической Дыхательной Тренировки не только в простоте и эффективности, но так же в полнейшей безвредности. Лечение болезней лекарствами принесло человечеству больше пользы, нежели вреда, однако и вред всегда был тоже, причем зачастую немалый. Поэтому лучшие умы человечества бились и бьются над созданием сильных без лекарственных методов лечения, которые в идеальном варианте еще и оказывали бы мощное общеукрепляющее действие. На мой взгляд, таким средством как раз и является Гипоксическая Дыхательная Тренировка.

Ключевые слова: гипоксия, дыхание, тренировка, гиперкапния, газообмен дыхания.

ANNOTATION

The value of the Hypoxic Breathing Training method is not only in its simplicity and effectiveness, but also in its complete harmlessness. The treatment of diseases with medicines has brought more benefit to humanity than harm, but there has always been harm, too, and often quite a lot. Therefore, the best minds of mankind have struggled and are struggling to create strong drug-free methods of treatment, which, ideally, would also have a powerful tonic effect. In my opinion, such a tool is just Hypoxic Breathing Training.

Key words: hypoxia, breath, workout, hypercapnia, breathing gas exchange.

Введение. Научно-технический прогресс происходящий в 19-21 веке кардинально поменял условия жизни людей благодаря таким факторам как: появление пенициллина, антибиотиков, санитарные меры, обеззараживание воды, отходов жизнедеятельности человека. Эти инновации позволили людям избавиться от большинства инфекционных заболеваний, и как следствие привело к резкому увеличению продолжительности жизни. Например: средняя продолжительность жизни в средние века составляла в пределах 30 лет, то сейчас она колеблется от 58 до 80 лет. Однако после таких уникальных перемен появились болезни современного века, это сердечно-сосудистые, онкологические болезни, сахарный диабет, атеросклероз сосудов, ожирение, утомляемость, синдром хронической усталости и др. Основными факторами вышеприведенных отклонений являются:

1. Нехватка в потребляемых продуктах определенных веществ, необходимых для полноценного функционирования организма.
2. Детренированность организма к холоду и другим воздействиям внешней среды.
3. Плохая экология.
4. Стресс, в основном связанный с современным темпом жизни и эмоциональным перенапряжением, связанный с производственной деятельностью.
5. Нарушение газообмена в артериальной крови, источниками которого являются дефицит движения, переизбыток, потребление фастфудов(быстрой еды), алкоголь, курение, избыточное

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

потребление фармакологических препаратов. Все эти факторы, несомненно, сказываются на здоровье человека. В этой связи, нами рекомендуется применение Гипоксической Дыхательной Тренировки (ГДТ) в профилактике болезней органов дыхания, ожирения, болезней сердца и сосудов, а также в комплексе мер, направленных на омоложение организма.

Цель статьи: Значение дыхательной гимнастики – это ее многосторонняя помощь в лечении и профилактике болезней. Работа с дыханием необходима при хронических заболеваниях носоглотки и органов дыхания: бронхите, астме, ларингите, тонзиллите, рините и т.д. Если не поспособствовать развитию дыхательной системы, то это может привести к более серьезным проблемам. Помимо этого, дыхательная гимнастика решает проблемы опорно-двигательного аппарата, заболевания выделительной системы, желудочно-кишечного тракта, а также сердечно-сосудистой системы.

Задачи статьи: показать значение дыхательной гимнастики, как одно из средств профилактики заболеваний.

Методы исследования: анализ научных исследований. Речь пойдет о мощнейшем средстве позитивного воздействия на организм, которое настолько сильно, настолько же и безвредно. Эффективность специальной дыхательной гимнастики оказалась намного сильнее, чем при применении лекарственных препаратов. Большинство больных полностью отказывается от лекарств и чувствует себя полноценными людьми, также ГДТ поможет здоровому человеку стать еще более здоровым, сделает его более выносливым, более жизнестойким, более оптимистичным. Сделать здорового человека еще более здоровым намного выгоднее (дешевле) и проще, нежели лечить уже заболевшего. Ценность метода Гипоксической Дыхательной Тренировки не только в простоте и эффективности, но так же в полнейшей безвредности воздействия на организм, которое настолько сильно, настолько же и безвредно. Статья не претендует на глобальное открытие какой-то чудодейственной оздоровительной системы. Проанализировав огромное количество самых разнообразных упражнений, найдя то общее, что оказывает лечебное и общеукрепляющее действие – гипоксию и гиперкапнию. Поскольку, суть всех упражнений одна и та же – создание в организме условий гипоксии и гиперкапнии, я объединил все упражнения под одним общим названием – Гипоксическая Дыхательная Тренировка". Ценность метода Гипоксической Дыхательной Тренировки не только в простоте и эффективности, но также в полнейшей безвредности. Лечение болезней лекарствами принесло человечеству больше пользы, нежели вреда, однако и вред всегда был тоже, причем зачастую немалый. Поэтому лучшие умы человечества бились и бьются над созданием сильных безлекарственных методов лечения, которые в идеальном варианте еще и оказывали бы мощное общеукрепляющее действие. На мой взгляд, таким средством как раз и является Гипоксическая Дыхательная Тренировка.

Оказалось, что углекислый газ до известного предела способствует более полному усвоению кислорода организмом. Этот предел равен 8 % CO_2 с повышением содержания CO_2 до 8 % происходит повышение усвоения O_2 , а затем с еще большим повышением содержания CO_2 усвоение O_2 начинает падать. В настоящее время в медицинской практике используют кислород с добавлением углекислого газа порядка 3–4%. Такая кислородно-углекислотная смесь называется "карбоген". Даже если добавить CO_2 к простому воздуху, наблюдается лечебный эффект. В настоящее время разрабатываются высокоэффективные методы лечения с использованием углекислого газа, вплоть до вызывания "углекислотных шоков". Все вышесказанное подводит нас к мысли о том, что организм не выводит, а «теряет» углекислый газ с выдыхаемым воздухом и некоторое ограничение этих потерь должно оказать на организм благотворное воздействие.

Ограничение потерь CO_2 , также как и ограничение поступления O_2 извне достигается применением упражнений, ограничивающих внешнее дыхание, включая задержки дыхания. При выполнении таких упражнений мы создаем в организме гипоксию – недостаток кислорода, и гиперкапнию – избыток углекислого газа. Надо заметить, что даже при самых длительных задержках дыхания содержание CO_2 в альвеолярном воздухе не превышает 7 %, так что бояться вредного воздействия чрезмерных доз CO_2 нам не приходится.

Полезное действие углекислоты было замечено давно. Многие люди, в организме которых существует дефицит CO₂, испытывают просто непреодолимую тягу ко всевозможным газированным напиткам, минеральным водам, квасу, пиву, шампанскому. CO₂ очень быстро всасывается в кровь из желудочно-кишечного тракта и оказывает свое лечебное действие: повышая усвоение O₂ (особенно при его недостатке), расширяя сосуды, повышая усвоение пищи организмом и т. д.

Полезность таких аэробных циклических упражнений как бег, плавание, гребля, велосипед, лыжи и т. д. во многом определяется тем, что в организме создается режим умеренной гипоксии, когда потребность организма в кислороде превышает возможность дыхательного аппарата удовлетворить эту потребность, и гиперкапнии, когда в организме углекислого газа вырабатывается больше, чем организм может выделить легкими. Итак, наша цель – создание в организме легкой гипоксии и гиперкапнии. Достигнуть этого мы можем при помощи упражнений, под общим названием "Гипоксическая Дыхательная Тренировка". Упражнения эти направлены на ограничение внешнего дыхания вплоть до его полных задержек. При этом возникает противоречие между потребностью организма в O₂ и удовлетворением этой потребности. В результате возникает гипоксия. Противоречие между количеством вырабатываемого организмом CO₂ и скоростью его выведения, которое возникает при данных упражнениях, приводит к развитию гиперкапнии.

Рассмотрим способ ограничения внешнего дыхания. Самый простой способ: просто задержать дыхание. Для начала научимся задерживать дыхание в покое. Для этого нужно сесть, расслабить все мышцы и задержать дыхание в положении, среднем между вдохом и выдохом, в положении, когда все дыхательные мышцы полностью расслаблены. Задерживая дыхание, необходимо смотреть на циферблат часов, чтобы видеть свой результат, а кроме того, глядя на циферблат, задерживать дыхание почему-то легче. Через некоторое время после того, как мы задержали дыхание, появляется ощущение удушья и дискомфорта. Необходимо терпеть это состояние дискомфорта как можно дольше, проявляя всю свою силу воли до того момента, когда ощущение удушья станет совершенно невыносимым. В этот момент, когда, казалось бы, терпеть уже больше невозможно, необходимо начать делать дыхательные движения, но при этом не дышать, т. е. гортань должна быть перекрыта, как и во время задержки дыхания. Такая "имитация дыхания" позволяет удержаться от настоящего дыхания еще примерно столько же времени. Происходит это потому, что чувство удушья возникает не только в результате раздражения дыхательного центра низким содержанием O₂ в крови, но и в результате прекращения обратных импульсов от дыхательной мускулатуры к продолговатому мозгу, где находится дыхательный центр. Имитация дыхания включает эти импульсы, и мы как бы обманываем продолговатый мозг. Поэтому нам становится легче терпеть дальнейшую задержку дыхания.

Во время длительных задержек дыхания могут возникнуть самые необычные ощущения, которые носят тем более выраженный характер, чем дольше длится задержка. Вслед за ощущениями нехватки воздуха, удушья и общего дискомфорта, возникает ощущение жара сначала в лице, потом в руках, в ногах и, наконец, во всем теле, при этом кожа лица и кистей рук краснеет. Ощущение жара и покраснение кожи вызвано сильным расширением сосудов, которое, в свою очередь, обусловлено гипоксией и еще более усиливается под действием гиперкапнии (даже каждый из этих факторов, взятый по отдельности, способен вызвать расширение сосудов, не говоря уже об их сочетании). Одновременно с чувством жара повышается частота сердечных сокращений, ощущается сильное и мощное биение сердца, затем появляется легкая испарина. Если задержка дыхания продолжается, выступают слезы на глазах. На этой стадии я рекомендую прервать задержку. Если же ее продолжить, то возникает вначале непроизвольное мочеиспускание, а затем дефекация. Такие глубокие задержки дыхания используются редко и предназначены для больных с затрудненным мочеиспусканием и сильными запорами. Как только мы прервали задержку и начали дышать, сразу необходимо обратить внимание на то, чтобы дыхание не было слишком глубоким. Надо подавить естественное желание отдышаться и постараться придержать дыхание, поддерживая легкую гипоксию.

1. INTERNATIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY

После того, как мы отдохнули на "малом дыхании", можно приступить к следующей задержке. Обычно такой отдых между задержками длится от одной до трех минут. Этого вполне достаточно, чтобы дать организму возможность адаптироваться к гипоксии и подготовиться к следующей задержке.

Задержка дыхания имеет значение не только как тренировочное, но и как контрольное упражнение. Засекая время задержки, мы можем объективно оценить степень своей устойчивости к кислородному голоданию, а значит, и степень своей жизнестойкости.

Задержка до 15 секунд включительно оценивается как "очень плохо". Задержка от 15 до 30 секунд оценивается как «плохо». От 30 до 45 секунд – «удовлетворительно». От 45 до 60 секунд – «хорошо». Свыше 60 секунд – "отлично".

Как много болезней можно предотвратить простыми задержками дыхания! Мы можем задержать процесс старения, предотвратить развитие атеросклероза и рака, да и просто улучшить свое здоровье, если, конечно, у нас хватит на это силы воли.

Само по себе понятие здорового образа жизни у абсолютного большинства людей сильно искажено и воспринимается как масса самоограничений и лишений удовольствия. Это не так. В принципе, можно не ограничивать себя ни в чем (кроме, разумеется, алкоголя и табака), если вы имеете в руках по-настоящему мощное средство воздействия на свое здоровье и добросовестно применяете его. Необходимо лишь найти такое средство, которое давало бы максимальный результат при минимальных затратах времени в нашей сумасшедшей жизни. Одно из таких средств – ГДТ.

Литература

1. Агаджанян Н.А., Давыдов Г.А., Спасский Ю.А. Роль углекислоты при воздействии на организм человека ступенчатой гипоксии и характер изменения легочной вентиляции. Физиология человека, 1977.

2. Жаркинов Е.Ж., Голдобин В.И., Дюсупов Ш.Д., Балтаева А.О. Состояние экологической ситуации в Восточном Казахстане и актуальные задачи научных исследований в этом регионе. Медицина: Опыт, проблемы, перспективы: Сб. Научно-практических статей. - Усть-Каменогорск: Изд-во ВКГУ, 1999.-27-32 с.

3. Щетинин М. Дыхательная гимнастика Стрельниковой. Дыши правильно, укрепляй здоровье. издательство: ЭКСМО, 2016. – 240с.