MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi

IX. Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Sempozyumu

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MANİSA SAĞLIK İL MÜDÜRLÜĞÜ

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ ULUSLARARASI SEMPOZYUMU

BİRİNCİ BASAMAKTA YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİ

30-31 MAYIS 2024 - 01 HAZİRAN 2024

SEMPOZYUM KİTABI

info@temelsaglik.org.tr
temelsaglik2024@gmail.com
https://temelsaglik.org.tr

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

ISBN: 978-625-00-2254-2

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi

IX. Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Sempozyumu

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MANİSA SAĞLIK İL MÜDÜRLÜĞÜ

IX. INTERNATIONAL PRIMARY HEALTH CARE SYMPOSIUM

Health Services for the Older Adults in Community and Primary Care Settings

30-31 May, 1 June 2024, Manisa, Turkey

SYMPOSIUM PROCEEDINGS BOOK

info@temelsaglik.org.tr
temelsaglik2024@gmail.com
https://temelsaglik.org.tr

Supported by Manisa Celal Bayar University
Scientific Research Projects Coordination Unit.

ISBN: 978-625-00-2254-2

İÇİNDEKİLER

SEMPOZYUMA ÇAĞRI vii

BİLİMSEL PROGRAM viii

Sempozyum Öncesi Kurslar viii

Sempozyum Bilimsel Programı viii

SCIENTIFIC PROGRAM xiv

SEMPOZYUM ÖNCESI KURSLAR xx

Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri (TOYS) Kursu xxi

Birinci Basamakta Geriatrik Bakış Açısı ve Tedavi Yaklaşımları xxii

Yaşlılarda Yara Bakım Kursu xxiii

Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Kronik Hastalık ve Yaşlı İzlemi (HYP) ... xxiv

DÜZENLEYEN VE DESTEKLEYEN KURUMLAR xxv

Sempozyumu Düzenleyen Kurumlar xxv

Sempozyumu Destekleyen Kuruluşlar xxv

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU xxvii

Sempozyum Ortak Başkanları xxvii

Sempozyum Organizasyonu xxvii

BİLİM KURULU xxviii

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL (INTERNATIONAL SCIENTIFIC COMMITTEE) xxx

SAHA DANIŞMA KURULU xxxi

BİLDİRİ VE İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ JÜRİSİ xxxii

KONUŞMACI METİNLERİ 1

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Üzerinden Türkiye'de Yaşlılara Sunulan Kamu Sosyal Hizmetlerinin Sorgulanması 2

İsveç'te Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 10

Japonya' da Sağlık Sistemi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 15

Yaş Dostu Kentler Oluşturmak için Altın Adımlar ve Dünya Örnekleri... 17

Yaşlı Dostu Kent Olma Yolunda İzmir Büyükşehir Belediyesi 24

Manisa Kent Merkezinde Aile Hekimlerinin Hastalık Yönetim Platformu (HYP) Uygulamaları 30

Yaşlı Sağlığı İzlem Modeli ile İlgili Olarak Hizmeti Alanların ve Sunanların Görüş, Beklenti ve Önerileri 35

Yaşlı Sağlığı Alanında Sürdürülen Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Yaşlılarda Dezavantajlı Gruplara Yaklaşım 38

Yaşlı Sağlığı Politikaları 42

Erişkinlerde ve Yaşlılarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Yürütülen "Sağlığı Geliştirme Hizmetleri" 47

Çanakkale'de Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma İçin Bir Sosyal Yaşam Merkezi: Altın Yıllar Yaşam Merkezi 51

Birinci Basamakta Basınç Yaralanmalarının Önlenmesi ve Yönetimi 54

Aile Hekimi ve 65 Yaş Üstü Nüfus 57

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Aile Hekimlerinin Bakışı 60

SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ 62

İzmir' de Birinci Basamakta Hastalık Yönetim Platformu Sonuçlarının Değerlendirilmesi, 2022-2024 63

Evaluation of Disease Management Platform Results in Primary Care in Izmir, 2022- 2024..... 65

Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Dayanıklılık Durumlarının Değerlendirilmesi 68

Evaluation of Quality of Life and Psychological Resilience of Older Adults Admitted to a University Hospital as Outpatients 70

Bir İl Merkezindeki Yaşlılarda Evde Düşme Prevalansı ve Riskli Davranışlarla ve Ev İçi Güvenlik Koşullarıyla İlişkisi 73

Prevalence of Falls at Home and Its Relation with Risky Behaviors and Indoor Safety Conditions Among Elderly People in a Provincial Center..... 75

Isparta İlindeki Yaşlıların Yaşlanmaya İlişkin Tutumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Yaşlı Sağlığı Güçlendirme Düzeyinin Bu İlişkideki Rolü...78

The Relationship between the Attitudes of the Elderly in Isparta Province towards Ageing and Quality of Life and the Role of Elderly Health Empowerment Level in This Relationship..... 80

Sağlıklı Yaş Alma ve Entegre Bakım: Türkiye Modelinin İncelenmesi.....83

Healthy Aging and Integrated Care: Examining the Model of Türkiye 84

Yetişkinlerin Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumuna Güven Düzeyinin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyine Etkisi 86

The Effect of Adults' Trust Level in Remote Health Service Delivery on the Utilization Level of Health Services 87

Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Yaşlılarda Teknolojiye Karşı Tutumların Yerinde Yaşlanma Düzeyi ve Teknoloji Kullanabilme Becerisi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi 90

Evaluation of the Relationship Between Attitudes towards Technology, Aging Place Level, and Ability to Use Technology in Elderly People Applying to a University Hospital..... 92

Manisa'da Kentsel ve Yarı Kentsel Üç Bölgede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde, Üriner İnkontinans Tanısı Almayı Etkileyen Değişkenler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....94

Urinary Incontinence Diagnosis Determinants and Its Impact on Quality of Life Among Individuals Aged 65 and Over Residing in Three Areas Which Urban and Semi-Urban of Manisa 96

Yaşlı Hastaya Bakım Veren Yaşlılarda Kırılganlık ve Bakım Verme Yükünün Beslenme Durumu ile İlişkisi 98

The Relationship of Frailty And Caregiving Burden With Nutritional Status İn Elderly Caregivers Who Take Care Of Elderly..... 99

Eskişehir'deki 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Depresyon ve İlişkili Olabilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi 101

Evaluation of Depression and Associated Factors in Individuals 65 Years and Older in Eskisehir 103

Türkiye'de Yaşlılarda Karşılanmayan Sağlık Hizmet Gereksinimi 106

Understanding Unmet Healthcare Needs among Elderly in Türkiye 107

Birinci Basamakta Sunulması Planlanan Yaşlı Sağlığı İzlem Modeli ile İlgili Olarak Hizmeti Alanların ve Sunanların Görüş, Beklenti ve Önerileri 109

Opinions, Expectations and Suggestions of the Elderly, Who are Using the Service, the Caregivers and the Health Professionals, Who are Providing Health Care, About The Elderly Health Monitoring Model 110

Manisa'da Seçilen Kentsel ve Yarı Kentsel İki ASM Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Malnütrisyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörler 113

Prevalence of Malnutrition And Associated Risk Factors in Individuals 65 Aged and over in Two Selected Urban and Semi-Urban FHC Regions in Manisa 115

Evde Bakım Hizmeti Verilen Yaşlılarda Kırılganlık Sıklığı ve Kırılganlığın Sosyoekonomik Faktörler, Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlişkisi 118

Frailty Prevalence and Its Associations with Socioeconomic Factors, Health Status and Healthcare Service Utilization Among Elderly Home Care Clients..119

Bir İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Yaş ve Yaşlı Ayrımcılığı Açısından Değerlendirilmesi.....122

Evaluation of Adults Living in a Provincial Center in Terms of Ageism and Age Discrimination 124

Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Aile Hekimliği Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....126

Factors Affecting Family Medicine Satisfaction among Health Service Users ..127

Türkiye'de 2013-2022 Yılları Arası Gerçekleşen Yaşlı İntiharlarının Değerlendirilmesi: Ekolojik Bir Çalışma 130

Evaluation of Elderly Suicides in Turkey Between 2013-2022: An Ecological Study 131

Yetişkinlerin E-Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışlarında Rolü 133

The Role of Adults E-Health Literacy In Healthcare Demand Procrastination Behaviors 134

65 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Kanser Sıklığının Dağılımı, 2015-2020: İzmir Kanser Kayıt Merkezi Sonuçları.....136

Distribution of Cancer Incidence in the Population Aged 65 and Older, 2015-2020: Findings from the İzmir Cancer Registry 137

Manisa'da Kentsel Bir Bölgede Yaşlıların Yaşlılığa Karşı Tutumu ve İlişkili Faktörler 139

Elderly People's Attitudes of Aging and Related Factors in an Urban Area in Manisa 141

Bir Köyde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi 144

Assessment of Rational Medicine Use and Affecting Factors in Individuals Aged 65 and Older Living in a Village 145

Manisa'da Seçilmiş Kentsel ve Yarı Kentsel Bölgelerde 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde COVID-19, İnfluenza, Pnömokok ve Tetanoz Aşı Durumlarının, Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi 148

Evaluation of COVID-19, Influenza, Pneumococal and Tetanus Vaccination Status, Knowledge, Attitudes and Behaviors of Individuals Aged 65 and Older in Selected Urban and Semi-Urban Areas in Manisa 150

Manisa İlinde Yaşlılarda Tekrarlayan Düşmeler ve İlişkili Risk Faktörlerinin Sağkalıma Etkisi 153

The Impact of Recurrent Falls and Related Risk Factors on Survival among the Elderly in Manisa Province..... 155

ÇALIŞTAY RAPORLARI 158

Aile Sağlığı Merkezlerinde Kronik Hastalık ve Yaşlı Sağlığı Yönetimi ve Uygulamaları (HYP) ve Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. 159

Yaşlı Sağlığı Alanında Sürdürülen Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Yaşlılarda Dezavantajlı Gruplara Yaklaşım – Çok Sektörlü Yaklaşım 165

Yaşlı Sağlığı Politikaları 174

Erişkinlerde ve Yaşlılarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Yürütülen "Sağlığı Geliştirme Hizmetleri" 179

SEMPOZYUMA ÇAĞRI

Sevgili Temel Sağlıkçılar,

2003 yılında başlattığımız, sahada çalışan sağlık profesyonelleri (Aile Hekimleri, İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü sağlık profesyonelleri ve Aile Sağlığı Çalışanları), Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra yöneticileri ve akademi arasındaki köprüler kurmayı, bu iletişimi güçlendirmeyi ve temel sağlık hizmetleri alanındaki bilimsel üretimi geliştirmeyi amaçlayan Temel Sağlık Buluşmalarımızın (Sempozyumların: https://temelsaglik.org.tr) dokuzuncusunu 30,31 Mayıs-1 Haziran 2024 tarihinde Manisa'da bu kez Uluslararası düzeyde gerçekleştireceğiz.

9. Sempozyum, ülkemizde, demografik gelişmeler sonucunda yakın gelecekte önemli bir sorun olmaya aday olan "Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Hizmetleri" konusuyla, tüm tarafların katkılarını alabilmek amacıyla düzenlenecektir. Toplantıda, Sağlık bakanlığı tarafından sahada yürütülen programlara, Uluslararası Ülke Modellerine yer verilecek, konu, çeşitli başlıklar altında sahanın da sesine kulak verecek olan çalıştaylarda tartışılacaktır.

Çalıştaylara ek olarak, ana uzman oturumları ve yaşlılık konusunda alandaki -yerel yönetimler dahil- iyi uygulama örneklerine de yer verilecektir. Bu toplantıda ayrıca "yerel yönetimler" ve kamunun Sosyal Hizmet birimlerinin uygulamalarına yer verilerek sektörler-arası işbirliğine de kapı açılacaktır.

Toplantı programında farklı konuda Sempozyum öncesi Kurslar da yer almaktadır.

Bakanlığı ile, saha çalışanlarıyla, akademisiyle "birimiz hepimiz için", 31 Mayıs-1 Haziran 2024 tarihinde Manisa'da görüşmek umuduyla.

Saygı ve sevgilerimizle.

9. TSH Düzenleme Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Erhan Eser

BİLİMSEL PROGRAM

Sempozyum Öncesi Kurslar

Tarih: 30 Mayıs 2024

Yer: Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi- Manisa

KURS 1- Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri -TOYS (tam gün)

KURS 2- Birinci Basamakta Geriatrik Bakış Açısı ve Tedavi Yaklaşımları (tam gün)

KURS 3- Hastalık Yönetim Platformu Uygulaması (tam gün)

KURS 4- Yaşlılarda Yara Bakımı (yarım gün)

Sempozyum Bilimsel Programı

Tarih: 31 MAYIS, 1 Haziran 2024

Yer: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Süleyman Demirel Kültür Merkezi (SDKM)

31 Mayıs 2024 Cuma – Sabah Programı

- **08.45 – 09.15: Kayıt**
- **09.15 – Açılış ve Açılış konuşmaları (Sempozyum başkanları) – Ana Salon**
- **10.00 – 10.45 – OTURUM 1 (Giriş konferansı) – Ana Salon**
- **Türkiye'de Birinci Basamakta Yaşlı Yetişkinlerin Sorunları: Nasıl yapmalı?**

Konuşmacı: Prof. Dr. Erhan Eser *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

ARA

- **11.15 – 12.30 – OTURUM 2 (Panel) – Ana Salon**
- **Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Yaşlı Sağlığı Politikaları ve Programları**

Moderatör: Doç. Dr. Emre Erkuş *(İzmir İl Sağlık Müdürü)*

Konuşmacılar:

Doç. Dr. Mehmet Enes Gökler *(Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Dr. Kanuni Keklik *(Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanı)*

Uzm. Dr. Pınar Koçatakan *(Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı)*

- **12.30 – 13.00 – OTURUM 3 (Konferans) – Ana Salon**
- **Alanda Yaşlı Bireylere Yönelik Olarak Sunulan "Sosyal Hizmetler".**

Moderatör: Doç. Dr. Şeyda Yıldırım *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü)*

Konuşmacı: SHU Deniz Taşağal, Msc. *(Manisa Aile ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü)*

Öğlen Yemeği Arası (13.15 – 14.15)

31 Mayıs 2024 Cuma – Öğleden Sonra Programı

- **14.00 – 15.15 – OTURUM 4 (Panel) – Ana Salon**
- **Dünyadan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı sağlığı Hizmetleri Örnekleri**

Moderatör: Prof. Dr. Işıl Ergin *(Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Konuşmacılar:

İsveç'te Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Hizmetleri

Doç. Dr. Verda Toprak *(Senior ST-läkare, Geriatrik –Internmedicine, Södertälje Sjukhus, Stockholm)*

Japonya'da Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Hizmetleri

Dr. Öğr. Üyesi Ikuko Murakami *(Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü)*

Almanya'da Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Hizmetleri (çevrim içi)

Uzm. Dr. Volkan Aykaç *(Charité – Universitätsmedizin Berlin, Germany)*

ARA

- **15.45 – 17.00 – OTURUM-5 (Yuvarlak masa) – Ana Salon**
- **DSÖ Yaşlı Dostu Kentler Oturumu (deneyimler)**

Moderatör: Doç.Dr. Tufan Nayır *(DSÖ Türkiye Ofisi)*

Konuşmacılar:

Ekrem Ersin Cesur PhD. *(İzmir Büyükşehir Belediyesi)*

Gerontolog. Damla Cifli *(çevrim içi katılım)*

Sosyolog. Ferzan Özyaşar *(çevrim içi katılım)*

1 Haziran 2024 Cumartesi – Sabah Programı

- **08.45 – 10.15 OTURUM 6 – Sözel Bildiri Sunumları**
- 1 Nolu Salon: **Moderatör**: Doç.Dr. Hüseyin Elbi *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.)*
- 2 Nolu Salon: **Moderatör**: Prof. Dr. Ersin Uskun *(Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*
- 3 Nolu Salon: **Moderatör**: Pof. Dr. Mustafa Tözün (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi *Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*
- **10.15 – 11.45 OTURUM 7 – Paralel Çalıştaylar**
- 1 Nolu Salon: **Aile Sağlığı Merkezlerinde Kronik Hastalık ve Yaşlı Sağlığı Yönetimi ve Uygulamaları (HYP) ve Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.**

Kolaylaştırıcılar:

Dr. Öğr.Üyesi. Berna Bilgin Şahin *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Uzm. Dr. Abidin Demirbağ *(Manisa İl Sağlık Müdürlüğü)*

Anahtar sunumlar:

Uzm.Dr. Yunus Özkaya (*Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü)*

Uzm. Dr. Sevil Babuş *(Manisa İl Sağlık Müdürlüğü)*

- 2 Nolu Salon: **Yaşlı Sağlığı Alanında Sürdürülen Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Yaşlılarda Dezavantajlı Gruplara Yaklaşım – Çok Sektörlü Yaklaşım**

Kolaylaştırıcılar:

Prof.Dr. Hakan Baydur *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)*

Anahtar sunum:

Nadir Maşalacı, SHU, Msc. *(İzmir Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdür Yardımcısı)*

- 3 Nolu Salon: **Yaşlı Sağlığı Politikaları**

Kolaylaştırıcılar:

Prof. Dr. Hatice Şimşek Keskin *(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Anahtar sunum:

Psikolog Mevlüt Ülgen *(Ege Geriatri Derneği Başkanı ve İzmir Kent Konseyi Sağlıklı Yaşlanma ve Yaşlı Politikaları Çalışma Grubu Yürütücüsü)*

- 4 Nolu Salon: **Erişkinlerde ve Yaşlılarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Yürütülen "Sağlığı Geliştirme Hizmetleri"**

Kolaylaştırıcılar:

Prof. Dr. Pınar Erbay Dündar *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Öğrt.Gör.Dr.Ahmet Can Bilgin *(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik AD.)*

Anahtar sunum:

Uzm. Dr. Müjde İlgün *(Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürü)*

ARA

- **12.15 – 13.15 OTURUM 8 – Çalıştay Raporlarının Sunumu – Ana Salon**

Moderatörler:

Prof. Dr Beyhan Cengiz Özyurt *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Prof. Dr. Işıl Ergin *(Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Öğlen yemeği arası (13 15 – 14 15)

1 Haziran 2024 Cumartesi – Öğleden Sonra Programı

- **14:15 – 15:00 – OTURUM 9 – Ana Salon**
- **Yerel Yönetimlerde İyi Uygulama Örnekleri**

Moderatör: Prof. Dr. Ufuk Berberoğlu *(Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Konuşmacı: Sosyolog Işıl Çalışkan. *(Çanakkale Belediyesi "Altınyıllar Yaşam Merkezi" Sorumlusu.)*

Birinci Basamakta Alanda İyi Uygulama Örneği: Çanakkale Belediyesi "Altınyıllar Yaşam Merkezi" Projesi İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ

Konuşmacı: Uzm.Dr. Tuba Çınar Olcay *(Muğla Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Hizmetleri Sorumlu Hekimi)*

Yerel Yönetimlerde Yaşlı Sağlığı Yönetimi: Muğla Büyükşehir Belediyesi Örneği İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ

ARA

- **15.30 – 16.45 – OTURUM 10 – Yuvarlak masa – Ana Salon**
- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Aile Hekimlerinin Bakışı**

Moderatör: Prof. Dr. Vildan Mevsim *(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.)*

Konuşmacılar:

Prof. Dr. Hüseyin Can *(İzmir Katip Çelebi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.)*

Dr. Bingül İsbir *(Aile Hekimi, Manisa)*

Uzm.Dr. İsmail Eken *(Aile Hekimi, Manisa)*

- **16.45 – 17.45 OTURUM 11 – Ana Salon**

FORUM, Ödül Töreni ve Kapanış

Moderatörler: Prof. Dr. Erhan Eser *(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)*

Uzm. Dr. Metin Gümüş *(Manisa İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı)*

SCIENTIFIC PROGRAM

IX. INTERNATIONAL PRIMARY HEALTH CARE SYMPOSIUM

Health Services for the Older Adults in Community and Primary Care Settings

30-31 May, 1 June 2024, Manisa, Turkey

Manisa Celal Bayar University (MCBU) Süleyman Demirel Culture Center (SDKM)

MCBU Faculty of Medicine Education Center

Pre-Symposium Workshops (30th May 2024)

Venue: *Elginkan Foundation, Ümmehan Elginkan Vocational and Technical Training Center Manisa*

Workshop 1- Community Oriented Primary Care -COPC (full day)

Workshop 2- *Geriatric Perspective And Treatment Approaches In Primary Care (full day)*

Workshop 3- *Applied Disease Management Platform (HYP) (full day)*

Workshop 4- *Wound Care in The Elderly (half day)*

Plenary Scientific Program

Manisa Celal Bayar University, Süleyman Demirel Culture Center (SDKM)

31 May 2024 Friday – *Morning Program*

- **08.30 – 09.00 - Registration**
- **09.00 – Opening Ceremony – Main Hall**
- **10.00 – 10.45 – SESSION 1- (Keynote Speech) – Main Hall**

Problems of Older Adults in Primary Care in Turkey: How to manage?

Speaker: Prof. Dr. Erhan Eser *(Manisa Celal Bayar University, Faculty of Medicine, Department of Public Health)*

Coffee Break

- **11.15 – 12.30 – SESSION 2- (Panel) – Main Hall**

  Elderly Health Policies and Programs implemented by The Ministry of Health in Turkey

Moderator: Assoc. Prof. Dr. Emre Erkuş *(İzmir Health Director)*

Speakers:

Assoc. Prof. Dr. Mehmet Enes Gökler *(Deputy Director General of Public Health, Ministry of Health, Ankara Yildirim Beyazit University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Dr. Kanuni Keklik *(Ministry of Health, General Directorate of Public Health, Head of Chronic Diseases and Elderly Health Department)*

Spec. Dr. Pınar Koçatakan *(Ministry of Health, General Directorate of Public Hospitals, Head of Health Services Department)*

- **12.30 – 13.00 – SESSION 3-(Conference) – Main Hall**

"Social Services" Offered for Elderly Individuals in The Community.

Moderator: Assoc Prof Dr. Şeyda Yıldırım *(Manisa Celal Bayar University, Faculty of Health Sciences, Department of Social Work)*

Speaker: Deniz TAŞAĞAL, Msc. *(Manisa Family and Social Services Directorate)*

Lunch Break (13.15 – 14.15)

31 May 2024 Friday – *Afternoon Program*

- **14.00 – 15.15 – SESSION 4-(Panel) – Main Hall**

Country Examples of Elderly health services in Primary Health Care

Moderator: Prof. Dr. Işıl Ergin *(Ege University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Speakers:

Primary Care Elderly Health Services in Sweden: Assoc Prof Dr. Verda Toprak *(Senior ST-läkare, Geriatrik –Internmedicine, Södertälje Sjukhus, Stockholm)*

Primary Care Elderly Health Services in Japan: Assistant Prof Dr. Ikuko Murakami *(Akdeniz University Faculty of Health Sciences Department of Gerontology)*

Primary Care Elderly Health Services in Germany (online): Specialist Med. Dr. Volkan Aykaç *(*Charité – Universitätsmedizin Berlin, Germany*)*

Coffee Break

- **15.45 – 17.00 – SESSION 5 - (Round table) – Main Hall**

The WHO Age-Friendly Cities Framework (experiences)

Moderator: Assoc Prof.Dr Tufan Nayır *(WHO Turkey Office)*

Speakers:

Assoc Prof Dr. Tufan Nayır *(WHO Turkey Office)*

Ekrem Ersin Cesur PhD *(İzmir Metropolitan Municipality)*

Gerontologist. Damla Cifli *(Antalya Muratpaşa Municipality) (video participation)*

Sosyologist. Ferzan Özyaşar *(Adana Seyhan Municipality) (video participation)*

1st June -Saturday – *Morning Programı*

- **08.45 – 10.15 SESSION 6- Oral Presentations (parallel)**

  MCBU Faculty of Medicine Education Center

  Hall 1: **Moderator**: Assoc Prof Dr.Hüseyin Elbi *(Manisa Celal Bayar University, Faculty of Medicine Department of Family Medicine)*

  Hall 2: **Moderatör**: Prof Dr.Ersin Uskun *(Süleyman Demirel University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

  Hall 3: **Moderatör**: Prof Dr.Mustafa Tözün *(İzmir Katip Çelebi University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

- **10.15 – 11.45 SESSION 7 - Parallel Discussion Sessions (Workshops)-**

  MCBU Faculty of Medicine Classrooms

  Hall 1: **Evaluation of Chronic Disease and Elderly Health Management and Practices (HYP) and Elderly Health Services in FHCs.**

Facilitators:

Assit. Prof. Dr. Berna Bilgin Şahin *(Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Spec. Dr. Abidin Demirbağ *(Manisa Provincial Health Directorate)*

Explanatory Key Presentations:

Specialist Dr. Sevil Babuş *(Manisa Provincial Health Directorate)*

Specialist Dr. Yunus Özkaya *(Şırnak Provincial Health Directorate)*

- Hall 2: **Social Work practices in The Field of Elderly Health and Approach to Disadvantaged Groups in The Elderly – Multi-Sectoral Approach**

Facilitator: Prof.Dr. Hakan Baydur *(Manisa Celal Bayar University Faculty of Health Sciences Department of Social Work)*

Explanatory Key Presentation: Nadir Maşalacı, SW, Msc. *(Izmir Family and Social Services Deputy Director)*

- Hall 3: : **Health Policies for Older Adults**

Facilitator: Prof. Dr. Hatice Şimşek Keskin *(Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Explanatory Key Presentation: Psy. Mevlüt Ülgen *(President of the Aegean Geriatrics Association and Izmir City Council Healthy Aging and Elderly Policies Working Group Executive)*

- Hall 4: **"Health Promotion Services" Provided Within The Scope of Primary Health Care Services for Adults And The Elderly**

Facilitators: Prof. Dr. Pınar Erbay Dündar *(Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Lec. Dr. Ahmet Can Bilgin *(Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Medical Ethics)*

Explanatory Key Presentation: Spec.Dr. Müjde İlgün *(Manisa Şehzadeler District Health Director)*

Coffee Break

- **12.15 – 13.15 SESSION 8 - Presentation of Workshop Group Reports and Discussion on The Reports – Main Hall**

Moderators: Prof. Dr Beyhan Cengiz Özyurt *(Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Prof. Dr. Işıl Ergin *(Ege University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Lunch Break (13.15 – 14.15)

1st June 2024 -Saturday 2024 – *Afternoon Program*

- **14.15 – 15.00 – SESSION 9 – Main Hall**

Good Practice Examples in The Selected Applicant Municipalities

Moderator: Prof. Dr. Ufuk Berberoğlu *(Uşak University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Presenter 1: Sociologist Işıl Çalışkan. *(Çanakkale Municipality "Coordinator of the Altınyıllar/Golden Years Life Center.)*

An example of good practice in the field in primary care: Çanakkale Municipality "Altınyıllar/Golden Years Life Center" project

Presenter 2: Spec.Dr. Tuba Çınar Olcay *(Muğla Metropolitan Municipality Home Care Services Responsible Physician)*

Elderly Health Management in Local Governments: Muğla Metropolitan Municipality Example

Coffee Break

- **15.30 – 16.45 – SESSION 10-Round table - Main Hall**

Family Physicians' Perspective on Elderly Health in Primary Health Care in Turkey

Moderator: Prof. Dr. Vildan Mevsim *(Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Family Medicine)*

Speakers:

Prof. Dr. Hüseyin Can *(İzmir Katip Çelebi University Faculty of Medicine Department of Family Medicine)*

Dr. Bingül İsbir M.D *(Family Physician, Manisa)*

Spec. Dr. İsmail Eken *(Family Physician, Manisa)*

- **16:.45 – 17.45 SESSION 11–Open FORUM - Main Hall**

General Discussions & Good Practice and Best Presentation Awards and Closing Ceremony

Facilitators:

Prof. Dr. Erhan Eser *(Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine Department of Public Health)*

Spec. Dr. Metin Gümüş *(Manisa Health Directorate, Head of Public Health Services)*

SEMPOZYUM ÖNCESI KURSLAR

30 Mayıs 2024 – Perşembe

KURS 1- TOPLUM YÖNELİMLİ SAĞLIK HİZMETLERİ -TOYS

Prof. Dr. Bülent Kılıç, Dr. Öğr. Üyesi. Mestan Emek

KURS 2- BİRİNCİ BASAMAKTA GERİATRİK BAKIŞ AÇISI VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Prof.Dr. Sevnaz Şahin, Doç.Dr. Pınar Tosun Taşar

KURS 3- HASTALIK YÖNETİM PLATFORMU UYGULAMASI (HYP)

Uzm.Dr. Metin Gümüş

KURS 4- YAŞLILARDA YARA BAKIMI

Prof.Dr. Hüseyin Can

Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri (TOYS) Kursu

Eğiticiler: Prof. Dr. Bülent Kılıç , Dr. Öğr. Üyesi Mestan Emek

Süre: Tam gün

Tarih: 30 Mayıs 2024 Perşembe

Yer: Elginkan Vakfı - Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi, Manisa

Kurs Programı

09:00-09:15 – Tanışma

09:15-09:30 – Sunum 1: TOYS Kurs Tanıtımı / TOYS Döngüsü

09:30-10:00 – Sunum 2: Toplumu Tanıma ve Tanımlama

10:00-10:15 – Ara

10:15-11:00 – Sunum 3: Öncelikli Sorunlara Karar Verme ve Sorunların Ayrıntılı Tanımlanması

11:00-11:15 – Ara

11:15-12:00 – Sunum 4: Eylem Planı ve Program Modeli Hazırlama

12:00-12:15 – Çalışma Gruplarının Oluşturulması (2 grup)

12:15-13:30 – Öğle Arası

13:30-15:30 – Grup Çalışması: Toplumu Tanıma, Öncelikli Sorunu Belirleme, Planlama

15:30-15:45 – Ara

15:45-16:30 – Grup Sunumları ve Tartışma:

16:30-17:15 – Grup Sunumları ve Tartışma:

17:15-17:30 – Sunum 5: Değerlendirme

17:30-18:00 – Geri bildirim ve sertifika töreni, fotoğraf çekimi

Birinci Basamakta Geriatrik Bakış Açısı ve Tedavi Yaklaşımları

Kurs Koordinatörleri: Prof.Dr. Sevnaz Şahin, Doç.Dr. Pınar Tosun Taşar

Süre: Tam gün

Tarih: 30 Mayıs 2024 Perşembe

Yer: Elginkan Vakfı - Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi, Manisa

Kurs Programı

09:00 – 9:15 : Açılış ve tanışma

9:15- 10:30: 'Yaşlı(hasta) m var' Psikodrama Atölyesi

Psikodramatistler: Prof.Dr. Sevnaz Şahin, Doç.Dr.Ayşen Değer, Dr. Serap Uluırmak, Tülay Öcal

10:30 – 10:45 - Ara

10:45 – 12:15: 'Yaşlı(hasta) m var' Psikodrama Atölyesi

Psikodramatistler: Prof.Dr. Sevnaz Şahin, Doç.Dr.Ayşen Değer, Dr. Serap Uluırmak, Tülay Öcal

12:15 – 13:30 - Öğle arası

13:30 – 15:00: Birinci Basamakta Sık Görülen Geriatrik Sendromlar ve Tedavi Yaklaşımı

Oturum Başkanı: Prof.Dr. Sevnaz Şahin, Doç.Dr. Nil Tekin

Deliryum: Uzm.Dr. Sercan Sahutoglu

Alzheimer Hastalığı: Doç.Dr. Saadet Koç,

Düşmeler ve Önlenmesi: Uzm.Dr. Ayşe Daylan

15:00 – 15:15 - Ara

15:15 – 17:00 Birinci Basamaktaki Karmaşık Klinikler ve Tedavi Yaklaşımı

Oturum Başkanları: Prof.Dr.Sibel Göksel, Doç.Dr. Yasemin Kılıç Öztürk

Polifarmasi Prof.Dr.Sibel Göksel

Malnutrisyon Uzm.Dr. Zehra Kosuva Öztürk

Depresyon Doç.Dr. Özlem Kuman Tunçel

Erişkin Aşılama Dr.Öğrt. Üyesi Hande İleri

17:00-17:15 Son değerlendirme ve kapanış

Yaşlılarda Yara Bakım Kursu

Eğitmen: Prof. Dr. Hüseyin CAN

Süre: Yarım gün

Tarih: 30 Mayıs 2024

Yer: Elginkan Vakfı - Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi, Manisa

Kurs Programı

13.00 – 13.30 AÇILIŞ

13.30 – 14.30 PANEL-1: Oturum Başkanı: .

Yara tipleri ve yara iyileşme mekanizmaları, kronik yara tanımı

Yara tedavisinin ilkeleri, yara değerlendirmesi ve kayıt

14.30 – 15.00 ARA

15.00 – 16.30 PANEL-2: Oturum Başkanı: .

Basınç yaralanmaları, önlenmesi ve yönetimi

Yara iyileşmesinde beslenme ve gıda takviyeleri

Yara bakımı ve tedavisi ürünlerine genel bakış

16.30 – 17.00 Geri Bildirim ve Kapanış

Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Kronik Hastalık ve Yaşlı İzlemi (HYP)

Kurs Koordinatörü: Uzm.Dr. Metin Gümüş

Süre: Tam Gün

Tarih: 30 Mayıs 2024 Perşembe

Yer: Elginkan Vakfı - Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi, Manisa

Kurs Programı

09.00-9.15 Açılış ve Tanışma

09.15-10.00 Kronik Hastalık İzleminin Önemi ve HYP Tanıtımı

Uzm. Dr. Abidin DEMİRBAĞ, Dr. Berrin YOLSEVER DOLGUN

10.00-10.15 ARA

10.15-11.15 Yaşlı İzlemi - Dr. Şebnem GÜVENÇ

UYGULAMALI HYP ÇALIŞMASI - Yaşlı İzleminde HYP Kullanımı -

Dr. Berrin YOLSEVER DOLGUN

11.15-11.30 ARA

11.30-12.15 UYGULAMALI HYP ÇALIŞMASI - KVH ve HT İzleminde HYP Kullanımı

Uzm. Dr. Ayşegül BAYAD

12.15-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

13.30-14.15 UYGULAMALI HYP ÇALIŞMASI - Obezite ve Diyabet İzleminde HYP Kullanımı - Dr. Berrin YOLSEVER DOLGUN

14.15-14.30 ARA

14.30-15.30 HYP'nin Ödemeye ve Performansa Etkisi - Mutemet İlyas KAPTAN, Uzm.Dr. Sevil BABUŞ

15.30-15.45 ARA

15.45-16.30 HYP'nin Kısıtlılıkları ve Geliştirilmesi Gereken Yönleri ve Soru – Cevap Bölümü - Uzm. Dr. Sevil BABUŞ

16.30-17.00 Değerlendirme ve Kapanış

DÜZENLEYEN VE DESTEKLEYEN KURUMLAR

Sempozyumu Düzenleyen Kurumlar

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Sempozyumu Destekleyen Kuruluşlar

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Manisa Aile Hekimliği Derneği

Ege Kültür Derneği

DSÖ Türkiye Ofisi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

Elginkan Vakfı

Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi

Manisa Büyükşehir Belediyesi

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Sempozyum Ortak Başkanları

Prof.Dr. Artuner DEVECİ — Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Uzm.Dr. Erol KARACA — Manisa İl Sağlık Müdürü

Sempozyum Organizasyonu

Düzenleme Kurulu Başkanı

Prof.Dr. Erhan ESER

Sempozyum Sekreterleri

Prof. Dr. Hakan BAYDUR

Dr. Öğr. Üyesi Berna BİLGİN ŞAHİN

Düzenleme Kurulu Üyeleri

Prof.Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT

Prof.Dr. Işıl ERGİN

Doç.Dr. Hüseyin ELBİ

Doç.Dr. Aynur ÇETİNKAYA

Doç.Dr. Pınar TOSUN TAŞAR

Uzm.Dr. Metin GÜMÜŞ

Dr. Bingül İSBİR

Araş.Gör.Dr. Damla ŞAHİN BÜYÜK

Araş.Gör.Dr. Vildan KÜÇÜKSÜMBÜL

Araş.Gör.Dr. İlknur ORUÇ ÖZDEMİR

Araş.Gör.Dr. Sedat YİĞİT

Araş.Gör.Dr. Erkan ATA

Araş.Gör.Dr. Sıdıka Ece YOKUŞ

Araş.Gör.Dr. Özgür YARAŞIR

BİLİM KURULU

Prof.Dr. A.Dilek Güldal – Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof.Dr. Aliye Mandıracıoğlu – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Ayfer Karadakovan – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Aynur Uysal Toraman – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Beyhan Cengiz Özyurt – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Prof.Dr. Birgül Piyal – Ankara Üniversitesi

Prof.Dr. Burcu Tokuç – Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

Prof.Dr. Bülent Kılıç – Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof.Dr. Coşkun Bakar – Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Prof.Dr. Deniz Çalışkan – Ankara Üniversitesi

Prof.Dr. Erhan Eser – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Prof.Dr. Gülendam Karadağ – Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof.Dr. Hakan Baydur – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin – Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof.Dr. Hüseyin Can – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof.Dr. Işıl Ergin – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Mehmet Akman – Marmara Üniversitesi

Prof.Dr. Mehmet Emin Limoncu – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Prof.Dr. Mustafa Tözün – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof.Dr. Pınar Erbay Dündar – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Prof.Dr. Rukiye Pınar – İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Prof.Dr. Sarp Üner – Hacettepe Üniversitesi

Prof.Dr. Selma Metintaş – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Prof.Dr. Serap Çifcili – Marmara Üniversitesi

Prof.Dr. Sevnaz Şahin – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Sultan Eser – Balıkesir Üniversitesi

Prof.Dr. Süheyla Özsoy – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Şafak Dağhan – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Tayyar Şaşmaz – Mersin Üniversitesi

Prof.Dr. Toker Ergüder – Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof.Dr. Turhan Gündüz – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Prof.Dr. Ufuk Berberoğlu – Uşak Üniversitesi

Prof.Dr. Vildan Mevsim – Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof.Dr. Yasemin Yıldırım – Ege Üniversitesi

Prof.Dr. Zafer Öztek – Maltepe Üniversitesi

Doç.Dr. Asya Banu Babaoğlu – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Doç.Dr. Aynur Çetinkaya – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Doç.Dr. Celalettin Çevik – Balıkesir Üniversitesi

Doç.Dr. Elif Okşan Çalıkoğlu – Gaziantep Üniversitesi

Doç.Dr. Fatih Özcan – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Doç.Dr. Hüseyin Elbi – Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Doç.Dr. Lütfi Saltuk Demir – Necmettin Erbakan Üniversitesi

Doç.Dr. Mehmet Akif Sezerol – Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Doç.Dr. Mehmet Enes Gökler – Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Doç.Dr. Nurhan Meydan Acımış – Pamukkale Üniversitesi

Doç.Dr. Zeynep Sofuoğlu – İzmir Demokrasi Üniversitesi

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL (INTERNATIONAL SCIENTIFIC COMMITTEE)

Prof. Dr. Niveen Abu-Rmeileh – Institute of Community and Public Health, Birzeit University, Palestine

Prof.Tomoko SANO – Josai International University, Japan

Prof.Dr.Hande Harmancı – WHO Azerbaijan Country Office

Prof.Dr.Belgin Ünal – WHO Azerbaijan Country Office

Assoc. Prof. Dr. Verda Toprak – Geriatrics Södertälje Sjukhus , Sweden.

Assist Prof. Ikuko Murakami – Akdeniz Üniversitesi

Yongjie Yon, PhD – WHO Regional Office For Europe,Denmark.

Dr.Med.Volkan Aykaç – Charité – Universitätsmedizin Berlin, Germany

SAHA DANIŞMA KURULU

Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Dede - Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Öğr. Gör. Dr. Didem Aytimur - Ege Üniversitesi

Uzm.Dr. Abidin Demirbağ - Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Ahmet Murat Oral - İzmir Karşıyaka 11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi

Uzm.Dr. Ali Emre Çetinkol - İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Aslı Okan - Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Ayşana Zehra Keklik - Afyon İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Bilge Betül Kılıç - Manisa Alaşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Çağlar Sögüt - Bursa Kestel İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Damla Akman - Mardin İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Ecem Tüzün - Zonguldak Devrek İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Fatma Merve Erdem - Hatay Dörtyol İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Gökben Yaslı - İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Gülsüm Şanlı Erkekoğlu - Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Uzm.Dr. Hanife Taş - Manisa Turgutlu İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Hülya Erten - Kocaeli Gölcük İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Kübra Çiçek - Hatay Dörtyol İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Müjde Şerifhan İlgün - Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Nasır Nesanır - Mersin İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Nesibe Efruz Şen Gündoğan - Manisa Salihli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Nimet Pınar Baysan - Tokat İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Öznur Bambal - Manisa Akhisar İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Saliha Ünal - Aydın İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Selçuk Hatipoğlu - Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Serap Özer - Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Sevil Babuş - Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Soner Güneş - Düzce Gölyaka Devlet Hastanesi

Uzm.Dr. Tayfun Alperen Esgin - Bursa İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Umut Otlu - Manisa Demirci İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Ümit Atman - Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Vecihe Yağmur Şen Uğur - Çanakkale Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi

Uzm.Dr. Zeynep Ceyda Buran - Yalova İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm.Dr. Zeynep Öykü Öztürk Arıkan - Malatya İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Aytekin Polat - Denizli İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Berrin Yolsever - Manisa Şehzadeler 9 No'lu Aile Sağlığı Merkezi

Dr. Betül İlbey - Uşak İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Eriş Başaran Akça - Muğla İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Metin Kızılelma - İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Şebnem Güvenç - Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü

Dr. Yakup İmren - Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü

BİLDİRİ VE İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ JÜRİSİ

Prof.Dr. Beyhan Cengiz Özyurt

Prof.Dr. Işıl Ergin

Prof.Dr. Hakan Baydur

Prof.Dr. Sevnaz Şahin.

Doç.Dr. Hüseyin Elbi

KONUŞMACI METİNLERİ

[1]

[1] Konuşma metnini gönderenlerin yazıları yer almaktadır.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Üzerinden Türkiye'de Yaşlılara Sunulan Kamu Sosyal Hizmetlerinin Sorgulanması

Deniz Taşağal

Sosyal Hizmet Uzmanı, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Doktora Öğrencisi,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 65 yaş ve üstü bireyleri yaşlı olarak tanımlayarak kronolojik perspektife vurgu yapmaktadır. Fakat yaşlılık, birbirinden farklı pek çok ölçütle tanımlanabilen amorf bir kavramdır. Bu nedenle yaşlılık net bir tanımlama yerine biyolojik, fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal perspektiflerle ele alınmaktadır. Yaşlılık, toplumun algılarıyla şekillenen 'görecelilik' esasına göre birçok farklı anlam kazanmıştır. Yaşlanma bazen olumlu zeminde değerlendirilmiş, gelişimin ileri evresi olarak tecrübe ve bilgi ekseninde tanımlanmıştır. Bazen de gelişmenin geriye doğru seyrettiği bir evre olarak eksiklik, bağımlılık, kendine yetememe, ekonomik risk, değişime uyum sağlayamama gibi olumsuz bir eksende değerlendirilmiştir. Durağan olmayan bir yaşam dönemini ifade eden yaşlılık, yaş kimliğinin yanı sıra toplum içindeki konum ve deneyimler ile şekillenen, yapısal, kültürel, toplumsal ve ekonomik kaynaklarla ilintilidir.

Modernleşme teorisi, aile kompozisyonunun çekirdek aile şeklinde değişimiyle yetişkin üyelerin üretime aktif katılımının sağlandığı fakat bu durumun eş zamanlı olarak evde bırakılan yaşlının bakım sorununu ortaya çıkardığını ifade etmiştir (Street, 2007). 2000'li yıllardan bu yana yaşam kalitesine yönelik kamusal yatırımlar ve sosyal güvenlik desteklerinin genişlemesi, sağlık, hizmet ve teknolojilerin gelişimi, birey başına düşen sağlık yatırımlarının artması, ortalama ömür beklentisini uzatmış tüm bu gelişmeler yaşlı nüfusun demografik olarak hızla yükselmesini meydana getirmiştir. İlk defa 1998 yılında Dünya üzerindeki yaşlı bireylerin (%19.1) oranı gençlerin (%18.8) oranını geçmiştir (Şeker ve Kurt, 2018). 20. yüzyıldan itibaren ise özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı artmıştır (WHO, 2022). Türkiye ise genç nüfusu yoğun bir ülke olmakla birlikte oransal olarak hızla yaşlanan bir ülke olmaya doğru ilerlemektedir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2022 yıl sonu itibarıyla %9,9 olmuştur. Bu oranın 2030 yılında %12,9'a; 2040 yılında ise %16,3'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (ASHB, 2023).

Yaşlı nüfus oranında yaşanan bu artış sosyal, ekonomik, kültürel değişim ve dönüşümleri de beraberinde getirmiştir.

Buradan itibaren insanların yaşlandıkça hayat kalitelerini iyileştirmek amacıyla bu kişilere yönelik üretkenlik, sağlık, katılım ve güvenlik konularındaki fırsatların yükseltilmesini içeren aktif yaşlılık anlayışı kamu ve özel kuruluşların iş birliği, politika ve uygulamalarında gündeme gelmiştir. Bu çerçevede Türkiye'de yaşlılara sunulan sosyal hizmetler temelde sosyal yardımlar ve yatılı bakım hizmetleri olarak iki koldan yürütülmektedir. Sosyal yardım ve hizmetler; sosyal güvenlik hizmetlerini içeren genel sağlık sigortası, emekli aylıkları, yaşlılık aylıkları (65 yaş aylığı), evde bakım hizmeti, gündüzlü bakım ve/veya dayanışma merkezleri, yaşlılara yönelik ücretsiz veya indirimli seyahat imkânı, sivil toplum kuruluşları, belediyeler ve vakıf yapılanmaları içerisinde yaşlıların ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler yer almaktadır. Yatılı bakım merkezleri ise; huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı yaşam evleri şeklindedir. Bu hizmetler arasında Bakanlık tarafından yaygınlaştırılması önemsenen kamu sosyal hizmetleri ise "evde bakım ve yatılı bakım hizmetleri" olmuştur.

Türkiye'deki Engelli ve Yaşlılara Yönelik Bakım Rejiminin Değerlendirilmesi

Bakım rejimi, her refah devletinin kendi özgün koşulları içerisinde değerlendirilmektedir. Bakım rejimi genel olarak devlet, piyasa ve aileler arasında örgütlenme olarak tanımlanmasına rağmen bakımın tamamen aile sorumluluğunda, piyasa koşullarına bırakılmış durumda ya da tamamen devlete ait bir kamu hizmeti olarak uç noktalarda tanımlandığı da görülmektedir (Esping-Andersen, 1991; Anderson, 1995). Bakım rejimi, yaşlı ve engelli vatandaşların yaşam kalitesini, hak ve özgürlüklerini belirlemede, kadınların işgücü piyasasındaki konumunu ve bu piyasaya katılımlarını belirleyen kritik bir role sahiptir (Atasü-Topcuoğlu, 2022). Dolayısıyla bakım rejimi, bakım verenlerin ve bakım alanların (yani kadınların, engellilerin, yaşlıların, hastaların ve çocukların, kısacası toplumun çoğunluğunun) gündelik yaşamını, istihdamını, refahını, sosyal-siyasi katılımını ve fırsatların yapısını etkilemektedir. Öyleyse bakım rejimi, modern toplumsal düzenin önemli bir parçası olmaya devam etmekte bu nedenle de ideolojik izler taşımaktadır.

Yaşlı ve engelli bireylere yönelik kurumsal bakım uygulaması, kamu sosyal hizmetlerini kuran ve hedefini muhtaç (korunmaya, bakıma ve yardıma ihtiyaç duyan) kişiler olarak tanımlayan 1983 tarihli Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (SHÇEK) ile düzenlenmiştir. Bu kanun asgari düzeyde bir hizmet çeşitliliği içermekte ve hedef gruplarını; sosyal ve ekonomik yoksunluk içerisinde olup yaşamını sürdürmek için korunma, bakım ve yardıma ihtiyaç duyan muhtaç çocuklar, yaşlılar ve engelliler olarak tanımlamıştır. 2011 yılında SHÇEK kapatılıp yerine Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın kurulması ile kamu hizmetleri tek çatı altında birleştirilmiştir. Yaşlılara yönelik bakım ve destek hizmetleri 2013 yılında adı geçen Bakanlığa bağlı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yürütülmekteyken günümüzde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde sürdürülmektedir.

1983 yılından bu yana Bakanlığın adı ve kurumsal yapısı çeşitli değişikliğe uğramış olmasına rağmen sosyal hizmetlerin hedef gruplarının tanımı çok az gelişim göstermiştir. Bakım rejimi hakkında ipuçları veren kamu sosyal hizmetleri halen bir vatandaşlık hakkı olarak görülmemekte, ailenin bakım hizmetlerinden sorumlu birincil kurum olduğu varsayılmakta ve kamu sosyal hizmetlerinin koşulları ailenin işlevsizliğine/yokluğuna ve muhtaçlığın resmi olarak değerlendirilip kanıtlanmasına dayanmaktadır (Koray ve Çelik, 2017). Bugün, korunmaya, bakıma ve yardıma ihtiyaç duyan "muhtaçlık" kavramı yoksullukla ilişkilendirilen bir ölçüt halini almış, sosyal politikanın nihai hedefi ise "en muhtaçları" içerecek şekilde sınırlandırılmıştır. Bu sınırlı kurumsallaşmaya rağmen 2000'li yıllardan bu yana bakanlık bütçesi genişlemiş fakat yine de kamu hizmetleri sınırlı kalmış, bazıları özel sektöre devredilmiş ya da kurum bakımı yerine nakit para ile aile bakımı önceliklenmiştir (Atasü Topcuoğlu, 2016; Can, 2019).

Nüfusun yaşlanması, toplumda yaşama ve çalışma şeklimiz üzerinde sürekli ve kalıcı etkileri olan küresel demografik akımlardan biri olarak kabul edilmiştir (UNECE, 2021). Yaşlılık, toplumların sosyal güvenlik ve koruma sistemleri üzerinde mali baskılar yaratan, işgücü piyasasındaki dinamikleri düşük ücret ve güvencesiz çalışma şekline dönüştürebilen, aile ve nesiller arası ilişkileri etkileyen ve neticede güçlü sosyal ve ekonomik sonuçları olan bir dönemi ifade etmektedir. Bu kapsamda yaşlıların yaşam standartlarını koruma ve yükseltme amaçlı hizmetleri planlamak, düzenlemek,

izlemek, koordine etmek ve denetlemekle görevli odak kurumlardan biri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'dır. Hizmetler çeşitlilik içerse de faydalanıcı sayısı ve ayrılan bütçe göz önünde bulundurularak bir sonraki bölümde ulusal bakım rejimi kapsamında evde bakım ve yatılı kurum bakımı modelleri değerlendirilecektir.

Yaşlılara Sunulan Öncelikli Hizmet Alanlarındaki Bakım Rejimlerinin Tartışılması

Geleneksel bakım modeli olarak nitelendirilen evde bakım hizmeti; yaşlının, engellinin ya da hastalığı olan kişinin aile içinde, kendi ev ortamında bakımının sağlandığı, bakım verenin üzerindeki maddi sorumluluğu hafifletmeye çalışan bir hizmet (Saygılı, 2015) olarak tanımlanmaktadır. 2006 yılından bu yana evde bakım hizmeti, evde bakım ödeneği aracılığıyla kurumsal bakıma alternatif olarak desteklenmekte, bu ödenek tam bağımlı bir yakınına bakım veren kişilere doğrudan ödenmektedir. 2019'da 514.158, 2021'de 535.700 ve 2023'te 569. 627 evde bakım faydalanıcısı bulunmakta ve bu faydalanıcıların çoğunluğunu 60 yaş üstü kişiler (%26,72) oluşturmaktadır (ASHB, 2023).

Evde bakım hizmeti, bakım verenlerin koşullarını ve bakımın kalitesini kamusal tartışmanın bir parçası olarak görmemiştir. Özellikle Türkiye'de neoliberalizmle birlikte sosyal politika dış bir kaynak olarak nakit kullanımını desteklemiş (Kaya, 2015), bu durum bakım hizmetlerinin cinsiyetçi imajını pekiştirir hale gelmiştir. Bakım, ailenin bir görevi olarak ücretsiz kadın emeği ile sunulması gereken bir alan yaratmıştır. Bu durum cinsiyetçi bakım imgesinin ön plana çıkarılmasını ve yeniden üretilmesini meydana getirmiştir. Atasü-Topcuoğlu (2022)'nun ifadesiyle Türkiye'de ataerkil cinsiyetçi bakım imgesinin temelinde birbirini güçlendiren üç unsur yatmaktadır: duygusal emek, aile mahremiyeti ve bakım alıcıların çocuklaştırılması. İlk ikisi bir araya gelerek hem bakım işini hem de bakımdaki güç ilişkilerini görünmez kılmaktadır. Ayrıca, bakım alan yaşlı ya da engellinin çocuklaştırılması muhafazakarlığı ve aileye yapılan vurguyu güçlendirmektedir. Toplumdaki bakım ihtiyacı aile içerisinde karşılandığından bakımın sosyal bir hak olarak algılanması yaygınlaşamamış ve bakım hakları için sosyal ve siyasi talepler gecikmeye uğramıştır. Bakım verme enformel piyasada yaygınlaşırken bu durum ataerkil ideolojinin uzamasına, bakımın kalite ölçütlerinin olmamasına ve son raddede ailenin bakım görevini yoksulluk koşullarında sosyal yardıma erişmek için araçsallaştırmasına neden olmuştur (Makal ve Toksöz, 2015). Bu araçsallaştırma,

bakım verenin vazgeçtiği istihdam ve ücreti telafi de edemediğinden aile içerisinde düşük ücret ve güvencesiz çalışma koşullarına artan ilgiyi beraberinde getirmiştir.

Türkiye'de son yirmi yılda neoliberal sosyal politikalar ile muhafazakâr demokrat anlayışının harmanlanması ile refah anlayışı nispeten geç ve yetersiz bir şekilde kurumsallaşmıştır (Koray, 2005). Bunun bir sonucu olarak, sosyal haklar ilkesine dayanmayan zayıf ve parçalı bir sosyal hizmetler ağı ortaya çıkmıştır. Yaşlı veya engellilere yönelik bakım rejimi, aile ve akrabalık ilişkilerine, sınırlı sosyal hizmet ve sosyal yardımlara ve bazı küçük ölçekli hayırseverlik faaliyetlerine dayandırılmıştır (Kaya, 2015).

Diğer taraftan yaşlılara yönelik barınma ve uzun süreli bakım imkânı sağlayan huzurevleri ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Nitelik ve nicelikleri tartışmaya açık olan bu kuruluşlar kamu ve kamunun denetiminde faaliyet gösteren özel kuruluşlar olarak yapılanmakta olup 60 yaş üstü sağlıklı ya da özel bakım/ilgiye ihtiyaç duyan yaşlılara hizmet vermektedir. Tarihsel bazda engelli ve yaşlı bireylere yönelik kamu bakım hizmetleri 1990'lı yıllarda açılmış olmasına rağmen uzun bir süre bu kurumların kapasitesi, başvuran sayısının altında kalmıştır. Kamuya ait yirmi dört saatlik bakım kurumlarının yetersiz kapasitesine çözüm olarak özel bakım merkezleri, huzurevleri ve rehabilitasyon merkezleri açılmıştır. Devlet, her ilde yaşlı ve engellilere yönelik bakım kurumu açmak için firmalara yetki vermekte ve firma sayısı ile yatak kapasitesini kontrol altında tutmaktadır; sosyal hizmetler ise insanları kurumlara yönlendirmekte ve devlet yaşlı/engelli başına firmalara ödenek sağlamaktadır. Bu süreç rekabete dayalı olmadığından özel kuruluşlar gelişmiş ve halihazırda bu kuruluşların toplam sayı ve kapasiteleri kamu kuruluşlarını aşmıştır (ASHB, 2022). 2020 yılında resmi bakım merkezi sayısı 105 iken 2023 yılında bu sayı 107'ye ve 2020 yılında özel bakım merkezi sayısı 286 iken 2023 yılında bu sayı 306'ya ulaşmıştır. Benzer bir veriyi huzurevi, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri üzerinden de söylemek mümkündür. 2022 yılı itibariyle yaşlılara bakım veren 169 kamu kuruluşu varken 266 özel kuruluş bulunmaktadır (ASHB, 2022). Ücretli ya da ücretsiz belirli kriterleri sağlayan yaşlı ve engelli bireyler sıra beklemeksizin özel kuruluşlardan bakım hizmeti almaktayken kamu kuruluşlarında bekleme listesi uzayarak devam etmektedir. Bir başka değerlendirme ise kamu maliyeti ekseninde yapılmalıdır. Özel firmalara

yaptırılan kuruluşların faydalanıcı başına devlet harcamalarını azalttığı görülmektedir. 2022 yılında özel kuruluşlarda bakım hizmeti alan 26.766 yaşlı/engelliye 2.688 milyon TL, kamu kurumlarında gündüz ve yirmi dört saat bakım hizmeti alan 8.626 yaşlı/engelliye 2.021 milyon TL harcanmıştır (ASHB, 2023).

Neticede yaşlı ve engellilere yönelik önceliklenen üç bakım seçeneği vardır; kamu veya özel yatılı kuruluş hizmetleri ve bakım için nakit yardımı içeren evde bakım hizmeti. Bu hizmetler birbirlerinin tam ikamesi şeklinde olup benzer kriterlere sahiptir; (1) kişinin bakıma muhtaç olduğunu gösteren ve yatılı kurumlarda kalmaya uygun olduğu (bulaşıcı hastalık, alkol-madde bağımlılığı olmayan gibi) belgenmiş sağlık kurulu raporunun olması, (2) ailenin yoksulluk sınırının altında olmasıdır (kişi başına düşen gelir asgari ücretin üçte ikisinden az olmalıdır). Ek olarak evde bakım hizmeti özelinde bakım veren ve bakım alan arasında bir akrabalık bağının veya vasiliğin olması koşutu aranmaktadır. Bu kriterler Türkiye'deki bakım rejiminin merkezinde ailenin merkeziliği, yakın akrabalık ilişkileri ve ataerkil toplumsal cinsiyet imgelerinin yer aldığını göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmada Türkiye'de yaşlı ve engelli bireylere yönelik bakım rejimi dinamikleri tartışmaya açılmıştır. Genel olarak, Türkiye'de yaşlı ve engellilere yönelik bakım rejimi devlet, piyasa ve aile kurumları arasında örgütlenmiş durumdadır. Devlet ve aile en önemli refah aktörleri olarak öne çıkarken, piyasa ve yerel yönetimler refahın dağılımında görece daha az role sahiptir. Dolayısıyla refah dağıtımının refah aktörleri arasındaki rolü belirsizliğini korumaktadır. Refah anlayışının bir göstergesi olan bakım rejimi ise, cinsiyetlendirilmiş bakım imgesi, geç kapitalizm, neo-liberalizm (geri çekilen refah devleti) ve neo-konservatizm (ataerkil ideoloji ve aile beklentilerinin din tarafından pekiştirilmesi) arasında etkileşimlidir (Atasü-Topcuoğlu, 2022). Bakımın alınıp satılabilen bir metaya dayandırılmasını, devlet öncülüğünde rekabetçi olmayan resmi bir bakım piyasasını ve yoksulluk yaşantıları içerisinde sosyal yardım için bakımın araçsallaştırılmasını içermektedir.

Yanı sıra Türkiye'deki demografik geçiş, mevcut sosyal ve ekonomik politikalar arayıcılığıyla yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarının giderilmesini risk altında bırakmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin yüksek karşılıklılık içermesi ve bu nedenle yetersiz kalması,

emeklilik sisteminin bütçe açığı vermesi, sosyal hizmetlerin aktif yaşlanma ilkelerini içermemesi, aile odaklı modern toplum anlayışıyla geleneksel yapının yeniden üretilmesi ve bu yapının işlevsel yönlerinin korunması (yaşlı/engelli için evde bakım nakit yardımı, çocuklar için aile yanında destek ve kısmi geri döndürme gibi), bakım rejiminin sosyal içermeyi teşvik etmekte yetersiz kalması ve yaşlı/engellilerin kesişimsel sorunlarına dair (yaş ve engel oranı sınırlamaları, bağımlılık, bulaşıcı hastalık vb.) hizmet modellerinin olmaması bahse konu riskler arasındadır. Bu risklerin doğru analiz edilebildiği ve bunlara uygun fırsatların üretilebildiği refah anlayışı, hizmetlerin kalitesi ve etkilerinin değerlendirildiği, bakım veren ve alan arasındaki gelişim seyrinin takip edildiği sürdürülebilir sosyal politikalarla mümkün olacaktır. Bu kapsamda uluslararası alanda uzun vadeli engellilik, yaşlılık ve kronik hastalıkların bakımı için işgücü piyasasının düzenlenmesine ihtiyaç duyulduğu tartışılırken ülkemizde insan hakları temelinde dönüştürücü bir vatandaşlık ve refah rejimine ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Kaynaklar

Anderson, E. (1995). *Value in Ethics and Economics*. Boston: Harvard University Press.

ASHB. (2022). *2022 Yılı Faaliyet Raporu*. https://www.aile.gov.tr/media/129482/ashb_2022-idare-faaliyet-raporu.pdf.

ASHB. (2023). *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*. https://aile.gov.tr/media/135432/eyhgm_istatistik_bulteni_nisan_23.pdf.

ASHB. (2023). *Yaşlanma Vizyon Belgesi*. https://www.aile.gov.tr/media/133623/yaslanma_vizyon_belgesi.pdf.

Atasü Topcuoğlu, R. (2016). Feminizmin Refah Devleti ve Sosyal Politika Alanına Eleştiri ve Katkıları. *Amme İdaresi Dergisi, 49*(4), 37-64.

Atasü-Topcuoğlu, R. (2022). Gender Inequality, the Welfare State, Disability, and Distorted Commodification of Care in Turkey. *New Perspectives on Turkey*, 1-31.

Can, B. (2019). Caring for Solidarity? The Intimate Politics of Grandmother Childcare and Neoliberal Conservatism in Urban Turkey. *New Perspectives on Turkey, 60*, 85-107.

Esping-Andersen, G. (1991). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Kaya, A. (2015). Islamisation of Turkey under the AKP Rule: Empowering Family, Faith and Charity. *South European Society and Politics, 20*(1), 47-69.

Koray, M. (2005). *Sosyal Politika*. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Koray, M., ve Çelik, A. (2017). *Himmet, Fıtrat, Piyasa AKP Döneminde Sosyal Politika*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Makal, A., ve Toksöz, G. (2015). *Geçmişten Günümüze Türkiye'de Kadın Emeği*. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Saygılı, S. (2015). *Yaşlılık Psikolojisi*. TÜRDAV Yayın Grubu.

Street, D. (2007). Sociological Approaches to Understanding Age and Aging. J. Blackburn, & C. Dulmus içinde, *Handbook of Gerontology: Evidence-based Approaches to Theory, Practice, and Policy*. New Jersey.

Şeker, A., ve Kurt, G. (2018). Bir Sosyal Politika Alanı Olarak Yaşlılık ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Nüfusbilim Dergisi, 40*, 7-30.

UNECE. (2021). *Guidelines for Mainstreaming for Ageing*. Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu.

WHO. (2022). *Ageing and Health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

İsveç'te Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Doç.Dr.Verda Toprak

Senior ST-läkare, Geriatrik –Internmedıcıne, Södertälje Sjukhus, Stockholm

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin belkemiğini ülkenin 1.200 sağlık merkezi oluşturur ve toplam sağlık harcamalarının yaklaşık beşte biridir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü

Belediyeler - LSS destek hizmetleri, yaşlılar için özel konutlar, evde bakım, sosyal psikiyatri

Bölgesel yönetimler - Doğum bakımı, çocuk sağlığı hizmetleri, gençlik klinikleri, **birinci basamak sağlık hizmetleri**, 1177

İsveç'te nüfus hızla yaşlanmaktadır. Yaklaşık 10 milyon nüfuslu İsveç'in 2 milyonu 65 yaşın üzerindedir.

- 2020-2040 arası bu sayı 500.000 kadar daha artacaktır.
- En büyük artış 80'in üzerinde olan kişilerin sayısında (%51)

Geriatrik hastalara birinci basamak sağlık hizmetlerinde özellikle fark edilmesi gereken özellikler:

- Demansın davranışsal ve psikolojik belirtileri
- Disfaji
- Bilişsel hastalık
- Bilişsel hastalık - hemşirelik bakımı
- Yaşlılarda malnütrisyon – hemşirelik
- Yaşlılarda idrar yolu enfeksiyonu
- Yaşlı psikiyatrisi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı hasta belirlemede proaktif rolü

1. Özel ihtiyaçları olan kişilerin belirlenmesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı, karmaşık bakım ihtiyaçları olan ve sağlığı bozulma riski taşıyan yaşlıları tespit edilmesini içerir.

- Kırılganlık (fiziksel, zihinsel ve sosyal strese karşı savunmasızlık riskini artıran ilerleyici durumlar), kronik hastalık, uzun süreli zihinsel hastalık ve/veya eşlik eden hastalık.

- Bilişsel bozukluk ve hafıza sorunları ve/veya yürüme veya hareket etme güçlüğü gibi önemli engellilik.
- Yatan hasta bakımından taburcu edilmiş.
- Çeşitli sağlık ve sosyal bakım sağlayıcılarının müdahalesine ihtiyaç duyulması.
- Evde bakım.

Özel bakıma ihtiyacı olan kişileri belirlemek için proaktif müdahalelere yönelik öneriler:

- Primary Care Quality (Medrave 4), Senior Alert veya National Diabetes Register (NDR) gibi kalite kayıtlarını kullanarak özel ihtiyaçları olan kişileri belirleyin.
- Hasta listelerinde yer alan 75 ve 85 yaş arası hastalara, yaşlıların kabulü açısından merkezin amaçlarını, hedeflerini ve çalışma yöntemlerini açıklayan ve merkezin telefon saatleri ve doğrudan telefon numaraları hakkında bilgi veren bilgilerin yıllık olarak postalanması. Bu bilgiler hastaların sağlık merkeziyle iletişim kurmasını kolaylaştırabilir.
- Kişinin çevresindeki biri tarafından dile getirilen endişeleri belirleyin ve daha fazla araştırın. Örneğin, bir kişi hakkında endişelerini dile getiren bir akraba, komşu, evde bakım görevlisi veya sosyal hizmet görevlisi olabilir.
- Merkeze sık sık başvuran hastaları ve yıllık ziyaretlere sık sık katılmayanları belirleyin ve bunun nedenlerini daha fazla araştırın.

Demans

Demans hastası olabileceğinden şüphelenen veya endişe duyan herkes bir sağlık merkezi, aile hekimi muayenehanesi veya başka bir birinci basamak bakım birimindeki bir doktora başvurmalıdır. Değerlendirme genellikle 4-6 hafta sürer

Tıbbi geçmiş

Hasta yakınları ile yapılandırılmış görüşme

Fiziksel ve ruhsal durumun değerlendirilmesi

Kalp, akciğerler ve kan basıncını içeren bir fizik muayene içerir. Ayrıca nörolojik fonksiyonların incelenmesini de içerir.

Bilişsel testler

Bazen MMT olarak da adlandırılan MMSE ve Saat Testi, hastanın hafızasının ve diğer bilişsel yeteneklerinin nasıl işlediğine dair kabaca bir tahmin veren iki basit testtir. Kişinin İsveççe dışında bir ana dili, farklı bir kültürel geçmişi veya düşük eğitim seviyesi olduğunda önerilen RUDAS'tır. MoCa da bazı durumlarda kullanılabilecek bir testtir.

Bilgisayarlı tomografi ile beyin görüntüleme

Değerlendirme hastanın demans hastası olduğunu gösteriyorsa, bir sonraki adım demans tanısının türünü belirlemektir (örneğin Alzheimer hastalığı veya Lewy cisimcikli demans).

Fonksiyonel ve aktivite kapasitesinin yapılandırılmış değerlendirmesi

Ergoterapist, bazen fizyoterapist, kişinin çeşitli günlük faaliyetlerle başa çıkma becerisini inceler

2. İhtiyaçları dinleyin ve değerlendirin

Yaşlanma ile ilişkili normal değişiklikler arasında fiziksel ve bilişsel işlevlerde azalma yer alır. Birçok yaşlı insan için, işten emeklilik ve yakın arkadaşların veya eşlerin hastalığı veya ölümü gibi önemli sosyal değişiklikler de söz konusudur. Bu durum, yaşlanma sırasında başa çıkılması gereken hem pratik hem de varoluşsal birçok yeni durumu beraberinde getirebilir. Değerlendirme yapmak için genellikle biraz daha uzun ziyaretler ve takip ziyaretleri gerekir. Hasta için ekipte hangi yetkinliklere ve mesleklere ihtiyaç duyulduğunu belirleyin. Ayrıca aile üyelerinin destek ihtiyaçlarının da farkına varın.

Tıbbi muayene ve fonksiyonel kapasite ve hemşirelik ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde yardımcı olacak öneriler:

Sağlık görüşmeleri.

Semptom değerlendirme ve risk değerlendirme araçları, örneğin:

- Güvenli İlaç Değerlendirmesi (SMA) ve Faz-20 güvenli ilaç kullanımı.
- Klinik Kırılganlık Ölçeği (CFS), kırılganlığın değerlendirilmesi.
- Mini Beslenme Değerlendirmesi (MNA), malnütrisyon riski.
- Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS), depresyon taraması.
- Uykusuzluk Şiddet İndeksi (ISI), uyku bozukluklarının semptom değerlendirmesi.
- Mini Mental Durum Muayenesi (MMSE-SR), bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi.
- Downton Düşme Riski Endeksi (DFRI), düşme riski.

3. Diyalog içinde bakım planlaması

Bakım planlarının amacı, hasta ile diyalog halinde bakımın gelecekteki yönünü belirlemektir. Hastaya bakan ve/veya destek olan aile üyelerinin bakım planlamasıyla

ilgili konulara dahil olmaya davet edilmesi ve destek ihtiyaçlarının karşılanması da önemlidir.

Hastanın hem belediye bakımına hem de bölgeden tıbbi bakıma ihtiyacı varsa, koordineli bir bireysel plan (SIP) hazırlanması gerekir. Sorumluluk dağılımının netleştirilmesi gerektiğinde, bakım merkezine tekrarlanan ziyaretler durumunda, hastaneden taburcu olurken veya hastaneye yeniden kabul edilirken, hasta geçici veya kronik olarak hasta ve güçsüz olduğunda ve bilişsel bozukluk durumunda da bir SIP hazırlanması gerekebilir.

4. İhtiyaca göre bakım

Koordinasyon, ekip çalışması, açık roller ve sorumluluklar ile hasta ve aile katılımı, kişinin kendini iyi hissetmesini sağlayan işlevsel kapasiteyi geliştirmesi ve sürdürmesi için desteklenmesi anlamına gelen sağlıklı yaşlanmanın teşvik edilmesi için ön koşullardır. Artan kırılganlık, kilo kaybı, azalan fiziksel kapasite ve aktivite seviyelerinin nedenleri tespit edilmeli, araştırılmalı ve tedavi edilmelidir.

5. Bakım takibi

Başlatılan bireysel müdahalelerin takibine ek olarak, **yılda en az bir kez**, aile üyeleri ve hastanın bakımında yer alan ekibin bölümlerini içeren yapılandırılmış bir takip sunulmalıdır. Her doktor ziyaretinde basit bir ilaç incelemesi ve ihtiyaç duyulduğunda, ancak yılda en az bir kez olmak üzere derinlemesine bir ilaç incelemesi sunulmalıdır.

İlaç takibi:

- Yılda bir derin ilaç takibi:
- Fayda/zarar
- Yarar görmeyeceği ilaçları elemek
- Yutma güçlüğü
- Ağız kuruluğu
- Kas miktarının azalması
- Hastanın ilacı istememesi
- Yan etki ve yeni ilaçlarla etkileşim
- Böbrekler

Yaşlıların bakımı, Birinci Basamakta Kalite, NDR, İsveç Demans Kaydı, Palyatif Bakım Kaydı ve Kıdemli Uyarı gibi kalite kayıtları aracılığıyla kuruluş düzeyinde de izlenebilir. Temel Bakım Kalitesinde takip edilecek göstergelere örnekler:

- SIP'li kişilerin oranı.
- Yetersiz beslenen 80 yaş ve üzeri hastaların oranı.
- Kaçınılması gereken ilaçlarla tedavi edilen ≥ 75 yaşındaki hastaların oranı.
- Kronik hastalığı olan kişiler için süreklilik endeksi (doktor, hemşire, fizyoterapist veya ergoterapist) ve komorbiditeleri olan kişiler için süreklilik endeksi.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde takım çalişmasında yer alan meslek gruplari:

Doktor

Hemşire

Hastabakıcı

Fizyoterapist

Ergonomist

Psıkolog

Logoped

Küratör (danışman)

İleri yaşlılığın gereksinimleri

Palyatif bakım

Bakım evleri

Yaşamın son dönemleri

Referanslar

Socialstryelsen.se

Demenscentrum.se

Janusinfo

Viss.se

Japonya' da Sağlık Sistemi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Dr. Öğretim Üyesi İkuko Murakami[1]

Araştırma Görevlisi Michiko SABANCI[2]

[1,2] *Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü*

Bu sunumda Japonya'da sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin mevcut durumu ve sorunlarının paylaşılması amaçlanmaktadır. Yaşlanan bir toplum olan Japonya'da, 2000 yılında yürürlüğe giren uzun süreli bakım sigortasıyla "yerinde yaşlanma" hedeflenmiştir ve bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinin konumu ve önemi açıklığa kavuşturulmak istenilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın ve bu konuyla ilgili akademik kurulların web sitelerinden ve ilgili makalelerden toplanan bilgiler doğrultusunda, Japon sağlık sisteminde görülen sorunlar şunlardır:

1. Japonya'da hastalar gidecekleri sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler. Dolayısıyla aile hekimi/aile doktoru kavramı oluşmamıştır.
2. Japon sağlık sistemi serbest savunuculuğa dayandığı için tüm tıp bölümlerinden doktorlar birinci basamak sağlık hizmetlerine katılmakta ve birinci basamak doktorlarının uzmanlaşması sağlanamamaktadır.
3. Japonya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, belirli bir sistem olmaması nedeniyle, doktorların çabalarına yönelik bir dizi kuraldan ibarettir. Bu yüzden Korona felaketi gibi acil durumlarda sağlık yönetimi konusunda birinci basamak sağlık kurumlarının sorumlu olduğu bir sistem yoktur.
4. Birçok doktor kendi muayenehanelerini açarken kendi uzmanlık alanlarına odaklandığından, birinci basamak sağlık hizmetini sunmak için herhangi bir sertifika sınavı veya eğitim bulunmamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetinin içeriği, tamamen doktorların kişisel yönelimlerine, performanslarına ve kendi çabalarına bırakılmıştır.

Japonya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, nüfusun yaşlanmasıyla tetiklenen bir dönüşüm yaşamıştır. Uzun vadeli bakım sigortası ile, toplumda uzun vadeli bakımın desteklenmesi amaçlanmaktadır ve toplum temelli kapsamlı bakım hizmeti teşvik edilmektedir. Bu doğrultuda evde bakım, palyatif bakım ve önleyici tıp hizmetleri için tıbbi bakım ve uzun vadeli bakım hizmetleri arasında iş birliği sağlanmasına ihtiyaç

duyulmaktadır. Özellikle ileri yaşlardaki yaşlıların (75+) sayısındaki artış nedeniyle, kapsamlı tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısı artmaktadır ve sınırlı tıbbi kaynakların etkin kullanımı için birinci basamak uzmanlarına (aile hekimleri/genel pratisyenler) duyulan ihtiyaç artmaktadır. Bunun bilincinde olarak, aile hekimliği uzmanları (2010 yılından beri) ve genel pratisyenlik uzmanları (2018 yılından beri/ 2021 yılında ilk uzman mezun olmuştur) yetiştirilmektedir.

Anahtar kelimeleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri, Kapsamlı bakım hizmeti, Japonya

Yaş Dostu Kentler Oluşturmak için Altın Adımlar ve Dünya Örnekleri...

Doç. Dr. Tufan Nayır

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi

Burada yaşlılık tanımlarının ve yaşlı sağlığının birçok çerçeveden tartışıldığı bir sempozyumda yaşlılığın kitabi bilgilerinden tekrar bahsetmeye gerek yok.

Ancak aslında yaşlılığın ne zaman başladığı ve kimlere yaşlı dendiği ile ilgili ortak bir bilinç adına tanımlara şöyle bir bakmak gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı bir ayrıma göre, 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na göre, devlet huzurevlerine başvurabilmek için 60 yaş sınırının üzerinde olunması gerekirken, özel huzurevlerinde ise bu yaş sınırı 55'dir.

Ancak antik çağ döneminde her 100 bireyden sadece biri 60 yaşına ulaşabilirken ve Romalı bir askerin ortalama ömrü 22 yıldı ve 16. ve 17. yüzyılda ise bedensel güç kaybına uğrayan insanlara «yaşlı» deniyordu.

Aristo hastalığı zamansız gelen bir yaşlılık, yaşlılığı da doğal bir hastalık olarak tanımlarken, Çicero'nun MÖ 100'lü yıllarda madalyonun diğer yüzünden bakış açıcısı çok değerlidir ve yaş dostu çevreler oluştururken bizlerin bakış açısını 2000 yıl sonrasında halen destekleyen bir düşüncedir. Çiçero "Büyük işler kuvvet, hız ya da çeviklikle değil, düşünce, otorite ve karar verme yeteneğiyle yapılır; bunlar da yaşlılıkta azalmak şöyle dursun, daha da artar genellikle..." demiştir. Cicero döneminin de meclis olarak tanımlanan Senatus'un epistemolojik kökenleri yaşlı anlamına gelen "senex" kelimesine dayandığı tahmin edilmektedir. Cicero'ya göre yaşlılar topluma düşüncesiyle, aklıyla ve karar verme yeteneğiyle faydalı olurlar.

Günümüzde yaşlılık, kronolojik, biyolojik yaşlanma, psikolojik ve sosyal yaşlanma gibi boyutları ile ele alınmaktadır. Dolayısı ile birazdan bahsedeceğim yaşlılara yönelik olduğu belirtilen tüm iyi uygulamaların ve önlemlerin aslında kronolojik olarak daha

erken yaşta olmasına rağmen yaşlanmanın diğer boyutlarını içeren tüm dezavantajlı gruplara faydası olacaktır.

Yaş dostu çevrelere duyulan ihtiyaç....

Bugün burada aslında yaşılık olarak bahsettiğimiz kavramın bileşenleri olarak gördüğümüz, sağlığın bozulması, engellilik, başkalarına bağımlı hale gelmek veya yalnızlık sosyal izolasyon gibi hususlar yalnızca kişinin işlevsel kapasitesine değil, ayrıca içinde yaşadığı fiziksel ve sosyal çevrenin durumuna da bağlıdır.

Ve unutulmamalıdır ki! Ülkemiz ve Dünyada özellikle gelişmekte olan ülkeler hızla yaşlanmaktadır ve Demografik değişime uyum sağlanamaması toplumlara büyük maliyetler getirecektir. DSÖ Avrupa Bölgesinde düşmeler yüzünden her yıl 70 yaş ve üzeri 46,000 kişi hayatını kaybetmektedir. 2012 yılında AB için yürütülen anket 65 yaş ve üzeri kişilerin %13'ünün bölgelerindeki suç, şiddet ya da vandalizmi bir sorun olarak gördüğünü ortaya koymuştur. Birleşik Krallık'ta ankete katılanların %52'si bölgelerinde umumu tuvaletlerin bulunmamasının, istedikleri sıklıkta dışarı çıkmalarını engellediğini belirtmiştir. Açık ve yeşil alanlara yakın yaşayan kişilerin dışarı çıkma ve yürüme olasılığı daha yüksektir ve 60 yaş ve üzeri kişilerde daha iyi sağlık algısı, daha az hastalık ve daha uzun yaşam ile olumlu olarak ilişkilidir.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ile Avrupa Komisyonu tarafından 2013–2016 yılları arasında ortaklaşa yürütülen Avrupa'da Yaş dostu çevreler (AFEE) projesi kapsamında geliştirilen kılavuzlarda yaş dostu çevreleri arttırmak, bu konuda çalışacak kurumları desteklemek adına hazırlanan ve 2022 yılımızda bizler tarafından Türkçe'ye çevrilmiş kılavuzlarda çalışılması gereken alanlar dış ortamlar, ulaşım ve hareketlilik, konut, sosyal katılım, sosyal içerme ve ayrımcılığın önlenmesi, sivil katılım ve istihdam, iletişim ve bilgilendirme, topluluk ve sağlık hizmetleri olmak üzere 8 başlık altında toplanmıştır.

Tüm dinleyicilerin kendi konumlarına uygun projeleri daha da geliştirerek herkes için daha mutlu ve sağlıklı bir çevre oluşturulmasında katkıları olması ile DSÖ önerilerini, dünyada yapılan iyi uygulama örneklerini ve alınan dersleri sizler için özetlemeye çalıştım.

Demanslı katılımcıların çoğunluğu dışarı çıkmaktan hoşlandığını ifade etse de çoğu artık araba kullanamamakta ya da yanlarında biri olmaksızın toplu taşıma araçlarından yararlanamamaktaydı; bu da gidebilecekleri yerleri yürüme mesafesindekilerle sınırlamaktaydı.

Oxford Sürdürülebilir Kalkınma Enstitüsünün yürüttüğü bir üç yıllık araştırma projesinde, dış ortamların nasıl daha demans dostu hale getirilebileceğini incelenmiştir. bu kişilerin dış çevreyi nasıl algıladıkları, deneyimledikleri ve kullandıklarını inceleyen araştırmacılar, demanslı kişilerin yerel mahallelerini başarılı bir şekilde kullanma ve bir uzlaşmaya varma kabiliyetlerini etkileyen tasarım faktör ve kriterlerini tespit etmişlerdir.

Demanslı veya yaşlılar aşağıdakileri tercih etme eğilimindedir:

<table>
<tr><td>Derli toplu mahalleler</td><td rowspan="5">Kaldırımların yeterince geniş, engellerden arındırılmış, iyi bakımlı, (kar, yaprak ve çöplerden) temizlenmiş, motorlu araç trafiğinden ve diğer ulaşım kullanıcılarından (bisiklet ve motosiklet kullanıcıları dahil) ayrılmış ve kaldırımların başka türlü kullanılmasından kaynaklanan engellerden (söz gelimi park edilen arabalar ve çöp konteynerleri) arındırılmış olması</td></tr>
<tr><td>Değişik kentsel formlar ve mimari özellikler ve estetik çevre özellikleri</td></tr>
<tr><td>Yüksek yerlerde ve merdivenlerde korkuluk</td></tr>
<tr><td>Sessiz, yayalaştırılmış caddeler ve davetkar açık mekanlar</td></tr>
<tr><td>İşlevleri ve girişleri kolaylıkla anlaşılabilecek yerler, mekanlar ve binalar</td></tr>
<tr><td>Açık bir fon üzerinde büyük, koyu renkli ve net grafiklerin kullanıldığı basit ve açık seçik işaretler</td><td rowspan="2">Kazalar genellikle kavşaklarda meydana gelmektedir, özellikle kavşaklarda yerleşik kurallı yaya geçitleri</td></tr>
<tr><td>Sadece yayalara açık caddeler</td></tr>
<tr><td>Yeterli umumi tuvaletler ve erişimin ve işaretlerin iyileştirilmesi</td><td>Yaşlıların güvenli şekilde karşıya geçmelerine yetecek kadar süre veren trafik ışıkları</td></tr>
<tr><td>Pürüzsüz, düz, kaymaz, yansıma yapmaz yol kaplamaları</td><td>Tuvaletlerin haritalanması ve bakımlarının sağlanması</td></tr>
<tr><td>Dinlenmek için kamunun kullanımına açık banklar</td><td>Güvenlik hissini arttırabilmek için yeterince aydınlatılmış bir caddeler, parklar</td></tr>
</table>

Bu bulgular, (kentsel tasarımdan sokak mobilyalarına kadar her düzeyde çalışan) tasarımcıların demans dostu kentsel ortamlar geliştirirken göz önüne alacakları kriterler hakkında kullanabilecekleri ön rehber haline dönüştürüldü.

Belçika Brüj'de mekanların demanslılar ve yaşlılar daha uygun şekilde döşenmesi ve dizayn edilmesi ayrıca kendilerine için empatik ilgi göreceklerini veya özel indirimler uygulanacağını belirtmek üzere yerel işletmelerin vitrinlerinde düğümlü mendil sembolü sergilenmektedir. Birleşik Krallık'ta bu işletmeler için rehber hazırlanmıştır.

Fransa'da Lyon bölgesi yaşlılar tarafından erişilebilir ve yaşlılara göre şekillendirilen ulaşım hizmetleri sağlamak üzere yenilikçi bir kamu sektörü ve özel sektör ortaklığı şeklinde triportörleri uygulamaya koymuştur. Yerelde "cyclopousse" olarak adlandırılan bu araçlar, 500 metre ile 1,5 kilometre arasındaki mesafelere iki kişiyi taşıyabilmektedir. Ev yardımı alanlar için ücretsiz, düzenli kullananlar için ise çok ucuz olan bu hizmet, toplumsal izolasyon riski altındaki yaşlılara dostane, rahat ve güvenli ulaşım sunmaktadır.

No alla solit'Udine [Yalnızlığa hayır]:

Nüfusunun dörtte birini 65 yaş üzeri bireylerin teşkil ettiği, İtalya'nın Udine şehri, yaşlı yurttaşlarına destek sağlama hususunda güçlü bir gönüllülük geleneğine sahiptir.

Devlet tarafından işletilen telefon yardım hattı No alla solit'Udine [Yalnızlığa hayır], geniş bir gönüllü hizmet ağını koordine eder. Bu yolla, kırılganlık ya da engellilik yaşayan ya da sosyal dışlanma riski altında olan yaşlı vatandaşlara hizmet edilir. Bu yardım hattı Udine Belediyesi tarafından organize edilmekte ve birçoğu kendilerini destekleyecek aileleri ya da herhangi bir ağları olmayan ya da ticari hizmetlerin bedelini ödeyecek ekonomik güce sahip olmayan yaşlılara hizmet vermektedir. Dahası, sunulan hizmetler yaşlıların sosyal izolasyonunu önlemeye odaklanan standart kamusal evde bakım hizmetlerini tamamlamaktadır.

Yaşlı kişilerden gelen çağrıları yanıtlamak ve onlara ihtiyaç duydukları hizmetleri ulaştırmak için belediye tarafından üç telefon operatörü istihdam edilmektedir ki, bu operatörlerin çoğu gönüllülerden oluşmaktadır. 2016 itibariyle, 30 kuruluştan yaklaşık 1000 gönüllü, yiyecek alışverişinin tesliminden, danışmanlık yapmaya, ufak çaplı onarımlarla ya da ulaşımla ilgili yardımcı olmaya, alışveriş yapma, ziyaret ve eşlik

etmeye (görme sıkıntısı olanlara gazete ya da kitap okuma gibi) kadar çeşitli konularda hizmet sunmaktadır. Projenin başlangıç tarihi olan 2004'ten bu yana, hizmetlerin kullanımında sürekli bir artış olmuştur.

Avustralya, Kanada ve İrlanda gibi bazı ülkelerde erkek barınağı hareketi popüler olmuştur. Erkek barınakları, erkeklerin ortak faaliyetleri kontrol ettiklerini, kullandıklarını ve paylaştıklarını hissettikleri bir yer sağlamada başarılı olabilirler; başka bir deyişle, amaç, başarı, kontrol ve sosyal bağlılık duygusu geliştirirler. Bu nedenle, sağlık ve iyilik halinin önemli belirleyicilerini iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

Belediyeler yeni teknolojik araçlar vasıtasıyla temasta bulunabilmeleri için yaşlılara özel, özellikle de hareket kısıtlamaları olan ya da aile üyeleri uzakta yaşayan yaşlılar için önemli faydalar sağlayacak ve yalnızlığa karşı koyabilecek yeni teknolojiler eğitimleri vermektedir. (Görüntülü görüşmeler, ilgi alanlarını bulabilmeleri için çevrim içi platformlar, forumlar, telekonferanslar)

Yaşlıların sosyal izolasyonlarını önlemede bir diğer önemli faaliyetler grubu kuşaklar arası faaliyetlerdir. Ortak alanlar ya da tesislerde ortak faaliyetler (kuşaklar arası topluluk merkezleri ya da birçok kuşağa hitap eden evler gibi), deneyim ve hatıraları genç kuşaklara aktarma faaliyetleri, kreş, müze ve okul sonrası merkezlerde yaşlıların gönüllü olarak çalışması, yaşlılara yönelik kurumlarda çocuk ya da gençlerin gönüllü olarak çalışması, okullarda, yetişkinlerin ya da yaşlıların davet edildiği aktiviteler, kuşaklar arası öğrenme faaliyetleri, Hobi bahçeleri ve topluluk bahçeleri, topluluk bazlı egzersiz programları, düzenli olarak yapılan arabasız günler etkinlikleri (bisiklet geçit törenleri, sokak festivalleri) yapılan uygulamalardan bazılarıdır.

İtalya Milano Kentinde STK'lar ve bireysel yurttaşların ilişkiler geliştirebilmelerine imkan veren ve 2012 itibariyle 40'ın üzerinde STK'nın girişime katıldığı Hizmetlerle müdahaleleri bir araya getiren ve bir mahalle kültürü geliştiren koordineli ve sürekli bir program oluşturulmuştur. Savunmasız yurttaşların günlük olarak izlenmesine ve desteklenmesine imkan veren yerel, mahalle bazlı kontrol kuralları oluşturmaya yönelik bir model oluşturulmuştur. Günlük veya haftalık ziyaretler, destekleyici toplulukların inşa edilmesi sağlanmıştır.

Yaşlı istismarının farklı biçimlerine yönelik farkındalığın oluşturulması için eğitimler düzenlenmiştir. (akran eğiticiler, istismar ve dolandırıcılık nedeniyle işine son verilen evde sağlık çalışanlarının sicilinin oluşturulması vb.)

İlaveten mağdurlara yardımcı olmak ve destek için sektörler arası işbirlikleri, Gönüllü büyükanne" planları, Akıl hocalığı programları, okullar, kreşler ve yatılı bakım evleri arasında işbirliği projeleri, Kuşaklar arası turnuvalar, edebiyat yarışması gibi çalışmalar ile yaşlıların karşılaşabileceği sosyal izolasyonu azaltıcı faaliyetleri uygulanmaktadır.

Yaşlıların sağlıklı ve aktif kalmak için ihtiyaç duydukları bilgilere erişimi çok zor olabilir. Bu bilgiler parçalı halde ise ya da yaşlılar açısından erişilemez durumda ise yaşlılar toplulukla aktif şekilde irtibatlı kalmalarına yönelik var olan fırsatları kaçırabilir ya da genel ya da özel olarak bulunabilir hizmet ve faaliyetlerden (söz gelimi gönüllü çalışmalar) hiç haberdar olmayabilirler.

55-74 yaşlarındaki kişilerin İnternet kullanımı açısından ülkeler arasında halen büyük farklılıklar vardır; bu oran Türkiye'de %5 ile İzlanda ve Norveç'te %70'in üzerindeki bir değer arasında değişmektedir.

Birleşik krallıkta Silver Line (Gümüş Hat), Birleşik Krallık'taki ücretsiz gizli bir yardım hattıdır. Yaşlılar için bilgilendirme, arkadaşlık ve tavsiyeler sunan bu hat yıl boyunca 7 gün 24 saat açıktır. Bu yardım hattı, insanların kendi topluluklarında erişebilecekleri hizmet ve faaliyetler hakkında bilgi yaymaktadır. Hattı arayan kişiler aynı zamanda yalnızlık, izolasyon, istismar ve ihmal gibi konularda da yardım alabilmektedir. Ayrıca yardım hattı düzenli arkadaşlık aramalarını da organize etmektedir. Buraya gelen çağrıların üçte ikisi geceleyin ve hafta sonlarında gerçekleşmektedir. Arayanların çoğu yalnız yaşamakta ve konuşacak kimseleri olmadığını söylemektedir. Silver Line, "telefon arkadaşları" (ya da "mektup arkadaşları") olarak eğitim almış gönüllülerle (2016 yılında yaklaşık 3,000 kişi) çalışmaktadır.

Diğer yandan bilgisayar okuryazarlığının ve İnternet'e erişimin geliştirilmesi yaşlıların topluluklarında sağlıklı yaşlanma konusunda bir dizi bilgi kaynağına erişmesine ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine imkan verir. Yaşlıların, Avrupa'da hızla gelişen eDevlet hizmetlerini benimsemelerini teşvik etmek için kullanılabilecek destek biçimleri arasında sosyal ağlar ve yüz yüze irtibatlar bulunmaktadır.

Yaşlıların daha kolay bilgilenmesini sağlamak üzere, Emeklilikler için ücretsiz yerel gazeteler, var olan belediye web sitelerinin yaş dostu haline getirilmesi (sesli gezinme vb), Bireysel ihtiyaçlara göre düzenlenmiş bilgi materyalleri, el ilanları, broşürler ve haritalar, evde bakım sağlayıcıları hakkında bilgiler, tabela ve işaretlerde LED işaret ve ekranlarının okunabilirliğinin ve görünürlülüklerinin artırılması, fikir laboratuvarları, sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet uzmanları tarafından bilgilendirme ziyaretleri, yaşlılara özel basitleştirilmiş bürokrasi, sosyal media, iletişim teknolojilerini kullanma beceri atölyeleri gibi çalışmalar özellikle Avrupa ve Baltık ülkelerinde belediyeler tarafından yürütülmektedir.

Yaş dostu Prag" teması kapsamında 50 yaş ve üzeri Praglılara seslerini duyurma imkanı vermek, potansiyellerini keşfetmek ve yaş dostu bir kent yaratma konusundaki aktif rollerini tanımlamak amacıyla bir "tematik kafe" etkinliği geliştirilmiştir. World Café Europe (Dünya Kafe Avrupa) ve Çek Gerontoloji Enstitüsü, World Café metodolojisi konusunda eğitim almış 60 yaş üzeri kolaylaştırıcıların yardımıyla yaşlılarla dört saatlik odak grup görüşmeleri yürütülmüştür. Yaşlıların fikirlerini sorarak, ihtiyaçlarını belirlemek ve sunulacak hizmetleri planlamak amaçları ile katılımcı anlayış içerisinde belediyeleri STK'lar ve akademi işbirliğinde birçok araştırma yapılmıştır.

Rijeka (Hırvatistan) demografik durumunu ve ayrıca yaşlanan nüfusunun yaşam koşulları ile kendileri için mevcut sağlık ve sosyal hizmetleri daha derinlemesine anlayabilmek amacıyla 2006 yılında ilk sağlıklı yaşlanma profilini hazırlamıştır. Belirlenen 22 gösterge aracılığıyla yaşam durumu, morbidite ve ölüm oranları ve sağlığın daha geniş belirleyicileri analiz edilmiştir. Daha sonra pek çok Avrupa kenti benzer profiller hazırlamıştır.

Burada tüm iyi uygulama örneklerinden bahsetmek mümkün değildir, bu nedenle burada sözlerime son verirken kısa sürede de böyle güzel örneklerin hızlıca ülkemizde de yaygınlaşması diler ve sizlere teşekkür etmek isterim.

Yaşlı Dostu Kent Olma Yolunda İzmir Büyükşehir Belediyesi

Ekrem Ersin CESUR, PhD

İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı Toplum Sağlığı ve Eğitim Şube Müdürlüğü

Birleşmiş Milletler tarafından yapılan son öngörümler, günümüzde 8,1 milyar kişi olan dünya nüfusunun 2030 yılında 8,5 milyar kişiye, 2050 yılında 9,7 milyar kişiye ve 2080'lerde 10,4 milyar kişiyle zirveye ulaşıp 2100 yılına kadar bu seviyede kalacağına işaret etmektedir. Ölüm oranlarındaki azalma yaşam beklentisini de 73,5 yıla kadar yükseltmiştir. 2050 yılında ise yaşam beklentisinin 77,2 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir. Nüfus öngörülerinde artış eğilimi devam ederken, nüfus yapısı incelendiğinde 65 yaş üstü nüfusta hem sayı hem de toplam nüfus içindeki pay bakımından artış yaşandığı görülür. Bu anlamda 2022 yılı itibariyle % 9,8 olan payın 2050 yılında % 16'ya çıkması beklenmektedir. 1980 yılında 258 milyon olan sayının 2022 yılında 3 katına çıkarak 771 milyonu bulması öngörünün doğruluk payını artırmaktadır. Uluslararası kurumlar 2030 yılında 994 milyona, 2050 yılında ise 1,6 milyar kişiye yükselmesi beklenen yaşlı nüfus konusuna uluslararası kamuoyunun dikkatini çekmektedirler. Bu doğrultuda Birleşmiş Milletler yaşlanan nüfusa sahip ülkeleri, sosyal güvenlik ve emeklilik sistemlerinin sürdürülebilirliğini geliştirmek ve evrensel sağlık hizmetleri ile uzun vadeli bakım sistemleri kurmak da dâhil olmak üzere, yürüttükleri kamu programlarını artan yaşlı insan oranına uyarlamak için adımlar atmaya çağırmaktadır[2].

Ülkemizdeki durumu ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden yola çıkarak yorumlamak olasıdır. 2023 yılında 65 yaş üstü nüfusun 8,7 milyon kişi olduğu ve bunun toplam nüfus içindeki payının % 10,2'ye denk düştüğü görülür. Bu anlamda küresel ölçeğe paralel olarak hem sayı hem de paydaki artış eğiliminin sürdüğü söylenebilir. TÜİK'in Nüfus Projeksiyonu 2030-2080 araştırmasında 2040 yılında bu sayının 16,4 milyonu (% 16,3) bulacağı, 2080 yılında ise 27,4 milyonu (% 25,6) geçeceği tahmin

[2] United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.

edilmektedir. Türkiye'de küresel ölçeğe benzer biçimde yaşlanan bir nüfus yapısı sergilemekte, yaşlıların toplam nüfus içindeki payı artmaktadır. Ancak ülke içindeki dağılım farklılık göstermektedir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde % 7'nin altına düşen oran, Orta Karadeniz'de % 20'leri bulmaktadır. Ülkemizde her 4 haneden birinde en az 1 yaşlı fert bulunmakla birlikte yaşlı fert bulunan hanelerin % 25,8'i tek kişilik hanehalkından oluşmaktadır. Dolayısıyla 1.669.270 yaşlı birey tek başına yaşamaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında yaşlı nüfusun % 13,5'inin okuma-yazma bilmediği görülür. 65 yaş üstü nüfusun % 12,2'si işgücüne katılmakta, yarısından fazlası tarım sektöründe olmak üzere neredeyse tamamı istihdam edilmektedir. Sağlık durumları değerlendirildiğinde de dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları ile kanserlerin en sık rastlanan sağlık sorunları olduğu görülür[3].

4,5 milyonluk nüfusuyla Türkiye'nin üçüncü büyük kenti olan İzmir, sayı bakımından en fazla yaşlının (573.856) yaşadığı yer olarak da üçüncü büyük kenttir. Nüfus içindeki pay ise % 12,8'dir. Bu oran Türkiye ortalamasının üzerinde olmakla birlikte aynı zamanda "çok yaşlı toplumlar" kategorisinde yer alınmasını sağlar. Bunun yanında İzmir'in yoğun göç alan bir kent olması, bu anlamda farklı kentlerde doğanların İzmir'de yaşlanmayı tercih etmeleri ve yaşlı bağımlılık oranındaki artış eğilimi[4] İzmir'de yaşlılara yönelik politikaların önde yer alması gerektiğini gösterir.

Üst politika belgeleri incelendiğinde yaşlılar ile ilgili politikaların belirli odaklarda toplandığı sonucuna ulaşılır. Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisinde yaşlılar başta olmak üzere dezavantajlı grupların hizmetlere erişimini sağlamak için gezici sağlık ve halk sağlığı hizmetlerinin artırılması hedefi benimsenmiştir. Benzer biçimde Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planında çalışmak isteyen bütün yaşlılar için istihdam olanakları oluşturulması; yaşlıların sosyal, kültürel, ekonomik ve politik katılımının sağlanması; yaşlıların karar verme sürecinin bütün aşamalarına katılımının sağlanması; yaşlıların kırsal kesimde toplum tarafından dışlanmasının engellenmesi; öğrenim, eğitim ve eğitimin yenilenmesi olanaklarından olduğu kadar mesleki rehberlik

[3] TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2023, Haber Bülteni, Sayı: 53710, 27 Mart 2024.

[4] Baran, Z., Tekindal, M. (2021). İzmir'de Yaşlılık Hallerinin İncelenmesi: Yaşlıların Farklı Kurum Deneyimlerine Yönelik Fenomonolojik Bir Araştırma. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 21(51), 441-445.

ve yerleştirme hizmetleri ile ilgili yaşam boyu fırsat eşitliği sağlanması hedefi benimsenmiştir. Ayrıca İzmir Bölge Planında da yaşlılar özel politika gerektiren kesimlerden biri olarak tanımlanmış ve sosyal, kültürel ve ekonomik yaşama aktif katılımlarının desteklenmesi hedefi benimsenmiştir. İzmir Büyükşehir Belediyesi'nin 2020-2024 Stratejik Planı dâhilinde gerçekleştirilen PESTLE Analizinde de yaşlı, tecrübeli nüfusun sosyal hayatın içinde olması bir fırsat olarak değerlendirilmiş; yaşlı nüfus ile genç nüfusu birleştirici sosyal aktivite ve projelerin oluşturulması; yaşlılara yönelik hobi, gelişim, çalışma ve eğitim birim veya atölyelerinin hayata geçirilmesi ve tanıtımının yapılması hedeflenmiştir. Bununla birlikte yapılan SWOT Analizinde yaşlı nüfus için proje eksikliği, iyileştirmeye açık yönlerden biri olarak değerlendirilmiştir[5].

İzmir Büyükşehir Belediyesi yaşlı nüfusa yönelik hizmetlerini iki farklı koldan yürütmektedir. Bunlardan birini Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı, diğerini ise Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı üstlenmiştir. Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı ihtiyaç sahibi olan yaşlı vatandaşlarımıza, sosyal inceleme raporuyla müracaatçının ihtiyacına göre medikal malzeme (tekerlekli sandalye, hasta yatağı, havalı yatak, hasta bezi, vb) temin etmektedir. Bunun yanında İzmir'de ikamet eden ihtiyaç sahibi yaşlı vatandaşlarımıza hazır yemek üretim ve dağıtım hizmeti verilmektedir. Ayrıca Bizİzmir dayanışma noktalarında ve İsmet Paşa, Ege Mahallelerinde mobil ikram aracı ile yemek üretim ve dağıtım hizmeti verilmektedir. Bir diğer faaliyet ise huzurevi hizmetlerinin yürütülmesidir. 425 kişi kapasiteli Zübeyde Hanım Huzurevi, sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunan, bakıma muhtaç, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirebilen, akıl sağlığı yerinde olan 60 yaş üzerindeki yaşlı vatandaşlarımıza hizmet vermektedir. Huzurevi sakinlerinin barınma, beslenme, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sakinler için kurum dışında yemek ve gezi organizasyonları, kültürel faaliyetler, kurum içinde müzikli ve yemekli etkinlikler, el işi kursu ve bocce turnuvaları düzenlenmektedir. Bunun yanında İnciraltı Kent Ormanı'na spor eğitmeni eşliğinde yürüyüş düzenlenmekte, kurum içerisinde bulunan spor salonunda isteyenlerin spor eğitmeni gözetiminde spor yapması sağlanmaktadır[6].

---

[5] İzmir Büyükşehir Belediyesi, 2020-2024 Stratejik Plan, s. 53, 55.

[6] İzmir Büyükşehir Belediyesi, 2023 Faaliyet Raporu, s. 126, 148 ve 150.

Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı ise yaşlı nüfusa yönelik hizmetlerini 1908 yılında açılan ve ülkemizin ilk belediye hastanesi olan Eşrefpaşa Hastanesi, Toplum Sağlığı ve Eğitim Şube Müdürlüğü ile Sağlıklı Yaşam ve Evde Bakım Şube Müdürlüğü ve bu Müdürlüğe bağlı Sağlıklı Yaş Alma ve Dayanışma Merkezi ile Alzheimer ve Demans Hastaları ve Aileleri için Buluşma ve Dayanışma Merkezi aracılığıyla sürdürmektedir.

Eşrefpaşa Hastanesi[7]

Evde Bakım Hizmeti: İzmir çapında verilen hizmetten yatağa bağımlı, evden çıkamayan hastalar yararlanabilmektedir. Tedavinin takibi, tahlil yapılması, heyet raporlarının yenilenmesi, yara bakımı, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin hastanın evinde uygulanması, sosyal ve psikolojik destek verilmesi amaçlanmaktadır. Evde bakım ekibinde asgari bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, bir şoför bulunmakta olup, ihtiyaç halinde psikolog/sosyal çalışmacı, diyetisyen, fizyoterapist de hizmet sürecine dahil olmaktadır.

Palyatif Bakım Merkezi: 2021 yılı itibariyle 12 yatak kapasitesiyle hizmete açılan Merkez'de uzman hekimler, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen ve konusunda özel eğitimli hemşire kadrosuyla birlikte hizmet vermektedir. Yaşam kalitesini bozan sorunların giderilerek (ağrı,beslenme bozukluğu,yatak yarası vb), hastaya kaliteli yaşam koşullarının sağlanması amaçlanmaktadır.

Toplum Sağlığı ve Eğitim Şube Müdürlüğü[8]

Toplum Sağlığı Eğitimleri: Sağlık okuryazarlığını artırmak için yaşlı nüfus gibi dezavantajlı ve özel ihtiyaçlı grupları önceleyerek bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma yolları, hastalıkların erken tanısı, ilkyardım, ağız diş sağlığı, psikososyal sağlık, sağlıklı, güvenli üretim ve tüketim, hastalıkların önlenmesinde fiziksel aktivitenin önemi vb. konularında koruyucu, önleyici, geliştirici ve destekleyici sağlık eğitimleri düzenlenmektedir.

Gezici Sağlık Araçları: Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi aracıyla kent merkezindeki eğitimlere ulaşmakta güçlük çeken yaşlı nüfusun yaşadığı lokasyonlarda uygulamalı eğitimler gerçekleştirilmektedir.

---

[7] İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi, https://esrefpasahastanesi.izmir.bel.tr/

[8] Toplum Sağlığı ve Eğitim Şube Müdürlüğü Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

Sağlıklı Yaşam ve Evde Bakım Şube Müdürlüğü[9]

Evde Bakım Hizmeti: İzmir'de yaşayan, hizmet almak için müracaat etmiş veya ihbar edilmiş olan, sosyo-ekonomik yoksulluk ve yoksunluk içinde bulunan, günlük yaşam faaliyetlerini tek başına sürdüremeyen hasta, yaşlı ve engelli ihtiyaç sahibi kişilere; belirli periyotlarda kişisel bakım, kuaför, ev temizliği, psikolojik destek, fiziksel aktivite desteği ve küçük onarım destek hizmeti verilmektedir. Yapılan sosyal inceleme sonrası hizmet kararı alınmakta, sözü edilen hizmetlerin bir bölümü ya da tamamı sunulmaktadır.

Sağlıklı Yaş Alma ve Dayanışma Merkezi: 55 yaş ve üzeri, evinde yaşayan hemşehrilerimize bir araya gelebilecekleri, sosyal ve fiziksel aktivitelerini artırabilecekleri bir merkez olarak hizmet vermektedir. 1000'den fazla üyesi olan merkezde üyeler antrenör eşliğinde spor yapabiliyor, turistik ve tarihi yerleri geziyor, eğlencelere katılıyor, oluşturulan sanat müziği korosunda şarkılar söylüyor ve merkezde sık sık bir araya gelerek sohbet etme olanağı buluyorlar. Üyelik sistemi ile çalışan merkezde yoga, jimnastik, müzik, drama, satranç, çini, takı ve el sanatları vb. çalışmaları yapılabiliyor. Geziler, tekne turları ve eğlenceler düzenlenebiliyor, bilgilendirme toplantıları ve sinema günleri organize ediliyor.

Alzheimer ve Demans Hastaları ve Aileleri için Buluşma ve Dayanışma Merkezi: 2013 yılında hizmete açılan merkez, Alzheimer (1.evre) ve/veya hafif demans hastası olan, günlük yaşama faaliyetlerini yerine getirebilen, saldırgan ve agresif davranışlar sergilemeyen, beden fonksiyonlarında kendi ihtiyacını karşılamasına engel olacak sakatlığı, hastalığı ve ruhsal sorunları bulunmayan, bulaşıcı ve sürekli tedaviyi gerektiren ağır hastalıklara sahip olmayan yaşlılarımıza hizmet sunmaktadır. Hastalarımız başvuru aşamasında aileleri eşliğinde kuruma uyum sağlayabilmeleri için deneme aşamasından geçmektedir.

KAYNAKLAR

1. Baran, Z., Tekindal, M. (2021). İzmir'de Yaşlılık Hallerinin İncelenmesi: Yaşlıların Farklı Kurum Deneyimlerine Yönelik Fenomonolojik Bir Araştırma. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 21(51), 441-445.

[9] Sağlıklı Yaşam ve Evde Bakım Şube Müdürlüğü Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

2. İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi, https://esrefpasahastanesi.izmir.bel.tr/
3. İzmir Büyükşehir Belediyesi, 2020-2024 Stratejik Plan, s. 53, 55.
4. İzmir Büyükşehir Belediyesi, 2023 Faaliyet Raporu, s. 126, 148 ve 150.
5. Sağlıklı Yaşam ve Evde Bakım Şube Müdürlüğü Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
6. Toplum Sağlığı ve Eğitim Şube Müdürlüğü Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
7. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2023, Haber Bülteni, Sayı: 53710, 27 Mart 2024.
8. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.

Manisa Kent Merkezinde Aile Hekimlerinin Hastalık Yönetim Platformu (HYP) Uygulamaları

Uzm. Dr. Yunus ÖZKAYA

Halk Sağlığı Uzmanı, Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü

*Bu sunum, «**Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Anketi Hizmet Sunucu (KBDhs) Sürümünün (Assessment Of Chronic Illness Care-Acic) Türkçe Geçerliliği ve Güvenilirliği**» başlıklı uzmanlık tezinin ilgili bölümlerinin bazı seçilmiş bulgularını içermektedir.*

GİRİŞ : Arka Plan

Toplumun hekimlere başvuru oranları ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına %60.1 iken birinci basamağa başvuru oranı %39.9'dur. (SB İstatistikleri 2022)

Bu durumda, özellikle aile hekimliği alanında birinci basamak sağlık hizmetlerinin, kronik hastalıkların korunması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyon süreçlerine odaklanarak güçlendirilmesi gerektiği açıkça ortaya çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle, kronik hastalıklarla etkili bir mücadelede **mortalite ve morbidite** oranlarında belirgin azalmalar öngörülmektedir.

HYP Nedir?

HYP, hipertansiyon, diyabet, obezite, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve çok yönlü yaşlı değerlendirmesi gibi öncelikli kronik hastalıkların tarama ve izleme süreçlerini içeren modüllerin yer aldığı bir yazılım olarak hazırlanmıştır ve popülasyon takibi bölümü ile aile hekimlerine kayıtlı kişilerinin tarama ve izlemlerine dair istatistikleri görüntüleme olanağı sunmaktadır. Hasta bilgilerinin elektronik ortamda güncellenmesi, sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişimi kolaylaştırmaktadır.

Kayseri'de yapılan HYP yazılımının değerlendirildiği, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının HYP ile ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir çalışmada, katılımcıların %46.5'i HYP'nin kronik hastalık insidansının azaltılmasında yardımcı olacağını ve %61.3'ü HYP'nin kronik hastalıkların takibini kolaylaştırdığını belirtmiştir.

İstanbul'da toplamda 751 aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı ile yapılan tanımlayıcı bir araştırmada HYP kullanan katılımcıların oranı %55.8 olarak bulunmuştur ve katılımcıların %22.1'i kronik hastalıklara sahip hastalarında tarama ve izlem yapmamaktadır. HYP kullanımıyla kronik hastalıkların insidansının azalacağını

düşünenlerin oranı %36.4 ve HYP kullanımının önündeki en büyük engelin zaman kaybı olduğunu düşünenlerin oranı %79.4 olarak bulunmuştur.

YÖNTEM

«KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ANKETİ HİZMET SUNUCU (KBDhs) SÜRÜMÜNÜN (ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE-ACIC) TÜRKÇE GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ» adlı uzmanlık tezi, bölge düzeyinde kronik hastalık bakım/hizmet niteliğinin tanımlanması ve aile hekimliği birimlerinde kronik hastalık bakım/hizmet niteliğini etkileyen değişkenlerin ortaya konmasını amaçlayan, Manisa ilinin iki merkez ilçesinde (Şehzadeler ve Yunusemre ilçelerinde) bulunan tüm aile hekimleri birimlerini temsil eden bir örnek üzerinde yürütülmüştür. Bu iki merkez ilçede bulunan **toplam 126 AH biriminden 111'i** çalışmaya katılmıştır. AH birimleri için **kapsayıcılık %88.1** olmuştur.

BULGULAR

Genel Olarak Hyp Uygulama

Aile hekimlerinin %55.0'inin Hastalık Yönetim Platformu (HYP) eğitimi aldığı, %37.8'inin HYP kullanarak kayıtlı nüfusta tarama/izlem yaptığı ve HYP kullanarak tarama/izlem yapanların %61.9'unun her ay düzenli, %23.8'inin çoğu aylar ve %14.3'ünün bazı aylar yaptığı bulunmuştur.

Diyabet Tarama-İzlem *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Aile hekimlerinin anketin uygulandığı aydan bir önceki ay kayıtlı nüfusta pozitif performans katsayısına ulaşabilmek için yaklaşık olarak yaptıkları tarama ve izlem başarı yüzdeleri sorgulandığında **diyabet taraması** için ortalama başarı yüzdesi 36.06 ± 59.32 (Min:0.0, Max:313.3) ve **%32.4'ünün** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde diyabet taraması yaptığı, **diyabet izlemi** için ortalama başarı yüzdesi 13.19 ± 26.38 (Min:0.0, Max:112.5) ve **%15.3'ünün** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde diyabet izlemi yaptığı bulunmuştur.

Hipertansiyon Tarama-İzlem *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Hipertansiyon taraması için ortalama başarı yüzdesi 18.84 ± 32.91 (Min:0.0, Max:148.0) ve **%23.4'ünün** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde hipertansiyon taraması yaptığı, **hipertansiyon izlemi** için ortalama başarı yüzdesi 9.56 ± 21.81 (Min:0.0, Max:100.0) ve **%9.1'inin** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde hipertansiyon izlemi yaptığı bulunmuştur.

Kardiyovasküler Risk Tarama-İzlem *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Kardiyovasküler risk taraması için ortalama başarı yüzdesi 24.89 ± 39.77 (Min:0.0, Max:192.9) ve **%28.8'inin** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde kardiyovasküler risk taraması yaptığı, **kardiyovasküler risk izlemi** için ortalama başarı yüzdesi 18.84 ± 35.37 (Min:0.0, Max:154.0) ve **%18.1'inin** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde kardiyovasküler risk izlemi yaptığı bulunmuştur.

Obezite Tarama-İzlem *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Obezite taraması için ortalama başarı yüzdesi 20.03 ± 35.13 (Min:0.0, Max:147.0) ve **%23.4'ünün** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde obezite taraması yaptığı, **obezite izlemi** için ortalama başarı yüzdesi 19.37 ± 37.65 (Min:0.0, Max:125.0) ve **%18.9'unun** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde obezite izlemi yaptığı bulunmuştur.

Yaşlı İzlem-Tarama *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Yaşlı değerlendirme taraması için ortalama başarı yüzdesi 1.21 ± 9.34 (Min:0.0, Max:95.0) ve **%0.9'unun** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde yaşlı değerlendirme taraması yaptığı, **yaşlı değerlendirme izlemi** için ortalama başarı yüzdesi 3.65 ± 18.89 (Min:0.0, Max:155.0) ve **%2.7'sinin** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde yaşlı değerlendirme izlemi yaptığı bulunmuştur.

Rahim Ağzı Kanser Tarama *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Aile hekimlerinin son bir yılda kayıtlı nüfusta yaklaşık olarak yaptığı **kanser tarama yüzdeleri** sorgulandığında **serviks kanseri** için ortalama tarama yüzdesi 20.89 ± 24.95 (Min:0.0, Max:100.0) ve **%18.9'nun** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde serviks kanseri taraması yaptığı bulunmuştur.

Kolorektal Kanser Tarama *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Kolorektal kanser için ortalama tarama yüzdesi 26.76 ± 31.80 (Min:0.0, Max:110.0) ve **%25.2'sinin** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde kolorektal kanser taraması yaptığı bulunmuştur.

MEME KANSERİ TARAMA *(ASGARİ BAŞARI YÜZDESİ TARAMA %40, İZLEM %50)**

Meme kanseri için ortalama tarama yüzdesi 25.16 ± 30.01 (Min:0.0, Max:100.0) ve **%29.7'sinin** asgari başarı yüzdesi ve üzerinde meme kanseri taraması yaptığı bulunmuştur.

Hyp İzlem/Tarama Yapmama Nedenleri

Aile hekimlerinin HYP kullanarak kayıtlı nüfusta tarama/izlem **yapmama nedenleri** sorgulandığında **%88.4'ünün iş yükü**, **%69.5'inin nüfus fazlalığı**, **%26.1'inin maddi teşvik yetersizliği**, **%26.1'inin hastalarla iletişim ve iş birliği sorunu**, %7.2'sinin mevcut kullanılan sistemle entegrasyonun olmaması ve %4.3'ünün lojistik yetersizlikler nedeniyle HYP kullanarak kayıtlı nüfusta tarama/izlem yapmadıkları bulunmuştur.

SONUÇ

Tarama ve izlem hedeflerine ulaşabilen AH yüzdeleri **çok yönlü yaşlı değerlendirmesi için sırasıyla %0.9-2.7 arasındadır.** HYP kapsamındaki diğer dört durum için **en iyi tarama yüzdesi %32.4 ile diyabete**, **en kötü tarama yüzdesi %23.4 ile obeziteye** aittir. İzlem yüzdeleri açısından ise **en iyi izlem yüzdesi %18.9 ile obeziteye**, **en kötü izlem yüzdesi ise % 9.1 ile hipertansiyona** aittir.

Türkiye'de Kronik Hastalık Yönetimini iyileştirmek için hizmet kapsamına alınan Hastalık Yönetim Platformu hizmet kalemleri açısından Sağlık Bakanlığının asgari hizmet hedeflerine göre, Manisa ili Şehzadeler ve Yunusemre ilçelerinde **tarama hizmetleri, izlem hizmetlerinden daha başarılıdır.** Ancak her iki hizmet açısından **HYP uygulamaları istenen düzeyin çok altındadır.** Aile hekimlerinin **%62.2'si HYP uygulamasını kullanmamaktadır**. En iyi ihtimalle her 10 aile hekiminden yaklaşık dördü kayıtlı nüfusunda tarama yapmakta, her 10 aile hekiminden yaklaşık bir veya ikisi kronik hastalık izlemi yapmaktadır.

*SB HYP Uygulama Kılavuzu

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni. Erişim adresi: https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF
- Humphreys, J., Wakerman, J., Kuipers, P., Russell, D., Siegloff, S., Homer, K., & Wells, R. (2017). Improving workforce retention: Developing an integrated logic model to maximise sustainability of small rural and remote health care services.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Hastalık Yönetim Platformu(HYP). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platformu.html
- Gökçek MB, Çetin Benli N. Evaluation of the Use of the Disease Management Platform by Family Physicians and Family Health Workers. Life Med Sci. 10 Ekim 2023;4.
- Atak, Muhammed, Mehmet Akif Sezerol, and Zeynep Meva Altaş. "Chronic Disease Management in Primary Care: A Cross-Sectional Study in Türkiye." *Phoenix Medical Journal* 5.3 (2023): 211-216

Yaşlı Sağlığı İzlem Modeli ile İlgili Olarak Hizmeti Alanların ve Sunanların Görüş, Beklenti ve Önerileri

Uzm.Dr.Sevil Babuş

Halk Sağlığı Uzmanı, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Giriş

Son 50 yılda en büyük demografik değişim nüfusun yaşlanmasıdır. Birleşmiş Milletler'in (BM) tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının yüzde 8 ile 10 arasında olması o ülke nüfusunun 'yaşlı', yüzde 10'un üzerinde olması ise 'çok yaşlı' olduğu anlamına gelmektedir. Buna göre Türkiye, 2023'te yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yüzde 10,2'ye çıkarak 'çok yaşlı' nüfuslu ülkeler arasında yer almaya başlamıştır.

Amaç

Bu çalışmanın amacı birinci basamakta yaşlılara verilen hizmetlerle ilgili olarak hizmeti kullanan yaşlılar ve yaşlılara bakım verenler ile hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin bu hizmetler hakkında görüş, beklenti ve önerilerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evreni ise Manisa ili Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bu müdürlüğe bağlı ASM'ler ile Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan sağlık profesyonelleri, bu bölgeden hizmet alan 65 yaş üstü kişiler ve 65 yaş üstü kişilere bakım verenlerden oluşmaktadır. Çalışmamız; 65 yaş üstü kişilerde odak grup görüşmesi, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yapılan niteliksel bir araştırmadır. Çalışmada 6 odak grup görüşmesi yapılmış, kentsel, yarı kentsel ve kırsal olmak üzere 3 alt gruba ayrılmıştır. Odak grup görüşmelerinde yaşlıların yoğun olarak yaşadığı yerler öncelikle tercih edilmiştir. Odak grup görüşmesi için en az 4 en fazla 7 katılımcı ile görüşülmüştür. Niteliksel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniklerinin kullanıldığı bu çalışmada içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. Biası en aza indirmek için triangulasyon yöntemi kullanılmıştır. Sağlık Hizmetlerindeki araştırmalarda sıkça kullanılan kaynakların triangulasyon yöntemi ile yaşlılar, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri ile

görüşülmüştür. Görüşmeler sırasında ses kayıt cihazı ile toplanan nitel veriler araştırmacı tarafından dinlenerek metne çevrilmiştir.

Bulgular

Çalışma grubumuz sağlık profesyonelleri, yaşlılar ve yaşlılara bakım verenlerden oluşmaktadır. Çalışma grubunun %55'ini yaşlılar, %35'ini sağlık profesyonelleri ve kalan %10'unu bakım verenler oluşturmaktadır. Çalışmanın niteliksel analizi sonucunda 4 tema elde edilmiştir. Bulgular bu 4 ana başlık altında sunulmuştur. Bu başlıklar yaşlılık, yaşlılık sorunları, sağlık hizmeti ve yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınmasıdır. Katılımcıların verdikleri cevaplara göre temaların altında alt temalar onların içinde de kategoriler oluşturulmuştur. Sağlık profesyonelleri yaşlılık kavramını kronolojik yaşa bağlı bir tanım olarak yaparken, bakım verenler bakmakta oldukları kişiyi düşünerek bu soruyu cevaplamışlar; bu yüzden bakım verenler yaşlılığa olumsuz bakış açısına sahiptiler. Odak gruplarda ise kişiler içinde bulundukları sosyal, psikolojik ve kültürel durumlarına göre yaşlılıklarını değerlendirdiler. Yaşlıların yaşlılığa bakışı olumlu bakış açısı ile "doğal bir süreç" ve "deneyim" olarak tanımlarken, olumsuz bakış açısında "işlev kaybı, bedensel ve ekonomik bağımlılık, sosyal izolasyon ve yalnızlık ile iç sıkıntısı" olarak tanımlamışlardır. Her üç grup yaşlıların yoksullaştığını ve toplumsal statülerinin azaldığını bildirdi. Sağlıklı yaşlanma konusunda sağlık profesyonelleri literatür tanımına yakın cevaplar verdi. Yaşlılar sağlıklı yaşlanmayı sosyoekonomik durum, genetik yatkınlık ve dengeli beslenme ile özdeşleştirdi. Bazı katılımcılar sosyal olmanın sağlıklı yaşlanmanın koşulu olduğunu bildirdi. Sağlık profesyonelleri mevcut sistemde yaşadıkları sıkıntılardan bahsettiler. Sağlık profesyonelleri ilk başvurulan sağlık kurumunun kendileri olduğunu ve hasta temelli sürekli bir hizmet sunduklarını belirtti. Öncelikle verilecek hizmetin koruyucu sağlık hizmeti olduğu, bunun yanında tedavi edici sağlık hizmetinin de verilebileceği ama rehabilite edici sağlık hizmetinin sınırlı olacağını belirttiler. Sağlık profesyonelleri yaşlı izlem protokollerinin eksikliğini, nüfus fazlalığını ve dolayısıyla zaman kısıtlılığını, bakım verenlerin sağlık ve eğitim konusundaki yetersizliğini vurgulamıştır. Yaşlılar, kendilerinin bir risk grubu olarak izlenmesi gerektiğini düşünmekle birlikte fiziksel bağımlılığı olmayanlar izlemlerini sağlık kurumuna giderek yaptıracaklarını belirtmişlerdir. Ancak yaşlılar, hizmeti uzman hekimden almaları gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 1: Tema: Yaşlıların risk grubu kapsamı içine alınması

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

Sonuçlar

Toplumsal değişim yaşlılık algısını olumsuz etkilemiş, yaşlılar giderek daha işlevsiz kalmışlar, statülerini kaybetmişler, izole olmuşlardır. Aktif ve bağımsız bir yaşlılık için gerekli olan sağlığı geliştirme davranışlarının ise yaşlılar ve yaşlılara bakım verenler için yeterli algılanmadığı ve yetersizliklerden dolayı uygulamaya büyük ölçüde geçmediği görülmüştür. İçinde yaşadığımız toplum birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevini bilmemekte, yaşlılar kronik hastalıklarının hastanelerdeki uzman doktorlar tarafından izlenmesini istemektedir. Nitekim bunun bir olası nedeni evde sağlık hizmetleri adı altında sunulan hizmetlerin ağırlıklı olarak tedavi ve rehabilitasyon odaklı olması ve ikinci basamak tarafından verilmesidir. Ülkemizde verilen evde sağlık hizmetleri aslında evde verilen hastane hizmetleridir. Dünya'da verilen evde sağlık hizmetlerini ise yaşlı sağlığı izlem modellerine örnek verebiliriz. Bu yüzden evde sağlık hizmetleri risk grubu izlemlerine entegre edilmelidir.

Yaşlı Sağlığı Alanında Sürdürülen Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Yaşlılarda Dezavantajlı Gruplara Yaklaşım

Nadir Maşalacı, Msc.

Sosyal Hizmet Uzmanı, İzmir Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdür Yardımcısı

Türkiye'de yaşlı nüfus son on yılda %49 artmıştır. Dünyada ve ülkemizdeki genel kabul, 65 ve üzeri yaştaki bireylerin 'yaşlı nüfus' olarak tanımlanmasıdır. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum oranlarının düşmesinin yanı sıra doğumda ve yaşlılıkta beklenen yaşam sürelerinin uzaması yaşlı nüfusun ve toplam nüfus içerindeki payının artmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlı sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının önemi giderek artmakta olup Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı huzurevi sayısı 2002 yılında 63 iken, 2023 yılı Temmuz ayı itibarıyla 169'a ulaşmış ve Bakanlığımıza bağlı huzurevlerinde bakılan yaşlı sayısı 2002 yılında 4.952 iken bu sayı 2023 yılı Temmuz ayı itibarıyla 14 550 kişi olmuştur.

Yaşlı sağlığı alanında sürdürülen sosyal hizmet uygulamaları, yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasına odaklanır. Bu hizmetler, yaşlı bireylerin bağımsızlığını desteklemeyi, toplumsal katılımı artırmayı ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Özellikle ekonomik dezavantajlılık, sağlık sorunları ve toplumsal dışlanma gibi dezavantajlarla mücadele etmek, sosyal hizmet uzmanlarının öncelikli görevlerindendir.

Yaşlılarda dezavantajlı gruplara yaklaşım, yaşlı bireylerin heterojen bir grup olduğu gerçeğini dikkate almaktadır. Bu gruplar arasında ekonomik olarak dezavantajlı olanlar, sağlık sorunlarıyla mücadele edenler ve toplumsal dışlanma riski taşıyanlar bulunmaktadır. Sosyal hizmet uygulamaları, bu grupların ihtiyaçlarını belirlemeyi, erişimlerini artırmayı ve topluma entegrasyonlarını desteklemeyi hedeflemektedir.

Yukarıda söz konusu yaşlı gruplarına yönelik Bakanlığımızın yaşlı sağlığı alanında sürdürdüğü bazı uygulama örnekleri bulunmaktadır. Bakanlığımız Türkiye'de sosyal hizmetlerin düzenlenmesi, koordine edilmesi ve uygulanmasından sorumlu olan önemli bir kamu kurumudur. Bakanlık, çeşitli sosyal hizmet programları ve politikaları aracılığıyla toplumun farklı kesimlerine hizmet sunmaktadır. Yaşlı sağlığı

alanında da Bakanlık tarafından yürütülen çeşitli uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamalar ulusal ve uluslararası mevzuatla standardize edilmiş olup yaşlının yüksek refahı göz önünde bulundurularak mevzuata dayalı ve sosyal hak temelli yaşlı bakım uygulamaları gerçekleştirilmektedir.

- **Kurumsal Temelli Yaşlı Bakım Hizmetleri:** Bakanlığımız, Türkiye genelinde yaşlı bireylere yönelik çeşitli bakım hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetler arasında yaşlı bakımevi ve rehabilitasyon merkezleri ve gündüzlü bakım merkezleri yer almaktadır. Bu merkezlerde yaşlı bireylere sağlık hizmetleri, sosyal etkinlikler, psikososyal destek ve günlük bakım hizmetleri sunulmaktadır. 5 ana kısımdan oluşan 21.02.2001 tarihli ve 24325 sayılı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği ile kurumsal bakım hizmetindeki iş ve işleyişler açıkça belirlenmiş ve personelin görev ve yetkilerinin sınırları çizilmiştir. Mezkur Yönetmelik esaslarına göre; 60 yaş ve üzeri yaşlarda olan, ruh sağlığı yerinde olan, bulaşıcı hastalığı olmayan, uyuşturucu madde ve alkol bağımlısı olmayan kişiler Bakanlığımıza bağlı kurumsal bakım hizmetine başvuru yapabilmektedir. Kurumsal bakım hizmetleri ücretli ve ücretsiz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sosyal inceleme raporu dayanak alınarak; kanunen bakmakla yükümlü kimsesi olmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarından emekli, dul ve yetim aylığı almayan, yapılacak araştırmalar sonucunda adına kayıtlı menkul ve gayrimenkulü bulunmadığı ya da adına kayıtlı gayrimenkulü olup da sağladığı gelirle yaşamını sürdüremeyeceğinin saptanması sonucunda yoksulluk belgesi düzenlenen yaşlılar ile kanunen bakmakla yükümlü kimsesi olup da yükümlülerin ekonomik gücünün yeterli olmadığı saptanan yaşlılar ücretsiz; ekonomik gücü yeterli olup da sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ise ücretli olarak kabul edilmektedir. Kuruluş yaşlılarından alınacak aylık bakım ücreti, oda, yatak, yemek ve bakım giderlerini kapsamaktadır. Bunun yanında, özel sosyal hizmet kuruluşlarının kapasitelerinin yüzde üçü, Bakanlığımızca tespit edilecek kişilerin ücretsiz yararlanması için ayrılmaktadır.
- **Sosyal Destek Programları:** Bakanlık, yerel yönetimler ve Sivil Toplum Kuruluşları ile iş birliği içinde sosyoekonomik olarak dezavantajlı yaşlı bireylere yönelik çeşitli sosyal destek programları yürütmektedir. Bu programlar arasında

yaşlılara yönelik maddi destekler, sosyal yardımlar ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylıkları bulunmaktadır. Bu destekler, yaşlı bireylerin ekonomik güvencelerini artırmayı ve yaşam standartlarını yükseltmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda, 65 yaş üstü yaşlıların korunması ve desteklenmesi ile biyopsikososyal bakıma ihtiyacı olanların yaşadıkları mekânlarda ve/veya gündüz merkezlerde gerekli olan bakımlarının yapılarak yaşamlarının kolaylaştırılmasına yönelik Yaşlı Destek Programı Bakanlığımızca uygulanmaktadır. YADES Programı yaşlıların bağımsız yaşamlarının desteklenmelerini içeren, günlük yaşamlarının kolaylaştırılmasına yönelik hizmetlerin verilebileceği bir hizmet modelinin oluşturulması ve işletilmesi çerçevesinde yerel yönetimlerce koordine edilen projeleri desteklemeyi amaçlamaktadır. 2024 yılında Bakanlık YADES Programı için 11 milyon 278 bin lira ödenek ayırmıştır.

- **Yaşlı Hakları ve Korunması:** Bakanlığımız, yaşlı bireylerin haklarını korumak ve yaşlı istismarını önlemek için çeşitli önlemler almaktadır. Bu kapsamda yaşlı istismarıyla ilgili şikâyet mekanizmaları oluşturulmuştur. ALO 183 Başvuru Hattı, CİMER Başvuru Platformu gibi uygulamalardan hem yaşlı birey kendisi ile ilgili ihtiyaçlarını bildirirken hem de yaşlı yakınları ve çevresi taleplerini kolaylıkla ve zaman almadan iletebilmektedir. Ayrıca, yaşlılara yönelik bilinçlendirme ve eğitim programları düzenlenmiş olup yaşlı haklarıyla ilgili yasal düzenlemelerin yapılması ve mevcut yasaların uygulanmasının takip edilmesi de Bakanlığımızın sorumlulukları arasında bulunmaktadır.
- **Toplumsal Katılımı Artırıcı Programlar:** Bakanlığımız yaşlı bireylerin toplumsal yaşama aktif katılımını teşvik etmek için çeşitli programlar düzenlemektedir. Bu programlar arasında yaşlılara yönelik kültürel etkinlikler, sosyal etkileşim grupları ve gönüllülük faaliyetleri bulunmaktadır. Bu faaliyetler, yaşlı bireylerin sosyal izolasyonunu azaltmayı ve topluma entegrasyonunu desteklemeyi hedeflemekle birlikte aktif yaşlanma vizyonuna uyumlu olarak sürmektedir. Bu kapsamda, "hak temelli bakış açısıyla yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına ve taleplerine uygun hizmetleri alabildiği, kendilerini gerçekleştirebildikleri kapsayıcı ve sürdürülebilir Türkiye" olma yolunda Bakanlığımız koordinasyonunda Yaşlanma Vizyon Belgesi hazırlanmıştır. Yaşlanma Vizyon Belgesi ile aktif ve sağlıklı yaşlanma bilincinin artırılması, hak temelli, kapsayıcı ve sürdürülebilir

yaklaşımla yaşlı bireylere yönelik hizmet ve destek modellerinin çeşitlendirilmesi, kuşaklararası dayanışmanın güçlendirilmesi, yaşlı bireylerin bilgi birikimi ve deneyimlerinden yararlanarak toplumsal kalkınmaya katılımlarının teşvik edilmesi, toplumsal hayata diğer bireylerle birlikte katılımlarının güçlendirilerek kendilerini gerçekleştirmelerine imkân tanınması, her yaş için erişilebilir ortamların sağlanması, afet ve insani bakımdan acil durumlarda yaşlı bireyler açısından içermeci yaklaşımla koruma ve müdahale anlayışının geliştirilmesi ve yaş ayrımcılığıyla mücadele edilerek yaşlı bireylerin haklarının güçlendirilmesi amaçlarına ulaşmak üzere 6 politika alanında 16 hedef ve 51 eylem alanı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin haklarını gerçekleştirebildikleri, kendi ihtiyaçlarına ve taleplerine uygun hizmetleri alabildikleri ve yaşam deneyimlerini gelecek nesillere aktarabildikleri her yaş için toplum inşa etmek konularında farkındalık kazandırmak amacıyla çalışmalar yürütülmektedir.

Bakanlığımız, yaşlı sağlığı alanında sürdürdüğü uygulamalarla sosyal devlet anlayışı çerçevesinde ayrım yapmaksızın ülkemizdeki tüm yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmayı ve dezavantajlı gruplara destek olmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda yürütülen çalışmalar, yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kapsamlı bir yaklaşımı temsil etmektedir.

Sonuç olarak, yaşlı sağlığı alanında sürdürülen sosyal hizmet uygulamaları ve yaşlılarda dezavantajlı gruplara yaklaşım, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak için hayati öneme sahiptir. Ancak bu alandaki hizmetlerin etkinliğini artırmak ve iyileştirmek için sürekli olarak güncellenen dünya şartlarına uyumlu olarak sosyal hizmet uygulamaları ve makro açıdan sosyal politikalar geliştirmek gerekmektedir. Bu bağlamda, multidisipliner bir yaklaşım benimsenmeli ve toplumun tüm kesimlerini kapsayan stratejiler geliştirilmelidir.

Yaşlı Sağlığı Politikaları

Mevlüt Ülgen

Psikolog, Ege Geriatri Derneği Başkanı ve İzmir Kent Konseyi Sağlıklı Yaşlanma ve Yaşlı Politikaları Çalışma Grubu Yürütücüsü

Dünya da ve Türkiye'de yaşlı nüfus hızla artmaktadır. BM verilerine göre 1950 yılında %5 dolayında olan yaşlı nüfus oranı yaklaşık iki kat artış göstererek 2020 yılında %9,5 olmuştur. Yaşlı nüfus oranın 2050 yılında % 22 olacağı tahmin edilmektedir.

Türkiye'de de yaşlı nüfus son beş yılda %22,6 artmıştır. TÜİK verilerine göre Türkiye'de yaşlı nüfus oranı 1990 yılında %4,3, 2010 yılında %7,2 iken, 2020 yılında %9.5'e, 2022 yılında % 9.9, **2023 yılında % 10.2 yükselmiştir.** Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.

Yaşlı nüfus aşamasından çok yaşlı nüfus aşamasına geçmiş olan Türkiye'de bu demografik verilere uygun olarak merkezi ve yerel hizmet ve politikaların geliştirilmesi, plânlama ve gelecek projeksiyonlarında bu sosyo-demografik değişimin göz önene alınması gerekmektedir.

Ulusal ve uluslararası yaşlanma eylem plan ve programlarında da ifadesini bulan, aktif ve sağlıklı yaşlanma konsepti çerçevesinde yaşlı bireylerin bağımsız, yerinde, sağlıklı yaşlanma olanak ve haklarına vurgu yapan, toplumsal refah, katılım, kendini gerçekleştirme imkânlarını içeren, erişilebilir, etkin kamusal hizmet ve çevrelere güçlü vurgu yapan, yaşlı bireyleri yaşamın aktif birer öznesi olduğu yaklaşımını yansıtan yaklaşım ve hak temelli politikalara ihtiyaç ger geçen gün artmaktadır.

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmaktadır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma sağlıklı yaşlanmanın göstergelerindendir. Bireylerin sağlıklı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir.

Yerel ve ulusal düzeyde oluşturulacak ekonomik, sosyal ve siyasal programlar, politikalar, kent planlamaları, konutlar ve yaşam alanları; yaşlılığa özgü temel

özellikleri, sosyolojik ve demografik değişimleri dikkate alarak toplumun ve yaşlının yaşam kalitesi ve esenliğine odaklanarak yapılmalıdır.

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığını, psikososyal iyilik halini, sosyal işlevselliğini, bağımsızlığını, yaşam üzerindeki kontrolünü, maddi koşullarını ve çevresini kapsamaktadır. Sağlıklı yaşlanma ise, ileri yaşta sağlık/iyilik halini, esenliği mümkün kılan fonksiyonel kapasiteyi geliştirme ve sürdürme süreci olarak tanımlanmakta (DSÖ), tüm yaşam dönemlerini kapsayan bir süreç olarak ele alınmaktadır. Sağlık, fiziksel çevre, yaşanan yerin coğrafyası, eğitim, meslek, gelir, sosyal statü, sosyal destek, kültür ve toplumsal cinsiyet de dahil olmak üzere çevresel, ekonomik ve sosyal birçok belirleyici faktörden etkilenmektedir (DSÖ 2002). DSÖ yaşlılara yönelik, strateji ve eylem planında (2012 - 2016) sağlıklı yaşlanma için, yaşam boyu sağlıklı yaşlanma olanaklarının geliştirilmesi, sağlık sistemlerini yaşlanan nüfusa göre güçlendirilmesi ile "sosyal ve fiziksel olarak destekleyici çevrelerin oluşturulmasına vurgu yapılmaktadır. DSÖ Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşlanma yaklaşımında; sağlığı etkileyen belirleyicileri arasında yer alan yaş, cinsiyet ve kalıtsal özellikler dışında kalan belirleyicilerin büyük bir çoğunluğuna müdahale edilerek insanları daha sağlıklı yaşama ve yaşlanmasına imkan sağlanabileceği vurgulanmaktadır. Bireysel özellikler ve yaşam tarzı yanında, beslenme, barınma, yaşam ve çalışma koşulları ile sağlık hizmetlerini de içeren genel sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullara dikkat çekilmektedir. Bu çerçevede yaşlı dostu kavramı öne çıkmaktadır.

Sağlıklı yaşlanma ve yaşam boyu yaklaşımında, makro ve mikro çevrede güvenli yaşam olanakları oldukça önem kazanmakta; yaşlıların toplumsal katılım ve refahını artırmayı, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı desteklemeyi amaçlayan bir yaklaşım olarak yaşlı dostu toplum anlayışına vurgu yapılmaktadır Yaşlı Dostu Toplum yaklaşımı çerçevesinde hazırlanan DSÖ, Küresel Yaşlı Dostlu Kentler Rehberinde toplumun ve kentin yaşlı dostu olması kriterleri belirlenmiş, "Dış ortamlar", "Ulaşım ve Hareketlilik", "Konut", "Sosyal Katılım", "Sosyal İçerme ve Ayrımcılığın Önlenmesi", "Sivil Katılım ve İstihdam", "İletişim ve Bilgilendirme", "Toplum Desteği ve Sağlık Hizmetleri" başlıkları olmak üzere sekiz alanda ayrıntılı olarak tanımlanmış, herkes için erişilebir, evrensel tasarım ilkelerine uygun yaşam alanları ile sağlıklı ve güvenli çevreye vurgu yapılmıştır.

Yaşlı refahı ve esenliğini sağlamada önemli kavramlardan birisi de yerinde yaşlanma kavramıdır. Yerinde yaşlanma kavramı yaşlı bireyin alışık olduğu çevrede, ve tanıdık bir

ortamda kendini özerk ve güven içinde hissettiği, komşu, aile ve arkadaşları içeren sosyal destek bağını sürdürebildiği bir anlayışı ifade etmektedir. Yerinde yaşlanmanın temel hedefi refahın artışı, bağımsızlık, özgürlük, yaşanılan ev ve çevre ile olan duygusal bağın sürdürülmesi, arkadaş, akraba ve komşuluk ilişkilerinin devam etmesi böylece yaşlı bireyin sağlıklı yaşlanmasına ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sunmaktır.

Yaşlılarla yapılan çalışmalarda yaşlıların evinde ve alışık olduğu toplumsal çevrede yaşamak istekleri ön plana çıkmaktadır. Yaşlıların bu taleplerinin karşılanması ve refahının korunması için yaşlıların yerinde yaşlanma taleplerine karşılık gelecek sosyal çevrelerin, hizmetlerin ve politikaların oluşturulması ve yürütülmesi gerekmektedir. Bu çerçevede yaşlı bireyin tercih ve ihtiyacını önceleyen etkin ve kapsayıcı kurumsal ve evde bakım ve destek sistemleri öne çıkmaktadır. Mevcut evde bakım ve destek hizmetlerinin sınırlılığı, bakıcı sorunu ve kamusal kurumsal bakım merkezlerinin yetersizliği günümüzde yaşlı yoksulluğu ile birlikte yaşlılar ve yakınları açısından en can yakıcı sorunlar arasında yer almaktadır. Bu çerçevede ihtiyaç odaklı, erişilebilir, kapsayıcı evde sağlık, evde bakım ve rehabilitasyon gibi destekleyici sağlık, bakım sistemleri büyük önem kazanmaktadır. Bunun için hak temelli örgütlenmiş sosyal koruma ve güvenlik sistemleri ile yaşlı bireylerin ekonomik güvenceye sahip olması gerekmektedir.

Yaşlı bireylere yönelik evde bakım, yaşlı danışma ve dayanışma merkezi, demans ve alzheimer hastalığı olan ileri yaş grubu için gündüz bakım merkezleri vb. yaşlıya yönelik hizmetlerin çeşitlendirilerek ve kapsayıcılığı artırılarak, kent merkezleri dışında kentin dezavantajlı bölgeleri ve kırsal bölgeleri de içerecek şekilde yaygınlaştırılması gerekmektedir.

DSÖ, Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşlanma yaklaşımı çerçeve metinlerinde de vurgulandığı üzere; yaşlı bireylerin, sağlıklı yaşlanma ve bağımsız yaşamı sürdürme kapasitesini geliştirme ve toplumsal yaşama katılımı artırmada yaşlı bireylere özgü spor ve egzersiz aktiviteleri önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlı bireylerin bireysel farklılıkları ve özellikleri ile kapasiteleri dikkate alınarak geliştirilmiş spor ve egzersiz programları ve ortamları yaşlı bireylerin fiziksel ve mental sağlığını korumada yaşamsal bir öneme sahiptir.

Hayat boyu öğrenmenin her aşamada teşvik edilmesi; bu çerçevede gönüllülük temelinde yürütülen üçüncü yaş üniversitelerinin kurumsallaştırılarak yaygınlaştırılması yararlı olacaktır.

Yaşlılara yönelik kültür, sanat, hobi merkez ve etkinliklerinin artırılması ve yaygınlaştırılması; yaşlılara yönelik günlük sosyal aktivite ve gezi olanaklarının artırılması, yaşlı turizminin teşvik edilesi, tatil ve dinlenme olanaklarının sunulması yaşlı sağlığı ve katılımı açısından önem arz etmektedir.

Yaşlı bireyler için güvenli yaşam yaşlı bireyin ihmal, istismar ve ekonomik sömürüden korunmasından yaşamını bağımsız olarak sürdürebilecek yaşam alanları ile teknolojik ürünlere sahip olmasına kadar çok geniş bir çerçeveyi kapsamaktadır. Bu çerçevede geronteknolojik ürünlerin kullanımı ve dijital okuryazarlığın artırılması, yaşlılara entegre akıllı sistemlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması yaşlı sağlığı ve özerkliği açısından giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Yaşın ilerlemesi fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik, vb. pek çok değişikliği beraberinde getirmektedir. Bu değişiklikler de yaşlı bireylerin gündelik yaşamlarını sürdürme kabiliyetlerinin ve toplumsal rollerinin genç yaşlara göre farklılaşmasına neden olmaktadır. Yaşlanma ile birlikte organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde, homeostatik kontrolde, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde ve stres cevap kapasitesinde azalma ortaya çıkar ve engelli hale gelme oranı da artmaktadır. Yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, kronik hastalıklarında etkisiyle yaşlı bireylerde çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar yaşlılarda yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu çerçevede yaşlıların değişen sağlık, bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerini karşılayacak ihtiyaca uygun bütüncül, entegre sağlık hizmetleri ile politikaların geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık politikaları, yaşam boyu sağlıklı yaşlanma yaklaşımına uygun olarak, sağlıklı yaşam koşulları sağlama ve koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen bir anlayışla ele alınmalıdır. Yaşlı sağlığı hizmetlerine bütüncül yaklaşım, koruyucu, tedavi edici/İyileştirici ve tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu kapsayan entegre kurumsal bir yapılanma ve çok yönlü bakış açısı ve multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Birinci basamak sağlık ekibi ile gerontolojik sosyal hizmeti odağına alan basamaklandırılmış entegre sağlık sistemi içinde geriatri uzmanlığı ile tanı ve tedavi

süreçlerini buluşturan yaşlı sağlığı hizmet örgütlenmesi, uluslararası deneyimlerde göz önüne alınarak tartışılmalıdır.

Erişkinlerde ve Yaşlılarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Yürütülen "Sağlığı Geliştirme Hizmetleri"

Uzm.Dr. Müjde İlgün

Halk Sağlığı Uzmanı, Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürü

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur. Ülkemizde 2003 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmet sunum modeli aile hekimliği uygulamasıdır. Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından, birinci basamak sağlık hizmetlerinden bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmekte, İlçe Sağlık Müdürlükleri (İSM)/Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve bağlı birimlerce, ilgili ilçede topluma yönelik sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyerek bunların düzeltilmesi ve/veya önlenmesi için çalışmalar yürütülmektedir. ASM bulunmayan kırsal bölgelerde sağlık evleri planlaması ile sağlık hizmeti verilmesi sağlanmış ve sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti tanımı yapılarak, ilgili bölgelere aile hekimliği birimince periyodik aralıklar ile ulaşılarak hizmet verilmesi sağlanmıştır. Aşılama, gebe, lohusa, bebek ve çocuk takipleri, yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalar aracılığı ile sağlık hizmeti ile birlikte, sağlığı geliştirici hizmetlerin sunulması da sağlanmıştır. Ayrıca hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı/tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesi için, henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla sağlıklarının korunmasına yönelik düzenli sağlık kontrolü olan periyodik sağlık muayenesi de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamına alınmıştır (1).

Sağlığı Geliştirme

Bireylerin ve nüfusların sağlık durumunu iyileştirmek, bunun yanında hastalanan kişilerin karşılaştığı riskleri azaltmak veya sağlıklarına kavuşmalarına yardımcı olmaya yönelik bir plan oluşturmak ve uygulamak ihtiyaç olarak tüm sağlık hizmet sunucularının önüne çıkmaktadır. Sağlığı geliştirme programlarının etkili şekilde planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sağlık sonuçlarını iyileştirebilir, davranışsal ve sosyal değişimi teşvik edebilir ve sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunabilir. Sağlığı geliştirme, insanların sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir hayat sürmelerine yardımcı olmaktadır.

Sağlığı Geliştirme Programları

Sağlık sorunlarının önlenmesine önem verilmesi, sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesi, hasta uyumunun arttırılması, sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılması aracılığıyla bireyler açısından sonuçlar iyileştirebilmekte ve genel sağlık maliyetlerinin azaltılması mümkün olabilmektedir. Sağlığı geliştirme programları çocuklara, ergenlere, yetişkinlere ve ailelere ulaşmakta ve bu grupların kendi sağlıkları ile ilgili bilinçli kararlar almaları için gerekli bilgi ve becerileri edinmelerini sağlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (1947), sağlığı "sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. 1986 yılında düzenlenen Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında *Sağlığı Geliştirmeye yönelik Ottawa Bildirgesi* ortaya konmuştur. Bu bildirge kapsamında sağlık daha geniş bir bakış açısı ile "soyut bir durumdan ziyade fonksiyonel anlamda kişilerin bireysel, sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir hayat sürmelerini sağlayan bir kaynak olarak düşünülmektedir" (Dünya Sağlık Örgütü, 1986).

Sağlığın iyi olması durumunun kendiliğinden ortaya çıkmadığı açık bir gerçektir. Yediğimiz yiyecekler, fiziksel aktivite düzeyleri, tütün dumanına maruziyet, sosyal etkileşimler, yaşadığımız çevre ve diğer birçok faktör sağlığımızı veya sağlıksızlığımızı etkilemektedir. Bireylerin ve toplumların sağlığı; biyolojik, psikolojik, sosyal, entelektüel ve ruhsal bileşenlerin yanı sıra içinde bulunduğumuz kültürel, ekonomik ve siyasi çevrenin özelliklerinin eşsiz bir kombinasyonudur.

Sağlığı geliştirme; yaşam tarzının ve yaşam koşullarının planlı değişimi olarak görülmektedir. Sağlığı geliştirme programları, sağlık sorunu ortaya çıkmadan önce, sorunun sebebini önlemek veya insanlar dâhil olmadan gidişatını değiştirmek için

eyleme geçen programlardır. Sağlığı geliştirme, bu seviyede *birincil korunma* adını almaktadır. Sağlığı geliştirme programları, sağlıksız kararlar alan ve belki de hastalığın veya yeti yitimi erken belirtilerini gösteren bireyler arasındaki sorunlu davranışlara müdahale edebilmektedir. Bu tür sağlığı geliştirme *ikincil korunma* olarak adlandırılmaktadır. Örnek olarak tütün kullanan bireylere yönelik sigara bırakma programları ve fazla kilolu ve hareketsiz bireyler için fiziksel aktivite ve beslenme programları verilebilir. Sağlığı geliştirme programları kronik hastalıkları olan bireylerin yaşamlarını da iyileştirebilmektedir (*üçüncül korunma*). Örnek olarak kanserden kurtulmuş veya HIV/AIDS'li bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik programlar verilebilir.

Sağlığı geliştirme programları, öncelikli nüfuslara uygun şekilde planlanmakta, uygulanmakta ve değerlendirilmektedir. Başarılı bir programın temeli, belirli bir öncelikli nüfusun sağlık endişeleri, ihtiyaçları ve istekleri hakkında bilgi toplanmasında yatmaktadır. Ayrıca sağlığı geliştirme sürecinde insanların yaşadığı ve çalıştığı yerler olan okullar, işyerleri, sağlık kuruluşları ve toplumların da ortaklar olarak sürece katılımının sağlanması programları etkili kılmaktadır (2).

Türkiye'de Erişkin Ve Yaşlılarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Yürütülen Sağlığı Geliştirme Hizmetleri (1)

1. Beslenme Danışmanlığı
2. Fiziksel Aktivite Danışmanlığı
3. Kronik Hastalık Danışmanlığı
4. Sağlıklı Yaşlanma Danışmanlığı
5. Sağlık Okuryazarlığı Okulu
6. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) Danışmanlığı
7. Bireysel Psikososyal Danışmanlık/Aile Danışmanlığı
8. Tütün ve Madde Bağımlılığı Danışmanlığı
9. Enfeksiyon Kontrol Hizmetleri
10. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Danışmanlığı
11. Tıbbi Hizmetler, Görüntüleme Hizmetleri (Röntgen ve/veya varsa Mamografi çekimi)

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025:

20. dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin

artmasına neden olmuştur. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de doğum ve ölüm hızlarının azalması ile birlikte 65 yaş ve üzerindeki bireylerin nüfusa oranı ve sayısı artmakta olup yaşla birlikte kronik hastalık sayısında artış görülmektedir. Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla birlikte yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranla artmakta olması, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara (BOH) doğru kaymasına yol açmıştır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerinde BOH'lar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

Bu nedenle Sağlık Bakanlığı ilgili birimleri, ilgili kamu, kurum ve kuruluşlar, üniversiteler, sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017–2025" koordine edilmiştir. Bu plan, önleme ve kontrol faaliyetlerinin sürdürülebilirliğini ve etkili müdahaleyi sağlayan öncelikli hedefleri içeren, bütüncül ve multidisipliner yaklaşımı benimsemektedir. Bu program temelde Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 göreli azaltılması, Alkol kullanımının artışının önlenmesi, Fiziksel inaktivite sıklığında %10 azalma, Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 göreli azalma, 15 yaş üstü bireylerde tütün kullanma sıklığında %30 göreli azalma, Kan basıncı yüksekliği sıklığının %20 azaltılması, Diyabet ve obezite artışının durdurulması, Toplumun kalp ve damar hastalığı açısından (kalp krizi ve inme geçiren bireyler dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri almasında en az %50 iyileşme sağlanması esaslarına dayanmaktadır (3).

(1) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/;2024
(2) Sağlığı Geliştirme Programları-Teoriden Pratiğe; Sağlık Bakanlığı, Türkiye 2012
(3) Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025; Ankara 2017

Çanakkale'de Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma İçin Bir Sosyal Yaşam Merkezi: Altın Yıllar Yaşam Merkezi

İYİ UYGULAMA ÖDÜLÜ

Işıl Çalışkan

Sosyolog, Çanakkale Altın Yıllar Yaşam Merkezi Yöneticisi

Çanakkale ili Türkiye'nin yaşlı nüfusunun en yoğun olduğu illerden biridir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2023 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sistemi verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus il genelinde %16,5'lik, Çanakkale Merkez ilçe kentsel alanında ise %11'lik bir paya sahiptir. Çanakkale Belediyesi'nin hizmet sunduğu Merkez İlçede 65 yaş ve üzerindeki insan sayısı 16.214 kişidir. Yaşlı nüfusun büyüklüğü Çanakkale ilinde bu gruba yönelik sosyal politikaların öncelikli hale gelmesine neden olmaktadır. Bu politikalardan biri de 65 yaş ve üzerindeki insanların akran iletişiminin kolaylaştırılacağı, bilişsel ve fiziksel kapasitelerinin destekleneceği, ruhsal iyilik halinin güçlendirileceği, sosyalleşme merkezlerinin kurulması olmalıdır.

Çanakkale Belediyesi Merkez ilçe sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal kapasitelerinin korunması ve geliştirilmesi amacıyla 2013 yılında Altın Yıllar Yaşam Merkezi projesini başlatmıştır. Projenin başlangıcında konuyla ilgili uzmanlar ve kent gönüllülerinden oluşan bir ekip oluşturuldu. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyoloji ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı bölümleriyle birlikte Çanakkale Yaşlı Atlası saha çalışması yürütüldü. 2013 yılının Kasım ayı içinde "Çanakkale'de yaşlı olmak çalıştayı" düzenlendi. Dönemin Belediye Başkanı Sayın Ülgür GÖKHAN' ın projelendirilmesi isteği üzerine "Altın Yıllar Yaşam Merkezi" Güney Marmara Kalkınma Ajansı destekli 6 aylık bir proje olarak 2013 yılı Mayıs ayında hayata geçti. Merkez 2015 yılına kadar geçici olarak belirlenen bir binada 21 kişi ile başlayan hizmeti sunduktan sonra kendi binasına geçtiğinde 77 kişi ile taşındı.

Çanakkale' de Yaşlı Olmak Çalıştayı: Moderatörlüğünü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Cumhur Arslan'ın gerçekleştirdiği çalıştayda, Çanakkale Yaşlı Atlası çalışmaları ile elde edilen mevcut durumun ve gelecek stratejilerinin belirlenmesine yönelik Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Coşkun Bakar 'Çanakkale Yaşlı Atlası Alan

Araştırması Rapor Sunumunu gerçekleştirirken, Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Kurucu Başkanı Prof. Dr. İsmail Tufan tarafından 'Türkiye Demografik Değişimlere Hazır mı?', Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mithat Durak tarafından 'Yaşlılarda Depresyon' ve Çanakkale Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Sosyal Hizmet Uzmanı Nigar Karacık tarafından da 'Çanakkale'de Yaşlılık Alanı İle İlgili Sosyal Hizmet Uygulamaları' konulu sunumlar gerçekleştirildi.(Kasım 2013)

Yaşlanan İnsan ve Toplum Konferansı: Araştırma Görevlisi Övünç Cengiz`in moderatörlüğünü yaptığı konferansa Araştırma Görevlisi Çağlar Arslaner, Doç. Dr. Cumhur Arslan, Dr. Ikuko Murakamı, Prof. Dr. Hısao Osada, Prof. Dr. Terence Seedsman, Prof. Dr. İsmail Tufan konuşmacı olarak katıldı. (Mayıs 2014)

Yeni inşa edilen merkezin altyapısı 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların kullanımına uygun olarak tasarlandı. 2000 m^2 kapalı alan, bina boyunca katılımcıların tutunarak yürüyebileceği tutamaklar, eşiksiz ve çift yönlü/sürgülü açılan kapılar, mobilya seçimlerinde ergoterapi desteği alımı, acil çıkış kapıları gibi tüm durumlar dikkate alınarak bina dizayn edildi.

Altın Yıllar Merkezinde katılımcılar birçok aktiviteye katılma olanağı buldular. Bu deneyimler, okuma yazma öğrenmekten başlayarak satranç turnuvasında dereceye giren katılımcıların hikayelerinden oluşmaktadır. Merkezde, resim, el sanatları, müzik, halı dokuma, taş tasarım, kırkyama, halk ve modern danslar, koro çalışmaları, spor ve nefes egzersizleri, felsefe sohbetleri, grup danışmanlık vb. toplam 26 atölyede çalışmalar yürütüldü.

Altın Yıllar Yaşam Merkezi, 65 yaş ve üstü kentlilerimize hazırladığı nitelikli çalışmalarla "Yaşlı Çalışmalarına Rol Model" olacak bir niteliktedir. Sadece 65 yaş ve üstü değil yanı sıra çocuklar ve gençlerle de buluşmaları sağlayarak "Kuşaklar Arası Etkileşimi" destekleyen Masal Günleri, Milli Bayram Kutlamaları kapsamında oyun ve anı paylaşımları da yapılmaktadır.

Kuruluş fikri hazırlık aşamasından itibaren Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile belirlenen zamanlarda taramalar yapıp, her ay düzenli olacak şekilde uzman doktorlarla bilgilendirme toplantıları düzenlenmektedir.

Yapılan atölye çalışmalarının ürünleri "Yeni Yıla Merhaba Karma Sergisi", "18-24 Mart Yaşlılar Haftası Karma Sergisi" ve " Yaza Merhaba Karma Sergisi"lerinde sergilenmekte

ve belirtilen sergi tarihlerinde Tiyatro, Konser ve Halk Dansları gösterimleri de gerçekleşmektedir. Pandemi süresince çalışmalar Altın Yıllar sayfalarında online olarak yürütülmüştür.

Kalabalıklaşan merkez farklı talepleri de gündeme getirmektedir. Bu dönem 560 aktif katılımcıya hizmet veren merkezde dil kursu, modern dans talebi katılımcıların taleplerine yönelik açılan çalışma örnekleridir. Yaş dolayısıyla muhtemelen azalan arkadaş çevresi eksiğini de merkezdeki akran ilişkileri ile gidermektedirler.

Merkez yurt içi ve yurt dışından bir çok misafir tarafından ziyaret edilmektedir. Çanakkale Belediyesinin merkeze verdiği önem sosyal belediyeciliğin önemine vurgu yapmaktadır. Merkez Sosyal Destek Hizmetleri Müdürlüğüne bağlı vatandaşlara ücretsiz hizmet vermektedir. Belediye Başkanı Sayın Muharrem ERKEK, Altın Yıllar Yaşam Merkezi çalışmaları ile yakından ilgilenmektedir ve merkezin tanıtımını desteklemektedir. Merkez kuruluşundan bugüne 1350 kentlimize hizmet sunmuştur.

Altın Yıllar Yaşam Merkezi, aktif yaşlanma çalışmalarını desteklemek amacıyla alternatif bir model olarak tasarladı. Yaşlılığın adının geçtiği her yerde sadece hastalık ve/veya bakım değil de tecrübelerin aktarımının nasıl değerlendirileceği, hayatın bu yaş döneminin nelerle konforlu kılınabileceği, yaştan bağımsız gerçekleştirmek istediklerimiz için hiçbir zaman geç olmadığının örneği üzerine kurgulandı. Altın Yıllar Yaşam Merkezinde elde edilen deneyimler merkezin başarısını ispatlamıştır.

Bu çalışmaları gerçekleştiren merkez çekirdek kadrosu aşağıdaki isimlerden oluşmaktadır:

Işıl Çalışkan, Sosyolog, Merkez Yöneticisi

Duygu Geyik, Psikolog

Serap Apaydın, Fizyoterapist

Ebru Tekin, Hemşire

Nesibe Önder, Halkla İlişkiler Personeli

Mert Güneş, Beden Eğitimi Öğretmeni

Şenay Danışan, Satranç Eğitmeni

Filiz Özkök, El Sanatları Eğitmeni

Fatma Pehlivan, Destek Personeli

Muharrem Arslan, Şoför

Birinci Basamakta Basınç Yaralanmalarının Önlenmesi ve Yönetimi

Prof. Dr. Hüseyin Can

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

Basınç yaralanması (BY), sıklıkla kemik çıkıntılar üzerindeki deri ve/veya deri altındaki yumuşak dokuda yoğun ve/veya uzun süreli basınç ya da basınç ve beraberinde yırtılma (shear) etkisiyle oluşan hasar olarak tanımlanmaktadır (*National Pressure Ulcer Advisory Panel/NPUAP*). Basınç, sürtünme, nem, makaslama etkisi, deri hijyen bozukluğu, kullanılan ilaçlar, yabancı cisimler ve benzeri birçok nedenle BY oluşabilmektedir. "En iyi yara tedavisi yarayı oluşturmamaktır" düşüncesinden yola çıkarak öncelikle basınç yarası oluşmaması adına önlemler alınması gerekmektedir. Yatağa bağımlı bireyler için aşağıdaki değerlendirmelerin yapılması ve sonrasında önlem alınması önem arzetmektedir.

- Risk durumunun ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Deri ve dokuların değerlendirilmesi
- Önleyici/koruyucu deri bakımı
- Beslenme ve hidrasyon durumunun değerlendirilmesi
- Uygun zamanda pozisyon değiştirilmesi
- Topuk basınç yaralanmasının önlenmesi
- Tıbbi araçlara bağlı basınç yaralanmalarının önlenmesi

Basınç yaralanması iyi bir bakım ile çoğunlukla önlenebilen bir durumdur. Yarayı değerlendirirken bütüncül değerlendirme yapılmalı ve sadece yara değil, bireyin kendisi ve bakım verenler/ailesi de değerlendirilmelidir. Bakım verenler mutlaka tedavi sürecine dahil edilmelidir. BY değerlendirmesinde temel prensipler şu şekilde sıralanabilir:

- Bireyi ve bireyin yakınlarını değerlendir
- Yarayı değerlendir, ölü dokuları temizle (debritman), enfeksiyonu kontrol et, nemli yara ortamını sürdür, epitelizasyonu sağla ve sürdür
- Ölü boşlukları doldur, yara yatağını koru, yara kenarlarını koru, yara travmasını önle, yara bölgesine kan akımını arttır

- Ağrıyı kontrol altına al

Basınç yaralanmasında yarayı değerlendirirken aynı dili konuşabilmek adına doğru bir evreleme yapılmalıdır.

Evre 1 BY: **Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Deride basmakla solmayan kızarıklık vardır.**

Evre 2 BY: **Genellikle deri bütünlüğü bozulmuştur ve kısmi kalınlıkta dermis kaybının olduğu yüzeyel yaralardır.** Yara yatağı görülebilir, pembe **yağ dokusu ya da daha derin doku görünmez.** Kırmızı, nemli ve sağlam ya da rüptüre serum dolu büller vardır. Granülasyon, balçık ya da eskar özellikte doku içermez.

Evre 3 BY: **Tam kalınlıkta doku kaybı vardır.** Yara ve granülasyon dokusunda **cilt altı yağ dokusu görülebilir. Fasya, kas, tendon, kıkırdak ya da kemik içermez.** Sarı nekrotik doku ya da eskar görülebilir ancak yaranın derinliğini değerlendirmeyi engelleyecek şekilde yarayı kaplamaz. **Yarada cepler ve tüneller bulunabilir.**

Evre 4 BY: **Kemik, tendon veya kasları içeren tam kalınlıkta doku kaybı vardır.**

Evrelendirilemeyen BY: **Tüm tabakalarda doku hasarının olduğu**, üzeri tamamen nekrotik doku (sarı, sarımsı kahverengi, gri, yeşil ya da kahverengi) ve / veya eskar (sarımsı kahverengi, kahverengi veya siyah) ile kaplı olduğu için **gerçek derinliği bilinmeyen** basınç yaralanmasıdır.

Derin doku basınç yaralanması: Sınırlı bir alanda kemik-kas yüzeyinde uzamış ya da yoğun basınç, sürtünme ve/veya yırtılma/ayrılmaya yol açan güçlerin etkisiyle alttaki dokularda hasar oluşur. Hasar gören bu alan çevre dokularla karşılaştırıldığında **ağrılı, daha sert, peltemsi, bataklık hissi verir ve daha sıcak ya da daha soğuk olabilir**. **Kalıcı solmayan koyu kırmızı, kahverengi ya da mor renk değişikliği görülebilir.**

Tıbbi araçlara bağlı BY: Tanı ve tedavi amacıyla kullanılan araçlara bağlı gelişen basınç yaralanmasını tanımlar. Gelişen basınç yaralanması genellikle aracın şekline uygundur.

Yara tedavisinde pansuman seçimi;

İyileşme evresi, yaranın bölgesi, yara bölgesinin durumu, eksüda miktarı ve bileşimi, pansumanın absorbsiyon kapasitesi, pansumanın yara üzerinde optimum kalma süresi, hastanın gereksinimi ve koşullarına göre pansuman yöntemi belirlenmelidir. BY ve çevresindeki deri her pansuman değişiminde temizlenmelidir. Debrisli, enfeksiyon

gelişmiş, enfeksiyon şüphesi olan ya da büyük ölçüde bakteri kolonizasyonundan şüphe duyulan basınç yaralanmalarını sürfaktan ve/veya antimikrobiyal ajan içeren temizleme solüsyonları ile temizlenmelidir.

Sonuç olarak; BY %95'e varan oranlarda önlenebilir. BY tedavinin maliyetini yükseltmekte ve hastaların hastanede kalma sürelerini uzatmaktadır. Kalite, maliyet ve iş gücü açısından değerlendirildiğinde; BY'yi **önleme**nin tedaviden daha değerli ve ucuz olduğu belirtilmektedir. Etkili bir basınç yaralanması önleme programı ancak multidisipliner ekip yaklaşımı ile sağlanabilir

Kaynaklar:

- *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). "Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide". http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf. Erişim tarihi: 12.01.2023.*
- Hanönü S, Karadağ A. Prospective Descriptive Study to Determine the Rate and Characterictics of and Risk Factors for the Development of Medical-device Related Pressure Ulcers in Intensive Care Units. Ostomy Wound Management 2016;62(2):12-26.
- Karadağ A ve Karabağ-Aydın A. (2013). Basınç Ülserlerinde Etiyoloji ve Fizyopataloji. Baktıroğlu S, Aktaş Ş (Editörler). Kronik yarada güncel yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Kronik Yara Konseyi. Sy:120-5.
- Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs S, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. International Journal of Nursing Studies 2013;50:974–1003.
- Choo TS, Hayter M and Watson R. The effectiveness of nutritional intervention(s) and the treatment of pressure ulcers—A systematic literature review. International Journal of Nursing Practice 2013;19(1):19–27.
- Papanikolaou P, Lyne P, Anthony D. Risk assesment scales for pressure ulcers: A methodological review. International Journal of Nursing Studies 2007;44:285-96.

Aile Hekimi ve 65 Yaş Üstü Nüfus

Dr. Bingül İsbir
Yunusemre 13 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Manisa Aile Hekimleri Derneği Genel Sekreteri, Kamu Yönetimi Uzmanı

Dünya nüfusu artmakta ve yaşlı nüfusuna oranı da giderek yükselmektedir. Günümüzde yaşlı nüfus dünya genelindeki toplam nüfusun yaklaşık %9'unu oluşturmaktadır ve bu oran her yıl artmaya devam etmektedir. Halen dünyada her 10 kişiden biri 65 yaşının üzerindedir ve 2050 yılında her 6 kişiden birinin 65 yaşının üzerinde olacağı tahmin edilmektedir.

Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevresel konulardan eğitim ve istihdama, sosyo-kültürel faaliyetlere ve aile hayatına kadar bütün toplumsal alanlarda etkili olmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezleri'nde her yaş grubundan hastaya sağlık hizmeti verilmektedir. 65 yaş üzeri kayıtlı hastalarımız için muayene, tanı ve tedavi hizmetleriyle birlikte koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşılama ve kanser tarama testleri yapılabilmektedir. Kronik hastalıkların takibi, obezite takipleri, kapsamlı laboratuar testleri, pansuman ve enjeksiyon işlemleri de Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılabilmektedir.

Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı hastaların ekonomik ve sosyokültürel durumları bölgelere göre değişmekle birlikte pek çok ortak özelliği de barındırmaktadır. Sosyoekonomik durumu iyi olan bireylerin yanında ekonomik sıkıntılar içinde olan, temel barınma, yeme içme beslenme gibi ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan bireyler de bulunmaktadır.

Kendilerine ait evi olmayan ve ekonomik sıkıntılar içinde olan yaşlılar için barınma ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.Bu bireyler kendi geçimlerini sağlayabilecek güçte değillerse çocuklarının veya bir akrabalarının yanında ikamet etmektedir. Hiçbir şekilde yakınları tarafından kabul edilmeyen, ruhsal hastalıkları veya alkol bağımlılığı olan yaşlılar da yaşamlarını evsiz olarak sürdürebilmektedir. Bu bireyler sokaklarda veya bakımevlerinde, kimi zaman geçici kimi zaman sürekli barınarak yaşamaktadır.

Sağlık ve güvencesi olmayan 65 yaş üstü bireyler de bulunmaktadır. Herhangi bir geliri olmayan kişilere verilen maddi destek günümüz koşullarında ihtiyaçları karşılamakta

yeterli olmamaktadır. Bu kişilere ihtiyacı olan desteğin verilmesinin yanında yaşlılıktan önce uygun ve sigortalı iş imkanlarına sahip olması, tasarruf edebilecekleri bir ücret alıyor olmaları, geçimlerini sağlamaya yeterli bir emeklilik maaşlarının olması sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için önem taşımaktadır.

Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş üstü hasta grupları; sağlıklı veya bağımsız yaşayabilen bireyler, başkasının bakımına tam bağımlı bireyler, kısmen başkasının yardımına ihtiyaç duyan bireylerdir.

Yatağa bağımlı olarak başkasının sağlık bakımına tam ihtiyacı olan hasta grubunun aile hekimi tarafından muayenesi ve takibi güç olmaktadır. Bu bireylerin hastalıkları daha çok multidisipliner bir yaklaşımı ve hastane bakımını gerektirmektedir. Muayene, izlem ve tedavileri evde sağlık hizmetleri ve hastane tarafından yapılmaktadır. Aile hekimi hasta ile ilgili bilgiyi; hasta yakınından ve e-nabız kayıtları üzerinden alabilmektedir. Evde sağlık hizmetleri ile aile hekimi birbirinden bağımsız çalışmaktadır. Her gün artan iş yoğunluğu ve yüksek poliklinik sayıları nedeniyle aile hekiminin ev ziyaretleri yapması da mümkün olmamaktadır.

Kısmen başka birisinin sağlık bakımına, gündelik yaşamdaki desteğine ihtiyaç duyan 65 yaş üstü bireylerin de aile sağlığı merkezine gelebildiğinde takiplerinin ve kontrollerinin yapılması mümkün olabilmektedir. Kendisine refakat edecek bir kişinin varlığı bu bireyler için önemlidir.

Tüm sağlık akreditasyon sistemlerinde hastanın sağlık sistemine ve hekime erişebilir olması birinci ve en önemli koşuldur. Aile Sağlığı Merkezleri hastanın yaşadığı çevreye en yakın ve ücretsiz hizmet sunan kurumlar olarak çok önemli ve kritik bir rolü üstlenmektedir. Hastaların sağlık sistemine erişim sürecinde refakatçiye ihtiyacı olabilir. Ayrıca protez ya da tekerlekli sandalye kullanan, yürüme güçlüğü çeken, görme ve işitme engeli olanlar ile kısa mesafe de olsa toplu taşım araçlarını kullanması gerekenler için kentleşme ve kamu tarafından sunulan imkanlar da önem taşımaktadır. Engelsiz yollar, uygun toplu taşıma araçları, ergonomik binalar gibi....

Kronik hastalıklar nedeniyle tedavi ve takip altında olan 65 yaş üstü bireyler Hastalık Yönetim Platformu (HYP) üzerinden takip edilmektedir. Sağlıklı birey ve toplum için her yaş grubuna uygulanan takiplerde sistemin daha nitelikli işleyebilmesi için hekimlerin iş yükünün ve kayıtlı nüfus sayısının azaltılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Kronik hastalıkları nedeniyle çok sayıda ilaç kullanan 65 yaş üstü bireyler için polifarmasiden söz edebiliriz. İlaç etkileşimleri konusunda kontrol, bilgilendirme ile bilinçsiz ilaç kullanımının önlenmesi önem taşımaktadır.

Sigara ve alkol bağımlılığı için ikna, destek ve tedavi amacıyla ilgili branş hekimlerine yönlendirme yapılması da gerekebilmektedir.

Doğru ve yeterli beslenme her yaş grubu için temel ihtiyaçlardan biridir. İleri yaştaki bireylerin bir bölümü beslenme alışkanlıkları, ekonomik nedenler, ağız ve diş sağlığı sorunları, kronik hastalıklar, bilgi ve beceri eksikliği nedeniyle sağlıksız beslenmektedir. Vitamin ve protein eksikliği, obezite ve kronik hastalıkların seyrinde bozulmalar görülebilmektedir. Beslenme için maddi destek, aşevi, yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlardan personel desteği ve bilgilendirme önemli olmaktadır.

65 yaş üstü bireylerde düşmelerin önlenmesi için ergonomik çevre, kronik hastalıkların düzenli takibi, ilaç etkileşimlerinin kontrolu, yürümeye destek araçların uygun kullanımı, görme ve işitme muayeneleri ile gerekli gözlük ve cihaz desteğinin sağlanması önem taşımaktadır. Tüm tedbirlere rağmen bu kişilerin özellikle yalnızken düşmesi, kazaya uğraması ya da hastalanması durumunda; Acil durum çağrısı için kullanılacak olan cihaz ve telefon sistemleri basit ve kolay kullanılabilir olmalıdır.

65 yaş üzeri bireylerin sürücü belgesi, spor aktivitesi, akli meleke vb. gibi rapor taleplerinde muayene, tetkik ve ilgili branş uzmanı görüşü alındıktan sonra verilmesinin uygun olduğu durumlarda, bu raporların hastaneden veya ihtiyaca göre Sağlık Kurulundan verilmesi için bireylere gerekli kolaylık sağlanmalıdır.

Yaş ilerledikçe kemiklerdeki zayıflama ve kas güçsüzlüğü nedeniyle ağrı ile birlikte hareket kısıtlanmaktadır. Sağlıklı dönemde spor yapma alışkanlığın kazanılmış olması ileriye dönük hareket kısıtlılığını da azaltmaktadır. Her hastaya fizyoterapist tarafından hastalığına, kronik rahatsızlıklarına, ağrılarına ve imkanlarına uygun bireysel egzersiz önerileri yapılmalıdır.

Hastaların kendi sağlık bilgilerine ulaşabilmesi, muayene randevusu alabilmesi için elektronik sistemi kullanabilmesi gerekiyor. Bireylerin basit bazı işlemleri yapabilecek şekilde eğitilmesi uygun olabilir.

Sağlıkla yaş almak dileğiyle...

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Aile Hekimlerinin Bakışı

Uzm.Dr. İsmail Eken

Aile Hekimi Uzmanı, Manisa Yunusemre 1 Nolu ASM, Manisa Tabip Odası Genel Sekreteri

Ülkemizde 2004 yılında pilot il Düzce'de başlayan, 2008 yılından itibaren tüm ülkede uygulanan aile hekimliği sistemi ne yazık ki kervan yolda düzülür söylemi ile yürütülmüş, bu sebeple yeni sorunlar meydana gelmiştir.

Aile hekimliği sisteminde her birimde bir hekim bir ebe/hemşire çalışıyor olması, hekim başına düşen nüfus sayılarının yüksekliği, gezici hizmet verilen yerlerdeki mekan sorunları, ASM binalarının standart olmaması, kamu binaları dışında hizmet verme durumları, aile hekimliği ile alakalı kullanılan bilgisayar yazılım sistemlerinin tek olmaması, Sağlık Bakanlığının sahadan gelen taleplere kulak vermemesi, hekimlerin hizmet içi eğitimlerinin yetersizliği, aile hekimlerine tanımlanan görevlerin mobbing düzeyinde olması gibi sorunlar hizmetin kalitesinin eksikliğine sebeptir.

Yaşlı sağlığı konusunda aile hekimleri sadece kronik hastalıkların tedavisi ile alakalı sorumlulukları olduğu algısına sahiptir. Halbuki birinci basamakta sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal alandaki sorunlarla da uğraşmak gerekmektedir. Sağlığın tanımı bellidir; fiziksel ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali.

Aile hekimleri yaşlıların kronik hastalıklarını yönetmekte zorlanmaktadır. Yaşlıların evde sağlık hizmetleri anlamında aldığı hizmet istenilen seviyede değildir. Aile hekimleri sözleşmeleri gereği hizmeti bulundukları binada vermek zorundadır. Özellikle yatalak hastalar günlük poliklinik pratiğinde en önemli sorunlardan biridir. Ayrıca yaşlılardaki mental hastalıkların takip ve tedavisinde de önemli bilgi eksiklikleri vardır.

Hastalık Yönetim Platformu deyim yerindeyse bir gece ansızın gelmiştir. Ülkemiz sağlık verisi oluşturmada önemli olan bu adım ne yazık ki Sağlık Bakanlığının yanlış yönetimi ile istenilen konuma gelemedi. Aile hekimlerinin artan iş yüküne ek bir iş olarak gelmiştir, sahada uygulanma şansı yüksek değildir ve takip edilecek kişilere sorumluluk yüklenmemiştir. Zaten bireylerin sağlık sistemi içinde sorumluluk almamış olması aile hekimlerinde tükenmişliğin başlıca nedeni olmuştur

Artık günümüzde aile hekimleri yaşlı hasta kaydı geldiğinde kırk kere düşünmektedir. Takip programları dışında yaşlıların aklî muayene raporu, sürücü olur raporu, yivsiz av tüfeği raporu gibi talepleri mevcut mevzuat gereği ciddi sorundur. Cari ödeneklerin yetersizliği sebebiyle tıbbi malzemelerin yeterince alınamaması yara bakımı açısından yeterli hizmeti sunmaya engeldir.

Malpraktis davaları sonucu hekimlerin defansif tıp anlayışı yaşlıların tedavi ve takiplerinde aksama nedeni olabiliyor. Aile hekimlerini her işten sorumlu kılan ancak, olası bir davada ilgili uzman değilsin diyerek cezalandıran bir sistemde işlerin düzgün ilerlemesi beklenemez.

Aile hekimlerinin artan iş yükü altındayken yaşlılara yönelik sosyal sorumluluk projelerine destek vermesi mümkün olmamaktadır. Ayrıca hastalara ayrılan muayene sürelerinin 5 dakikayla sınırlı olması yaşlıların fiziksel sorunlarını bile çözmeye yetmemektedir.

Kısacası aile hekimlerinin sahadan gelen talepleri mutlaka bakanlık tarafından dikkate alınmalı, TTB, meslek örgütleri ve sendikaların dahil olduğu kurullarda değerlendirilerek yasa ve yönetmeliklerin düzenlenmesi gerekmektedir.

SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ

10

[10] Sempozyumda sözlü olarak sunulan bildiriler yer almaktadır.

S-1

İzmir' de Birinci Basamakta Hastalık Yönetim Platformu Sonuçlarının Değerlendirilmesi, 2022-2024

Gökben Yaslı[1], Ali Emre Çetinkol[2]
1-İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi
2-İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
gokben.yasli@gmail.com

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sürdürülmesi için nüfustaki yaşlanma ve kronik hastalıklardaki artışa önem verilmesi gerektirmektedir. Türkiye'de sağlık kayıtlarından yapılan Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması 2021 sonuçlarına göre; Türkiye'de en az bir kronik hastalığı olanların oranı yaşa ve cinsiyete standardize olarak % 37,2'dir. Araştırmada bir kronik hastalığı (toplumda en sık görülen koroner arter hastalığı, inme, diyabet ve kanser hastalıkları) olanların oranı %21.4, iki hastalığı olanların %10.6, üç hastalığı olanların %3.7 ve 4 hastalığı olanların oranı ise %0.46'dır.Nüfustaki yaygınlığı dikkate alındığında kronik hastalık tarama izlemleri sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir. Kronik hastalık yönetimi, özellikle bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada, ekip çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakımının kalitesinin geliştirilmesinde, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakımın maliyetlerini azaltmada önemli ve pratik bir yöntemdir. Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının semptom ve bulgularının kontrol altına alınması ve bireylerin fonksiyon kayıpları yaşamalarının ve engelli hale gelmelerinin önüne geçilmesi için geliştirilen online bir platformdur. Periyodik taramalar yapılarak kronik hastalıklara erken teşhis konmasının sağlanmasını ve teşhis konan hastaların periyodik izlemlerinin kılavuzların önerileri doğrultusunda yapılması, uygun tedavi verilmesinin sağlanması ve komplikasyonların oluşmadan önlenmesini kolaylaştırır. Aile hekimleri, HYP ile kendilerine kayıtlı kişileri kronik hastalık risk faktörleri ve belirlenen hastalıkların (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler risk değerlendirme, obezite, çok yönlü yaşlı değerlendirmesi vd.) varlığı bakımından tarayabilmekte ve izleyebilmekte; kronik hastalık taraması/izlemi

ve yaşlı izlemi yapması gereken hedef nüfusu toplu olarak görüntüleyebilmektedir. Sağlık Bakanlığımız tarafından kronik hastalık tarama ve izlemlerinin sağlanması amacıyla Hastalık Yönetim Platformu geliştirilmiş ve 1 Temmuz 2021 tarihinde Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğine dayanılarak HYP kullanımı zorunlu hale getirilmiştir. 30.06.2021 tarihli 'Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge'sine göre hipertansiyon (HT) tarama ve kardiyovasküler (KVS) risk tarama asgari başarı yüzdesi %40, HT izlem ve KVS risk izlem asgari başarı yüzdesi %50,Yaşlı Sağlığı asgari başarı yüzdesi %40, azami başarı oranları %90 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada İzmir ili ve Türkiye'nin 2022, 2023, 2024 yılı ilk 3 ay Hastalık Yönetim Platformu verileri değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kronik hastalık tarama ve izlemlerinin performans verileri 'sina.saglik.gov.tr' adresindeki HYP üzerindeki kayıtlar esas alınarak alınarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:2022 yılı İzmir ili hipertansiyon tarama oranı %14,0 (Türkiye:14,1), hipertansiyon izlem oranı 9,2(Türkiye:10,3), kardiyovasküler sistem tarama oranı 22,3 (Türkiye:23,3), kardiyovasküler izlem oranı 23,1(Türkiye:24,6), yaşlı izlem oranı 9,7 (Türkiye:8,5),diabet tarama oranı 40,4 (Türkiye:37,0), diabet izlem oranı 8,5(Türkiye:11,0), obesite tarama 14,9(Türkiye:16,0), obesite izlem oranı 84,7'dir(Türkiye:88,0). 2023 yılı İzmir ili hipertansiyon tarama oranı %20,0(Türkiye:16,7),hipertansiyon izlem oranı 15,0 (Türkiye:13,0), kardiyovasküler sistem tarama oranı 31,2 (Türkiye:27,5),kardiyovasküler izlem oranı 31,9 (Türkiye: 28,8) ,Yaşlı izlem oranı 9,1 (Türkiye:6,6), Diabet tarama oranı 50,6 (Türkiye:45,2), diabet izlem oranı 13,1 (Türkiye:11,7),obesite tarama oranı 20,7(Türkiye:17,2), obesite izlem oranı 48,7(Türkiye:42,8)dir.2024 yılı İzmir ili hipertansiyon tarama oranı %23,2 (Türkiye:20,1), hipertansiyon izlem oranı 16,2 (Türkiye:14,6), kardiyovasküler sistem tarama oranı 37,2 (Türkiye:33,8), kardiyovasküler izlem oranı 35,2 (Türkiye: 33,8),yaşlı izlem oranı 7,1 (Türkiye:5,9),diabet tarama oran 55,7(Türkiye:51,6),diabet izlem oranı 14,7 (Türkiye:13,8), obesite tarama oranı 23,01 (Türkiye:19,7),obesite izlem oranı 35,9 (Türkiye:33,2) dir.

Sonuç: İzmir ilinde tarama ve izlem oranları 2022 yılında Türkiye verilerine göre daha

düşük seyrederken, 2023 ve 2024 yılı ilk 3 ayında daha yüksek izlenmiştir. HYP konusunda ilgili sağlık personeline yönelik farkındalık ve eğitim çalışmalarının devam edilmesi önemlidir. Ayrıca tarama ve izlem programlarının tüm basamaklara yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Hastalık Yönetim Platformu, Tarama, İzlem

Evaluation of Disease Management Platform Results in Primary Care in Izmir, 2022- 2024

Introduction and Aim: Ensuring the quality continuation of healthcare services necessitates a heightened focus on the aging population and the increasing prevalence of chronic diseases. According to the results of the Turkey Non-Communicable Diseases and Risk Factors Cohort Study 2021, derived from health records, the standardized prevalence of individuals with at least one chronic disease in Turkey is 37.2%. The prevalence of individuals with a specific chronic disease (most commonly coronary artery disease, stroke, diabetes, and cancer) is 21.4%. Considering the prevalence in the population, screening and monitoring for chronic diseases are crucial for the sustainability of healthcare expenditures. Chronic disease management represents a significant and practical approach, particularly in ensuring care coordination and continuity, supporting teamwork, enhancing the quality of chronic disease care, improving expected patient outcomes, and reducing care costs. The Disease Management Platform (DMP) is an online platform developed to control the symptoms and signs of chronic diseases in individuals, preventing functional impairments and disabilities. Periodic screenings facilitate early diagnosis of chronic diseases and enable guided follow-ups for diagnosed patients, ensuring appropriate treatment and preventing complications. General practitioners can screen and monitor individuals registered with them for chronic disease risk factors and specific diseases (such as diabetes, hypertension, cardiovascular risk assessment, obesity, comprehensive geriatric assessment, etc.) using the DMP; they can view the target population requiring chronic disease screening/monitoring and elderly care collectively. In order to facilitate chronic disease screening and monitoring, the Disease Management Platform was developed by the Ministry of

Health and its usage was made mandatory based on the Family Medicine Contract and Payment Regulation as of July 1, 2021. According to the Directive on Family Medicine Screening and Follow-up Coefficients dated June 30, 2021, the minimum success percentage for hypertension (HT) screening and cardiovascular (CVS) risk screening is 40%, HT follow-up and CVD risk follow-up is 50%, Elderly Health is 40%, and the maximum success rates are set at 90%. This study evaluates the Disease Management Platform data for the first three months of 2022, 2023, and 2024 for Izmir province and Turkey

Material and Methods: This is a descriptive study. Performance data for chronic disease screening and monitoring within primary healthcare services were evaluated based on records on the Disease Management Platform at 'sina.saglik.gov.tr'.

Results: In 2022, the hypertension screening rate in Izmir province was 14.0% (Turkey: 14.1%), hypertension follow-up rate was 9.2 (Turkey: 10.3%), cardiovascular system screening rate was 22.3 (Turkey: 23.3%), cardiovascular follow-up rate was 23.1 (Turkey: 24.6%), elderly
follow-up rate was 9.7 (Turkey: 8.5%), diabetes screening rate was 40.4 (Turkey: 37.0%),
diabetes follow-up rate was 8.5 (Turkey: 11.0%), obesity screening was 14.9 (Turkey: 16.0%), and obesity follow-up rate was 84.7 (Turkey: 88.0%). In 2023, the hypertension screening rate in Izmir province was 20.0% (Turkey: 16.7%), hypertension follow-up rate was 15.0 (Turkey: 13.0%), cardiovascular system screening rate was 31.2 (Turkey: 27.5%), cardiovascular follow- up rate was 31.9 (Turkey: 28.8%), elderly follow-up rate was 9.1 (Turkey: 6.6%), diabetes screening rate was 50.6 (Turkey: 45.2%), diabetes follow-up rate was 13.1 (Turkey: 11.7%), obesity screening was 20.7 (Turkey: 17.2%), and obesity follow-up rate was 48.7 (Turkey: 42.8%). In 2024, the hypertension screening rate in Izmir province was 23.2% (Turkey: 20.1%), hypertension follow-up rate was 16.2 (Turkey: 14.6%), cardiovascular system screening rate was 37.2 (Turkey: 33.8%), cardiovascular follow-up rate was 35.2 (Turkey: 33.8%), elderly
follow-up rate was 7.1 (Turkey: 5.9%), diabetes screening rate was 55.7 (Turkey: 51.6%), diabetes follow-up rate was 14.7 (Turkey: 13.8%), obesity screening was

23.01 (Turkey: 19.7%), and obesity follow-up rate was 35.9 (Turkey: 33.2%).

Conclusion: Screening and monitoring rates in Izmir province were lower in 2022 compared to Turkey's data, whereas they were higher in the first three months of 2023 and 2024. Continuation of awareness and training initiatives for relevant healthcare personnel regarding the DMP is crucial. Additionally, screening and monitoring programs need to be disseminated across all levels of healthcare.

Keywords: Chronic Disease, Disease Management Platform, Screening, Follow-up

S-2

Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Dayanıklılık Durumlarının Değerlendirilmesi

Ahmet Ay[1], Muhammed Fatih Önsüz[1], Selma Metintaş[1], Mine Tepetaş[1], Erman Kavlu[1]

1-Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

drayahmet@gmail.com

Giriş ve Amaç: Yaşlılık, yaşamsal fonksiyonların ve çevresel faktörlere uyum yeteneğinin azalması ile ilişkili olağan bir süreçtir. Yaşlanmayla birlikte artan sağlık sorunlarına ek olarak fiziksel, mental ve sosyal açıdan pek çok faktörün yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli etkilerinin olması şaşırtıcı değildir. Ayrıca stresli yaşam koşullarının başarıyla üstesinden gelme ve uyum sağlayabilme yeteneği olarak psikolojik dayanıklılığın sağlıklı yaşlanma açısından önemli etkileri bilinmektedir. Bu çalışma ile bir üniversite hastanesine başvuran yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Kasım-Aralık 2022 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarla gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan etik kurul onayı ve idari izinler alınmıştır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışmanın örneklem hacmi, G*Power programı ile; etki büyüklüğü "0.2", alfa hatası "0.05" ve araştırmanın gücü "%99" kabul edilerek en az 462 kişi olarak hesaplanmış olup olabilecek kayıplar göz önüne alınarak en az 510 kişiye ulaşılması hedeflendi. Çalışmada veri toplama iki aşamada gerçekleştirilmiş olup ilk aşamada katılımcılar Mini-Cog Testi ile araştırmacılar tarafından değerlendirilip kognitif fonksiyonlarında bozulma saptanmayanlar ikinci aşamaya dahil edildi. Kognitif fonksiyonlarında bozulma olmayan 504 kişi çalışma grubunu oluşturdu. Anket formları, gözlem altında katılımcıların kendileri tarafından doldurduldu. Veri toplama amacıyla oluşturulan anket form; EQ-5D-3L Genel Yaşam Kalitesi, EQ-VAS ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği Kısa Form (CDPSÖ-KF) sorularını içermektedir. Katılımcıların yaşam kaliteleri EQ-5D-3L indeks skorları ile değerlendirilmiş olup skorunun "1.00" olması kusursuz sağlığı gösterirken skor azaldıkça sağlıkla ilişkili

yaşam kalitesinin kötüleştiği şeklinde değerlendirilmektedir. EQ-VAS ise, katılımcıların o gün hissettikleri sağlık durumlarını 0-100 arasında görsel skalada değerlendirilmekte olup, yüksek puanları daha iyi sağlık durumunu göstermektedir. Katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları CDPSÖ-KF ile değerlendirilmiş olup alınan toplam puanın değerlendirilmesinde bir kestirim olmayıp yüksek puanlar yüksek psikolojik dayanıklılık düzeylerini göstermektedir. Çalışma grubunda EQ-5D-3L Ölçeği Cronbach's Alfa katsayısı 0,725 iken, CDPSÖ-KF ölçeği için 0,861 olarak saptandı. Veriler SPSS İstatistik Programında değerlendirildi. Analizler için Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon ve Çok Değişkenli Lineer Regresyon (Enter) analizi kullanıldı. EQ-5D-3L İndeks skorlarının logaritması alınarak normal dağılıma uygun hale dönüştürülerek analize dahil edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların %57.9 (n=292)'u kadın idi. Yaşları 65-90 arasında değişmekte olup ortalama 70.52±4.87 yıl idi. EQ-5D-3L indeks skorları -0.43 ile 1.00 arasında değişmekte olup ortancası 0,73, EQ-VAS skorları 0-100 arasında değişmekte olup ortalama 70.00 idi. Katılımcıların %17.5'i (88)'i EQ-5D-3L Ölçeğinden tam puan almıştır. CDPSÖ-KF'den alınan puanlar 0-40 arasında değişmekte olup ortalama 28.00±7.81 idi. CDPSÖ-KF puanları ile EQ-5D-3L indeks ve EQ-VAS skorları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Yapılan analizlerde yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kiminle yaşadığı, VKİ, beslenme durumu, düzenli fiziksel aktivite, sigara içme, hekim tanılı kronik hastalık öyküsü, polifarmasi, son bir yıl içerisinde sağlık sorunu yaşama durumu ve CDPSÖ-KF puanı) oluşturulan Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi sonucunda; erkek olmak (p=0.031), evli olmak (<0.001), düzenli fiziksel aktivite yapmak (0.037), kronik hastalığa sahip olmamak (<0.001), polifarmasi durumunun bulunmaması (0.050), son bir yıl içerisinde sağlık sorunu yaşamamış olmak (<0.001) ve daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeylerine sahip olmak (<0.001) yaşlıların yaşam kaliteleri üzerinde etkili faktörler olduğu saptandı. Çalışmada yaşlıların yaşam kaliteleri üzerinde en etkili faktör psikolojik dayanıklılık durumları idi.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda, yaşlıların yaşam kalitelerinin ve psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyde olduğu saptandı. Yaşlı bireylerin psikolojik dayanıklılık

durumlarının, yaşam kaliteleri üzerinde önemli belirleyici etkisinin olduğu görülmüştür. Psikolojik dayanıklılığın geliştirilebilir dinamik bir süreç olduğu düşünüldüğünde yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini ve psikolojik dayanıklılıklarını artırılması veya korunması amacıyla gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bu gereksinimlere yönelik müdahale veya girişimlerin planlanması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: EQ-5D-3L, psikolojik dayanıklılık, yaşlı, yaşam kalitesi

Evaluation of Quality of Life and Psychological Resilience of Older Adults Admitted to a University Hospital as Outpatients

Introduction and Aim: Ageing is a normal process associated with a decline in vital functions and adaptability to environmental factors. In addition to the health problems that increase with ageing, it is not surprising that many physical, mental and social factors have a significant impact on the quality of life of older adult. Furthermore, psychological resilience, as the ability to successfully overcome and adapt to stressful life circumstances, is known to have important implications for healthy ageing. The aim of this study was to investigate the quality of life and psychological resilience of older adults admitted to a university hospital as outpatient.

Material and Methods: The study was a cross-sectional study conducted with patients aged 65 years and older who presented to the outpatient clinics of a university hospital between November and December 2022. Ethics committee approval and the administrative authorisations required for the study were obtained. The study was not financially supported and there is no conflict of interest. The sample size of the study was calculated using the G*Power programme, assuming an effect size of "0.2", an alpha error of "0.05" and a study power of "99%", to be at least 462 adults, and the aim was to reach at least 510 adults, taking into account possible losses. The data collection for the study was conducted in two phases. In the first phase, participants were assessed by the researchers using the Mini-Cog test and those who were found to have no impairment in cognitive function were included in the second phase. The study group consisted of 504 participants with no impairment of cognitive function.

The questionnaires were completed by the participants themselves under observation. The questionnaire created for data collection contained questions on the EQ-5D-3L Quality of Life, the EQ-VAS and the Connor Davidson Psychological Resilience Scale Short Form (CD-RISC). Participants' quality of life was assessed using the EQ-5D-3L Index, where a score of "1.00" indicates perfect health, while a decrease in the score indicates a deterioration in health-related quality of life. The EQ-VAS assesses the participants' state of health on that day on a visual scale between 0 and 100, with higher scores indicating a better state of health. The participants' psychological resilience was assessed using the CD-RISC, with high scores indicating a high level of psychological resilience. The psychological resilience of the participants was evaluated with the CDPSS-SF. It is not a prediction for the evaluation of the total score and high scores indicate high levels of psychological resilience. In the study group, the Cronbach's alpha coefficient of the EQ-5D-3L Scale was 0.725, while for the CD-RISC scale it was 0.861. The data were analysed using the SPSS statistics programme. Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Correlation and Multivariate Linear Regression analysis (Enter) were used for the analyses. The logarithm of the EQ-5D-3L Index scores was taken and included in the analysis.

Results: In the study group, 57.9% (n=292) were women. Their age ranged between 65 and 90 years with a mean of 70.52±4.87 years. EQ-5D-3L Index scores ranged from -0.43 to 1.00 with a median of 0.73, EQ-VAS scores from 0-100 with a mean of 70.00. 17.5% (n=88) of participants scored full score on the EQ-5D-3L Scale. The scores obtained with the CD-RISC ranged from 0-40 with a mean of 28.00±7.81. There was a moderate positive correlation between the CD-RISC scores and the EQ-5D-3L Index as well as the EQ-VAS scores ($p<0.001$). As a result of the multivariate linear regression analysis with the variables (gender, age, marital status, educational status, living with whom, BMI, nutritional status, regular physical activity, smoking, history of chronic diseases, polypharmacy, health problems in the last year and CD-RISC score) associated with quality of life in older adults, it was found that male ($p=0.031$), married (<0.001), engaging in regular physical activity (0.037), having no chronic disease (<0.001), having no polypharmacy (0.050), having had no health problems in the past year (<0.001) and having a higher level of psychological resilience (<0.001) were found

to be effective factors for older adult's quality of life. In the study, the most effective factor for the quality of life of older adults was the status of their psychological resilience.

Conclusion: To summarise, the quality of life and psychological resilience of the elderly in our study were at a moderate level. The psychological resilience status of older adults was found to have a significant impact on their quality of life. Considering that psychological resilience is a dynamic process that can be developed, it may be useful to evaluate the needs of older adult to increase or maintain their quality of life and psychological resilience and to plan interventions or interventions for these needs.

Keywords: EQ-5D-3L, elderly, older adult, psychological resilience, quality of life

S-3 – BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ

Bir İl Merkezindeki Yaşlılarda Evde Düşme Prevalansı ve Riskli Davranışlarla ve Ev İçi Güvenlik Koşullarıyla İlişkisi

Ersin Uskun[1], Ramazan Öztop[1], Gizem Başer[1], Özgür Önal[1], Ahmet Nesimi Kişioğlu[1]

1-Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

ersinuskun@gmail.com

Giriş: Bilimsel ilerlemelerin ve yaşam koşullarının iyileşmesinin sonucu olarak dünya genelinde yaşlı nüfus oranı artmaktadır ve ülkemizde de artacağı öngörülmektedir.

Yaşlanma, çeşitli sosyal, psikolojik ve fiziksel değişikliklerin yanı sıra önemli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Özellikle fiziksel kapasitesinin azalması, dolaşım sisteminde yaşla birlikte görülen değişimler, bilinç düzeyinde yaşanan farklılıklar ve ilaç kullanımı gibi nedenlerden kaynaklanabilen düşme olgusu, sağlık sorunlarına sebep olabilen ve yaşam kalitesini düşürebilen önemli bir sağlık sorunudur. Bununla birlikte yaşlılarda görülen düşmelerin 2/3'ü önlenebilir. Fiziksel çevre koşulları, ileri yaş, kadın cinsiyet, koruyucu davranışlardaki yetersizlik, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar gibi pek çok etmenin düşme riskini arttırdığı bilinmektedir. Yaşlılarda düşme olgusuna yol açan risk faktörlerini belirlemek, bunlara göre fiziki çevreyi şekillendirmek ve yaşlı bireylerin aktif yaşamlarını güvenle sürdürmelerini sağlamak koruyucu hekimlik açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, bir il merkezindeki yaşlılarda evde düşme sıklığının belirlenmesi ve riskli davranışlarla ve ev içi güvenlik koşullarıyla ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve yöntem: 15.11.2023-15.02.2024 tarihleri arasında yapılan analitik kesitsel tipteki araştırmanın evrenini bir il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü; OpenEpi programında, evren sayısının bilinmediği koşullarda, %32 sıklık (p), %3 hata payı (d), %95 güven aralığında desen etkisi bir alınarak 928 olarak hesaplandı. Yüzde 10 eklenerek 1021 kişiye ulaşılması hedeflendi. Tabakalı ve basit rasgele örnekleme yöntemleri kullanılarak örnek seçildi ve 1021 kişiye ulaşıldı, 19 anket eksik ve/veya tutarsız cevaplar nedeniyle değerlendirme dışı bırakıldı (ulaşma düzeyi %98,1).

Veri toplama işlemi yüz yüze anket yöntemi ile yapıldı. Anket formu, yaşlıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan sorular, Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formu (DEGKDF), Uluslararası Düşme Etkinlik Ölçeği (FES-I) ve Yaşlılar İçin Düşme Davranışı Ölçeği'nden (FAB) oluşmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir algısı, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı varlığı, sigara-alkol kullanma durumu, vücut kütle indeksi (VKİ), yürümeye yardımcı cihaz kullanımı varlığı, düzenli egzersiz yapma durumu, FES-I ölçeğine göre düşme korkusu yaşama durumu, DEGKDF puanı ve FAB ortalama puanı; bağımlı değişkeni ise son bir yıl içinde düşme olgusu yaşama durumuydu.

İstatistiksel analizler istatistik paket programı (Statistical Package for Social Sciences, SPSS, sürüm 29.0) kullanılarak, tanımlayıcı istatistikler, ki-kare ve t testi kullanılarak değerlendirildi. Değişkenlerin değerlendirilmesinde kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler lojistik regresyon modeline alınarak değerlendirildi. Modelde VIF değerlerine göre çoklu bağlantı sorunu oluşturan değişken bulunmamaktaydı. Araştırma için etik kurul onayı alındı (31/10/2023-736342).

Bulgular: Katılımcıların %42,4'ü 70 yaş üstünde, %60,6'sı erkek, %73,8'i evli, %85,2'si bir işte çalışmayan, %68,4'ü düzenli egzersiz yapmayan, %60,9'u kronik hastalığı olan, %78,9'u yürümeye yardımcı cihaz kullanmayan bireylerden oluşmaktaydı. DEGKDF puan ortalaması 8,0±5,2 ve FAB ortalama puanı ortalaması 2,6±0,5 idi. Son bir yılda evde düşme olgusu %18,3'tü.

Tek değişkenli analizlerde; kadınlarda ($p=0,001$), 70 yaş üzerinde ($p<0,001$), ortaokul ve altında eğitim alanlarda ($p<0,001$), evli olmayanlarda ($p<0,001$), çalışmayanlarda ($p=0,001$), orta veya altında gelir algısı olanlarda ($p=0,046$), kronik hastalığı olanlarda ($p<0,001$), düzenli ilaç kullananlarda ($p<0,001$), sigara-alkol kullanmayanlarda ($p=0,018$), yürümeye yardımcı cihaz kullananlarda ($p<0,001$), düzenli egzersiz yapmayanlarda ($p=0,002$), ev içi güvenlik koşullarının evin bölümlerine (oturma odası, mutfak, banyo-tuvalet, merdiven ve koridor) göre yüksek riskli olması halinde (sırasıyla $p=0,005$; $p=0,032$; $p<0,001$; $p=0,005$ ve $p=0,023$) düşme olgusu daha sıklıkla yaşanmıştır. Düşme olgusu yaşayanlarda FES-I puanı ($p<0,001$) ve FAB ortalama puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,001$).

Lojistik regresyon analizinde düzenli ilaç (B=3,2; p<0,001) ve yürümeye yardımcı cihaz kullanıyor olmak (B=3,0; p<0,001), evli olmamak (B=1,5; p=0,030), merdivenin (B=1,3; p=0,003) ve banyo-tuvaletin yüksek riskli olması (B=1,1; p=0,003) düşme olgusunun yordayıcıları olarak belirlendi.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada evde düşme prevalansı literatürden (%28-%35) düşük olarak saptandı. Yaşlılarda düşme olgusuna neden olan çevresel ve bireysel risk faktörlerine yönelik farkındalık artırıcı çalışmalar öncelik verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, yaşlanma, düşme, risk

Prevalence of Falls at Home and Its Relation with Risky Behaviors and Indoor Safety Conditions Among Elderly People in a Provincial Center

Introduction: As a result of scientific advances and improved living conditions, the proportion of the elderly population is increasing worldwide and is expected to increase in our country as well. Aging brings with it various social, psychological and physical changes as well as significant health problems. The phenomenon of falling, which can be caused by reasons such as decreased physical capacity, changes in the circulatory system with age, differences in the level of consciousness and drug use, is an important health problem that can cause health problems and reduce the quality of life. However, 2/3 of falls in the elderly can be prevented. It is known that many factors such as physical environmental conditions, advanced age, female gender, inadequacy in protective behaviors, comorbidities and medications increase the risk of falls. It is important in terms of preventive medicine to determine the risk factors that lead to falls in the elderly, to shape the physical environment accordingly and to ensure that elderly individuals continue their active lives safely.

The aim of this study was to determine the frequency of falls at home in the elderly in a provincial center and to examine the relationship with risky behaviors and safety conditions in the home.

Materials and method: The population of the analytical cross-sectional study conducted between 15.11.2023-15.02.2024 consisted of individuals aged 65 years and older living in a city center. The sample size was calculated as 928 in the OpenEpi

program, under conditions where the number of the population was unknown, with a frequency of 32% (p), a margin of error of 3% (d), and a 95% confidence interval, taking the design effect as one. It was aimed to reach 1021 people by adding 10 percent. The sample was selected using stratified and simple random sampling methods and 1021 people were reached, 19 questionnaires were excluded from the evaluation due to incomplete and/or inconsistent responses (reach level 98.1%).

Data collection was performed by face-to-face questionnaire method. The questionnaire consisted of questions about the sociodemographic characteristics of the elderly, the Home Environment Conditions Evaluation Form for Falls (HECEFF), the Falls Efficacy Scale International (FES-I) and the Falls Behavior Scale (FaB Scale).

The independent variables of the study were age, gender, educational status, marital status, number of children, employment status, income perception, presence of chronic disease, presence of psychiatric disease, presence of regular medication use, smoking-alcohol use, body mass index (BMI), presence of walking aids, presence of regular exercise, fear of falling according to the FES-I scale, HECEFF score and FaB Scale mean score; the dependent variable was experiencing a fall in the last year.

Statistical analyses were evaluated using descriptive statistics, chi-square and t-test using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 29.0). It was used in the evaluation of variables. Variables found to be significant in univariate analyses were included in the logistic regression model. According to VIF values, there were no variables that caused multicollinearity problems in the model. Ethics committee approval was obtained for the study (31/10/2023-736342).

Results: Among the participants, 42.4% were over 70 years of age, 60.6% were male, 73.8% were married, 85.2% were not employed, 68.4% did not exercise regularly, 60.9% had chronic diseases, and 78.9% did not use walking aids. The mean HECEFF score was 8.0±5.2 and the mean FaB score was 2.6±0.5. The rate of falls at home in the last year was 18.3%.

In univariate analyses; women ($p=0.001$), over 70 years of age ($p<0.001$), with secondary school education or less ($p<0.001$), unmarried ($p<0.001$), unemployed ($p=0.001$), middle or lower income perception ($p=0.046$), chronic disease ($p<0.001$),

regular medication users (p<0.001), fall cases occurred more frequently in non-smokers (p=0.018), in those who used walking aids (p<0.001), in those who did not exercise regularly (p=0.002), and in those for whom the safety conditions in the house were high-risk compared to the parts of the house (living room, kitchen, bathroom-toilet, stairs and corridor) (p=0.005; p=0.032; p<0.001; p=0.005 and p=0.023, respectively). The mean FES-I score (p<0.001) and FaB Scale mean score were higher in those who experienced a fall event (p<0.001).

In logistic regression analysis, taking regular medication (B=3.2; p<0.001) and using a walking aid (B=3.0; p<0.001), being unmarried (B=1.5; p=0.030), having stairs (B=1.3; p=0.003) and having a high-risk bathroom-toilet (B=1.1; p=0.003) were determined as predictors of fall incidence.

Conclusion and Recommendations: In this study, the prevalence of falls at home was lower than the literature (28%-35%). Awareness-raising studies on environmental and individual risk factors that cause falls in the elderly should be prioritized.

Keywords: Old age, aging, falls, risk

S-4

Isparta İlindeki Yaşlıların Yaşlanmaya İlişkin Tutumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Yaşlı Sağlığı Güçlendirme Düzeyinin Bu İlişkideki Rolü

Ersin Uskun[1], Eyüb Kaçmaz[1], Mustafa Develi[1], A.Nesimi Kişioğlu[1], Özgür Önal[1]

1-Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Isparta

eyub20_44@hotmail.com

Giriş ve Amaç: Bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde, yaşamda durduğu yeri algılaması olarak tanımlanan yaşam kalitesi, bireyler yaşlandıkça giderek daha önemli hale gelmektedir. Toplumsal algılarda yaşlılık sıklıkla hem olumlu hem de olumsuz yorumlarla karşılanmakta, ancak bu olumsuz algılar çoğu zaman toplumlarda yaşlılara, yaşlanmaya ve yaşlılığa yönelik olumsuz tutumlara da dönüşebilmektedir. Güçlendirme yaklaşımıyla, yaşlı bireylerin güçsüz ve bağımlı olarak algılanması önlenerek, hayatlarının kontrolünü almaları sağlanmakta, böylece çevreyle etkileşimleri ve içsel gelişim potansiyelleri geliştirilmekte, güçlü yanları ön plana çıkarılabilmekte ve topluma katılımları desteklenmektedir. Bu yaklaşım yaşlıların toplumda olumsuz olarak algılanmasının önüne geçilmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılması açısından da faydalı görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, Isparta ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşlanmaya yönelik tutumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve yaşlı sağlığı güçlendirme düzeylerinin bu ilişki üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel analitik tipteki çalışmanın evrenini, Isparta'da yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (N=60.818). Yeterli örnek büyüklüğü, G Power programında, etki büyüklüğü 0,15, alfa 0,05 ve güç 0,95 olarak alınarak, 969 olarak hesaplandı. Veriler kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak 1213 yaşlı bireyden yüz yüze anket yöntemi ile toplandı. Çalışmada katılımcıların sosyo-demografik özellikleri anket formu ile, yaşlanmaya yönelik tutumları ise 'Yaşlanma ve Yaşlılığa Yönelik Tutum Ölçeği (YYYTÖ)' kullanılarak değerlendirildi. Yaşam kalitesi, özerklik ve memnuniyet algısı ile engel algısından oluşan iki faktörlü 'CASP13 ölçeği' ve 'Yaşlıların Yaşam

Kalitesi kısa formu (OPQOL-Brief)' kullanılarak ölçüldü. Yaşlıların sağlıkları ile ilgili güçlendirme düzeyleri 'Yaşlı Sağlığı Güçlendirme Ölçeği (YSGÖ)' ile değerlendirildi. Veriler bilgisayar ortamında istatistik paket programı ile tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri kullanılarak değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi. Araştırma için etik kurul onayı alındı (06.03.2023-72867572).

Bulgular: Araştırma grubunun %52,5'ini kadınlar oluşturmaktaydı. Grubun yaş ortalaması 71,6±6,2'dir. Çoğunluğu (%72,1) evli ve %74,2'si çekirdek aile yapısına sahip bireylerdi. Yüzde 60,6'sı lise mezunu veya daha az eğitim almıştı. Grubun %89,5'i çalışmamaktaydı ve %20,9'unun geliri giderinden azdı. Yüzde 72,6'sının kronik bir hastalığı bulunmakta, %13,7'si sağlık durumunu kötü/çok kötü olarak değerlendirmekteydi. Araştırma grubunun %17,6'sı günlük ihtiyaçları ve bakımları için yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtti. Yaşlıların %41,9'unun haftada en az 150 dakika tempolu yürüyüş veya eşdeğer egzersiz yaptığı, %60,9'unun sigara içmediği ve %94,1'inin alkol tüketmediği belirlendi. YYYTÖ puan ortalaması 133,3±30,2 iken, YSGÖ puan ortalaması 28,5±5,8 idi. OPQOL-Brief ortalama puanı 50,6±6,9 iken, CASP13 ölçeği puan ortalaması 22,5±7,9 idi. Yaşam kalitesi ölçekleri olan OPQOL-Brief ve CASP13 ölçeği ile tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişkili bulunan değişkenlerle iki ayrı model oluşturularak lineer regresyon analizi yapıldı. OPQOL-Brief için; yaş ($B=-0,1$; $p=0,037$), gelirin giderine eşit ya da fazla olması ($B=1,5$; $p<0,001$), orta ve üstü sağlık algısı ($B=1,7$; $p<0,001$), bakım yardımı ihtiyacının olmaması ($B=2,7$; $p<0,001$), düzenli egzersiz yapmak ($B=1,4$; $p<0,001$), YYYTÖ puanı ($B=-0,1$; $p<0,001$) ve YSGÖ puanı ($B=0,4$; $p<0,001$) anlamlı yordayıcılardı. CASP13 için; gelirin giderine eşit ya da fazla olması ($B=0,6$; $p=0,012$), orta ve üstü sağlık algısı ($B=1,4$; $p<0,001$), bakım yardımı ihtiyacı olmaması ($B=1,4$; $p=0,003$), doktora gitme sıklığının senede birden az oluşu ($B=1,0$; $p=0,016$), düzenli egzersiz yapma ($B=0,8$; $p=0,025$), YYYTÖ puanı ($B=-0,1$; $p<0,001$) ve YSGÖ puanı ($B=0,3$; $p<0,001$) anlamlı yordayıcılardı.

Sonuç: Çalışmamızda, yeterli geliri olan, sağlık algısı iyi, bakım ihtiyacı olmayan, düzenli egzersiz yapan yaşlıların daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, yaşlanma ve yaşlılığa yönelik olumsuz tutumlar yaşam kalitesinin düşmesiyle ilişkilendirilirken, yaşlı sağlığına yönelik güçlendirme yaklaşımı yaşam

kalitesi üzerinde olumlu bir etki yaratmıştır. Bu sonuçlar, sosyo-ekonomik eşitsizliklerin ele alınmasının, yaşlanmaya yönelik olumlu tutumların teşvik edilmesinin ve yaşlıların refahını artırmak için güçlendirme stratejilerinin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaşam kalitesi, yaşlanmaya yönelik tutum, yaşlı sağlığını güçlendirme

The Relationship between the Attitudes of the Elderly in Isparta Province towards Ageing and Quality of Life and the Role of Elderly Health Empowerment Level in This Relationship

Introduction and Aim: Quality of life, defined as individuals' perception of their position in life relative to their goals, expectations, and interests, becomes increasingly pertinent with age. In societal perceptions, old age elicits both positive and negative sentiments, but negative perceptions can translate into adverse attitudes towards the elderly. The empowerment approach aims to counteract such perceptions by empowering the elderly to take control of their lives, enhance their interactions with the environment, emphasize their strengths, and promote their participation in society. Ultimately, this approach aims to improve the quality of life for older individuals while combating negative societal perceptions. The aim of this study is to examine the relationship between attitudes towards ageing and quality of life of individuals aged 65 and over living in Isparta province and to evaluate the effect of elderly health empowerment levels on this relationship.

Material and Methods: The population of the cross-sectional analytical study consisted of individuals aged 65 years and over living in Isparta (N=60,818). Adequate sample size was calculated as 969 using the G Power programme with an effect size of 0.15, alpha of 0.05 and power of 0.95. The data were collected from 1213 elderly individuals by face-to-face questionnaire method using convenience sampling method. In the study, the socio-demographic characteristics of the participants were evaluated using a questionnaire form, and their attitudes towards ageing were evaluated using the 'Attitudes Scale toward Aging and Elderliness (ASTAAE)'. Quality of

life was measured using the two-factor 'CASP13 scale' consisting of the perception of autonomy and satisfaction and the perception of barriers and the 'Older People's Quality of Life short form (OPQOL-Brief)'. The empowerment levels of the elderly related to their health were evaluated with the ' Elders Health Empowerment Scale (EHES)'. The data were evaluated using descriptive statistics, t-test in independent groups, one-way analysis of variance (ANOVA), Pearson correlation and linear regression analyses with the statistical package programme in computer environment. Significance level $p<0.05$ was accepted. Ethics committee approval was obtained for the study (06.03.2023-72867572).

Results: Women constituted 52.5% of the study group. The mean age of the group was 71.6±6.2 years. Most of them (72.1%) were married and 74.2% had nuclear family structure. 60.6 per cent had high school graduation or less education. 89.5 per cent of the group was not working and 20.9 per cent had income less than expenses. 72.6 per cent had a chronic disease and 13.7 per cent considered their health status as poor/very poor. 17.6 per cent of the study group stated that they needed help for their daily needs and care. It was determined that 41.9% of the elderly did brisk walking or equivalent exercise for at least 150 minutes a week, 60.9% did not smoke and 94.1% did not consume alcohol. The mean score of the ASTAAE was 133.3±30.2 and the mean score of the EHES was 28.5±5.8. The mean score of OPQOL-Brief was 50.6±6.9, while the mean score of CASP13 scale was 22.5±7.9. Linear regression analyses were performed by creating two separate models with the variables found to be significantly associated with the quality of life scales OPQOL-Brief and CASP13 scale in univariate analyses. For OPQOL-Brief; age (B=-0.1; $p=0.037$), income equal to or more than expenses (B=1.5; $p<0.001$), perception of moderate or better health (B=1.7; $p<0.001$), no need for care assistance (B=2.7; $p<0.001$), regular exercise (B=1.4; $p<0.001$), ASTAAE score (B=-0.1; $p<0.001$) and EHES score (B=0.4; $p<0.001$) were significant predictors. For CASP13, having income equal to or more than expenses (B=0.6; $p=0.012$), perception of moderate or better health (B=1.4; $p<0.001$), not needing care assistance (B=1.4; $p=0.003$), frequency of visiting a doctor less than once a year (B=1.0; $p=0.016$), exercising regularly (B=0.8; $p=0.025$), ASTAAE score (B=-0.1; $p<0.001$) and EHES score (B=0.3; $p<0.001$) were significant predictors.

Conclusion: In our study, it was observed that elderly people with sufficient income, good health perception, no need for care, and regular exercise had a higher quality of life. In addition, negative attitudes towards ageing and old age were associated with a decrease in quality of life, while an empowerment approach to elderly health had a positive effect on quality of life. These results emphasise the importance of addressing socio-economic inequalities, promoting positive attitudes towards ageing and implementing empowerment strategies to improve the well-being of older people.

Keywords: Ageing, quality of life, attitude towards ageing, elders health empowerment

S-5

Sağlıklı Yaş Alma ve Entegre Bakım: Türkiye Modelinin İncelenmesi

Pınar Koçatakan[1], Nurgül Balcı[2]

1-MD, Genel Cerrahi, T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı

2-MD, Aile Hekimliği, T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, Evde Sağlık Birimi

pinar.kocatakan@saglik.gov.tr

Giriş ve Amaç: Dünya genelinde doğuşta beklenen yaşam süresi uzamaktadır ve toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı artış göstermektedir. Demografik değişim beraberinde öncelikli olarak ilgilenilmesi gereken ve her bir bireye sağlıklı bir hayat yaşama fırsatını tanıyan halk sağlığını korumaya yönelik stratejilerin geliştirilmesini ve güncel tutulmasını kaçınılmaz hale getirmektedir. Bugünümüzde elde ettiğimiz istatistiki veriler ve talep ile bakım konusundaki tercihler evde bakım ve yaşlıya yönelik bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması, kapasitenin genişletilmesi ihtiyacını karşımıza çıkaracağı işaretini vermektedir. Gelecekte karşılaşılması muhtemel kronik hastalık ve bakım yükü için yaşlı çınarlarımıza kanıta dayalı, etkin, kişi merkezli ancak bütüncül odaklı proaktif hizmetlerin sunum şeklinin ihtiyaca göre güncel tutulması ve çok sektörlü olan bakımın koordine edilmesinin kaynakların etkin kullanımındaki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yaşlanma kapsamında yapılmış olan nüfus profili istatistiksileri, sağlıklı yaşlanma için belirlenen stratejik hedefler ve gerçekleştirilmiş uygulamaların incelenmesine dayanmaktadır.

Bulgular: Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri; 653 sağlık tesisi bünyesinde 81 İlde hizmet sunumu yapılmaktadır. Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri ekipleri tarafından hizmetin başlangıcından itibaren 2023 yılında 89.360 yaşlının evinde/yerinde ziyaret edilmiştir. 720 hekim ve 997 hemşire tarafından altı aylık bir süre zarfında 151.715 yaşlı ile iletişim kurulduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri, yürüttüğü çalışmalar gereği yaşlı sağlığının korunması, toplum içinde görülme sıklığı yüksek olan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik olarak sürdürülen koruma ve tarama uygulamalarını tamamlayıcı özelliklere sahiptir. Altı aylık bir süre zarfında 151.715 yaşlı ile iletişim kurulduğu tespit edilmesine rağmen 2011 yılından itibaren

evde sağlık hizmetiyle ulaşılan birey sayısı 2.578.526 iken bu bireylerin %77'si 65 yaş ve üstü, %27'si ise 85 yaş ve üstü kişilerdir.

Sonuç: Toplumda sağlıklı yaşlanmanın teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Birbirinden farklı bakım hizmeti sunan farklı disiplinler senkronize şekilde iş birliği yapmalı ve bakım tüm bileşenleri ile sürdürülebilir olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Yaşlanma, Geriatrik Değerlendirme, Evde Bakım, Evde Sağlık Hizmeti, Bütünleşik Bakım, Uzun Süreli Bakım

Healthy Aging and Integrated Care: Examining the Model of Türkiye

Introduction: Life expectancy at birth is increasing worldwide, and the proportion of elderly people in the total population is on the rise. Demographic change makes it inevitable to develop and keep up-to-date strategies for protecting public health, which should be of primary concern and provide each individual with the opportunity to live a healthy life. The statistical data we have obtained today and the preferences in demand and care indicate that we will need to increase the quality of home care and care services for the elderly and expand the capacity. It is aimed to keep the way of providing evidence-based, effective, person-centered but holistic-oriented proactive services to our elderly sycamores for the chronic disease and care burden likely to be encountered in the future up-to-date according to the needs and to emphasize the importance of coordinating multi-sectoral care in the effective use of resources.

Material and Methods: Population profile statistics on aging are based on an analysis of the strategic goals set for healthy aging and the practices that have been implemented.

Results: The Healthy Aging Centers provide services in 81 provinces within 653 health facilities. Since the inception of the service in 2023, 89,360 elderly individuals have been visited at their homes or other locations by the Healthy Aging Centers teams. Over a six-month period, 720 physicians and 997 nurses communicated with 151,715 elderly individuals. Healthy Aging Centers offer a range of complementary features to the prevention and screening practices carried out to protect the health of the elderly and to identify non-communicable chronic diseases and risk factors that have a high

prevalence in society. Despite the fact that 151,715 elderly individuals were contacted over a six-month period, the number of individuals who received home health services since 2011 was 2,578,526. Of these, 77% were aged 65 and over, while 27% were aged 85 and over.

Conclusion: Healthy ageing should be promoted in society. Different disciplines providing different care services should cooperate in a synchronized manner and care should be sustainable with all its components.

Keywords: Healthy Aging, Geriatric Assessment, Home Care, Home Health Care, Integrated Care, Long Term Care

S-6

Yetişkinlerin Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumuna Güven Düzeyinin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyine Etkisi

Oğuzhan Keskin[1], Özge Ketenci[2,3], Nüket Pancar[2,4], Yeliz Mercan[2,5]

1-İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

3-Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

4-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

5-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

dytoguzhankeskin@gmail.com

Giriş ve Amaç: Yetişkinlerin uzaktan sağlık hizmeti (USH) sunumuna güven düzeyinin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Türkiye'de 16-30 Nisan 2024 tarihleri arasında olasılıksız örnekleme yöntemiyle 20 yaş ve üzeri araştırmaya katılmaya gönüllü 924 yetişkin ile e-survey olarak yürütülmüştür. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumuna Güven Ölçeği yardımıyla çevrimiçi toplanmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 29,45±11,08 yıl (Medyan: 25, Min: 20, Maks: 93) olan yetişkinlerin %55,6'sı kadındır. Katılımcıların %68,8'i sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşadığını bildirmiştir. Bunlar arasında ilk sıralarda randevu (%46,8), bekleme süreleri (%26,8) ve muayene süreleri (%17,2) ile ilgili sorunlar bildirilmiştir. Yetişkinlerin %80,0'ı son 6 ay içinde bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, %56,3'ü devlet hastanelerini ve %18,6'sı aile hekimliğini tercih etmiş, %44,7'si alınan sağlık hizmetlerini yeterli, %43,9'u kısmen yeterli bulmuştur. Araştırma grubunun %16,7'si USH almıştır. USH alan katılımcıların %40,9'u devlet hastanelerinden ve %27,3'ü aile hekimliğinden bu hizmeti almış; %37,6'sı son 6 ay içinde bu hizmetten yararlanmış ve %54,5'i hekimden yardım almıştır. Alınan USH arasında ilk sıralarda hastalık tedavisi ve ilaç yönetimi (%33,8), beslenme ve diyet danışmanlığı (%23,4), hekim tarafından yazılan e-reçete (%18,8), psikolojik desteğe yönelik danışmanlık (%15,6), koşulların elverdiği ölçüde hastalık muayenesi (%13,6) ve fiziksel aktivite danışmanlığı (%11,7) yer almıştır. USH

alan katılımcıların %37,7'si aldıkları USH hizmetini yeterli, %49,4'ü kısmen yeterli olarak belirtmiştir. Yetişkinler arasında 40 yaşının altındakilerin (p=0,002), önlisans ve üzeri mezunların (p=0,001), gelirini yeterli bulanların (p=0,002), sağlığını iyi veya orta düzeyde algılayanların (p=0,004) USH Sunumuna Güven Ölçeği puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre yüksek saptanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayanların (p=0,021) ve USH alanların (p=0,000) USH Sunumuna Güven Ölçeği puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişi sayısı, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, kronik hastalık varlığı, sağlık kuruluşuna gitme sıklığı, en son sağlık kuruluşuna başvurma zamanı, en son başvurulan sağlık kuruluşu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyi ile USH Sunumuna Güven Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (p>0,05).

Sonuç: Her on yetişkinin birinden fazlası USH'dan yararlanmış ve yaklaşık dokuzu da USH'ı yeterli bulmuştur. USH'a güven düzeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşayan yetişkinler USH'a daha fazla güven duymaktadır. Bu durum yetişkinlerin olumlu USH deneyiminin bir sonucu olarak düşünülmüştür. Son yıllarda pandemi, afetler gibi nedenlerle gündeme gelen, sağlık hizmetlerinde de hızla yerini alan USH, sağlık hizmetleri yükünün ve doğrudan veya dolaylı sağlık harcamalarının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Uzaktan sağlık hizmeti, Sağlık hizmet sunumu, Güven, Yetişkin

The Effect of Adults' Trust Level in Remote Health Service Delivery on the Utilization Level of Health Services

Intraduction and Aim: The aim of this study was to examine the effect of adults' trust level in remote health service (RHS) delivery on the utilization level of health services.

Materyal and Methods: This descriptive study was conducted as an e-survey using a non-probability sampling method with 924 adults aged 20 and over who volunteered to participated in the research in Turkey between April 16-30, 2024.Data were collected online using a Personal Information Form and the Remote Health Service Delivery Trust Scale.

Results: The mean age of the adults was 29.45±11.08 years (Median: 25, Min: 20, Max: 93), and 55.6% of the participants were female. 68.8% of the participants reported having problems accessing health services, with appointment scheduling (46.8%), waiting times (26.8%), and examination durations (17.2%) being the most commonly reported issues. 80.0% of adults had visited a healthcare facility in the last 6 months, with 56.3% preferring public hospitals and 18.6% preferring family medicine. 44.7% of participants found the health services received to be adequate, while 43.9% found them partially adequate. 16.7% of the research group had received RHS. Among those who received RHS, 40.9% received this service from public hospitals and 27.3% from family medicine; 37.6% had utilized this service in the last 6 months, and 54.5% received help from a physician. The most commonly received RHS included disease treatment and medication management (33.8%), nutrition and diet counseling (23.4%), e-prescriptions issued by physicians (18.8%), counseling for psychological support (15.6%), as well as disease examination (13.6%) and physical activity counseling (11.7%). 37.7% of RHS recipients considered the service received to be adequate, while 49.4% considered it partially adequate. Adults under 40 years old (p=0.002), those with associate degree graduate (p=0.001), those who perceived their income as sufficient (p=0.002), and those who perceived their health as good or moderate (p=0.004) had higher mean scores on the RHS Delivery Trust Scale compared to other categories. Adults who experienced access problems with health services (p=0.021) and those who received RHS (p=0.000) had higher mean scores on the RHS Delivery Trust Scale compared to other categories. There was no statistically significant difference found between gender, place of residence, number of cohabitants, employment status, presence of health insurance, presence of chronic illness, frequency of visits to healthcare facilities, time since last visit to a healthcare facility, type of healthcare facility last visited, and level of health service utilization with the RHS Delivery Trust Scale score (p>0.05).

Conclusion: More than one in ten adults has utilized RHS, and approximately nine out of ten found RHS to be adequate. The level of trust in RHS is not a determinant of the utilization level of health services. However, adults who experience access problems with health services tend to have greater trust in RHS. This may be considered as a result of positive experiences with RHS. In recent years, RHS, which has rapidly gained

importance in healthcare due to reasons such as pandemics and disasters, can contribute to reducing the burden of health services and direct or indirect health expenditures.

Keywords: Remote health service, Health service delivery, Trust, Adult

S-7

Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Yaşlılarda Teknolojiye Karşı Tutumların Yerinde Yaşlanma Düzeyi ve Teknoloji Kullanabilme Becerisi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Erman Kavlu[1], Feyza Nehir Öznur Muz[1], Sevda Sungur[1], Oğuz Han Aydilek[1], Bengisu Karagöz[1], Selma Metintaş[1], Muhammed Fatih Önsüz[1]

1-Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

drermankavlu@gmail.com

Giriş ve Amaç: Sağlıklı yaşlanma, yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve iyi bir yaşlılık süreci ile gerçekleştirilebilecektir. Günümüzde teknolojik araçların kullanımı günlük yaşamın kolaylaştırılması ve sağlık hizmetine ulaşmada vazgeçilemez bir unsur haline gelmiştir. Yaşlı bireyler; teknolojik yenilikleri genellikle geç benimsemekte, günlük hayatta yeni teknolojik ürünlere alışmakta zorlanmaktadırlar. Bunun sebebi, teknolojiye adapte olabilmek için gerekli olan, duyusal, bilişsel ve motor faaliyetlerin genellikle artan yaşla birlikte azalmasıdır. Bu bağlamda yaşlılarda teknoloji kullanım becerisi ve tutumunun artırılması önemlidir. Sağlıklı yaşlanmayı kolaylaştırıcı bir unsur olan yerinde yaşlanmanın, teknoloji kullanım becerisini artırmadaki rolünü bilmek önemlidir. Çalışmada, hastaneye başvuran 60 yaş ve üzeri bireylerde; teknolojiye karşı tutumların yerinde yaşlanma düzeyi ve teknoloji kullanabilme becerisi ile ilişkisinin değerlendirmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Mayıs-Ağustos 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli etik ve idari izinler alındı. Veri toplama aracı; sosyodemografik özellikleri, teknoloji kullanım becerilerini, Yaşlıların Teknolojiye Karşı Tutum Ölçeği (YTKTÖ) ve Yerinde Yaşlanma Ölçeği (YYÖ)'ni içermekteydi. Çalışmada örneklem büyüklüğü tip 1(alfa) hata %5, tip 2 (1-beta) %80 ve etki büyüklüğü %10 kabul edilerek en az 782 olarak hesaplandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden 867 yaşlı birey çalışma grubunu oluşturdu. Verilerin değerlendirilmesinde ilk aşamada normal dağılıma uygunluk; tanımlayıcı istatistikler, grafikler ve Kolmogorov-Simirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymayan

verilerin analizinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Speraman Korelasyon testi kullanıldı. Çalışma grubunda YTKTÖ ve YYÖ'lerinin Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,74 ve 0,91 olarak hesaplandı. Teknolojiye karşı tutum ile ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla, ölçek puanının logaritması alınarak normal dağılıma dönüştürüldü ve hiyerarşik çoklu lineer regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmada yer alan bireylerin yaşları 60-90 arasında değişmekte olup ortalaması 68,5 ± 6,6 yıl, 398 (%45,9)'i kadın, 495 (%54,1)'i erkekti. Çalışmada yalnız yaşayanların sayısı 144 (%16,6) idi. Çalışma grubunda YTKTÖ'den alınan puanlar 12-60 arasında değişmekte olup ortalaması 37,8 ± 7,2 (ortanca: 38,0) puan idi. Çalışmada 415 (%47,9) kişi YTKTÖ'den ortalamanın üstünde puan aldı. Çalışmada YTKTÖ'den alınan puan en yüksek 60-64 yaş grubunda iken 75 ve üzeri yaş grubunda anlamlı düşüş gösterdi. Yerinde Yaşlanma Ölçeği'nden alınan puanlar 15-75 arasında değişmekte olup ortalaması 56,9 ± 9,8 (ortanca: 58,0) puan idi. Çalışmada 485 (%55,9) kişi Yerinde Yaşlanma Ölçeği'nden ortalamanın üstünde puan aldı. Yaşlıların teknolojiye karşı tutumları üzerinde; akıllı telefon kullanabilme (Beta; 95 GA: 0,197; 0,022 - 0,051), günlük haberleri internet üzerinden takip edebilme (0,181; 0,018 - 0,046), banka işlemlerini ATM kullanarak gerçekleştirebilme (0,110; 0,008 - 0,033), yeni teknolojik aletleri kullanmayı kolayca öğrenebilme (0,093; 0,005 - 0,029), insanların isimlerini hatırlamakta güçlük çekmeme (0,061; 0,001 - 0,022) ve YYÖ'den alınan puanın artışı (0,236; 0,179 - 0,295) yordayıcı olarak saptandı (F= 67,576, p ≤0,001, R2=0,316).

Sonuç: Teknolojik alet kullanımının desteklenmesine yönelik farkındalık oluşturularak yaşlı bireylerin teknolojiye karşı tutumları olumlu yönde desteklenmelidir. Yaşlı bireylerin yeni teknolojik uygulamalara kolayca uyum sağlayabilmesi için uygulamaların geliştirme aşamalarında basit ve kullanıcı dostu tasarımlar benimsenmesi ve yaşlı bireylerin görüşlerinin de tasarım sürecine dahil edilmesi uygun olacaktır. Yerinde yaşlanma, teknoloji kullanımını ve teknolojiye karşı olumlu tutum geliştirmeyi sağlamaktadır. Yaşlı bireylerin sosyal etkileşimlerini sağlayabilecek yerleşim düzenlerinin oluşturulması, kendi kendine yeten birey yaklaşımının desteklenmesi yerinde yaşlanmaya katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, yerinde yaşlanma, yaşlı bireyler, teknoloji kullanım becerisi, teknolojiye karşı tutum

Evaluation of the Relationship Between Attitudes towards Technology, Aging Place Level, and Ability to Use Technology in Elderly People Applying to a University Hospital

Introduction and Aim: Achieving healthy aging with good quality of life and a positive aging process is essential for elderly people. The use of technological devices has become an indispensable element in facilitating daily life and accessing healthcare services. Elderly people tend to adopt technological innovations later and often struggle to adapt to new technological products in their daily lives. This is primarily due to the decline in sensory, cognitive, and motor activities necessary for adapting to technology, which typically occurs with advancing age. Therefore, enhancing ability to use technology and attitudes towards technology in the elderly is crucial. Understanding the role of successful aging, which facilitates healthy aging, in increasing ability to use technology is important. This study aimed to evaluate the relationship between attitudes towards technology, successful aging, and ability to use technology in people aged 60 and above who applied to a hospital.

Material and Methods: The study was a cross-sectional research conducted between May and August 2023 at the outpatient clinics of a university hospital among individuals aged 60 and above for any reason. Ethical and administrative permissions were obtained for the study. The data collection tool included sociodemographic characteristics, ability to use technology, the Media and Technology Usage and Attitude Scale (MTUAS), and the Aging Place Scale (APS). The sample size was calculated to be at least 782, considering a type 1 (alpha) error of 5%, a type 2 (1-beta) error of 80%, and an effect size of 10%. A total of 867 elderly individuals who agreed to participate formed the study group. In the initial stage of data analysis, the normality of distribution was assessed using descriptive statistics, graphs, and the Kolmogorov-Smirnov test. For data not conforming to normal distribution, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, and Spearman correlation test were employed. The Cronbach's alpha values for MTUAS and APS in the study group were 0.74 and 0.91, respectively. To identify variables associated with attitudes towards technology, the logarithm of the

scale score was transformed to achieve normal distribution, and hierarchical multiple linear regression analysis was performed.

Results: The ages of the people in the study ranged from 60 to 90 years, with a mean of 68.5 ± 6.6 years, of whom 398 (45.9%) were female and 495 (54.1%) were male. The number of people living alone in the study group was 144 (16.6%). The MTUAS scores in the study ranged from 12 to 60, with a mean of 37.8 ± 7.2 (median: 38.0) points. In the study, 415 (47.9%) people scored above the mean on the APS. In the study, the scores obtained from the MTUAS were highest in the 60-64 age group, whereas a significant decline was observed in the 75 and older age group. The scores obtained from the APS ranged from 15 to 75, with a mean of 56.9 ± 9.8 (median: 58.0) points. In the study, 485 (55.9%) people scored above the mean on the APS. Regarding attitudes towards technology in the elderly; the ability to use smartphones (Beta; 95 CI: 0.197; 0.022 - 0.051), following daily news via the internet (0.181; 0.018 - 0.046), performing banking transactions using ATMs (0.110; 0.008 - 0.033), easily learning to use new technology (0.093; 0.005 - 0.029), not having difficulty in remembering people's names (0.061; 0.001 - 0.022), and an increase in scores obtained from APS (0.236; 0.179 - 0.295) were found to be predictive factors (F= 67.576, p ≤0.001, R2=0.316).

Conclusion: The attitudes of elderly people towards technology should be supported positively by raising awareness to support the use of technological devices. Adopting simple and user-friendly designs during the development of applications and incorporating the opinions of elderly people into the design process would facilitate their adaptation to new technological applications. Successful aging promotes technology use and fosters positive attitudes towards technology. Establishing settlement designs that facilitate social interactions for elderly people and supporting a self-sufficient individual approach can contribute to successful aging.

Keywords: Aging, successful aging, elderly people, ability to use technology, attitudes towards technology.

S-8

Manisa'da Kentsel ve Yarı Kentsel Üç Bölgede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde, Üriner İnkontinans Tanısı Almayı Etkileyen Değişkenler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Fatma Merve Erdem[1], Vildan Küçüksümbül[2], Semih Güzelyıldız[3], Selinay Ayan[3], Uğurcan Anıl Kırmızıtaş[3], Selin Sürgit[3], Sena Ecem Özdemir[3], Damla Su Şen[3], Erhan Eser[4]*

1-Uzm. Dr., Dörtyol İlçe Sağlık Müdürlüğü, Hatay

2-Araş.Gör.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa

3-İnt. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa

4-Prof. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa

dr.mervegezginci@gmail.com

Giriş ve Amaç: Üriner İnkontinans (Üİ); kişilerin hem kendilerine hem de ailelerine önemli psikolojik, hijyenik ve sosyo-ekonomik etkileri olan bir sağlık sorunudur. Epidemiyolojik araştırmaların kadınlara oranla erkeklerdeki idrar kaçırmaya daha az önem verdiği görülmektedir. Literatüre bakıldığında da Üİ prevalansına yönelik araştırmaların da çoğu kadınlara yöneliktir ve ülkemizdeki prevalans %21.3 ila %44.8 arasında değişmektedir. Amacımız Manisa'da 65 yaş ve üzeri yaşlılarda üriner inkontinansın (Üİ) tanı lama durumunu ve Üİ'ın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın evreni Muradiye, Yunusemre 12 ve 14 No'lu ASM bölgelerinde ikamet eden 65 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü Epi-info programı ile 1027 kişilik evren üzerinden %95 güven düzeyinde, %44.1 Üİ sıklığı ve %6 hata payı ile 204 kişi olarak hesaplanmıştır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 27/12/2023/20.478.486/2171 karar tarih/no ile etik onay alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile 75 soruluk bir anket formu kullanılarak toplandı. Çalışmaya katılım oranı %82.9'dir (204/246). Çalışmanın bağımlı değişkeni 65 yaş ve üzeri yaşlılarda İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ile değerlendirilen hastalığa özel yaşam kalitesidir. Bağımsız

değişkenler; katılımcıların sosyodemografik ve yaşam biçimi özellikleri, Üİ ile ilgili özellikler ve yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumudur. Veriler tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi, Student's t-test, ANOVA, Mann-Whitnet U, Kruskal- Wallis ve lineer regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesini en çok etkileyen tipi saptamak için Cohen'in Etki Büyüklüğü değeri hesaplanmıştır. Tip 1 hata için $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 72.10±5.63'dir ve %67.2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %44.1'i alt, %9.3'ü üst sosyal sınıfta bulunmakta, %28.9'u eşinden ayrı veya eşi ölmüş, %5.4'ünün sosyal güvencesi yok, %53.4'ünün geliri giderine eşit ve %29.4'ünün geliri giderinden az ve %12.3'ü evde yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %85.3'ü kronik hastalığa sahiptir ve bunların üçte ikisinden fazlasının birden fazla hastalığı vardır. Araştırma grubunun haftada yirmi dakikayı geçen hızlı yürüyüş sayısı ortalaması 1.9 kez ve haftada dışarıya çıktığı gün sayısı ortalama 4.04±1.93 gündür. 65 yaş ve üzeri bireylerde Üİ prevalansı; araştırma öncesi hekim tanılı olma durumuna göre %12.3 iken I-QOL 'e göre % 20.6'dır ve toplumda 65 yaş ve üzeri bireylerin %8.3'ü tanı konmamış Üİ'e sahiptir. İnkontinans tiplerinden en sık görülen sırasıyla sıkışma tipi (urgency) (%15.7), stres tip (%9.8) ve mikst tip (%8.3)'tir. Yaşam kalitesini en çok etkileyen Üİ tipi mikst ve stres tiptir. Yapılan çok değişkenli analize göre alt sosyal sınıfta olmak, Üİ tanısı almış olmak, Üİ semptomlarının artmış şiddeti, Üİ hakkında yeterli bilgi sahibi olmak ve stres tip Üİ'ya sahip olmak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Sonuç: Her beş yaşlı bireyden biri Üİ' a sahiptir ve bu oran literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte oldukça yüksektir. Üİ olan 65 yaş ve üstü bireylerin yaklaşık % 40'ı tanı almadan yaşamaktadır. Toplumda sık görülmesine rağmen saptanan Üİ prevalansı ile doktora başvuru sıklığı aynı oranda değildir. Üİ hakkında yeterli bilgi sahibi olmamak, Üİ semptom şiddetindeki artış ve stres tip Üİ'ya sahip olmak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Aile hekimlerine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine düşen görev özellikle 65 yaş ve üzeri kişilerde Üİ konusunda farkındalığı arttırmak, ayaktan başvuran her 65 yaş ve üzeri hastada Üİ'yi sorgulamak ve yaşlı takiplerinde Hastalık Yönetim Platformunu (HYP) izlemlerini uygulamaktır. Erken yapılacak müdahaleler ile kişilerin genel sağlık düzeyleri ve

yaşam kalitelerinin artması mümkün olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, üriner inkontinans, prevalans, yaşam kalitesi

Urinary Incontinence Diagnosis Determinants and Its Impact on Quality of Life Among Individuals Aged 65 and Over Residing in Three Areas Which Urban and Semi-Urban of Manisa

Introduction and Aim: Urinary Incontinence (UI) is a health issue with significant psychological, hygienic, and socio-economic impacts on both individuals and their families. Epidemiological studies suggest that urinary incontinence in men receives less attention compared to women. Moreover, most of the research on UI prevalence focuses on women, with prevalence rates ranging from 21.3% to 44.8% in our country. Our aim is to assess the diagnosis of urinary incontinence (UI) and its impact on quality of life among individuals aged 65 and over in Manisa.

Material and Methods: The cross-sectional study included individuals aged 65 and over residing in the Muradiye, Yunusemre 12, and 14 ASM regions. The sample size was calculated using Epi- info software based on a population of 1027 individuals, resulting in 204 participants with a 95% confidence level, 44.1% UI frequency, and 6% margin of error. Ethical approval was obtained from the Manisa Celal Bayar University Ethics Committee. Data were collected using a 75-item questionnaire through face-to-face interviews. The participation rate was 82.9% (204/246). The dependent variable was disease-specific quality of life assessed using the Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) in individuals aged 65 and over. Independent variables included participants' sociodemographic characteristics, lifestyle factors, UI-related characteristics, and ability to perform daily activities. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Student's t-test, ANOVA, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and linear regression analysis. Cohen's Effect Size was calculated to determine the most impactful type of UI. A significance level of $p < 0.05$ was considered for Type 1 error.

Results: The mean age of the study group was 72.10±5.63 years, with 67.2% being

female. 44.1% of participants were from lower social classes, 9.3% were from upper social classes, 28.9% were separated from or widowed, 5.4% had no social security, 53.4% had income equal to expenses, 29.4% had income less than expenses, and 12.3% lived alone. 85.3% of participants had chronic diseases, with over two-thirds having multiple comorbidities. The research group's average number of brisk walks lasting more than twenty minutes per week is 1.9 times, and the average number of days they go outside per week is 4.04±1.93 days. The prevalence of UI in individuals aged 65 and over was 12.3% based on pre-study physician diagnosis and 20.6% based on I-QOL, with 8.3% undiagnosed. The most common types of incontinence were urgency (15.7%), stress (9.8%), and mixed (8.3%). Mixed and stress types had the greatest impact on quality of life. Multivariate analysis revealed that being in the lower social class, having a UI diagnosis, increased severity of UI symptoms, sufficient knowledge about UI, and having stress-type UI negatively affected quality of life.

Conclusion: One in five elderly individuals has UI, which is considerably high compared to other studies. Nearly 40% of individuals aged 65 and over with UI remain undiagnosed. Despite its prevalence, the rate of doctor visits for UI is not proportional. Insufficient knowledge about UI, increased severity of UI symptoms, and having stress-type UI negatively affect quality of life. Primary care physicians have a crucial role in increasing awareness of UI among individuals aged 65 and over, routinely screening for UI in outpatient settings, and implementing Disease Management Platform (DMP) monitoring during elderly follow-ups. Early interventions can improve overall health and quality of life.

Keywords: Elderly, urinary incontinence, prevalence, quality of life.

S-9

Yaşlı Hastaya Bakım Veren Yaşlılarda Kırılganlık ve Bakım Verme Yükünün Beslenme Durumu ile İlişkisi

Fatma Özalp[1], Gökhan Keser[2]

1-Muğla Büyükşehir Belediyesi, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

2-Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

fatma.kocaman@gmail.com

Giriş: İleri yaşta, beslenme durumu fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik değişimlere bağlı olarak yaşla birlikte kolayca bozulabilmektedir. Malnütrisyon prevalansının sağlık durumu, fonksiyonel durum ve yaşam alanlarına bağlı olarak araştırılan ortama göre değişiklik gösterdiği görülmüştür. Günümüze kadar yaşlıların yaşam yerlerine (toplum, huzur evi) ve hizmet alma alanlarına (evde bakım, hastane) göre beslenme durumu ve ilişkili faktörler geniş çapta çalışılmıştır. Ancak, yaşlı hastaya bakım veren yaşlılarda beslenme durumu ve ilişkili faktörleri inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaşlı hastaya bakım veren yaşlı bireylerde beslenme durumunu saptamak ve sosyodemografik özellikler, klinik faktörler, bakım verme yükü ve kırılganlık durumu ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, Muğla Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Hizmetlerinin takibinde olan yaşlı hastalara bakım veren ortalama yaşları 72,68±7,09 yıl olan 66 yaşlı birey (%92,4'ü kadın) ile yürütülmüştür. Anket formu, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur ve dört bölümden oluşmaktadır: Genel Bilgi Formu (sosyodemografik özellikler, sağlık bilgileri ve bakım verme özellikleri), Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA), Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBYÖ) ve Edmonton Kırılganlık Ölçeği. Veriler, Jamovi v2.3.23 programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşlı hastaya bakım veren yaşlıların MNA skoruna göre (25,17±3,84) iyi beslenme durumuna sahip olduğu ve bu bireylerde malnütrisyon sıklığının %3, malnütrisyon riski sıklığının %25,8 olduğu belirlenmiştir. ZBYÖ'ne göre bakım veren

yaşlıların %77,3'ü orta ve üzeri derecede yük hissetmekteydi. Bakım veren yaşlıların %28,8'i kırılgan olarak değerlendirilmiştir. Gelir durumu, çoklu ilaç kullanımı, komorbidite, ülser-gastrit-reflü varlığı, sigara kullanımının MNA skoru üzerinde etkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bakım verme yükü ile MNA skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde, zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($r= -0,28$, $p=0,023$). Yaş ile MNA skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde, orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r= -0,40$, $p<0,001$). Kırılganlık ile MNA skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, negatif, güçlü düzeyde ilişki olduğu ($r= -0,75$, $p<0,001$) görülmüştür. Kırılganlık, yaşlı hastaya bakım veren yaşlılarda beslenme durumu için anlamlı bir öngörücü olarak belirlenmiştir ($R2=0.45$, $p<0,001$).

Sonuçlar: Bu çalışmada, bakım veren yaşlılar arasında malnütrisyonun gizli bir tehdit olduğu görülmüştür. Ayrıca ileri yaş, bakım verme yükü ve kırılganlık durumunun beslenme durumu üzerinde olumsuz etkileri olması nedeniyle bakım veren yaşlıların beslenme durumlarının belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve sağlıklı beslenme eğitimlerinin verilmesi önemlidir. Ayrıca, bakım veren yaşlılarda malnütrisyon gelişimini önlemek için kırılganlık durumunun düzenli olarak değerlendirmesi ve desteklenmesinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Bakım Veren Yaşlı, Beslenme Durumu, Kırılganlık, Bakım Verme Yükü

The Relationship of Frailty And Caregiving Burden With Nutritional Status İn Elderly Caregivers Who Take Care Of Elderly

Introduction: In older age, nutritional status can easily deteriorate with age due to physiological, psychological, social and economic changes. It has been observed that the prevalence of malnutrition varies according to health status, functional status and living environment. To date, nutritional status and related factors have been extensively studied according to the place of residence (community, nursing home) and service area (home care, hospital) of the elderly. However, there are few studies examining nutritional status and related factors in elderly caregivers of elderly patients.

Objective: The aim of this study was to determine the nutritional status of elderly caregivers and to evaluate the relationship between nutritional status and

sociodemographic characteristics, clinical factors, caregiving burden and frailty status.

Material and Method: This study was conducted with 66 elderly individuals (92.4% female) with a mean age of 72.68±7.09 years (mean age 72.68±7.09 years) who care for elderly patients under the follow-up of Muğla Metropolitan Municipality Home Care Services. The questionnaire form was completed by the researcher using face-to-face interview technique and consists of four sections: General Information Form (sociodemographic characteristics, health information and caregiving characteristics), Mini Nutritional Assessment (MNA), Zarit Caregiving Burden Scale (ZCBS) and Edmonton Frailty Scale. Data were analyzed using Jamovi v2.3.23 software.

Results: It was determined that elderly caregivers had good nutritional status according to the MNA score (25.17±3.84) and the frequency of malnutrition was 3% and the frequency of malnutrition risk was 25.8% in these individuals. According to the ZIMRS, 77.3% of the elderly caregivers felt a moderate or higher degree of burden. 28.8% of the elderly caregivers were evaluated as frail. Income status, polypharmacy, comorbidity, presence of ulcer-gastritis-reflux, and smoking were found to be effective on MNA score ($p<0.05$). A statistically significant, negative, weak correlation was found between caregiving burden and MNA scores ($r= -0.28$, $p=0.023$). There was a statistically significant, negative, moderate correlation between age and MNA scores ($r= -0.40$, $p<0.001$). There was a statistically significant, negative, strong correlation between frailty and MNA scores ($r= -0.75$, $p<0.001$). Frailty was found to be a significant predictor of nutritional status in elderly caregivers ($R2=0.45$, $p<0.001$).

Conclusions: In this study, malnutrition was found to be a hidden threat among elderly caregivers. In addition, since advanced age, caregiving burden and frailty have negative effects on nutritional status, it is important to evaluate the nutritional status of elderly caregivers periodically and to provide healthy nutrition education. It was also concluded that it is important to regularly assess and support the frailty status of elderly caregivers to prevent the development of malnutrition.

Keywords: Home Care, Elderly Caregivers, Nutritional Status, Frailty, Caregiving Burden

S-10

Eskişehir'deki 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Depresyon ve İlişkili Olabilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi

Seval Çalışkan Pala[1], Ece Elif Öcal Yanık[2]

1-Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

2-Uşak Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

sevalclskn@gmail.com

Giriş ve Amaç: Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre 65 yaş üstü bireylerin çevresel değişikliklere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalması sonucu fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile kapsamlı bir dönemdir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 65 yaş üstü yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan demans, deliryum, uyku problemleri, ölüm korkusu gibi ruhsal problemler arasında depresyon ciddi bir sağlık sorunu olarak ön plana çıkmaktadır. Depresyon tüm yaş gruplarında görülse de yaşlılık depresyonu; düşme, uyku bozuklukları, bilişsel yetersizlik, yetersiz beslenme, ilaç kullanımı problemleri, kendini ihmal etme, hastalık, yaşam kalitesinde düşüş ve ölüm riskinin artması gibi yıkıcı sonuçlarla ilişkilendirilebilmektedir. Çalışmada Eskişehir'deki 65 yaş ve üstü bireylerde depresyon sıklığının saptanması ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2024 yılı Ocak- 2024 Mart tarihleri arasında Eskişehir'de yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Evreni bilinen örnekleme yöntemine göre ulaşılması gereken kişi sayısı 332 (TÜİK verisine göre Eskişehir'deki 65 yaş ve üstü birey sayısı 112.121, depresyon sıklığı %31,74, %5 hata payı, %95 güven aralığı) ulaşılması olarak hesaplanmıştır. Gerekli etik izin alınmıştır. Çalışmada kullanılacak olan anket form sosyodemografik özellikler, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği (AİÖ) ve EUROHIS Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS-QOL 8) olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. GDÖ Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan tarafından 1996 yılında yapılmıştır. GDÖ'ye

göre 4 üstü puan alanlar depresyonu var olarak kabul edildi. AİÖ ise Demirtaş ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ölçekten alınan puan arttıkça akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi düzeyinin arttığı kabul edildi. EUROHIS QOL-8 ise Schmidt ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış, "Yaşam kalitesi algısı, sağlık, enerji, beceri, kendinden hoşnutluk, ilişkiler, para, ev koşulları" olmak üzere 8 alt alanlı bir index yaşam kalitesi ölçeğidir. Her bir alt alandan alınan puan artıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde, ki-kare testi, post-hoc testi, Mann-Whitney U testi, Binary lojistik regresyon analizi ve Spearman korelasyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışma grubundaki bireylerin yaş ortancası(min-maks) 68,5(65,0-91,0) arasında değişmekte olup ortalaması (SS) 70,0(4,9) idi. Bireylerin %50,4'ü(n=272) erkek, %49,6'sı (n=268) kadın idi. Yaşlı bireylerin %61,5'inin (n=332) depresyonu olduğu saptandı. Yaş, cinsiyet ve ilişkili olduğu tespit edilen faktörlere (medeni durum, öğrenim durumu, mesleği, aile gelir, engellilik, ruhsal hastalık, yaşamı olumsuz etkileyen olay yaşama, sürekli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalığa sahip olma ve günlük ilaç kullanım sayısı) göre kontrol edildikten sonra oluşturulan Binary Lojistik regresyon analizi modelinde yaşamı olumsuz etkileyen olay yaşayanlar yaşamayanlara göre OR (%95 CI) 1,90 kat (1,01-3,60), yaşanılan evin koşulları alt alanından yüksek puan alanlarda 1,54 kat (1,01-2,34) depresyon riskini artırmaktaydı. AİÖ'den yüksek puan alanlarda 0,91 kat (0,87-0,95), genel yaşam kalitesi alt alanından yüksek alanlarda 0,41 kat (0,24-0,68), kendinden hoşnut olma alt alanından yüksek alanlarda 0,51 kat (0,35-0,76), diğer kişilerle olan ilişkilerden hoşnut olmak alt alanında yüksek alanlarda 0,63 kat (0,45-0,87) daha düşük depresyon riski tespit edildi. Depresyonu olmayanlar depresyonu olanlara göre daha yüksek akılcı ilaç kullanımı düzeyine sahip idi ($p<0,001$). Çalışma grubundaki bireylerin GDÖ ve AİÖ'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde zayıf düzeyde (r:-0,332, $p<0,001$), GDÖ ve EUROHIS-QOL 8'den aldıkları puanlar arasında ise negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptandı (r:-0,656, $p<0,001$).

Sonuç: Eskişehir'de yaşamakta olan 65 yaş üstü bireyler arasında her beş kişiden üçünün depresyonu olduğu saptanmış olup literatüre göre yüksektir. Olumsuz olay

yaşama öyküsü, akılcı ilaç kullanımı bilgisi, genel yaşam kalitesi, kendinden hoşnut olmak, diğer kişilerden hoşnut olmak ve yaşanılan evin koşulları depresyonu etkileyen faktörler olarak tespit edildi. Yaşlı bireylerde depresyon ilişkili yapılacak ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Depresyon, Akılcı ilaç kullanımı

Evaluation of Depression and Associated Factors in Individuals 65 Years and Older in Eskisehir

Introduction and Aim: According to the definition of the World Health Organization (WHO), old age is a comprehensive period with physical, mental and social dimensions as a result of the gradual decrease in the ability of individuals over the age of 65 to adapt to environmental changes. According to data from the Turkish Statistical Institute (TurkStat), the proportion of the elderly population over the age of 65 in the total population increased from 8.2% in 2015 to 10.2% in 2023. Depression stands out as a serious health problem among mental problems such as dementia, delirium, sleep problems and fear of death that occur in old age. Although depression is seen in all age groups, depression in old age can be associated with devastating consequences such as falls, sleep disorders, cognitive impairment, malnutrition, drug use problems, self-neglect, illness, decreased quality of life and increased risk of death. The aim of this study was to determine the prevalence of depression in individuals aged 65 years and older in Eskisehir and to evaluate the factors that may be associated with it.

Material and Methods: The study is a cross-sectional study conducted between January 2024 and March 2024 among individuals aged 65 years and older living in Eskişehir. According to the using sample calculation formula with a known universe was calculated as 332 (the number of individuals aged 65 years and over in Eskişehir 112,121according to TURKSTAT data, and the frequency of depression 31.74%, 5% margin of error, 95% confidence interval). Necessary ethical permission was obtained. The questionnaire to be used in the study consisted of four parts: sociodemographic characteristics, Geriatric Depression Scale (GDS) and Rational Drug Use Scale (RDUS)

and EUROHIS Quality of Life Scale (EUROHIS-QOL 8). The GDS was developed by Yesavage et al. and its Turkish validity and reliability study was conducted by Ertan in 1996. According to the GDS, those who scored above 4 were considered to have depression. The RDUS was developed by Demirtaş et al. the higher the score obtained from the scale, the higher the level of knowledge about rational drug use was considered to be. EUROHIS QOL-8 was developed by Schmidt et al. and its Turkish validity and reliability was performed by Eser et al. It is an index quality of life scale with 8 sub-domains including "perception of quality of life, health, energy, daily-activities, self-satisfaction, relationships, money, conditions of living place". The quality of life increases as the score obtained from each sub-domain increases. Chi-square test, post-hoc test, Mann-Whitney U test, Binary logistic regression analysis, Speraman correlation analysis were applied in the evaluation of the data.

Results: The median (min-max) age of the individuals in the study group ranged between 68.5 (65.0-91.0) and the mean (SD) was 70.0 (4.9). 50.4% (n=272) were male and 49.6% (n=268) were female. It was found that 61.5% (n=332) of the elderly individuals had depression. In the Binary Logistic regression analysis model created after controlling for age, gender and related factors (marital status, education level, profession, family income, disability, mental illness, experiencing an event that negatively affects life, having a chronic disease that requires constant medication use and number of daily medication uses), those who experienced events that negatively affected their life increased the risk of depression by OR (95% CI) 1.90 times (1.01-3.60) compared to those who did not, and those who scored high in the home conditions sub-domain increased the risk of depression by 1.54 times (1.01-2.34). The risk of depression was 0.91 times (0,87-0,95) lower in those with high scores on the RDUS, 0.41 times (0.24-0.68) lower in those with high scores on the general quality of life subdomain, 0.51 times (0.35-0.76) lower in those with high scores on the self-satisfaction subdomain, and 0.63 times (0.45-0.87) lower in those with high scores on the satisfaction with relationships with other people subdomain. Those without depression had higher levels of rational drug use than those with depression ($p<0.001$). There was a weak negative correlation between the scores obtained by the individuals in the study group from the GDS and RDUS (r:-0.332, $p<0.001$), and a moderate

negative correlation between the scores obtained from the GDS and EUROHIS-QOL 8 (r:-0.656, p<0.001).

Conclusion: Three out of every five people over 65 years of age living in Eskisehir had depression, which is higher compared to the literature. History of experiencing an event that negatively affects life, knowledge of rational drug use, general quality of life, being satisfied with oneself, being satisfied with other people and living conditions were found to be factors affecting depression. It was concluded that further studies on depression in elderly individuals are needed.

Key words: Old age, Depression, Rational drug use

S-11

Türkiye'de Yaşlılarda Karşılanmayan Sağlık Hizmet Gereksinimi

Aslı Davas[1] Meltem Çiçeklioğlu[1]

1-Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

aslidavas@gmail.com

Giriş ve Amaç: Yaşlılarda sağlık hizmeti gereksinimi daha fazladır ve bu gereksinim karşılanmadığında hem morbidite hem de mortalite artmakta, bu durum birey ve toplum üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Bu araştırmanın amacı 65 yaş üstü bireylerde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi sıklığını ve etkileyen etmenleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen 2022 Türkiye Sağlık Araştırması'nın veri tabanı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma, ulusal düzeyde temsili, kesitsel bir tasarım kullanmaktadır. Örneklem, tabakalı, iki aşamalı küme örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olup, 65 yaş üstü 3144 birey dahil edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni son 12 ay içerisinde tıbbi bakım, reçete edilen ilaç, diş bakımı ve ruhsal tedavi hizmetlerine gereksinim duyduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle erişim sorunu yaşama durumudur. Bağımsız değişkenler, bireysel faktörler, yaşam tarzı, sağlık durumu, sosyoekonomik faktörler, sosyal destek ve birinci basamak ve uzmanlık sağlık hizmetlerine erişim olarak altı başlıkta sınıflanmıştır. Analizde ki-kare analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Grubun %69,4'ü 65-74 yaş aralığında %54'ü erkek, %31,8'i boşanmış/eşi ölmüş, %5,1'i çalışmakta, %48,9'u emekli, %8,9'u anadilde iletişimde zorluk çekmektedir. %52,8'in 3 ve daha fazla hastalığı bulunmaktadır. %61,9'u yaşam faaliyetlerinde kısıtlılık yaşadığını, %86,3'ü altı ay ya da daha fazla süren hastalığı olduğunu bildirmiştir. %70,9'u obez, %14,4'ü aktif sigara kullanmaktadır. %8,4'ü tıbbi bakıma, %9'u diş sağlığı hizmetlerine, %5,8 reçete edilen ilaçlara, %1,8'i ruhsal tedavi hizmetlerine ödeme güçlüğü nedeniyle erişememiştir. Toplamda %13,1'i ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti alamamış, %34,2'si randevu alamadığı için, %49'u

ulaşım sorunları nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde gecikme yaşamıştır. Karşılanmayan gereksinim ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, obezite, tütün kullanımı ve birinci basamaktan sağlık hizmet kullanımı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan gereksinim, yaşı nedeniyle çalışamayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, anadilde iletişimde zorluk çekenlerde, komşu ve yakınlarından destek alamayanlarda, altı aydan fazla uzun sürecek hastalığı olanlarda, üç ve üzeri hastalığı olanlarda, son bir yılda uzman hekime başvuran ve hastaneye yatanlarda, randevu alma ve ulaşım güçlükleri nedeniyle sağlık hizmetini geciktirenlerde anlamlı olarak daha sıktır.

Sonuç: Dil bariyerlerini azaltacak hizmetlerin sağlanması, sosyal destek programlarının teşvik edilmesi, ulaşım desteği sağlanması, randevu sistemlerinin iyileştirilmesi ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmetlerinde karşılanmayan gereksinimi azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi, ödeme güçlüğü, yaşlılar, sağlık hizmetlerine erişim

Understanding Unmet Healthcare Needs among Elderly in Türkiye

Introduction and Aim: The elderly have a greater need for health care services, and when this need is not addressed, morbidity and death rise, causing severe consequences for both the individual and society. The purpose of this study was to assess the prevalence and determinants of cost-related unmet health care requirements among the elderly in Turkey.

Material and Methods: This study is a secondary analysis of the 2022 Turkiye Health Survey (THS), which is a cross-sectional study conducted by the Turkish Statistical Institute (TurkStat). For national representation, the sampling of surveys utilizes a stratified, two-stage cluster sampling method based on the "Address-Based Registry System". The sampling utilized a stratified, two-stage cluster sampling method, with data of 3144 elderly older than 65. The dependent variable included cost-related any unmet healthcare need regarding medical, dental, and prescribed medication, and mental services. Independent variables were classified under six headings: individual factors, lifestyle, health status, socioeconomic factors, social support and access to

primary and specialised health care services. Chi-square analysis was used in the analysis.

Results: 69.4% of the group were aged between 65-74 years, 54% were male, 31.8% were divorced or widowed, 5.1% were employed, and 48.9% were retired. Additionally, 8.9% experienced difficulties in communicating in their native language. Among them, 52.8% had three or more chronic conditions, 61.9% reported limitations in daily activities, and 86.3% had experienced a long-term illness lasting six months or more. Moreover, 70.9% were classified as obese, while 14.4% were active smokers. Regarding access to healthcare, 8.4% were unable to access medical care, 9% dental care, 5.8% prescribed medication, and 1.8% mental health care due to financial constraints. Overall, 13.1% faced challenges in accessing health services due to payment issues, 34.2% encountered difficulties in securing appointments, and 49% experienced delays in healthcare access due to transportation problems. No significant disparities were observed between unmet needs and factors such as gender, age, marital status, education level, obesity, tobacco use, or primary healthcare utilization. However, the inability to afford healthcare was notably more prevalent among those unable to work due to age, lacking social security, facing language barriers, lacking support from neighbors or relatives, having chronic illnesses, consulting specialists or being hospitalized recently, and encountering difficulties in scheduling appointments or transportation.

Conclusion: Providing services to reduce language barriers, promoting social support programs, offering transportation assistance, and enhancing appointment systems can help alleviate unmet needs for health services due to payment difficulties.

Keywords: Cost-related unmet healthcare need, elderly, socioeconomic determinats, healthcare access

S-12

Birinci Basamakta Sunulması Planlanan Yaşlı Sağlığı İzlem Modeli ile İlgili Olarak Hizmeti Alanların ve Sunanların Görüş, Beklenti ve Önerileri

Sevil Babuş[1], Erhan Eser[2]

1-Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

2-MCBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

sevilyurtcu@gmail.com

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

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evreni ise Manisa ili Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bu müdürlüğe bağlı ASM'ler ile Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan sağlık profesyonelleri, bu bölgeden hizmet alan 65 yaş üstü kişiler ve 65 yaş üstü kişilere bakım verenlerden oluşmaktadır. Çalışmamız; 65 yaş üstü kişilerde odak grup görüşmesi, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yapılan niteliksel bir araştırmadır. Çalışmada 6 odak grup görüşmesi yapılmış, kentsel, yarı kentsel ve kırsal olmak üzere 3 alt gruba ayrılmıştır. Odak grup görüşmelerinde yaşlıların yoğun olarak yaşadığı yerler öncelikle tercih edilmiştir. Odak grup görüşmesi için en az 4 en fazla 7 katılımcı ile görüşülmüştür. Niteliksel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniklerinin kullanıldığı bu çalışmada içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. Biası en aza indirmek için triangulasyon yöntemi kullanılmıştır. Sağlık Hizmetlerindeki araştırmalarda sıkça kullanılan kaynakların triangulasyon yöntemi ile yaşlılar, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri ile görüşülmüştür. Görüşmeler sırasında ses kayıt cihazı ile toplanan nitel veriler araştırmacı tarafından dinlenerek metne çevrilmiştir.

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

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

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

Opinions, Expectations and Suggestions of the Elderly, Who are Using the Service, the Caregivers and the Health Professionals, Who are Providing Health Care, About The Elderly Health Monitoring Model

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

Material and Methods: The population of the research consists of Manisa province Şehzadeler District Health Directorate and health professionals working in the FHCs

affiliated to this directorate and Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine, people over 65 years of age who receive service from this region, and caregivers of people over 65 years of age. The study is a qualitative research conducted using a focus group interview, semi-structured in-depth interview method with caregivers and health professionals among people over 65 years of age. In the study, 6 focus group discussions were held and divided into 3 subgroups: urban, semi-urban and rural. In the focus group discussions, places where elderly people live densely were primarily preferred. For the focus group interview, a minimum of 4 and a maximum of 7 participants were interviewed. The content analysis method was used in this study, which used focus group interview and semi-structured in-depth interview techniques, which are qualitative research methods. Triangulation method was used to minimize bias. Elderly people, caregivers and health professionals were interviewed with the triangulation method of sources frequently used in research in Health Services. Qualitative data collected with a voice recorder during the interviews were listened to by the researcher and transcribed into text.

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

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

emphasized that the education of the elderly healthcare should be introduced in the curriculum before accepting the elderly as a risk group.

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

S-13

Manisa'da Seçilen Kentsel ve Yarı Kentsel İki ASM Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Malnütrisyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörler

Servan İbek[1], Sedat Yiğit[2], Berna Bilgin Şahin[3], Mervenur Kurtuluş[1], Fatma Selin Deniz[1], Ömer Arslan[1], Mustafa Şahin[1], Mustafa Demir[1], Muhammed Kaçmaz[1], Beyhan Cengiz Özyurt[4]

1-İnt.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.

2-Araş.Gör.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.

3-Dr.Öğr.Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.

4-Prof.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.

servanipek@hotmail.com

Giriş ve Amaç: Malnütrisyon kelime anlamı olarak bozuk beslenme anlamına gelmektedir. Yaşlanma, kronolojik yaşın ilerlemesi, çeşitli hastalık durumları ve bireyin yaşam tarzı gibi genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır. Ülkemizin yaşlı nüfusunun toplam nüfusa oranı 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir. Ortalama yaşam süresinin ve toplam nüfus içindeki yaşlı oranının artması, yaşlı nüfusun sağlık bakım gereksinimlerinin ve sorunlarının saptanarak, buna yönelik çözümlerin üretilmesini gerektirmektedir. Bu sorunlardan bir tanesi de yaşlılarda görülen beslenme yetersizliği olan malnütrisyondur. Çalışmanın amacı malnütrisyon sıklığını ölçmektir.

Gereç ve Yöntem: Manisa yürütülen kesitsel tipteki bu araştırmanın evreni iki farklı aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü ASM'lerdeki bulunan 4 hekimin toplam 65 yaş ve üstü nüfusu olan 1604 kişilik evren üzerinden %95 güven düzeyinde, %15 sıklıkta %5 hata payı ve 1.5 desen etkisi ile 263 kişi olarak hesaplanmış. Küme örneklem yöntemi ile rastgele seçilen 11'i yarıkentsel, 16'sı kentsel olmak üzere 27 küme başı hane belirlenmiş ve her bir küme büyüklüğünün 10 haneye tamamlanmasına karar verilmiştir. Evde birden fazla uygun kriteri karşılayan kişi olduğunda öncelik, ismi

alfabede önde olan kişiye verilmiş, ankete katılmayı reddeden haneler ise not edilmiştir. Toplamda 257 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 64 kişi çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Katılım oranı %80.0'dir. Araştırmamızın bağımlı değişkeni Malnütrisyon riski ve malnütrisyon varlığıdır. Bunun için Mini Beslenme Değerlendirme (MNA) ölçeği kullanılmıştır. Bu test antropometrik ölçümleri, yaşamsal alışkanlıkları, ilaç kullanımını, diyetsel tüketimi, sağlığın subjektif değerlendirmesini içeren 18 adet sorudan oluşmaktadır. MNA toplam skoru 24-30 puan ise Malnütrisyon riski yoktur. 17-23,5 puan Malnütrisyon riskini ve <17 ise Malnütrisyonu gösterir. Çalışmamızda 23.5 ve altı puan alan kişiler malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olarak, 24 puan ve üzeri alan kişiler ise normal nütrisyonel durum olarak kabul edilmiştir. Kırılganlık Frail ölçeğiyle 5 soruyla(Evet/Hayır) değerlendirilmiş olup; 0:Normal, 1-2: prekırılgan, 3-5: kırılgan olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmamızda kırılganlık; kırılgan ve pre-kırılgan/normal olarak kategorize edilmiştir. Veriler SPSS 23.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Çözümleyici istatistikler ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan değişkenler ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tip 1 hata düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 69±6.4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %41.2'si yarı kentsel bölgeden ve %44.7'si kadın, %1.9'u zayıf, %38.5'i fazla kilolu ve %21.0'ı obezdir. Katılımcıların eğitim durumu ilkokul ve altı olanların oranı %38.9 dir. Katılımcıların %1.6'sı bekar, %27.6'sı boşanmış-duldur. Gelir getiren bir işte çalışmayanlar oranı %83.7'dir. Katılımcıların %13.6'sı yalnız yaşamaktadır. Algılanan gelir gider düzeylerine bakıldığı zaman katılımcıların %50.2'sinin geliri giderine eşit, %21.8'inin geliri giderinden az, %10.5'inin geliri giderinden çok az bulunmuştur. Katılımcıların %13.6'sının sosyal güvencesi yoktur. Katılımcıların %63'ü sigara içiyor veya bırakmış, %15'i ara sıra alkol aldığını, %47,8 yemeklere ekstra tuz attığını, %88,3'ünün herhangi bir kronik hastalık durumu olduğunu, %18,3'ünün son 1 sene içerisinde hastanede yatış yapıldığı, %40,9'unun son 6 ay içerisinde herhangi bir acil servise başvurduğunu, %62,3 hiç egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Araştırma grubumuzdaki yaşlılarda malnütrisyon sıklığı %8.6, malnütrsiyon riski altında olma

sıklığı ise %37.4 saptanmıştır. Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon indirgenmiş son modeline göre (R2:0.326) ihtiyacı olan besine rahatlıkla ulaşamayan kişiler, besine rahatlıkla ulaşabilen kişilere göre 2,823 kat(GA 1,600-4,982); Son 2 haftada çökkün mutsuz hisseden kişiler hissetmeyene göre 3,446 kat(GA 1,783-6,660), kırılgan olan kişiler olmayan kişilere göre 6,326 kat (GA 2,572-15,561); eğitim durumu ilkokul ve altı olan kişiler, ortaokul ve üstü olan kişilere göre 2,361 kat (GA 1,334-4,177) daha fazla malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altındadır.

Sonuç: Yaşlıların neredeyse yarısı malnütrisyonlu ya da malnütrisyon riski altındadır. Malnütrisyon/ malnütrisyon riski altında olmayı en çok etkileyen faktörler düşük eğitim düzeyi, son 2 haftadır kendini çökkün ve mutsuz hissetme, kırılganlık ve ihtiyacı olan besine rahatlıkla ulaşamamadır. Çalışmamızda araştırmaya katılan yaşlıların yarısının malnütrisyon riski altında tespit edilmesi yaşlı sağlığı hizmetlerinin araştırma bölgesinde önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve özellikle malnütrisyonlu olarak belirlenen yaşlıların düzenli olarak izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyon, kırılganlık, yaşlanma

Prevalence of Malnutrition And Associated Risk Factors in Individuals 65 Aged and over in Two Selected Urban and Semi-Urban FHC Regions in Manisa

Introduction and Aim: Malnutrition refers to deficiencies or excesses in nutrient. Aging occurs through the interaction of genetic and environmental factors such as progression of chronological age, various disease conditions and the individual's lifestyle. WHO defines elderly as age 65 and over. While the ratio of our country's elderly population in total population was 8.8% in 2018, increased to 10.2% in 2023. Increasing average life expectancy and the proportion of elderly people in total population requires identifying the health care needs and problems of the elderly population and producing solutions accordingly. One of these problems is nutritional deficiency seen in elderly, that is malnutrition. The aim of the study is to measure the frequency of malnutrition.

Material and Methods: The population of this cross-sectional study conducted in Manisa consists of individuals aged 65 and over living in two different FHC regions. The sample size was calculated as 263 people 95% confidence level, 15% frequency, 5% confidence limits and 1.5 design effect at over the population of 1604 people, which is the total 65-year-old population of 4 physicians in FHCs. 27 cluster-head households were identified by cluster sampling method, 11 of semi-urban and 16 of urban were randomly selected and it was decided to complete each cluster size to 10 households. When there's more than one eligible person in the household, priority is given to the person whose name is first in alphabet. Households that refused to participate in the survey were noted. In total, 257 people agreed to participate in the study and 64 people refused. Participation rate is 80%. The dependent variable of our research is the risk and the presence of malnutrition. For this purpose,Mini Nutrition Assessment (MNA) scale was used. MNA is widely used in assessing nutritional status. This test includes anthropometric measurements, vital habits, drug use, dietary consumption, subjective evaluation of health. If MNA total score is ≥24, there's no risk of malnutrition. 17-23.5 points indicate malnutrition risk; <17 indicates malnutrition. In our study, people with a score of 23.5 and below were considered to be malnourished and at risk of malnutrition, and people with a score of 24 points and above were considered to have normal nutritional status. The data were analyzed using the SPSS 23.0 statistical program. Number, percentage, mean and standard deviation were used in descriptive statistics. Analytical statistics were evaluated with chi-square and logistic regression. Type 1 error level was 0.05. Ethics committee permission was obtained.

Results: The average age of research group was found 69±6.4 years. 44.7% of participants are women and 41.2% are from semi-urban areas. 1.9% of participants were underweight, 38.5% were overweight and 21.0% were obese. Rate of participants whose education level is primary school or below is 38.9%. 1.6% of participants are single, 27.6% are divorced or widowed. Rate of those working in an income-generating job is 16.3%, and 32.3% of participants are in the upper social class (Boratav). 13.6% of participants live alone. When income and expense levels are examined, 50.2% of participants' income was equal to their expenses, 21.8%'s income was less than their expenses,10.5%'s income was much less than their expenses. 13.6% of participants

do not have social security. 63% of participants smoke or have quit smoking, 15% drink alcohol occasionally, 47.8% add extra salt to meals, 88.3% have any chronic disease, 18.3% say they have smoked alcohol in the last year.It was determined that they had been hospitalized, 40.9% had applied to any emergency department in the last 6 months, and 62.3% had not done any exercise. The frequency of malnutrition in the elderly in research group was 8.6% and being at risk of malnutrition was 37.4%. According to final reduced model of multivariate logistic regression (R2:0.326), people who cannot easily access food they need are 2.823 times more likely to get food than those who can easily access it (CI 1.600-4.982);people who felt depressed and unhappy in last 2 weeks were 3.446 times more likely than those who did not (CI 1.783-6.660), people who were vulnerable were 6.326 times more likely than people who were not vulnerable (CI 2.572-15.561)people with primary school education or less are 2.361 times (CI 1.334-4.177) more likely to be malnourished or at risk of malnutrition than people with secondary school education and above.

Conclusions: Almost half of the elderly are malnourished or at risk of malnutrition. Factors that most affect malnutrition/being at risk of malnutrition are low education level, feeling depressed and unhappy for last 2 weeks,fragility and not being able to easily access the food they need. Fact that half of elderly who participated in study were identified as being at risk of malnutrition in our study suggests that elderly health services are an important health problem in the research area and that elderly people, especially those identified as malnourished, should be monitored regularly.

Keywords: Malnutrition, fragility, elderly

S-14

Evde Bakım Hizmeti Verilen Yaşlılarda Kırılganlık Sıklığı ve Kırılganlığın Sosyoekonomik Faktörler, Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmet Kullanımı ile İlişkisi

Atalay Aktuna[1], Hür Hassoy[1]-Işıl Ergin[1]-Aliye Mandıracıoğlu[1]

[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

atalayaktuna@gmail.com

Giriş ve Amaç: Fonksiyonel kapasite ve fizyolojik rezervdeki düşüş nedeniyle bir kişinin strese yol açan durumlara dayanma kabiliyetinin azaldığı durum olarak tanımlan kırılganlık, günümüzde, toplum yaşlanmasının en problemli yansıması olarak nitelendirilen bir geriatrik sendromdur. Bu çalışmada, Bornova Belediyesi tarafından evde bakım hizmeti verilen yaşlılarda kırılganlık sıklığının ve kırılganlığın sosyoekonomik faktörler, sağlık durumu ve sağlık hizmet kullanımı ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tasarımdaki bu araştırmanın evreni 581 kişiden oluşmaktadır. 298 kişi örnek büyüklüğü ve %20 yedek (n=60) olmak üzere 358 kişi sistematik örneklem yöntemi ile belirlenmiş ve araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan kırılganlığın belirlenmesinde FRAIL ölçeği kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler; demografik ve sosyoekonomik özellikler, sağlık durumu, alışkanlıklar ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) ile ilgili özellikler ve sağlık hizmet kullanımı ile ilgili özelliklerden oluşturulmuştur. Veriler, oluşturulan anket formu aracılığıyla 2020 yılı Temmuz – Eylül ayları arasında gerçekleştirilen telefon görüşmeleri ve bireylerin sağlık kayıtlarının incelenmesiyle toplanmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki iki değişkenli analizlerde ki-kare ve Student-t testi ile; çok değişkenli analizlerde geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin girişinde ve analizinde SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. P<0,05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın kapsayıcılığı %93,6 (n=279) düzeyindedir. Araştırma grubunun %75,8'i kadınlardan oluşmaktadır ve ortalama yaşları 78,58±7,18'dir. Kırılganlık prevalansı %19,4; kırılganlık öncesi durum prevalansı %28,7 olarak saptanmıştır. Çok değişkenli analizlerde, okuryazar olmayanların okuryazarlara göre 2,70 kat (%95 GA: 1,02 – 7,20), kötü gelir algısına sahip olanların orta-iyi gelir algısına sahip olanlara göre 7,36 kat (%95 GA: 1,84 – 29,38) daha kırılgan oldukları saptanmıştır. Kullanılan ilaç sayısı, hastanede yatılan gün sayısı ve toplam sağlık hizmeti başvuru sayısındaki her bir birimlik artışın, kırılganlık riskini sırasıyla 1,22 (%95 GA: 1,06 – 1,42), 1,27 (%95 GA: 1,06 – 1,51), 1,06 (%95 GA: 1,00 – 1,12) kat artırdığı; EGYA Ölçeği skorundaki artışın kırılganlık riskini azalttığı (OR=0,37, GA: 0,27 – 0,50) belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada yaklaşık her beş yaşlıdan birinin kırılgan olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayanların, kötü gelir algısına sahip olanların ve düzenli kullanılan ilaç, son 1 yılda hastanede yatılan gün, toplam sağlık hizmeti başvuru sayıları yüksek olan yaşlıların kırılganlık riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. EGYA açısından daha bağımsız yaşlıların kırılganlık açısından daha düşük risk taşıdıkları belirlenmiştir. Yaşamın erken yıllarında eğitim düzeyinin yükseltilmesi kırılganlığın önlenmesinde önemli bir rol oynayabilir. Kamu kurum kuruluşlarınca, finansal durumları gereksinimleri karşısında yetersiz olan yaşlıların hizmet sunumunda önceliklendirilmesi önerilir. Kırılgan bireylerde artan evde bakım ve sağlık hizmeti kullanımı, kırılganlığın önlenmesi veya geri döndürülmesi açısından bir fırsat sağlayabilir. Türkiye'de konunun, toplum tabanlı, longitudinal araştırmalar ve halk sağlığı bakış açısı dahilinde multidisipliner yaklaşımla ele alınmasına gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: kırılganlık, evde bakım, sosyal belirleyiciler, sağlık hizmeti kullanımı

Frailty Prevalence and Its Associations with Socioeconomic Factors, Health Status and Healthcare Service Utilization Among Elderly Home Care Clients

Introduction and Aim: Frailty is defined as a condition that is a person's resistance to stress factors decreases due to a decline in functional capacity and physiological

reserve. It is a geriatric syndrome that is currently considered the most problematic reflection of aging of community. This study aims to determine the prevalence of frailty and its associations with socioeconomic factors, health status and healthcare service utilization among the elderly who are delivered home care services by Bornova Municipality.

Material and Methods: The universe of this cross-sectional study consists of 581 elderly. 358 individuals, including 298 sample size and 20% reserve (n = 60), were determined by systematic sampling method and included in the study. The FRAIL scale was used to determine the frailty, which is the dependent variable of this study. Independent variables are composed of demographic and socioeconomic characteristics, health status, habits and instrumental activities of daily living (IADL) characteristics, health service utilization characteristics. The data collection process was carried out between July and September 2020 through health records review and phone calls. Descriptive findings are presented with numbers, percentages, and averages. Chi-square and Student-t tests were used in bivariate analyzes to evaluate the relationship between dependent and independent variables. A backward stepwise logistic regression analysis was used in multivariate analyzes. SPSS 24.0 program was used to analyze the data. P <0.05 was accepted as the level of significance.

Results: The response rate was %93,6 (n=279). 75.8% of participants were women and average age was 78.58 ± 7.18. The prevalence of frailty and prefrailty were 19.4% and 28.7% respectively. In multivariate analyzes, it was found that the illiterate were 2.70 times (95% CI: 1.02 - 7.20) and the elderly with poor income perception were 7.36 times (95% CI: 1.84 - 29.38) more frail. It was determined that each unit increase in the number of drugs used, in the number of days hospitalized and in the total number of health service applications were associated with increased the frailty risk by 1.22 (95% CI: 1.06 - 1.42), 1.27 (95% CI: 1.06 - 1.51), 1.06 (95% CI: 1.00 - 1.12) times, respectively. It was determined that the increase in the IADL score was associated with decreased the risk of frailty (OR = 0.37, CI: 0.27 - 0.50).

Conclusion: This study showed that approximately one in every five elderly people is frail. It has been determined that the elderly who are illiterate, with a poor perception of income, and have a higher number of drugs used regularly, days hospitalized in the

last 1-year, total health service admissions at high risk for frailty. It has been determined that older people who are more independent in terms of IADL have a lower risk of frailty. Improving the level of education in the early years of life can play an important role in preventing frailty. It is recommended that elderly people whose financial situations are insufficient for their needs should be prioritized in service provision by public institutions. Increased home care and healthcare use in frail individuals may provide an opportunity to prevent or reverse frailty. The issue needs to be addressed with a multidisciplinary approach within the context of community-based, longitudinal studies and public health perspective, especially in Turkey.

Keywords: Frailty, home care, social determinants, healthcare service utilization

S-15

Bir İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Yaş ve Yaşlı Ayrımcılığı Açısından Değerlendirilmesi

Emine Ayhan Akman[1], Murat Aysin[1], Çağdaş Sonat[1], Dursun Yasemin Yayla[1], Alikemal Başol[1], Sultan Eser[1]

1-Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

muratayin@gmail.com

Giriş ve Amaç: Yaş ayrımcılığı ya da yaşa dayalı ayrımcılık; yaşa bağlı olarak başkalarına veya kendimize karşı stereotipleri (nasıl düşündüğümüzü), önyargıyı (nasıl hissettiğimizi) ve ayrımcılığı (nasıl davrandığımızı) ifade etmektedir. Yaş ayrımcılığı küçük yaşlardan itibaren görülebilmekte ve her yaştan bireyleri etkileyebilmekte iken yaşlı ayrımcılığı kavramı ise yaşlı bireylere özgü olarak tanımlanmıştır. Yaşlı ayrımcılığı; bireylere sadece bulunmuş olduğu kronolojik yaştan dolayı diğerlerine gösterilenden farklı yargı, tutum ve davranış göstermeyi içeren bir kavramdır. Yaşlanmaya bağlı olarak bireylerde görülen sağlık sorunları, sosyal ilişkilerde azalma, yaşanan kuşak çatışmaları, teknolojiye ayak uyduramama ile yaşlı bireyler toplum tarafından hasta, çaresiz, yoksul ve muhtaç olarak nitelendirilmektedir. Bu olumsuz nitelendirmeler yaşlı bireylerin sosyal olarak dışlanmasına ve ayrımcılığa uğramalarına neden olmaktadır. Yaşlı ayrımcılığı ile ilişkili olduğu tespit edilen geniş sağlık sonuçları yelpazesi oldukça dikkat çekicidir ve yaşlı ayrımcılığının bir halk sağlığı riski olarak ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Bu çalışmanın amacı; bir il merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde yaş ve yaşlı ayrımcılığının yaygınlığı ve ilişkili olduğu faktörleri belirlemek, bireylerin iyilik durumunu tespit etmek ve yaş/yaşlı ayrımcılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ile yaş/yaşlı ayrımcılığından kaynaklanabilecek halk sağlığı sorunun boyutunu anlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Üniversite'nin Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (13/02/2024 tarih 2024/16 sayı). Kesitsel tasarımdaki çalışmamız Şubat 2024'te, bir il merkezinde 18 yaş üzeri yetişkinlerde gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü Epi Info 7.2 programı ile 702 kişi olarak

hesaplandı. Veriler yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıklardır. Bağımlı değişkenleri ise Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği ve Algılanan Yaş Ayrımcılığı Ölçeği sonuçlarıdır. Veriler SPSS 25.0 programında çözümlendi. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzdeler ile sunuldu. Çok değişkenli analizlerde lojistik ve lineer regresyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %48,9'u kadındır. Yaş ortalaması 48,4 ± 16,2'dir. Araştırma grubunun %17,3'ünün ailesinde bakıma ihtiyacı olan 65 yaş ve üzeri birey vardır. Katılımcıların son bir yıl içerisinde yaş ayrımcılığına maruziyeti %44,7 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %30,3'ü yaşından ötürü önyargıya, %26,2'si saygısızlığa, %20,9'u kötü davranışa, %20,6'sı dışlanmaya, %34,6'sı pozitif ayrımcılığa maruz kalmıştır. Çoklu regresyon analizi sonucunda; iyilik hali indeksindeki her bir birim artış algılanan yaş ayrımcılığı maruziyeti riskini 0,935 kat azaltmaktadır. Bekar olanların evlilere göre algılanan yaş ayrımcılığı riski 1,788 kat fazladır. Ücretli bir işte çalışanlara göre ücretli bir işte çalışmayanlarda bu risk 6,140 kat, emeklilerde ise 1,830 kat daha fazladır. Algılanan yaş ayrımcılığı maruziyet riski; algılanan sağlık durumu orta/kötü/çok kötü olanların iyi/çok iyi olanlara göre 1,685 kat, kronik hastalığı olanların olmayanlara göre 1,688 kat, alkol kullanmayanların kullananlara göre 1,987 kat daha yüksektir.

Sonuç: Araştırmamız algılanan yaş ayrımcılığı maruziyetini ve kişilerin yaşlılara yönelik tutumlarını ölçmüştür. Medeni durum, gelir durumu ve genel sağlık durumu, ayrımcılık ile ilişkili olduğunu saptadığımız temel değişkenlerdir. Çalışma hayatında bulunmayan bireylerin sosyal ve kültürel etkinliklerle topluma aktif katılımları desteklenebilir. 65 yaş üzeri bireyler, özellikle de kronik hastalığı olanlar, yapılacak sağlığı geliştirici uygulamaların odak noktası olmalıdır. Ek olarak tıbbi bakım desteği verilmesi bu bireylere yönelik yaş ayrımcılığını azaltarak kişilerin yaşantılarını, sağlığını iyileştirebilir ve iyilik hallerini artırabilir. İyilik halinin artması da yaş ayrımcılığına pozitif yansıyabilir. Yaşlılara ayrımcılığı azaltmak için topluma yönelik bilinçlendirme faaliyetleri yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaş ayrımcılığı, Yaşlı ayrımcılığı, Sosyal ayrımcılık.

Evaluation of Adults Living in a Provincial Center in Terms of Ageism and Age Discrimination

Introduction and Aim: Ageism or age discrimination; it refers to stereotypes (how we think), prejudice (how we feel) and discrimination (how we behave) towards others or ourselves depending on age (WHO, 2024). While age discrimination can be seen from an early age and can affect individuals of all ages, the concept of ageism is defined as specific to older individuals (Tunçay G.Y., 2020). Ageism; it is a concept that includes showing individuals different judgments, attitudes and behaviors than those shown to others simply because of their chronological age (Kulaoğlu S.,2021). Due to the health problems seen in individuals due to aging, decrease in social relations, generation conflicts, inability to keep up with technology, elderly individuals are described by the society as sick, helpless, poor and needy. These negative characterizations cause older individuals to be socially excluded and discriminated against (Özütürker M., 2021). The wide range of health outcomes found to be associated with ageism is quite remarkable and suggests that ageism should be addressed as a public health risk (Hu et al., 2021). The aim of the study is to determine the prevalence and related factors of ageism and age discrimination among adults aged 18 and over living in a city center, to determine the well-being of individuals and to evaluate the relationship between ageism and age discrimination and to understand the extent of the public health problem that may arise from ageism and age discrimination.

Material and Methods: Approval was received from the University's Health Sciences Non-Interventional Research Ethics Committee (dated 13/02/2024, number 2024/16). Our cross-sectional design study was conducted in February 2024, in a provincial center, among adults over the age of 18. The sample size was calculated as 702 people with the Epi Info 7.2 program. Data were collected by face-to-face interview. Independent variables of the research; sociodemographic characteristics, health status and habits. The dependent variables are the results of the Fraboni Scale of Ageism and Perceived Ageism Scale. The data were analyzed in SPSS 25.0 program. Descriptive data were presented as numbers and percentages. Logistic and linear regression analyzes were used in multivariate analyses.

Results: 48.9% of the participants are women. The average age is 48.4 ± 16.2 years. 17.3% of the research group has a family member aged 65 and over who needs care. It was determined that the participants' exposure to age discrimination in the last year was 44.7%. 30.3% of the participants were exposed to prejudice due to their age, 26.2% to disrespect, 20.9% to bad behavior, 20.6% to exclusion, and 34.6% to positive discrimination. As a result of multiple regression analysis; Each unit increase in the well-being index reduces the perceived risk of age discrimination by 0.935 times. Single people have a 1.788 times higher risk of perceived age discrimination than married people. Compared to those in a paid job, this risk is 6.140 times higher in those who are not working in a paid job and 1.830 times higher in retirees. Perceived age discrimination exposure risk; the perceived health status of those who are moderate/bad/very bad is 1.685 times higher than that of those who are good/very good, those who have a chronic disease are 1.688 times higher than those who do not, and those who do not consume alcohol are 1.987 times higher than those who do.

Conclusions: Our research measured perceived age discrimination exposure and people's attitudes towards the elderly. Marital status, income status and general health status are the main variables that we found to be associated with discrimination. The active participation of individuals who are not in working life in society can be supported through social and cultural events. Individuals over the age of 65, especially those with chronic diseases, should be the focus of health-promoting practices. Additionally, providing medical care support can improve people's lives, health and well-being by reducing age discrimination against these individuals. Increased well-being may also have a positive impact on ageism. Awareness-raising activities can be carried out for the society to reduce discrimination against the elderly.

Keywords: Ageism, Age discrimination, Social discrimination.

S-16

Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Aile Hekimliği Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Özge Ketenci[1,2], Nüket Pancar[1,3], Oğuzhan Keskin[4], Yeliz Mercan[1,5]

1-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2-Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

4-İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

5-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

ozge9131.k@gmail.com

Giriş ve Amaç: Bu araştırmada sağlık hizmet kullanıcılarının son 12 ay içindeki aile hekimliği memnuniyeti ve etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma olasılıksız örnekleme ile Türkiye'de 16-30 Nisan 2024 tarihleri arasında e-survey olarak yürütülmüştür. Araştırmada aile hekimliğine kaydı olan, 18 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmaya gönüllü 1304 yetişkine ulaşılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve EUROPEP Aile Hekimliği Memnuniyet Ölçeği yardımıyla çevrimiçi toplanmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 30,38±9,93 yıl (Medyan: 26, Min:18, Mak:77) olan katılımcıların %58,2'si erkektir. Araştırma grubunun %49,9'u herhangi bir sağlık sorununda devlet hastanelerini, %32,2'si aile hekimliğini ilk olarak tercih etmektedir. Katılımcıların aile hekimliği genel memnuniyet oranı %66,5, klinik davranışlardan memnuniyet oranı %68,5, hizmet organizasyonundan memnuniyet oranı %61,8 saptanmıştır. Aile hekiminin klinik davranışlarından en fazla memnuniyet "Kayıt ve bilgilerini gizli tutması (%74,6)", "Sizi dinlemesi (%71,2)" ve "İşini tam yapması (%71,2)" iken, en düşük memnuniyet "Duygusal sorunlara yardım etmesi (%61,6)" bulunmuştur. Hizmet organizasyonunda en fazla memnuniyet "Acil sağlık için sunduğu hizmet (%65,4)", "Randevu alabilme durumu (%65,2)" ve "Sevk için hazırlaması (%64,6) iken, en düşük memnuniyet "Doktora telefonla ulaşabilme (%54,4)" olarak belirlenmiştir. EUROPEP Aile Hekimliği Memnuniyet Ölçeği genel, Klinik Davranış ve Hizmet Organizasyonu alt boyutlarının puan ortalamaları 35 yaşından küçük olanlarda

(p<0,001), kentlerde yaşayanlarda (p<0,05), önlisans ve üzeri eğitimlilerde (p<0,01), gelirini yeterli olarak algılayanlarda (p<0,001), sağlık sorunlarında ilk olarak aile hekimliğini tercih edenlerde (p<0,05), yılda en az 1 kez hekim kontrolü yaptıranlarda (p<0,01) değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. EUROPEP Aile Hekimliği Memnuniyet Ölçeği genel ve Klinik Davranış alt boyut puan ortalamaları sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşamayanlarda yüksek iken (p<0,001); Hizmet Organizasyonu alt boyut puan ortalaması sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayanlarda yüksek saptanmıştır (p<0,001). Cinsiyet, birlikte yaşadığı kişi sayısı, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, kronik hastalık varlığı, algılanan sağlık durumu, sağlık kuruluşlarına en sık başvurma nedeni ile EUROPEP Aile Hekimliği Memnuniyet Ölçeği genel puanı, Klinik Davranış ve Hizmet Organizasyonu alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenememiştir (p>0,05).

Sonuç: Yaklaşık her üç yetişkinden ikisi aile hekimliği hizmetlerinden memnundur. Aile sağlığı merkezlerinde sunulan hizmete ilişkin aile hekiminin klinik davranışlarından memnuniyet oranları, aile hekimlerinin hizmet organizasyonuna dayalı memnuniyet oranlarına kıyasla daha yüksektir. Sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayanların hizmet organizasyonunda aile hekimliğinden memnuniyet oranının yüksek çıkması, aile hekimliği özelinde olmayıp, genel olarak sorulan sağlık hizmetlerine erişim sorusunun kapsayıcılığı ile ilgilidir. Aile hekimliği hizmet organizasyonuna ilişkin iyileştirmelerin yapılabilmesi için bakanlık düzeyinde girişimlere gereksinim vardır. Ek olarak, aile hekimliği memnuniyetini artıracak faaliyetlerde dezavantajlı gruplara öncelik verilmeli, hizmetin niteliğini belirleyen memnuniyet araştırmaları periyodik olarak tekrarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmeti, Aile hekimliği, Memnuniyet

Factors Affecting Family Medicine Satisfaction among Health Service Users

Introduction and Aim: This study aimed to examine health service users' satisfaction with family medicine in the last 12 months and the affecting factors.

Material and Methods: This descriptive study was conducted as an e-survey with non-probability sampling in Turkey between April 16-30, 2024. The study reached 1304 adults aged 18 and above who were registered with family medicine and volunteered to participate. Data were collected online using a Personal Information Form and the EUROPEP Family Medicine Satisfaction Scale.

Results: The mean age of the participants was 30.38±9.93 years (Median: 26, Min: 18, Max: 77), and 58.2% of them were male. Of the study group, 49.9% preferred state hospitals, and 32.2% preferred family medicine as their first choice for any health problem. The general satisfaction rate with family medicine was 66.5%, the satisfaction rate with clinical behaviors was 68.5%, and the satisfaction rate with service organization was 61.8%. The highest satisfaction with the clinical behaviors of family physicians was “Keeping records and information confidential (74.6%)”, “Listening to you (71.2%)” and “Doing their job well (71.2%)”, while the lowest satisfaction was “Helping with emotional problems (61.6%)”. The highest satisfaction in service organization was “Providing services for emergency health (65.4%)”, “Being able to get an appointment (65.2%)”, and “Preparing for referral (64.6%)”, while the lowest satisfaction was “Being able to reach the doctor by phone (54.4%)”. The mean scores of the EUROPEP Family Medicine Satisfaction Scale general, Clinical Behavior, and Service Organization sub-dimensions were statistically significantly higher in those under 35 years old ($p<0.001$), living in cities ($p<0.05$), with associate degrees or higher education ($p<0.01$), perceiving their income as sufficient ($p<0.001$), preferring family medicine as the first choice in health problems ($p<0.05$), and having at least one physician check-up per year ($p<0.01$) compared to other categories of these variables. The mean scores of the EUROPEP Family Medicine Satisfaction Scale general and Clinical Behavior sub-dimensions were higher in those without access problems to health services ($p<0.001$); the mean score of the Service Organization sub-dimension was higher in those with access problems to health services ($p<0.001$). No statistically significant differences were found between the EUROPEP Family Medicine Satisfaction Scale general score, Clinical Behavior, and Service Organization sub-dimension scores, and gender, number of people living together, employment status,

presence of health insurance, presence of chronic illness, perceived health status, or the most frequent reason for applying to health institutions ($p>0.05$).

Conclusion: About two out of three adults are satisfied with family medicine services. Satisfaction rates with the clinical behaviors of family physicians regarding the services provided at family health centers are higher than the satisfaction rates based on the service organization. The high satisfaction rate with the service organization in family medicine among those experiencing access problems to health services is not specific to family medicine but is related to the inclusiveness of the general question about access to health services. Initiatives at the ministry level are needed to improve the service organization of family medicine. Additionally, activities to increase family medicine satisfaction should prioritize disadvantaged groups, and satisfaction studies determining the quality of the service should be repeated periodically.

Keywords: Health service, Family medicine, Satisfaction

S-17

Türkiye'de 2013-2022 Yılları Arası Gerçekleşen Yaşlı İntiharlarının Değerlendirilmesi: Ekolojik Bir Çalışma

Gamze Demiray[1], Pınar Zehra Davarcı[2], Galip Ekuklu[3]

1-Aydın Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü

2- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

3-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

gamzedemiray07@gmail.com

Giriş ve Amaç: Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilen intihar tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlı nüfus gruplarında da yaygın olarak görülmektedir. Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki 65 yaş üstü bireylerin intihar hızının 2013-2022 arası yıllardaki trendini, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına (İBBS) göre dağılımını ve 2013-2022 yılları arası yaşlı intihar hızının; yaşlı yoksul oranı, yaşlı işgücüne katılım oranı, yaşlı nüfusta işsizlik, Gini kat sayısı, Tüketici fiyat endeksi yıllık değişim (TÜFE) ve gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYİH- milyon dolar) faktörleriyle karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma için ihtiyaç duyulan istatistikler Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) resmi internet sitesinden elde edilmiştir. İnternet sitesinde intihar sayıları 15-75 yaş aralığında 5'li yaş grupları halinde yayınlanmaktadır. Bu çalışma 65 yaş üstü bireylerdeki intihar vakalarını konu aldığı için 65-69, 70-74 ve 75> yaş gruplarındaki istatistiklerden yararlanılarak hazırlanmıştır. 65 yaş üzeri intihar sayıları ve o yıla ait 65 yaş üstü nüfusu kullanılarak yaşlı intihar hızı (100 000 kişide) her iki cinsiyet için de ayrı olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni 65 yaş üstü intihar hızı iken, bağımsız değişkenler; yaşlı yoksul oranı, yaşlı işgücüne katılım oranı, yaşlı nüfusta işsizlik, gini kat sayısı ve gayrisafi yurtiçi hasıladır. Verilerin analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. 2013-2022 arası yıllarda yaşlı intihar hızı ile o yılın diğer parametreleri arasında ilişki olup olmadığı Pearson (parametrik verilerin analizi) ve Spearman (parametrik olmayan verilerin analizinde) korelasyon testleri ile analiz edilmiştir. $p<0.05$ düzeyi istatistiksel yönden önemlilik sınırı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: 65 yaş üstü bireyler için 2013 yılı kaba intihar hızı yüz binde 6,33; 2022 yılı için yüz binde 5,08 hesaplanmıştır. 2013'ten 2019 yılına kadar azalma trendinde olup 2019 yılında yüz binde 5,20'dir. 2020 yılında 6,16'ya yükselmiş; 2021-2022 yıllarında tekrar azalma trendi göstermiştir. Yıllara göre 65 yaş üstü intihar hızı değerlendirildiğinde; 2013'ten 2022'ye azalma trendi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (r:- 0,401; p=0,251). 2022 yılında en yüksek yaşlı intihar hızı Batı Marmara bölgesinde görülmüştür. 2013-2022 yılları arasında yaşlı işgücüne katılım oranı arttıkça yaşlı intihar hızının azaldığı saptanmıştır (r:-0,847; p=0,008).

Sonuç: Yıllar içerisinde yaşlı intiharları azalıyor gibi görünse de bu azalma trendi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sonuçlarımız konunun son derece önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve nedenlere yönelik alan çalışmalarının yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Nedene yönelik çalışmalar ile sorunun çözümü için uygun politikaların üretilmesi olanaklı olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, intihar, yaşlı intiharı

Evaluation of Elderly Suicides in Turkey Between 2013-2022: An Ecological Study

Introduction and Aim: Suicide, considered a significant public health issue, is prevalent among elderly population groups, similar to all age groups. The aim of this study is to evaluate the trend of suicide rates among individuals aged 65 and over in Turkey between 2013-2022, their distribution according to the Statistical Regions Classification (SRC), and to compare the elderly suicide rates between 2013-2022 with factors such as elderly poverty rate, elderly labor force participation rate, unemployment among the elderly population, Gini coefficient, annual Consumer Price Index (CPI) change, and gross domestic product (GDP) in millions of dollars.

Material and Methods: The statistics required for this study were obtained from the official website of the Turkish Statistical Institute (TSI). Suicide numbers are published on the website in 5-year age groups between 15-75 years. Since this study focuses on suicide cases in individuals aged 65 and over, statistics from the age groups of 65-69, 70-74, and 75> were utilized. Elderly suicide rates (per 100,000 people) were calculated separately for both genders using the number of suicides among those aged

65 and over and the elderly population for each year. The dependent variable of the study is the suicide rate among individuals aged 65 and over, while the independent variables include elderly poverty rate, elderly labor force participation rate, unemployment among the elderly population, Gini coefficient, and gross domestic product. The normal distribution of continuous variables was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. The relationship between elderly suicide rates and other parameters of each year between 2013-2022 was analyzed using Pearson (for parametric data analysis) and Spearman (for non-parametric data analysis) correlation tests. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

Results: The crude suicide rate for individuals aged 65 and over was calculated as 6.33 per 100,000 in 2013 and 5.08 per 100,000 in 2022. There was a decreasing trend from 2013 to 2019, with a rate of 5.20 per 100,000 in 2019. It increased to 6.16 in 2020 and showed a decreasing trend again in 2021-2022. When evaluating the suicide rate among individuals aged 65 and over by years, the decreasing trend from 2013 to 2022 was not statistically significant (r:-0.401; p=0.251). The highest elderly suicide rate in 2022 was observed in the Western Marmara region. An increase in elderly labor force participation rate between 2013-2022 was associated with a decrease in elderly suicide rate (r:-0.847; p=0.008).

Conclusion: Although elderly suicides seem to decrease over the years, this decreasing trend was not statistically significant. Our results imply that this issue is an extremely important public health problem and suggests the necessity of conducting studies focusing on the causes. Conducting studies focusing on the causes could lead to the development of appropriate policies for solving the problem.

Keywords: Elderly, suicide, elderly suicide

S-18

Yetişkinlerin E-Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışlarında Rolü

Nüket Pancar[1,2], Oğuzhan Keskin[3], Özge Ketenci[1,4], Yeliz Mercan[1,5]

1-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

3-İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

4-Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

5-Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

nkt_2807@hotmail.com

Amaç: Bu araştırmada yetişkinlerin e-sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarındaki rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 16-30 Nisan 2024 tarihleri arasında e-anket yöntemi ile Türkiye'de yürütülmüştür. Araştırmada en az ilkokul mezunu, 25 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmaya gönüllü 782 yetişkine ulaşılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği (SHTEDÖ) ve E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ESOYÖ) yardımıyla çevrimiçi toplanmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 36,73±10,38 (Medyan: 34, Min: 25, Maks: 76) olan katılımcıların %54,5'i kadındır. Katılımcıların SHTEDÖ genel puan ortalaması <45 yaş olanlarda (p=0,023), önlisans ve üzeri eğitimlilerde (p=0,020), sağlığını orta&kötü düzeyde algılayanlarda (p=0,007), günlük ≥3 saat internet kullananlarda yüksek saptanmıştır. Bireysel Çözüm Arama alt boyut puan ortalaması <45 yaş olanlarda (p=0,000), önlisans ve üzeri eğitimlilerde (p=0,000), günlük ≥3 saat internet kullananlarda yüksek belirlenmiştir. Kaçınma alt boyut puan ortalaması sağlık güvencesi olmayanlarda (p=0,016), sağlığını orta&kötü düzeyde algılayanlarda (p=0,004) yüksek bulunmuştur. Eyleme Geçmeme alt boyut puan ortalaması önlisans ve üzeri eğitimlilerde (p=0,037), sağlığını orta&kötü düzeyde algılayanlarda (p=0,003), günlük ≥3 saat internet kullananlarda yüksektir. ESOY genel puan ortalaması kadınlarda (p=0,045), <45 yaş olanlarda (p=0,046), kentlerde yaşayanlarda (p=0,014), önlisans ve üzeri eğitimlilerde (p=0,000), gelirini yeterli düzeyde algılayanlarda

(p=0,000), sağlık ile ilgili kararlarda interneti yararlı bulanlarda (p=0,000), sağlık kaynaklarına erişimde internetin önemli olduğunu düşünenlerde (p=0,000) yüksektir. ESOYÖ genel puanı ile SHTEDÖ genel puanı (p=0,001), Bireysel Çözüm Arama (p=0,000) ve Eyleme Geçmeme (p=0,002) alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. ESOYÖ genel puanı ile SHTEDÖ Kaçınma alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Sonuçlar: Yetişkinlerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlık hizmeti talep erteleme davranışı, bireysel çözüm arama davranışı ve eyleme geçmeme davranışı artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında e-sağlık okuryazarlığın artırılması ile sağlık hizmet yükünün azaltılması sağlanabilir. Ancak e-sağlık kaynaklarının doğru ve güvenilir olması bu açıdan önem taşımaktadır. Ek olarak, araştırmada orta&kötü sağlık düzeyine sahip olanların sağlık talebi erteleme davranışlarının daha fazla olması, gelecekte ortaya çıkacak komplikasyonların, artan hastalık yükünün ve sağlık harcamalarının habercisi olacağından dikkatle planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı erteleme davranışı, Sağlık arama davranışı, E-sağlık okuryazarlığı, Sağlık hizmeti

The Role of Adults E-Health Literacy In Healthcare Demand Procrastination Behaviors

Aim: This study aimed to examine the role of adults' e-health literacy in their healthcare demand procrastination behaviors.

Material and Methods: This descriptive study was conducted in Turkey via an e-survey method between April 16-30, 2024. The study reached 782 adults aged 25 and over, who had at least a primary education, and were willing to participate. Data were collected online using a Personal Information Form, the Healthcare Demand Procrastination Scale (HDPS), and the E-Health Literacy Scale (EHLS).

Results: The participants' mean age was 36.73±10.38 (Median: 34, Min: 25, Max: 76), with 54.5% being women. The overall HDPS score was higher in those under 45 years old (p=0.023), those with an associate degree or higher (p=0.020), those perceiving their health as moderate or poor (p=0.007), and those using the internet for ≥3 hours

daily. The Individual Solution Seeking subscale score was higher in those under 45 years old (p=0.000), those with an associate degree or higher (p=0.000), and those using the internet for ≥3 hours daily. The Avoidance subscale score was higher in those without health insurance (p=0.016) and those perceiving their health as moderate or poor (p=0.004). The Inaction subscale score was higher in those with an associate degree or higher (p=0.037), those perceiving their health as moderate or poor (p=0.003), and those using the internet for ≥3 hours daily. The overall EHLS score was higher in women (p=0.045), those under 45 years old (p=0.046), those living in urban areas (p=0.014), those with an associate degree or higher (p=0.000), those perceiving their income as sufficient (p=0.000), those finding the internet useful in health-related decisions (p=0.000), and those considering the internet important in accessing health resources (p=0.000). A positive statistically significant relationship was found between the overall EHLS score and the overall HDPS score (p=0.001), Individual Solution Seeking (p=0.000), and Inaction (p=0.002) subscale scores. No statistically significant relationship was found between the overall EHLS score and the Avoidance subscale score (p>0.05).

Conclusion: As adults' e-health literacy levels increase, their healthcare demand procrastination behaviors, individual solution-seeking behavior, and inaction behavior increase. Enhancing e-health literacy in the planning of health services can help reduce the health service burden. However, the accuracy and reliability of e-health resources are crucial in this regard. In addition, it was found that those with moderate or poor health levels had more healthcare demand procrastination behaviors. This situation should be planned carefully as it will indicate potential future complications, increased disease burden, and healthcare expenditures.

Keywords: Health procrastination behavior, Health-seeking behaviors, E-health literacy, Health service

S-19

65 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Kanser Sıklığının Dağılımı, 2015-2020: İzmir Kanser Kayıt Merkezi Sonuçları

Gökben Yaslı[1], Mustafa Savaş[2], Ümit Altıntığ[3],Ali Emre Çetinkol[4]
1,2,3-İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi
4-İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
gokben.yasli@gmail.com

Giriş ve Amaç: Küresel olarak 65 yaş üstü yetişkinler, 2020'deki tüm yeni kanser vakalarının yaklaşık yarısını oluşturuyordu. Son çalışmalar, önümüzdeki on yılda 65 yaş üstü yetişkinlerde teşhis edilen yeni kanser vakalarının dünya çapında iki katına, 80 yaş üstü kişilerde ise üç katına çıkacağını ve ülkeler arasında önemli farklılıklar olacağını öngörmektedir. Kanser taramalarında son yıllarda sağlanan gelişmelerin katkısıyla da kanserden kurtulanların oranında ve kanser prevalansında artış görülecektir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde (melanom dışı cilt kanserleri dışında) yaşlı erkeklerde insidans hızı sırasıyla en yüksek kanserler prostat, akciğer ve kolorektal kanserdir. Yaşlı kadınlarda ise insidans hızı en yüksek kanserler sırasıyla meme, kolorektal kanser ve akciğer kanseridir. Az gelişmiş ülkelerde ise enfeksiyon ve sosyoekonomik koşullarla ilişkisi yüksek olan serviks kanseri, hepatoselüler kanser ve oral kavite kanserlerinin insidans hızı hala yüksektir. GLOBOCAN 2020 verilerine göre yaşlı erkeklerde en sık ölüme yol açan kanserler akciğer, kolorektal kanser ve mide kanseri; yaşlı kadınlarda ise akciğer, meme kanseri ve kolorektal kanserdir. Yaşlılardaki kanser insidansı ve buna bağlı olarak mortalite hızının önümüzdeki yıllarda daha da artacağı öngörülmektedir. Kanser kaydı, herhangi bir kanser kontrol stratejisinin önemli bir bileşenidir ve etkili kanser politikasına bilgi sağlayacak verileri sağlar. 65 yaş üzeri popülasyondaki kanser insidans eğilimlerinin analizi, kanser kontrol önlemlerinin etkisini değerlendirmek ve bu popülasyonun ihtiyaçlarını yönetmek için yeterli ve uygun kaynakları sağlanmalıdır. Çalışmada 65 yaş ve üzeri kanser popülasyonda en sık görülen kanser türlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 2015-2020 yılları arasında İzmir Kanser kayıt sistemindeki 65 yaş ve üzeri nüfusta erkek ve kadınlarda sık görülen kanserler için yaşa özel insidans hızları incelenmiştir.

Bulgular: 2015-2020 yılları arasında 65 yaş ve üzeri kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Meme kanserini sırasıyla tiroid, kolorektal, akciğer, uterus korpusu, over, mide, non hodking lenfoma ve beyin kanseri takip etmektedir. 65 yaş üzeri erkek hastalarda en sık görülen kanser türü akciğer kanseridir. Ardından sırasıyla prostat, kolorektal, mesane, mide, tiroid, böbrek, NHL, myeloproliferatif bozukluk, larinks kanseri takip eder.

Sonuç: Geriatrik yaş grubunda kadınlarda meme, erkeklerde akciğer kanseri en sık görülen kanserlerdir. Nüfusun hızla yaşlanması nedeniyle yaşlı insanlardan gelen kanser teşhisi, tedavisi ve bakım hizmetlerine yönelik artan talebin karşılanmasının ulusal sağlık sisteminin önceliği olmalı ve erken teşhis ve tarama faaliyetleri desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kanser insidans hızı,İzmir,Yaşlılık

Distribution of Cancer Incidence in the Population Aged 65 and Older, 2015-2020: Findings from the İzmir Cancer Registry

Introduction and Aim: Globally, adults aged 65 and older accounted for approximately half of all new cancer cases in 2020. Recent studies predict that the number of new cancer cases diagnosed in adults over 65 will double worldwide in the next decade, and triple in those over 80, with significant variations between countries. The advancements in cancer screenings in recent years are expected to contribute to an increase in cancer survival rates and prevalence. In developed and developing countries, the highest incidence rates of cancer (excluding non-melanoma skin cancers) in elderly men are for prostate, lung, and colorectal cancers, respectively. In elderly women, the cancers with the highest incidence rates are breast, colorectal, and lung cancers, respectively. In less developed countries, the incidence rates of cervical cancer, hepatocellular carcinoma, and oral cavity cancers remain high due to their strong association with infections and socioeconomic conditions. According to GLOBOCAN 2020 data, the leading causes of cancer-related deaths in elderly men are lung, colorectal, and stomach cancers; in elderly women, they are lung, breast, and colorectal cancers. It is projected that the incidence and, consequently, the mortality rates of cancer in the elderly population will further increase in the coming years.

Cancer registry is a crucial component of any cancer control strategy, providing data that informs effective cancer policy. Analyzing cancer incidence trends in the population aged 65 and older is essential for evaluating the impact of cancer control measures and ensuring adequate and appropriate resources to meet the needs of this population. This study aims to identify the most common types of cancer in the population aged 65 and older.

Material and Methods: The study examines age-specific incidence rates for common cancers in men and women aged 65 and older, using data from the İzmir Cancer Registry system for the years 2015-2020.

Results: Between 2015 and 2020, the most common type of cancer in women aged 65 and older was breast cancer. Breast cancer was followed by thyroid, colorectal, lung, uterine corpus, ovarian, stomach, non-Hodgkin lymphoma, and brain cancers, respectively. In men aged 65 and older, the most common type of cancer was lung cancer, followed by prostate, colorectal, bladder, stomach, thyroid, kidney, non-Hodgkin lymphoma, myeloproliferative disorders, and laryngeal cancers, respectively.

Conclusion: In the geriatric age group, breast cancer is the most common cancer among women, and lung cancer is the most common among men. Due to the rapidly aging population, meeting the increasing demand for cancer diagnosis, treatment, and care services from elderly individuals should be a priority for the national health system, and efforts for early diagnosis and screening activities should be supported.

Keywords: Cancer incidence rate, İzmir, Elderly

S-20

Manisa'da Kentsel Bir Bölgede Yaşlıların Yaşlılığa Karşı Tutumu ve İlişkili Faktörler

Zeynep Ceyda Buran[1], Berna Bilgin Şahin[2], Tunahan Erdoğan[3], Seda Nur Topal[3], Sevim Çelik[3], Engin Aksu[3], Ahmet Ergül[3], Özge Kazanlar[3], Canberk Cihan Ateş[3], Ömer Faruk Köseoğlu[3]

1-Uzm.Dr., Yalova İl Sağlık Müdürlüğü

2-Dr.Öğrt.Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

3-İnt.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

zeynep.ceyda.buran@gmail.com

Giriş ve Amaç: Dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'na göre Türkiye'de ≥65 yaş nüfusun oranı 2023 yılında %10.2'ye yükselmiştir. Bu orana göre ülkemiz çok yaşlı toplum sınıfına görmektedir. Modern yaşamın getirdiği üretici-tüketici rollerinin dışında kalan yaşlılar kendilerini işe yaramaz hisseder. Ek olarak toplumda "yaşlı" denilince akla bakıma muhtaç, kronik hastalıkları olan, yürüme güçlükleri çeken, değişime kapalı, mutsuz, yalnız, sosyal ilişkileri azalmış bireyler gelmeye başlamaktadır. Bütün bunlar yaşlanmaya ilişkin tutumları olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmanın amacı Manisa'da kentsel bir bölgedeki 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşlanmaya yönelik tutumunun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma 2024 yılının Şubat-Mayıs aylarında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini kentsel bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesine kayıtlı ≥65 yaş 765 yaşlı oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü Epi-Info Statcalc programıyla %50.0 prevalans, %95 güven düzeyi, %5 sapmayla 256 kişi hesaplanmış 258 kişiye anket uygulanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle, katılımcıların onamları alındıktan sonra toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşlıların yaşlılığa karşı tutumudur, değerlendirmek için DSÖ-Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA) kullanılmıştır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özellikleri, sağlık durumu ile ilgili özellikler, yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde WHOQOL-AGE kullanılmıştır. Veriler SPSS 23.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, Ort ± ss, ortanca (min-max) ile değerlendirilmiştir. Veri analizinde sürekli veriler için

Student's t Testi, Mann Whitney U Testi, Tek yönlü ANOVA, Kruskal-Wallis Testi; çok değişkenli analiz için lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Tip 1 hata değeri $p<0.05$ kabul edilmiştir. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan etik onay alınmıştır. Finansal destek alınmamıştır, çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 71.47±5.27 yıldır. Yaşlıların %50.4'ü erkek, %24,8'i eğitimsiz, %67.1'i evlidir. Katılımcıların %17.8'i yalnız yaşamakta, %43.4'ünün evinde bakımıyla ilgilenen birisinin bulunmaktadır. Araştırma grubunun %64.3'ü alt sosyal sınıftadır, %16.3'ünün gelirinin giderinden azdır ve %82.9'unun sağlık güvencesi SGK'dır. Katılımcıların %24.4'ü sigara, %9.7'si ise alkol kullanmakta, %31.4'ü düzenli egzersiz yapmaktadır. Katılımcıların %56.6'sı hobi/uğraşının olmadığını, %83.3'ü çevresinde kendisine destek olan arkadaş/yakınların olduğunu, %30.6'sı ise yalnız hissettiklerini belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %80.2'sinin kronik bir hastalığı vardır, %70.1'i düzenli olarak ilaç kullanmaktadır, %4.3'ü sağlığını çok kötü olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %51.6'sı bir sağlık probleminde ilk olarak ASM'ye başvurduğunu belirtmiştir. WHO-QOL-AGE yaşam kalitesi puan ortalaması 33.56±7.38'dir. AYTA yaşlılığa karşı tutum puan ortalaması ise 78.03±15.04'dir. Araştırma grubunun yaşam kalitesi ile yaşlılığa karşı tutum arasında yüksek derecede pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Yapılan lineer regresyon analizinde; yaşın ileri olması, eğitim düzeyinin düşük olması, gelir düzeyinin düşük olması, kronik hastalığının olması, kendine destek olan arkadaş/akrabanın bulunmaması, herhangi bir hobisinin bulunmaması, kendini yalnız hissetmesinin AYTA puanını düşürdüğü görülmüştür.

Sonuç: Manisa'da kentsel bir bölgede yürütülen bu çalışmaya göre yaşlıların yaşlılığa karşı tutum puanı 78.03±15.04 olarak bulunmuştur. Araştırmamıza göre 65 yaş ve üstü bireylerin yaşının ilerlemesi, eğitim düzeyinin düşük olması, herhangi bir kronik hastalığının bulunması, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması, yalnız olması, hobilerinin bulunmaması ve egzersiz yapmaması yaşlanmaya karşı olan tutumu kötüleştirmektedir. Yaş, eğitim durumu, gelir durumu ve kronik hastalık varlığı değiştirilebilir risk faktörleri olmamakla birlikte; yaşlıların sosyalleşebileceği, hobi vb. uğraş kazanabilecekleri halk eğitim merkezleri, sosyal tesis, lokal vb. sosyal alanlar yaygınlaştırılmalıdır. Bunun yanı sıra yaşlıların egzersiz yapabileceği alanlar artırılmalı ve uygun ölçüde egzersiz yapmaları teşvik edilmelidir. Yaşlıların birinci basamakta aile

hekimleri tarafından düzenli kronik hastalık takipleri yapılmalı ve süreç yönetimi açısından ikinci basamak ile koordine bir sistem geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Yaşlılığa Karşı Tutum, Yaşlanma, Yaşlı, Aktif Yaşlanma

Elderly People's Attitudes of Aging and Related Factors in an Urban Area in Manisa

Introduction and Aim: The elderly population is increasing all over the world. According to the Turkish Statistical Institute, the rate of the population aged ≥65 in Turkey increased to 10.2% in 2023. According to this ratio, our country is considered a very elderly society. According to this ratio, our country is considered an aging society. Elderly people who are excluded from the producer-consumer roles of modern life feel useless. In addition, when the word "elderly" is mentioned in community, individuals who need care, have walking difficulties, have chronic diseases, are closed to change, are unhappy, lonely, and have diminished social relations begin to come to mind. All of these negatively affect the attitudes of aging. The aim of this study is to determine the attitudes of elderly people aged 65 and over living in an urban area in Manisa towards aging and the factors affecting these attitudes.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted between February and May 2024. The population of the research consists of 765 elderly people aged ≥65 years registered in an urban Primary Health Care Center. Sample size was calculated as 256 using Epi-Info StatCalc program with a confidence interval of 95%, with a prevalence of 50.0% and the margin of error was 5%, and a survey was administered to 258 people. Data were collected by face-to-face interview technique, after obtaining consent of participants. The dependent variable of the study is elderly's attitude of aging, and to evaluate it WHO-European Aging Attitude Questionnaire (EAAQ) was used. The independent variables of the study are sociodemographic characteristics, lifestyle characteristics, health status-related characteristics, and quality of life. WHOQOL-AGE was used to assess elderly's quality of life. The data were evaluated using the SPSS 23.0 statistical program. Descriptive statistics were evaluated with number, percentage, mean ± Sd, median (min-max). In data analysis, Student's t Test,

Mann Whitney U Test, One-way ANOVA, Kruskal-Wallis Test was used for continuous data, linear regression analysis was used for multiple analyses. Type 1 error value was accepted as $p<0.05$. Ethical approval was received from the ethics committee of Celal Bayar University Faculty of Medicine. No financial support was received, there is no conflict of interest.

Results: Average age of participants was 71.47±5.27 years. 50.4% of the elderly were male, 24.8% were illiterate, and 67.1% were married. 17.8% of the participants were living alone, and 43.4% had someone to take care of them at home. 64.3% of the research group was in the lower social class, 16.3%'s income was less than their expenses, and 82.9%'s health insurance was SGK. 24.4% of the participants were smoking, 9.7% were using alcohol, and 31.4% were exercising regularly. 56.6% of the participants stated that they did not have a hobby/occupation, 83.3% stated that they had supportive friends/relatives around them, and 30.6% stated that they felt lonely. 80.2% of the participants in study had a chronic disease, 70.1% were using medication regularly, 4.3% evaluated their health as very poor. 51.6% of the participants stated that they were first consulting PHC in case of a health problem. WHO-QOL-AGE quality of life score was 33.56±7.38. EAAQ elderly's attitude of aging score was 78.03±15.04. A high positive correlation was found between quality of life and attitude towards aging. In linear regression analysis; it has been found that being older, having a low education level, having a low-income level, having a chronic disease, not having supportive friends/relatives, not having any hobby, and feeling lonely decrease EAAQ score.

Conclusions: According to this study conducted in an urban area in Manisa, the attitude score of the elderly towards aging was found to be 78.03±15.04. According to our research it was found that the attitude towards aging of individuals aged 65 and over worsens as they get older, have a low level of education, have any chronic disease, have lower socioeconomic level, are lonely, do not have hobbies and do not exercise. Although age, education level, income level and presence of chronic disease are not modifiable risk factors; Social areas such as public education centers, social facilities, locals etc. where elderly can socialize and gain hobbies etc. should be expanded. In addition, areas where elderly people can exercise should be increased and they should be encouraged to exercise to an appropriate extent. Regular chronic disease follow-ups of elderly should be carried out by family physicians in primary care, and a system

coordinated with the secondary care should be developed in terms of process management.

Key Words: Quality of Life, Attitude of Aging, Aging, Elderly, Active Aging

S-21

Bir Köyde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Emine Ayhan Akman[1], Hilal Yolak[2], Murat Aysin[1], Çağdaş Sonat[1], Dursun Yasemin Yayla[1], Alikemal Başol[1], Sultan Eser[1]

1-Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2-Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

hillylk2818@gmail.com

Giriş ve Amaç: Yaşla birlikte artan kronik hastalık yükü, bireylerin ilaç tedavisine olan gereksinimlerini artırmakta; bununla birlikte yaşın ilerlemesiyle birlikte oluşan bazı fiziksel değişimler ve hastalıklar, yaşlı bireylerde aynı zamanda birden fazla miktarda ilaç (çoklu; polifarmasi) kullanımını da yaygınlaştırmaktadır. Polifarrnasi ilaçların doğru ve uygun şekilde kullanılması gereksinimini de beraberinde getirmektedir. İlaçlar doğru kullanıldığında hastalıkların tedavisi, ölüm oranlarında azalma gibi önemli yararlar sağlamakla birlikte, yanlış kullanıldığında komplikasyonlara ve mortalite artışına neden olabilmektedir. Bu nedenle ilaçların akılcı bir şekilde kullanılması halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı 1985 yılında Nairobi'de düzenlenen bir toplantıda DSÖ tarafından "Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli süre boyunca, kendileri ve toplum adına en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı; bir köyde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde akılcı ilaç kullanımını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir. Çoklu ilaç kullanımından kaynaklanabilecek halk sağlığı sorunun boyutunu anlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Üniversite'nin Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (02/04/2024 tarih 2024/54 sayı). Kesitsel tasarımdaki çalışmamız Nisan 2024'te, il merkezine bağlı bir köyde 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir (n:384). Veriler yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu, ilaç öyküsü, düşme öyküsü ve

sağlık hizmeti kullanımıdır. Bağımlı değişkeni ise Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği sonuçlarıdır. Veriler SPSS 25.0 programında çözümlendi. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzdeler ile sunuldu. Çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: 384 kişi ile yaptığımız çalışmamızda; katılımcıların %56,3 erkektir. Yaş ortalaması 71,5'dir. Araştırma grubunun %21,6'sı yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %72,7'sinin hekim tanılı kronik hastalığı mevcuttur ve %71,1'i düzenli/sürekli olarak ilaç almaktadır. Bireylerin %51,6'sı bazen ilaçlarını almayı unutmaktadır. Katılımcıların %52,1'inin akılcı ilaç kullanım bilgisi yüksek saptanmıştır. Regresyon analizi sonucunda; emekli olmak ücretli bir işte çalışmaya göre yüksek düzeyde akılcı ilaç bilgisine sahip olma olasılığını 3,289 kat, günde en az iki porsiyon meyve tüketmek 2,292 kat, kayıtlı olduğu aile hekiminin adını bilmek 2,113 kat, katılımcıların değerlendirmelerine göre aile hekiminin ilgisinin iyi/çok iyi olması orta/kötü olmasına göre 3,118 kat artırmaktadır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşanılan kişi sayısı, sigara kullanımı, tanılı hipertansiyon varlığı, daha önce ilaca bağlı yan etki yaşamış olma durumu ve egzersiz yapma durumunun tek değişkenli analizlerde anlamlı iken çoklu modellerde anlamını yitirdikleri görülmüştür.

Sonuç: Araştırmamızda bazı temel sorun alanları saptanmıştır, örneğin katılımcıların; %27'si reçetesiz olarak ilaç aldığını, yarısına yakını prospektüs okumadığını, büyük kısmı prospektüsleri anlaşılır bulmadığını ifade etmiştir. Yaşlılara yönelik akılcı ilaç kullanımı ve polifarmasi ile ilgili eğitimler düzenlenebilir, afiş/broşür ile toplumsal farkındalık sağlanabilir. Aile Sağlığı Merkezi ve bireyler arasında iletişim artırılarak akılcı ilaç kullanımı hakkında düzenli aralıklarla bilgilerin tazelenmesi ve verilen tedavilerle ilgili yeterli bilgilendirme yapılması faydalı olacaktır. Bu amaçla aile hekimlerinin de akılcı ilaç kullanımının öğretilmesi ve yaygınlaştırılması hususunda gerekli motivasyonları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Polifarmasi, sağlık eğitimi, sağlık hizmetleri

Assessment of Rational Medicine Use and Affecting Factors in Individuals Aged 65 and Older Living in a Village

Introduction and Aim: The burden of chronic disease, which increases with age, increases individuals' need for drug treatment. However, some physical changes and diseases that occur with advancing age make the use of more than one drug (polypharmacy) common in older individuals. Polypharmacy brings with it the need to use drugs correctly and appropriately. Although drugs provide important benefits such as treatment of diseases and reduction in mortality rates when used correctly, when used incorrectly, they can cause complications and increase mortality. Therefore, rational use of drugs is important for public health. Rational drug use is defined by WHO at a meeting held in Nairobi in 1985 as "It is a set of rules that require patients to take drugs appropriate to their clinical needs, in doses that meet their personal needs, for a sufficient period of time, and at the lowest cost for themselves and society". To determine the rational drug use and factors affecting it in individuals aged 65 and over living in a village. To understand the extent of the public health problem that may arise from polypharmacy.

Material and Methods: Approval was received from the University's Health Sciences Non-invasive Research Ethics Committee (02/04/2024 date 2024/54 number). Our cross-sectional design study was conducted in April 2024 in adults aged 65 and over in a village in the city center. The sample was not selected and it was aimed to reach the entire universe. Data were collected by face-to-face interview. Independent variables of the research; sociodemographic characteristics, health status, medication history, fall history and healthcare use. The dependent variable is the Rational Drug Use Scale results. The data were analyzed in SPSS 25.0 program. Descriptive data were presented as numbers and percentages. Logistic regression analyzes were used in multivariate analyses.

Results: In our study with 384 people; 56.3% of the participants are male. The average age is 71.5. 21.6% of the research group lives alone. 72.7% of the participants have a physician-diagnosed chronic disease and 71.1% take medication regularly/continuously. 51.6% of individuals sometimes forget to take their medications. The knowledge of rational drug use was found to be high in 52.1% of the participants. As a result of regression analysis; being retired is 3.289 times more likely to have a high level of rational drug knowledge than working in a paid job, consuming at least two portions of fruit a day is 2.292 times more likely, knowing the name of the

registered family doctor is 2.113 times more likely, according to the participants' evaluations, the interest of the family physician is good/very good, moderate/very good. It increases 3,118 times compared to being worse. While gender, age, marital status, number of cohabitants, smoking, presence of diagnosed hypertension, previous drug-related side effects and exercise status were significant in univariate analyses, they lost their significance in multiple models.

Conclusion: Some main problem areas were identified in our research, for example, participants; 27% stated that they bought drugs without a prescription, nearly half of them stated that they did not read the package insert, and most of them did not find the package inserts understandable. Trainings on rational drug use and polypharmacy can be organized for the elderly, and social awareness can be raised with posters/brochures. It would be beneficial to increase communication between the Family Health Center and individuals, to refresh information about rational drug use at regular intervals, and to provide adequate information about the treatments given. For this purpose, family physicians should be motivated to teach and disseminate rational drug use.

Keywords: Polypharmacy, health education, health services.

S-22 - BİLDİRİ ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ

Manisa'da Seçilmiş Kentsel ve Yarı Kentsel Bölgelerde 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde COVID-19, İnfluenza, Pnömokok ve Tetanoz Aşı Durumlarının, Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Vildan Küçüksümbül[1], Sabriye Atalay[2], Övgü Kılıç[2], Merve Taşan[2], Onur Bilgin Çolak[2], Ömer Faruk Duydu[2], Sevgül Yavuz[2], Anıl Efe Cesur[2], Tuğba Usta[2], Pınar Erbay Dündar[3]*

1-Araş.Gör.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

2-İnt.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

3-Prof.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

vildanbastas@hotmail.com

Giriş ve Amaç Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte immun sistem değişiklikleri hastalıklara yakalanma ihtimali arttırmakta ve iyileşme sürecini uzatmaktadır. Bu araştırmanın amacı Manisa'da seçilen ASM bölgelerinde 65 yaş üstü bireylerin pnömokok, influenza, covid-19 ve tetanoz aşılama durumları ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evreni Manisa ili kentsel bölge olan Şehzadeler 12 No'lu ASM ve yarı kentsel Şehzadeler 4 No'lu ASM bölgelerinde ikamet eden 65 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Örnek büyüklüğü Epi-Info Statcalc Programı yardımıyla %50 beklenen yaygınlık, %95 güven sınırında, %5 sapma ile 323 kişi olarak hesaplanmıştır. Veriler 66 soruluk anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın katılım oranı %81,9'dir. Araştırmamızın bağımlı değişkenleri 65 yaş ve üstü bireylerde influenza, pnömokok, tetanoz ve Covid-19 aşılama durumudur. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi davranışları, sağlık hizmet kullanımı ve kronik hastalık durumu, aşı bilgisi ve aşılanma durumu ve günlük yaşam aktiviteleridir. İstatistiksel analizler SPSS 23.0 (Statistical Program for Social Sciences) programı kullanılarak, tanımlayıcı isatistikler Ki-Kare ve çok değişkenli analizde lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm istatistik analizlerde Tip 1 hata $P<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 71,4±5,5'dir ve %57,5'sini kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %63,6'sı alt sosyal sınıfta %19,6'sı eğitimsiz, %55,7'si ilkokul ve ortaokul mezunu, %67,9'u evli, %93,9'unun sosyal güvencesi vardır. Katılımcıların %82'si ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalığa sahiptir ve bunların %24,3'ünün 3 ve üzeri hastalığı vardır. Yaşlıların %75,5'i KATZ (Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği)'a göre tam bağımsızdır. Araştırmada yaşlılarda grip, pnömokok, covid, tetanoz aşılarını yaptırma oranları sırasıyla %47,7; %12,5; %93,6; %41,9 olarak bulunmuştur. Çok değişkenli analizlerde; mevsimsel grip aşısını yaptırmama açısından; geliri giderden az olanlar, eşit ve fazla olanlara göre 2,8 kat (1,0-7,2); grip aşısından haberdar olmayanlar, olanlara göre 2,7 kat (1,1-6,7); grip hastalığını ciddi bulmayanlar, orta ve çok ciddi bulanlara göre 6,8 kat (2,9-15,2) daha riskli olduğu bulunmuştur. Pnömokok aşısı yaptırmama açısından; eğitim durumu okur yazar olmayanlar ve ilkokul/ortaokul mezunları, lise ve üstü olanlara göre 6,4 kat (2,2-18,3); pnömokok aşısını az /orta düzeyde yararlı görenler, çok yararlı görenlere göre 3,1 kat (1,3-6,6) riskli bulunmuştur. Covid aşısı yaptırmama açısından aile tipi geniş olanlar, çekirdek aile olanlara göre 3,6 kat (1,1-10,9); aile hekimini tanımayanlar, tanıyanlara göre 3,9 kat (1,1-13,9); Covid'i ciddi bir hastalık olarak görmeyenler orta/çok düzeyde ciddi görenlere göre 5,1 kat (1,2-20,7); covid aşısını az yararlı bulanlar, orta/çok düzeyde yararlı bulanlara göre 5,8 kat (1,8-18,6) riskli bulunmuştur. Tetanoz aşısı yaptırmama açısından kadınlar erkeklere göre 1,8 kat (1,0-3,2); sigara kullanmayanlar kullananlara göre 2,8 kat (1,4-5,8); tetanozu ciddi bir hastalık olarak görmeyenler, orta/çok ciddi bulanlara göre 3,2 kat (1,1-9,0) daha riskli bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada yaşlılarda grip, pnömokok, covid, tetanoz aşılarını yaptırma oranları sırasıyla %47,7; %12,5; %93,6; %41,9 olarak bulunmuştur. En sık yapılan aşı beklendiği üzere covid aşısıyken en az yaptırılan aşı pnömokok aşısı olmuştur. Yaşlıların hastalık konusunda ciddiyet algısı ve aşılar konusunda bilgi düzeyi araştırmada sorgulanan aşıları yaptırma açısından önemli bulunmuştur. Birinci basamakta yaşlıların risk grubu olarak belirlenip izlemlerinin yapılmasının aşı oranlarını da arttırmada etkili olacağı düşünülmektir. Sağlık Bakanlığı'nın yaşlılarda aşı programı kapsamında sadece grip aşısı değil pnömoni ve tetanoz aşılarını da içerecek şekilde aşı programının genişletilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, aşı, influenza, pnömokok, tetanoz

Evaluation of COVID-19, Influenza, Pneumococal and Tetanus Vaccination Status, Knowledge, Attitudes and Behaviors of Individuals Aged 65 and Older in Selected Urban and Semi-Urban Areas in Manisa

Introduction and Aim: The proportion of the elderly population is steadily increasing globally and in our country. Aging brings changes in the immune system, increasing the likelihood of disease and prolonging recovery. This study aims to determine the vaccination statuses and related factors for pneumococcal, influenza, COVID-19, and tetanus vaccines among individuals over 65 in selected Family Health Center (FHC) regions in Manisa.

Material and Methods: The population of this cross-sectional study consists of individuals over 65 years old residing in the urban area of Şehzadeler 12th FHC and the semi-urban area of Şehzadeler 4th FHC in Manisa province. The sample size was calculated to be 323 people using the Epi-Info Statcalc Program with an expected prevalence of 50%, a 95% confidence interval, and a 5% margin of error. Data were collected through face-to-face interviews using a 66-question survey form. The participation rate in the study was 81.9%. The dependent variables of our study are the influenza, pneumococcal, tetanus, and COVID-19 vaccination statuses of individuals aged 65 and over. The independent variables include sociodemographic characteristics, lifestyle behaviors, health service utilization, chronic disease status, vaccine knowledge and vaccination status, and daily living activities. Statistical analyses were performed using the SPSS 23.0 (Statistical Program for Social Sciences) software, with descriptive statistics evaluated by Chi-Square tests and multivariate analyses by logistic regression analysis. In all statistical analyses, a Type 1 error of $P<0.05$ was considered significant.

Results: The average age of the research group is 71.4±5.5 and 57.5% are women. 63.6% of the participants are in the lower social class, 19.6% are uneducated, 55.7% are primary and secondary school graduates, 67.9% are married, and 93.9% have social security. 82% of the participants have chronic diseases that require medication use, and 24.3% of them have 3 or more diseases. 75.5% of the elderly are fully

independent according to KATZ (Index of Indepedence in Activities of Daily Living). In the study, the vaccination rates among the elderly for flu, pneumococcal, COVID-19, and tetanus were found to be 47.7%, 12.5%, 93.6% and 41.9%, respectively. In multivariate analyses regarding not getting the seasonal flu vaccine, it was found that those whose income is less than their expenses are 2.8(1.0-7.2) times more at risk compared to those whose income is equal to or greater than their expenses; those who are not aware of the flu vaccine are 2.7(1.1-6.7) times more at risk compared to those who are aware; and those who do not consider the flu a serious illness are 6.8(2.9-15.2) times more at risk compared to those who consider it moderately or very serious. Regarding not getting the pneumococcal vaccine, it was found that those who are illiterate and primary/middle school graduates are 6.4(2.2-18.3) times more at risk compared to those with high school or higher education; and those who perceive the pneumococcal vaccine as slightly/moderately beneficial are 3.1(1.3-6.6) times more at risk compared to those who perceive it as highly beneficial. Regarding not getting the COVID-19 vaccine, it was found that those from extended families are 3.6(1.1-10.9) times more at risk compared to those from nuclear families; those who do not know their family doctor are 3.9(1.1-13.9) times more at risk compared to those who know their family doctor; those who do not consider COVID-19 a serious disease are 5.1(1.2-20.7) times more at risk compared to those who consider it moderately/very serious; and those who perceive the COVID-19 vaccine as slightly beneficial are 5.8(1.8-18.6) times more at risk compared to those who perceive it as moderately/very beneficial. Regarding not getting the tetanus vaccine, it was found that women are 1.8(1.0-3.2) times more at risk compared to men; non-smokers are 2.8(1.4-5.8) times more at risk compared to smokers; and those who do not consider tetanus a serious disease are 3.2(1.1-9.0) times more at risk compared to those who consider it moderately/very serious.

Conclusion: In the study, the vaccination rates among the elderly for flu, pneumococcal, COVID-19, and tetanus were found to be 47.7%, 12.5%, 93.6%, and 41.9%, respectively. As expected, the most frequently administered vaccine was the COVID-19 vaccine, while the least administered was the pneumococcal vaccine. The elderly's perception of the seriousness of diseases and their level of knowledge about vaccines were found to be important factors in getting the vaccines examined in the

study. It is thought that identifying the elderly as a risk group in primary care and monitoring them could be effective in increasing vaccination rates. It is recommended that the Ministry of Health expand the vaccination program for the elderly to include not only the flu vaccine but also pneumococcal and tetanus vaccines.

Keywords: Elderly, vaccine, influenza, pneumococcal, tetanus

S-23 - BİLDİRİ İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

Manisa İlinde Yaşlılarda Tekrarlayan Düşmeler ve İlişkili Risk Faktörlerinin Sağkalıma Etkisi

Sevil Babuş[1], Ferda Uçkun Ceylan[1], Tolga Ovayurt[1], Ayşenur Tuncal[1], Yeter Baydur[1], Hakan Baydur[2]

1-Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

2-MCBÜ, Sağlık Bilimleri Fakültesi

sevilyurtcu@gmail.com

Giriş ve Amaç: Bu çalışma Manisa ilinde 2017-2023 yılları arasında düşme tanısı ile hastaneye başvuranlar 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarda tekrarlayan düşmelerin sıklığını ve eşlik eden faktörlerin sağkalım üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma retrospektif kayıt taraması biçiminde yürütülmüştür. Araştırmanın çalışma grubu Manisa ilinde ikinci basamak sağlık kuruluşlarına 01.01.2017 ve 31.12.2023 tarihleri arasında ICD-10 kodlarına göre düşme tanısı ile başvuran 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Araştırma verisi Manisa İl Sağlık Müdürlüğü bilgi işlem veri tabanı üzerindeki kayıtlardan elde edilmiştir. Manisa İli'nde kamuya bağlı ikinci basamak sağlık kuruluşlarına belirtilen tarihler arasında düşme tanısı ile başvuranların yaş, cinsiyet, tekrarlayan düşme başvuruları, eşlik eden hastalık bilgileri ve vefat durumları veri tabanına aktarılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni belirtilen tarihler arasında sağ kalma durumudur. Bağımsız değişkenler ise tekrarlayan düşme varlığı, yaş, cinsiyet ve eşlik eden hastalıklardır. Bir yıl içerisinde en az iki kez düşme tanısı alan kişiler tekrarlayan düşme olarak kayıt edilmiştir. Tekrarlayan düşme olgularında; ilk düşme tanısından sonraki ilk 72 saat içerisinde alınan mükerrer düşme tanısı (acil, poliklinik, konsültasyon farkını elemek amacıyla) dışlanma kriteri olarak alınmıştır. Düşme tanısı alan kişilerin sağkalım durumları sağlık veri tabanı üzerinden teyit edilmiştir. Hastaların hastane başvurularında aldıkları tanıları ICD-10 tanı kodlarına göre 11 kategori altında (enfeksiyon, kanser, hematolojik hastalıklar, endokrinolojik hastalıklar, nörolojik-psikiyatrik hastalıklar, duyu sistemi hastalıkları, kardiyovasküler-solunum sistemi hastalıkları, gastroenterolojik hastalıklar, dermatolojik hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları, genitoüriner

sistem hastalıkları) sınıflandırılmıştır. Araştırma verisinin aktarılmasında ve işlenmesinde Microsoft Excel programı, veri analizinde Stata 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Analizde tanımlayıcı bulgular için sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. İstatistiksel analizde tek değişkenli Mantel Cox analizi, Kaplan-Meier sağkalım çözümlemesi ve grafiği, çok değişkenli analizde Cox Regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanıcak tip 1 hata düzeyi $\alpha<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 65 yaş üstü 33.700 kişi katılmıştır. Katılımcıların %38,6 sı erkek, %61,4'ü kadındır. Yaş ortalaması 79,2±8,0'dir. En fazla hastane başvurusu yaşlı nüfusun en yoğun olduğu Akhisar (%17,6), Salihli (%14,7) ve Turgutlu (%13,5) Devlet Hastanelerinde gerçekleşmiştir. Düşme tanısı alma yaşı ortalaması 75,8±7,6'dir. Yedi yıllık izlem süresi içerisinde düşme tanısı ile başvuran yaşlıların tekrarlayan düşme yaşama sıklığı %6,4'dür. İncelenen tarih aralığında düşme tanısı ile başvuran yaşlıların %25,0'i izlem süresi içerisinde vefat etmiştir. Düşme nedeniyle başvuran yaşlıların ortanca sağkalım süresi 847 gündür. Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre tekrarlayan düşme yaşayanların yaşamayanlara göre ölme olasılığı RR=1,38 (%95 Güven Aralığı 1,28-1,49) kat daha fazladır. Ayrıca yaşın her bir yıllık artışında RR=1,06 (%95 GA:1,05-1,06) kat ve erkek olmak artışında RR=1,40 (%95 GA:1,34-1,46) kat ölme olasılığını arttırmaktadır. İzlem süresi içerisinde ICD 10 tanı kodlarına göre hastalık tanısı alan yaşlıların hastalıkları 11 başlık altında sınıflandırılmış ve tüm tanıların ölüm olasılığı ile anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Bunlardan enfeksiyonlar, kanserler, hematolojik hastalıklar, nörolojik veya psikiyatrik hastalıklar, kardiyovasküler-solunum sistemi hastalıkları ve genitoüriner sistem hastalıkları tanısı alanların ölme olasılığı daha yüksek bulunurken, endokrinolojik hastalıklar, duyu sistemi hastalıkları, gastroenterolojik hastalıklar, dermatolojik hastalıklar ve kas-iskelet sistemi hastalıkları tanısı alanların ölme olasılığı daha düşüktür. Çok değişkenli Cox-Regresyon analizinde tekrarlayan düşmenin yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş ölme olasılığına etkisi HR=1,36 (%95 GA: 1,26-1,47) kat daha yüksektir. İzlem süresi içerisinde ICD-10 tanı kodlarına göre başvurusu yapılan ve tanı alan hastalıklar da analize eklendiğinde tekrarlayan düşmelerin ölme olasılığına etkisi HR=1,33 (%95 GA: 1,23-1,43) kat daha fazladır. Tersinden bir bakış ile yaşlılarda tekrarlayan düşme yaşamayanların yaşayanlara göre sağkalım olasılığı %25 daha yüksektir [HR=0,75(0,70-0,81)].

Sonuç: Düşme tanısı ile başvuran 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarda tekrarlayan düşme yaşayanların ölüm riski daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca ilerleyen yaş ve erkek cinsiyetinde olması ölme olasılığını arttırmaktadır. Yaşa, cinsiyete ve eşlik eden hastalık tanılarına göre düzeltildiğinde de tekrarlayan düşmelerin ölme olasılığı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan düşmeler, yaşlı sağlığı, sağkalım, ICD10

The Impact of Recurrent Falls and Related Risk Factors on Survival among the Elderly in Manisa Province

Introduction and Aim: This study aims to determine the frequency of recurrent falls and the impact of associated factors on survival among elderly adults aged 65 and over who were admitted to the hospital with a diagnosis of falling in the province of Manisa between 2017 and 2023.

Material and Methods: The research was conducted in the form of a retrospective record review. The study group consisted of adults aged 65 and over who were diagnosed with falls according to ICD-10 codes and admitted to secondary healthcare institutions in Manisa between 01.01.2017 and 31.12.2023. The data for the study was obtained from the records in the Manisa Provincial Health Directorate's information processing database. Data including age, gender, recurrent fall admissions, accompanying disease information, and mortality status of those who were diagnosed with falls and admitted to public secondary healthcare institutions in Manisa within the specified dates were recorded in the database. The dependent variable of the study is survival status during the specified period. The independent variables are the presence of recurrent falls, age, gender, and accompanying diseases. Adults who were diagnosed with falls at least twice within one year were recorded as having recurrent falls. For recurrent fall cases, diagnoses of falls within the first 72 hours following the initial fall diagnosis were excluded to eliminate differences between emergency, outpatient, and consultation records. The survival statuses of adults diagnosed with falls were confirmed through the health database. The diagnoses obtained during hospital admissions were classified under 11 categories according to ICD-10 diagnosis codes (infections, cancer, hematological diseases, endocrinological diseases,

neurological-psychiatric diseases, sensory system diseases, cardiovascular-respiratory system diseases, gastroenterological diseases, dermatological diseases, musculoskeletal diseases, genitourinary system diseases). Microsoft Excel was used for data transfer and processing, and Stata 15.0 statistical software was used for data analysis. Descriptive findings were presented with number and percentage distributions. For statistical analysis, univariate Mantel-Cox analysis, Kaplan-Meier survival analysis and graphing, and multivariate Cox Regression analysis were performed. The type 1 error level to be used in the study was accepted as $\alpha<0.05$.

Results: The study included 33,700 adults over the age of 65. Of the participants, 38.6% were male and 61.4% were female. The average age was 79.2±8.0 years. The majority of hospital admissions occurred at the Akhisar (17.6%), Salihli (14.7%), and Turgutlu (13.5%) State Hospitals, where the elderly population is densest. The average age at diagnosis of falling was 75.8±7.6 years. Within the seven-year follow-up period, the frequency of recurrent falls among the elderly diagnosed with a fall was 6.4%. During the study period, 25.0% of the elderly who were diagnosed with a fall passed away. The median survival time for elderly adults who were admitted due to a fall was 847 days. According to univariate analysis, those who experienced recurrent falls had a 1.38 times higher risk of mortality compared to those who did not (RR=1.38, 95% Confidence Interval 1.28-1.49). Additionally, with each additional year of age, the risk of mortality increased by 1.06 times (RR=1.06, 95% CI: 1.05-1.06), and being male increased the risk by 1.40 times (RR=1.40, 95% CI: 1.34-1.46). During the follow-up period, the diseases diagnosed according to ICD-10 codes were classified into 11 categories, and all diagnoses showed a significant relationship with the probability of mortality. Among these, infections, cancers, hematological diseases, neurological or psychiatric diseases, cardiovascular-respiratory system diseases, and genitourinary system diseases were associated with a higher likelihood of mortality. In contrast, endocrinological diseases, sensory system diseases, gastroenterological diseases, dermatological diseases, and musculoskeletal diseases were associated with a lower likelihood of mortality. In the multivariate Cox Regression analysis, the impact of recurrent falls on the risk of mortality, adjusted for age and gender, was 1.36 times higher (HR=1.36, 95% CI: 1.26-1.47). When diseases diagnosed during the follow-up

period according to ICD-10 codes were included in the analysis, the impact of recurrent falls on the risk of mortality was 1.33 times higher (HR=1.33, 95% CI: 1.23-1.43). Conversely, elderly adults who did not experience recurrent falls had a 25% higher probability of survival compared to those who did (HR=0.75, 95% CI: 0.70-0.81).

Conclusion: Among elderly adults aged 65 and over who were admitted with a diagnosis of falling, those who experienced recurrent falls were found to have a higher risk of mortality. Additionally, advancing age and being male increased the likelihood of mortality. Even when adjusted for age, gender, and accompanying disease diagnoses, recurrent falls were still associated with an increased risk of mortality.

Keywords: Recurrent falls, elderly health, survival, ICD10

ÇALIŞTAY RAPORLARI

Salon-1

Aile Sağlığı Merkezlerinde Kronik Hastalık ve Yaşlı Sağlığı Yönetimi ve Uygulamaları (HYP) ve Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.

Kolaylaştırıcılar: Dr.Öğr.Üyesi Berna Bilgin Şahin, Uzm.Dr.Abidin Demirbağ

Anahtar Sunum: Uzm.Dr. Sevil Babuş, Uzm.Dr. Yunus Özkaya

Raportör: Uzm.Dr. Yunus Özkaya

KATILIMCILAR

AD-SOYAD	KURUM-MESLEK
Prof.Dr.Beyhan CENGİZ ÖZYURT	MCBÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.- Dr.Öğr.Üyesi
Doç.Dr.Özgür ÖNAL	SDÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.- Öğr.Üyesi Dr.
Doç.Dr.Fatih ÖZCAN	MCBÜ Tıp Fak. Aile Hekimliği AD.- Dr.Öğr.Üyesi
Dr.Öğr.Üyesi Berna BİLGİN ŞAHİN	MCBÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.- Dr.Öğr.Üyesi
Uzm.Dr.Didem Aytimur	Ege Üni Tıp Fak.Halk Sağlığı AD-Öğr.Gör.Dr.
Uzm.Dr.Abidin DEMİRBAĞ	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü – Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Sevil BABUŞ	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü - Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Yunus ÖZKAYA	MCBÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.- Halk Sağlığı Uzmanı, Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü
Uzm.Dr.Fatma Merve ERDEM	Hatay Dörtyol İSM- Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Kübra Çiçek	Hatay Dörtyol İSM- Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Ferda UÇKUN CEYHAN	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü – Aile Hekimi Uzmanı
Uzm.Dr.Serap ÖZER	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü - Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Nazlı EROĞLU	Yalova Altınova Devlet Hastanesi-Aile Hekimi Uzmanı
Uzm.Dr.Şems Azra KAYA GÖKTAŞ	Yalova Altınova İSM- Aile Hekimi Uzmanı
Uzm.Dr.Metin GÜMÜŞ	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü-Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Mithat TEMİZER	Gaziantep Halk Sağlığı Lab.- Epidemiyolog (Halk Sağlığı Uzm.
Uzm.Dr.Gökben YASLI	İzmir İL Sağlık Müdürlüğü- Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Atalay AKTUNA	Van Muradiye İSM-Halk Sağlığı Uzmanı
Uzm.Dr.Önder ÖLMEZ	Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü-

AD-SOYAD	KURUM-MESLEK
Dr.Zeynep ZORALAN	Ege Üni Tıp Fak.Halk Sağlığı AD.-Araş. Gör.
Dr.Merve YILDIZ	Ege Üni Tıp Fak.Halk Sağlığı AD.- Araş. Gör.
Dr.Işıl ÖNEY	Ege Üni Tıp Fak.Halk Sağlığı AD.- Araş. Gör.
Dr.Fulya KURNAZ	Eskişehir İl Sağlık Müdürülüğü- Hekim
Dr.Buket CAMUZ DEMİR	Manisa Yunusemre İSM- Hekim
Dr.Hazal ÇEVİK TABAN	Manisa Soma 6 No'lu Şevket Uyar ASM-Hekim
Dr.Ahmet Lemi GÖNÜL	Manisa Akhisar 8 No'lu ASM- Hekim
Dr.Ümmühan KAHYAOĞLU	Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü- Hekim
Dr.Murad BABAKISHIZADA	Necmettin Erbakan Üniv. Halk Sağlığı AD.-Hekim
Uzm.Ebe Ayşe Nur TUNCAL	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü – Ebe
Ayşegül Bozkurt	Eskişehir İl Sağlık Müdürülüğü- Ebe

Aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalık ve yaşlı sağlığı yönetimi (HYP) uygulamaları ve yaşlı sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi başlıklı çalıştay 1 Haziran Cumartesi günü aile hekimi, halk sağlığı uzmanı, ebe ve hemşire gibi farklı branşlardan 30 sağlık personelinin katılımı ile gerçekleşmiştir. Konu dört başlık altında değerlendirilmiştir.

Birinci Basamakta Nasıl Bir Yaşlı Sağlığı Hizmeti Olmalıdır? Bizdeki Durum Nedir? Birinci Basamakta Nitelikli Bir Yaşlı Sağlığı Hizmeti İçin Neler Yapılabilir?

Her yaşlı birey, nüfusuna kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından yılda en az iki kez genel sağlık durumuna göre ya aile sağlığı merkezine davet edilerek ya da ev ziyaretleri planlanarak izlenmelidir. Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasındadır. Bu kişiler izlemlerde önceliklendirilmeli ve ziyaretlerin gerçekleştirildiğine yönelik hekimlerin geri bildirim vermesi sağlanmalıdır. Ancak yapılması gereken ev ziyaretleri ile ilgili bir denetim ve raporlama mekanizması bulunmamaktadır. Bu da sadece aile sağlığı merkezine ulaşabilen kişilerin hizmet almasına neden olmaktadır. Ev ziyaretlerinin yapılamamasının nedenleri arasında hekime kayıtlı nüfusun ve buna bağlı iş yükünün fazla olması yer almaktadır. Ayrıca

personel yetersizliğinden dolayı hekimin ziyareti tek başına yapması güvenlik sorununu da beraberinde getirmektedir.

Mevzuatta Aile sağlığı merkezinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebileceği yer almaktadır ancak bu uygulanamamaktadır. Birinci basamakta personel istihdamının sağlanması faydalı olabilir.

Bölge tabanlı hizmetin verilmemesi ev ziyaretlerinin önündeki engellerden biridir. 65 yaş ve üzeri nüfus için ayrı bir düzenleme yapılabilir. Her kişinin kendisine en yakın olan aile hekimine kayıtlı olması şartı getirilebilir ve yaşlı nüfusu belli bir oranın üzerine çıkan bölgelerde (bu oran nüfusun yapısı ve iş gücüne göre belirlenebilir) bu hizmetler önceliklendirilerek belirli kriterler kapsamında pozitif performansta katsayı verilerek aile hekimi motive edilebilir. Yaşlı nüfusu yüksek bölgelerde yaşlı bireyler için risk skoru belirlenerek risk durumuna göre izlemler ve ev ziyaretlerinin sıklığı planlanabilir. Kırsal bölgelere ulaşımda sektörler arası işbirliğinden yararlanarak belediyelerden araç sağlama konusunda destek alınabilir. Aile hekimi başına düşen toplam nüfusun azaltılması kısa vadede yapılması güç bir durum olduğu için bu hizmetin sağlanması için İSM, TSM, yerel yönetimlerle iş birliği yapılarak bir çözüm bulunabilir.

Sağlık Bakanlığı, kronik hastalıkların tarama ve izlemlerinin, kanıta dayalı rehberler doğrultusunda aile hekimliği birimleri tarafından yapılması ve yönetilmesi için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulamasını geliştirmiş ve Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde yaptığı pozitif performans düzenlemesiyle uygulamayı teşvik etmiştir. Yaşlı sağlığı izlemi de bu platformda yer almaktadır. Her yaşlı birey, nüfusuna kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından yılda en az iki kez genel sağlık durumuna göre ya aile sağlığı merkezine davet edilerek ya da ev ziyaretleri planlanarak izlenmelidir. Yılda en az bir defa yaşlıların birincil geriatrik değerlendirme kapsamında kırılganlık ölçeği ile önceliklendirilerek izlem sıklıkları belirlenebilir.

Birinci basamakta uygulanan Hastalık Yönetim Platformunun güçlü yönleri nelerdir?

Aile hekimleri, HYP ile kendilerine kayıtlı kişileri kronik hastalık risk faktörleri ve belirlenen hastalıkların (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler risk değerlendirme, obezite, çok yönlü yaşlı değerlendirmesi) varlığı bakımından tarayabilmekte ve izleyebilmekte; kronik hastalık taraması/izlemi ve yaşlı izlemi yapması gereken hedef nüfusu toplu olarak görüntülenebilmektedir. Kaydedilen tarama/ izlem bilgilerine göre süreci klinik kılavuz önerileri doğrultusunda hekimin yönetmesine imkan sağlamakta ve hekimi yönlendirmektedir.

HYP'de hastanın taraması veya izlemi başlatılacağında veya var olan tarama/izlem işlemine devam edileceği zaman öncelikle hastayla ilgili genel bilgileri görüntülenebilmekte olup bu bölümde; hastanın demografik bilgileri ve hastalık programlarındaki durumları, hastanın tarama ve izlem geçmişi ile sağlık kurumu ziyaretlerinin kronolojik gösterimi, hastanın tedavisi ile ilgili son takipte verilen öneriler, hasta için girilmiş tedavi planı notları, hastanın varsa kan basıncı değerleri/hedefleri, lipit, kardiyovasküler risk, kan şekeri, yaşam tarzı değerleri/hedefleri vb. ile hastanın e-Nabız'a girdiği ölçümleri (kilo, tansiyon vb.) de görüntülenebilmektedir. Hekimin bir ekranda kaydettiği bilgiler diğer ilgili ekranlara otomatik olarak aktarılmakta ve aynı bilgiler tekrar sorulmamaktadır. Bu durum hastadan anamnez alınmasını ve hastanın değerlendirilmesini kolaylaştırmakta hastalıkların erken tanı ve tedavisi için fırsat oluşturmaktadır.

Birinci basamakta uygulanan Hastalık Yönetim Platformunun zayıf yönleri nelerdir?

Geçmiş sağlık verilerinin herhangi bir kimse tarafından erişilmesini istemeyen kişilere ilgili gizlilik tercihi e-Nabız üzerinden sunulmakta ve bu gizlilik tercihini kullanan kişilerin geçmiş sağlık verilerine ancak kişinin kendisi tarafından beyan edilen telefon numarasına gönderilecek olan kodun hekim ile paylaşılması ve hekim tarafından sisteme girilmesi halinde erişilebilir olması bazı hastalar açısından zorluk yaratmaktadır. Birinci ve ikinci/üçüncü basamak arasında sistem entegrasyonunun olmaması sevk edilen hastalar ile ilgili geri bildirim alınmasını engellemektedir. Ayrıca zorunlu bir sevk sisteminin bulunmaması bu durumun hastaya bir sorumluluk

yüklememesi izlemlerin sistem üzerinden tamamlansa da hastanın bütüncül değerlendirilmesi açısından sonuçlanmamasına neden olmaktadır.

HYP'de izlem ve tarama katsayılarının farklı olması ve yaşlı izlemlerinin katsayısının '1' olması sistemin diğer bir zayıf yönüdür. Katsayısı nedeniyle Yaşlı izlemlerinin yapılmamasına neden olmaktadır. Tarama pozitif performansı için hedef nüfusun %40'ına daha uzun süren ve daha çok tetkik yaptırmayı gerektiren izlemler için ise %50'sine ulaşmanın gerekli olması sistemin diğer bir zayıf yönüdür.

Yapılan izlem ve taramalar ile ilgili bazı verilerin sadece yöneticiler tarafından görülmesi ve pozitif performansın sisteme yansımasında gecikmeler olması, yazılım desteğe yapılan başvurulardan geç geri dönüşler alınması aksaklıklara sebep olmakta ve motivasyonu düşürmektedir.

SİNA ya yansıyan verilerin sadece sayı bazında değerlendirilmesi, hasta merkezli olmaması aile hekimlerinin yaptıkları izlem ve taramaları takip etmesinde güçlüklere neden olmaktadır. Taramayı kendisi tarafından mı yoksa ikinci veya üçüncü basamak tarafından mı yapıldığını bilmediği için kat sayıya yansıyan verileri takip edememektedir.

Hedef nüfusların her ay değişmesi ve bu değişimin neye bağlı olduğunun net olmaması kafa karışıklığına sebep olmaktadır. Sisteme ilk geçişte sağlık personeline yönelik kronik hastalık izlem eğitimleri tamamlansa da HYP sistemine yönelik bir eğitimin yapılmamış olması ve başlangıçta negatif performansın olması sağlık personeli açısından olumsuz bakış açısına sebep olmuş, ilerleyen dönemde de hekimlerin ön yargılı davranmasına yol açmıştır.

Hastalık Yönetim Platformu İle İlgili Öneriler Nelerdir?

-HYP için randevu sistemi uygulanabilir. Birinci basamakta acil durumlar haricinde belirli günlerde veya belli saatlerde yalnızca HYP uygulaması yapılabilir.

-Tarama ve izlemler konusunda hastaya da sorumluluklar yüklenebilir. Kişinin izlem ya da taramaya gelmemesi durumunda ikinci basamaktan randevu alamaması ya da daha fazla katkı payı ödemesi bu yaptırımlar arasında olabilir.

- HYP nedeniyle ikinci basamağa sevk edilen hastalar için randevu konusunda önceliklendirme yapılması ve birinci basamaktan sevkli geldiklerini bildiren bir sistemin olması fayda sağlayabilir.

-Aile hekimliği başına düşen nüfus azaltılabilir. Aile hekimliği ödeme sözleşme yönetmeliğine göre aile hekimine ödeme yapılan nüfus 4000 kişiden daha az bir nüfusa düşürülebilir ve böylece hekim başına düşen nüfus dengelenebilir.

-Sağlık bilgi sistemleri, yazılımlar ve kurumlar arası entegrasyon sağlanmalıdır.

-Aile hekimlerinin HYP yi performans kaygısı ile değil, hizmet içi eğitim motivasyonu ile gerçekleştirmesi hizmetin kalitesini arttıracaktır.

Salon-2

Yaşlı Sağlığı Alanında Sürdürülen Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Yaşlılarda Dezavantajlı Gruplara Yaklaşım – Çok Sektörlü Yaklaşım

Kolaylaştırıcılar: Prof.Dr. Hakan Baydur

Anahtar sunum: Nadir Maşalacı, SHU, Msc.

Raportör: Araş.Gör.Dr. Sedat Yiğit

Çalıştay katılımcıları:

AD-SOYAD	KURUM-MESLEK
Prof. Dr. Hakan Baydur	Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sos.Hiz. Uzm.Nadir Maşalacı	İzmir Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü
Araş.Gör.Dr.Kıymet Batmaz	Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ersin Uskun	Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı AD.
Doc.Dr.Tufan Nayır	Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi
Araş.Gör.Dr.Betül Çoban	Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı A.D
Pelin Özkan	Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı A.D
Gizem Başer	Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı A.D
M.Hayrunnisa Akyol	Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı A.D
Araş.Gör.Dr.Çağdaş Berke İrişti	Ege Üniversitesi, Halk Sağlığı AD.
Araş.Gör.Dr.Burak Kahraman	Ege Üniversitesi, Halk Sağlığı AD.
Osman Alaşık	Denizli Çivril İlçe Sağlık Müdürlüğü
Onur Orhan	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Araş.Gör.Dr.Eyüp Kaçmaz	Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı A.D
Sos.Hiz. Uzm.Melek Serdaroğlu Arslan	Manisa Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü
Kübra Uyanıker	Eskişehir Şehir Hastanesi
Fatmanur Sazak	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Ayşe Nisa Avcı	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Araş.Gör.Dr.Sedat Yiğit	Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Halk Sağlığı AD.

Yaşlanma, kronolojik yaşın ilerlemesi, çeşitli hastalık durumları ve bireyin yaşam tarzı gibi genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır (WHO-2015) Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve üzeri yaştaki nüfus, Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olmuş, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir. Ortalama yaşam süresinin ve toplam nüfus içindeki yaşlı oranının artması, yaşlı nüfusun sağlık bakım gereksinimlerinin ve sorunlarının saptanarak, buna yönelik çözümlerin üretilmesini gerektirmektedir. Günümüzde yaşlılık "bireysel" bir sorun olmanın ötesinde "toplumun" sorunu olarak gelişmiş ülkeler tarafından algılanmaktadır. Günümüzde oluşturulan yaşlı sosyal politikalarla birlikte yaşlıların aile içerisinde bakılmasını ön plana çıkarmaktadır.

MEVCUT DURUM

1.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLI SOSYAL HİZMET MEVZUATI

1.1.Dünya'da yaşlı sosyal hizmet mevzuatı: Uluslararası alanda 1994 yılında düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda dünyanın yaşlanma eğiliminin ilk defa ortaya koyulmasının ardından 1982 yılında gerçekleştirilen ilk Dünya Asamblesi'nde Viyana Planı kabul edilmiş ve bu Plan'da yaşlanma konusunda refah eğilimli politikalara odaklanılmıştır. Bu kapsamda temel sorun alanları; istihdam ve gelir güvenliği, sağlık, barınma, eğitim ve sosyal refah olarak belirlenmiştir. Sağlığın geliştirilmesi için 2015 Eylül ayı içerisinde gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 70. Oturumunda bir araya gelen temsilciler ve sivil toplum temsilcileri Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri başlığı altında 17 küresel hedef belirlemiştir.

1.1.1. Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri:

✓ **Yoksulluğa son başlığı altında;** ''2030'a kadar, ulusal tanımlamalara göre, yoksulluğu her yönüyle yaşayan her yaştaki erkek, kadın ve çocuk sayısının en az yarıya indirilmesi

✓ **Açlığa son başlığında;** 2030'a kadar açlığın bitirilmesi ve bebekler de dâhil olmak üzere zarar görmesi muhtemel kişiler ve yoksulları da kapsayacak şekilde tüm insanların yıl boyunca güvenli, besleyici ve yeterli gıdaya erişiminin sağlanması''

✓ **Sağlıklı bireyler başlığıyla;** ''İnsanların sağlıklı yaşamalarını ve herkesin her yaşta refahını sağlamak''

✓ **Nitelikli eğitim başlığında;** ''Herkes için kapsayıcı ve hakkaniyetli eğitimi sağlamak ve herkese yaşam boyu eğitim imkânlarını teşvik etmek''

✓ **Toplumsal cinsiyet eşitliği kapsamında;** "Kamu hizmetlerinin, altyapının ve sosyal koruma politikalarının sağlanması ve ulusal şartlara uygunluk durumunda ev ve aile içerisinde sorumluklarının paylaşımının teşvik edilmesi yollarıyla ücretsiz bakım ve ev işlerinin tanınması ve değerinin bilinmesi"

✓ **Sürdürülebilir şehir ve yaşam başlığı altında;** "2030'a kadar zarar görebilirliği yüksek olanlar, kadınlar, çocuklar, engelli insanlar ve yaşlıların ihtiyaçları dikkate alınarak, başta toplu taşımanın genişletilmesiyle yol güvenliğinin artırılması olmak üzere herkes güvenli, satın alınabilir, erişilebilir ve sürdürülebilir ulaşım sistemlerinin sağlanması" şeklinde vurgu yapılmıştır.

1.2. Türkiye'de yaşlı sosyal hizmet mevzuatı

Ülkemizin yaşlılık alanındaki ulusal dayanağını ise Anayasa ve çeşitli kanunlarla öngörülen düzenlemeler oluşturmaktadır. Anayasa'nın herkesin kanun önünde eşit olduğunu belirleyen 10. maddesinde 2010 yılında yapılan değişiklikle yaşlı bireylere yönelik alınacak pozitif tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı sayılamayacağı hükme bağlanmıştır. Bunun yanı sıra; Anayasa'nın 'Sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gerekenler' başlıklı 61. maddesi ile yaşlıların devlet tarafından korunması düzenlenmiştir. Yaşlı bireylerin her türlü engel, ihmal ve dışlanmaya karşı toplumsal hayata ayrımcılığa uğramadan ve etkin biçimde katılmalarını sağlamak üzere; ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesini koordine etmek, yaşlı bireylere yönelik sosyal hizmet ve yardım faaliyetlerini yürütmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamakla görevli Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011 yılında kurulmuş ve 2021 yılında yapısı düzenlenmiştir. Bu kapsamda; ülkemizde yaşlılık alanındaki odak kurum olan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koordinasyonunda yaşlanmanın tüm politika ve programlarda gözetilmesini sağlamakla yükümlüdür. 2019 yılının "Yaşlılık Yılı" olarak ilan edilmesi nedeniyle 20-22 Şubat 2019 tarihlerinde Cumhurbaşkanlığı himayelerinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından I. Yaşlılık Şûrası

düzenlenmiştir. Raporda, nüfus ve yaşlanma politikaları, yaşlı hakları, yaşlı bakım hizmetleri, sağlık hizmetleri, geriatri hizmetleri, yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar ve geriatrik sendromların önlenmesi, yaşlılarda sağlık okuryazarlığı, yaşlıların sosyal ve kültürel hayata katılımı, yaşlıların hayat boyu öğrenme olanakları, yaşlılara yönelik manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri, topluma katılım ve aktif yaşlanma, yaşlılar için üretim ve yaşlı tüketiciler, kentleşme, erişilebilirlik, ulaşım ve çevre kalitesi, yaşlılık dönemi araştırma geliştirme faaliyetleri, kırsal alanda yaşayan yaşlıların ihtiyaçları, yaşlıların çalışma yaşamı ve istihdamı, afet ve acil durumlarda yaşlıların korunması gibi temel sorunlar tespit edilmiş ve buna istinaden sorumlu ve ilgili kurumlar ve kuruluşlar belirlenmiştir. Bu doğrultuda Yaşlanma Vizyon Belgesi açıklanmıştır.

1.2.1. Yaşlanma Vizyon Belgesi

Aktif ve sağlıklı yaşlanma perspektifi temelinde hazırlanan Yaşlanma Vizyon Belgesi ile ülkemizde yaşayan tüm yaşlı bireyleri ve onlara hizmet sunacak olan tüm ilgili kurum ve kuruluşları kapsıyor; sağlık, istihdam, sosyal hizmetler, adalet, eğitim ve sosyal güvenlik politika alanlarında düzenlemeler yapmayı öngörmektedir. Birleşmiş Milletler Aktif Yaşlanma Endeksinde belirtilen ve I. Yaşlılık Şurası kapsamında ülkemizce de benimsenen;

Aktif Yaşlanma İçin Kapasite ve Destekleyici Çevre,

- ✓ Bağımsız, Sağlıklı ve Güvenli Yaşam
- ✓ Topluma Katılım
- ✓ İstihdam

Ana başlıkları üzerine yaşlanma politikası kurgulanmaktadır.

2. Yaşlı Bireylere Yönelik Kurumsal Bakım Hizmetleri

2.1.Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

Kurum bakım hizmetleri

Huzurevleri

60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşudur. Sosyal inceleme raporu dayanak alınarak; kanunen bakmakla yükümlü

kimsesi olmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarından emekli, dul ve yetim aylığı almayan, yapılacak araştırmalar sonucunda adına kayıtlı menkul ve gayrimenkulü bulunmadığı ya da adına kayıtlı gayrimenkulü olup da, sağladığı gelirle yaşamını sürdüremeyeceğinin saptanması sonucunda yoksulluk belgesi düzenlenen yaşlılar ile kanunen bakmakla yükümlü kimsesi olup da, yükümlülerin ekonomik gücünün yeterli olmadığı saptanan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yeterli olup da, sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ise ücretli olarak kabul edilir. 2021 yılı Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğ'nün Şubat 2021 İstatistik Bültenine göre: Bakanlığa Bağlı Huzurevleri sayısı 160, bakılan kişi sayısı 13.970; özel Huzurevleri sayısı 261 ve bakılan kişi sayısı 10.744 kişidir. Toplamda 445 huzurevi sayısı ve bakılan kişi sayısı 27.571 kişidir.

Kurumsal bakım modeli olarak adlandırılan bu kuruluşların sağlık merkezlerine yakın, şehir içi ulaşıma uygun, şehir merkezinde, erişilebilir, kişiselleştirilebilir ve site, avlu, küçük ev tipi gibi insana saygılı mimari tipleri benimsemiş yapıda olması beklenir.

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri

Bu merkezler yaşlıların bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerini karşılamak üzere hizmet sunan kuruluşlardır. Özellikle yaşlıların yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle gereksinim duydukları özel bakım ihtiyaçları, tıbbi bakım ve rehabilitasyon ile sosyal hizmetler sağlanır.

Gündüzlü Bakım Merkezleri

Gündüzlü bakım merkezleri, yaş almış kişilerin gündüz bakım, gözetim, sosyal aktiviteler gibi ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulmuştur. Bu hizmet özellikle aileleri ile yaşayan yaşlıların iş saatleri olan gündüz saatlerinde yaşlılarını güvenle bırakabilecekleri, onlara çeşitli sosyal hizmet olanaklarının sunulduğu merkezlerdir. Aktif olarak 31 gündüz hizmet sunan kuruluşta 382 yaşlıya aktif olarak gündüz bakım hizmeti sunulmaktadır.

Evde bakım hizmetleri

Sağlık bakanlığının yayınlamış olduğu yönetmeliğe göre evde bakım hizmetleri "eşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini" olarak

tanımlanmaktadır. Bu hizmetler kamu, özel ve belediyenin evde sağlık birimleri tarafından sunulmaktadır. Evde bakım desteğine ihtiyacı olan 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin oranı %16,4 iken 65-74 yaş grubundaki kişilerin oranı %10,5 ve 75 ve daha yukarı yaştaki kişilerin oranı %26,9 olarak yaşla birlikte artmaktadır (Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023).

Evde Bakım Yardımı

Engelli sağlık kurulu raporunda 'tam bağımlı' ibaresi bulunan bireylerin aile yanında yaşamalarının desteklenmesi ve kurum bakımına olan ihtiyacın azaltılması, en temel ve öncelikli politikadır. Bu bireye bakım veren yakınına 7.608,71 TL ödenmektedir.

Engelli ve Yaşlı Bireylerin Gündüz Hizmetlerinden Faydalanması

Gündüz hizmeti sunan merkezlerde verilecek hizmetlerin içeriğine yönelik genel rehberler oluşturulmaktadır. Bu rehberlerde; merkezin işlevi, amacı, işleyişi, yararlanıcı grupları, personeli, fiziksel standartları ve atölyeler/ünitelerle ilgili bölümler yer almaktadır.

Evde Sosyal Hizmet

Evde sosyal hizmet ile amaçlanan engelli ve yaşlı bireylerin yatılı bakım kuruluşlarına yerleştirilmeksizin, kendi sosyal çevrelerinden, ailelerinden ve/veya evlerinden ayrılmadan bakım hizmetlerine ve evde bakıma destek hizmetlerine ulaşabilmelerine ilişkin politikaları geliştirmektedir.

2.2. Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi, yaşlı sağlığı hizmetleri sunmakta ve yaşlılık konusunda politikalar belirlemek, diğer kurumlarla işbirliği yapmak gibi görevleri yerine getirmektedir. Kamu hastaneler birliğinin görevleri arasında ise evde bakım hizmetleri bulunmaktadır.

3.Yaşlı sağlığı alanında Sosyal Hizmet uygulamaları kapsamında yürütülen projeler

3.1.Yaşlı Destek Programı (YADES): Yaşlılık alanında gerçekleştirilen en büyük bütçeli ilk destek programıdır. 2016 yılında uygulanmaya başlandı. 16 farklı şehirde 40 farklı proje desteklenmiştir. 66.726 yaşlı kişiye ulaşıldı. 2024 yılında YADES Programı için

11.278,00 TL finansman ödeneği ayırmıştır. Bakım ve destek hizmetine ihtiyaç duyan 65 yaş üstü bireylere yaşadıkları mekanlarda İhtiyaçlarına uygun hizmetler Belediyeler aracılığıyla verilmektedir. Yaşlı Bireylerin korunması, desteklenmesi ve yaşamlarının kolaylaştırılması amaçlanmaktadır. Gündüz bakım hizmetleri, Evde teknik destek hizmetleri, Evde bakıma destek çalışmaları, Mobil ekip oluşturulması, Psikososyal destek hizmetleri, Koordinasyon merkezi kurulması, Yaşlı veri tabanının oluşturulması, Çağrı merkezi kurulması ve Koruyucu ve önleyici hizmetlerden oluşmuştur. YADES 2016-2020 Uygulanan Belediyeler; Antalya, Balıkesir, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, Kahramanmaraş, Kayseri, Kocaeli, Konya, Malatya, Mardin, Ordu, Sakarya, Samsun, Şanlıurfa, Trabzon

SONUÇ

Dünya'da ve ülkemizde arttan yaşlı oranı sebebiyle yaşlıların sosyal, kültürel ve ekonomik ihtiyaçları artmakta ve gelecekte sorunlar büyüyerek katlanmaktadır. Yaşlı bireyleri bakımevlerinden ziyade kendi yaşam alanlarında desteklemek ve onları hayata aktif katılmalarını sağlamak gerekir. Yaşlı sağlığı ve hizmetleri sadece belli bir kurumun değil kollektif olarak bir bütüncül devlet organlarının uyumlu çalışmalarıyla sorunlar çözülebilir. Sistem üzerindeki eksiklikler ivedi bir şekilde düzeltilmeli ve ileride arttan yaşlı nüfusunu idame edecek politikalar geliştirilmelidir.

ÖNERİLER

1. Yaşlı sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürülmesi, Birleşmiş Milletlerin kabul ettiği 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda hareket edilmelidir.

2. Huzurevlerinin ve ilgili kuruluşların sayıları ve kapasiteleri, artan yaşlı nüfusu karşılamakta yetersiz kalmaktadır.

3. Yeni yapılacak huzurevi modelleri, coğrafi, kültürel ve sosyal çevreleri göz önünde bulundurularak tasarlanmalıdır.

4. Huzurevleri ve ilgili kuruluşlarda kalan yaşlıların profili çok çeşitlilik gösterdiği için konaklama yerleri, bireyin eğitim, kültürel ve sosyal durumuna göre düzenlenmelidir.

5. Türkiye'de sosyal yardımlar başvuru üzerine yapıldığı için, yardıma ihtiyacı olan yaşlı birey sayısının net olmamasıyla birlikte, bu durumun ivedilikle tespit edilmesi gerekmektedir.

6. Yaşlıların kronik hastalıklarının yaşla birlikte artması nedeniyle, hastanede tetkik, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine erişimde yaşanan zorlukların giderilmesi önem arz etmektedir.

7. Yaşlılara karşı toplumsal bakış açısı, genellikle onları geri plana itme eğilimindedir. Bu nedenle yaşlılar için sağlanan ücretsiz ulaşım imkanları artırılmalı ve sosyal aktivitelere katılımları teşvik edilmelidir.

8. Yaşlılar için bakım ücreti 7.608 TL olarak belirlenmiş olup, ancak şu anda ortalama maliyet 40 bin TL'nin üzerindedir. Bu nedenle gerekli düzenlemeler yapılmalı ve kamu desteği artırılmalıdır.

9. 65 yaş üstü yaşlılarda son bir yıl içinde düşme oranlarının yaklaşık %50 civarında olması, yaşam alanlarının yaşlıların güvenliği ve uyum sağlaması açısından düzenlenmesini gerektirmektedir.

10. Yaşlıların eğitimini artırmayı hedefleyen projeler geliştirilmelidir (3. Yaş Üniversitesi, Tazelenme Üniversitesi vb).

11. Huzurevine yerleşemeyen kişiler için gündüz kreş evi gibi programlar düşünülebilir. Bu programlar kapsamında gündüz bakım ve rehabilitasyon imkanları sağlanabilir.

12. Yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılımını artırmak için sosyal turnuvalar ve etkinlikler düzenlenebilir. Toplumsal faaliyetlere katılımlarını teşvik edecek düzenlemeler özellikle önem taşımaktadır.

13. Yaşlıların teknolojiyle olan bağlarını geliştirmek ve teknolojik araçları doğru ve etkili bir şekilde kullanmalarını teşvik etmek için çalışmalar yapılabilir. Böylece yaşlı bireylerin teknolojinin yarattığı tehlikeler ve tehditler hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanabilir ve aynı zamanda bu araçlar aracılığıyla daha fazla iletişim imkanı sunulabilir.

14. Yaşlı destek sistemi konusunda belediyelerin sunduğu (YADES) programları genişletilmeli ve aktif kullanımı teşvik edilmelidir. Yerel yönetimlerin yaşlı sağlığı ve sosyal hizmetleri alanına daha fazla odaklanması sağlanmalıdır.

15. Yaşlı sağlığı hizmetleri konusunda ilgili kurum ve kuruluşların görev tanımları belirlenmeli ve kurumlar arası entegrasyon sağlanmalıdır. Bu amaçla geliştirilecek çok sektörlü ortaklıklar ve iş birlikleri desteklenmelidir.

16. Yaşlı sağlığı ve refahı alanında merkezi yönetimin doğrudan etkili olacağı bir örgütlenme modeli geliştirilebilir. Bu model, yaşlılık alanında karşılaşılan sorunların tespiti ve etkili müdahale imkanlarını artırabilir. Bu alandaki örgütlenme ve hizmet sunumunun bakanlık ve yerel yönetim düzeyinde yürütülen faaliyetlerle entegre edilmesi önemlidir.

17. Yaşlıların kendi mekanlarında yaşamalarını teşvik etmek için yaşam alanlarının geliştirilmesi önemlidir. Bu kapsamda mekân düzenlemesi yapılmalı, ev kazalarının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalı ve yaşlıların kendi alanlarını daha rahat kullanabilecekleri mimari düzenlemeler sağlanmalıdır. Bu hedefe ulaşmak için yerel yönetimlerin desteği sağlanmalıdır.

18. Yaşlıların bütünleşik bir evde bakım hizmetine erişimleri kolaylaştırılmalıdır. Evde sağlık hizmetleri başta olmak üzere yaşlıların yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, ev bakımı, beslenme, kişisel bakım gibi ihtiyaçlarının karşılanması için yerel yönetimler tarafından örgütlü ve sürekli bir şekilde desteklenmelidir.

19. Yaşlı ve engelli bakımı konusunda profesyonel personel ihtiyacı giderek artmaktadır. Bu alanda çalışan kişilerin uygun bir hizmet modeli içinde istihdam edilmesi ve etkili bir hizmet sunulması önemlidir.

20. Yaşlı sağlığı ve refahı alanına ayrılacak kaynakların miktarında zaman içinde artış sağlanması gerekmektedir. Bu kaynakların özellikle yaşlı sosyal hizmetleri alanına etkili ve uygun modellerle aktarılması sağlanmalıdır.

Salon-3

Yaşlı Sağlığı Politikaları

Kolaylaştırıcılar: Prof. Dr. Hatice Şimşek Keskin

Anahtar sunum: Psikolog Mevlüt Ülgen

Raportör: Prof.Dr. Işıl Ergin

KATILIMCILAR

AD-SOYAD	KURUM- Meslek
Hatice Şimşek Keskin	DEÜTF Halk Sağlığı AD- Öğr. Üyesi
Işıl Ergin	Ege ÜTF Halk Sağlığı AD- Öğr. Üyesi
Mevlüt Ülgen	Ege Geriatri Derneği- Psikolog
İlknur Oruç Özdemir	MCBÜ Halk Sağlığı AD.- Araş.Gör.
Esin Kolkesen	Muğla BŞB- Hemşire
Tuba Çınar Olcay	Muğla BŞB- Hekim
Ayşegül Kızıl	Bergama DH- Sağlık Teknikeri
Nurdan Mazlum Düğün	Bergama DH- Hemşire
Özgür Yaracı	MCBÜ Aile Hekimliği AD.- Araş.Gör.
Mustafa Öztürk	İzmir BŞB
Gaffar Karadoğan	İzmir BŞB- Hekim
Hatice Semerci	İzmir BŞB Meclis Üyesi- Hemşire
Hüseyin Can	Katip Çelebi Ü- Aile Hekimliği AD- Öğr. Üyesi
Agah Ercüment	Başkent Ü. Halk Sağlığı AD.- Araş.Gör.
Ümran Kolukırık	Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü- Hekim
Erhan Eser	MCBÜ Halk Sağlığı AD.- Öğr. Üyesi

Türkiye'de mevcut durum: Türkiye'de, Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2023 yılı verisine göre 65 yaş ve üzeri nüfus 8 milyon 722 bin 806 kişidir. Böylelikle toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı %10.2 olmuştur. Dolayısıyla Türkiye "çok yaşlı" toplum aşamasına geçmiştir. Yaşlı nüfus içinde bakıma daha fazla gereksinimi olan 85 yaş ve üzeri nüfus oranı %7.9, yaşlı bağımlılık oranı da %15.0'dır. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023'e göre en az bir kronik hastalığı olan yaşlı oranı %78.7'dir ve bu yaşlıların yaklaşık üçte biri kronik hastalığının günlük faaliyetlerini ciddi düzeyde kısıtladığını belirtmektedir. Ayrıca her 10 yaşlıdan biri görmede yine 10 yaşlıdan biri duymada zorluk yaşamaktadır. Yaşlıların %27.1'i yürüme, merdiven çıkma ya da inmede, %29.7'si bir şeyleri taşıma ya da tutmada, %13.8'i öğrenme, basit dört işlem yapma, anımsama ya da dikkatini toplamada zorluk yaşamaktadır. Evde bakım desteğine gereksinimi olan 65 yaş ve üzeri kişilerin sıklığı %16.4 iken son 12 ayda evde bakım desteği almış 65 yaş ve üzeri yaştaki bireylerin oranı %2.5'tir. TÜİK tarafından altı kez yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarının mikro veri setleri kullanıldığı, Aköz ve ark. tarafından yapılan çalışmada 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %75.5'inde sağlık hizmet gereksinimi olduğu ve gereksinimin yıllar içinde hafif artış gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada gereksinimi olanlar içinde karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin sıklığı toplamda %7.4, kronik hastalığa göre %6.7, bağımlılığa göre %10.4, kötü sağlık algısına göre %7.4'dür (*https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp*). Şimşek ve ark.nın yaptığı toplum tabanlı çalışmada 80 yaş ve üzeri bireylerin %32.5'inin sağlık hizmeti gereksiniminin, %46.6'sının sosyal hizmet gereksiniminin karşılanmadığı ve gereksinimlerin de yaklaşık %90'ının aileler tarafından karşılandığı belirlenmiştir. Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksiniminde en önemli belirleyicinin düşük gelir, karşılanmayan sosyal hizmet gereksiniminde de en önemli belirleyicinin sosyal destek olduğu görülmektedir (*https://applications.emro.who.int/EMHJ/V27/08/1020-3397-2021-2708-772-781-eng.pdf*).

Özetle Türkiye'nin yıllar içinde yaşlandığı buna bağlı olarak sağlık, sosyal ve ekonomik olarak pek çok değişim yaşandığı bulaşıcı olmayan hastalıkların, çoklu hastalıkların, geriatrik sendrom, bağımlılık sıklıklarının dolayısıyla sağlık ve sosyal hizmet

gereksinimlerinin artığı görülmektedir. Toplum yaşlanmasının en önemli iki nedeninden biri olan beklenen yaşam süresi de yıllar içinde artmaktadır. Bu artan yılların sağlıklı ve aktif geçebilmesi en önemli hedeftir. Bu nedenle ulusal ve uluslararası yaşlanma eylem plan ve programlarında da ifadesini bulan, aktif ve sağlıklı yaşlanma konsepti çerçevesinde yaşlı bireylerin bağımsız, yerinde, sağlıklı yaşlanma olanak ve haklarına vurgu yapan, toplumsal refah, katılım, kendini gerçekleştirme olanaklarını içeren, erişilebilir, etkin kamusal hizmet ve çevrelere güçlü vurgu yapan, yaşlı bireylerin yaşamın aktif birer öznesi olduğunu yansıtan yaklaşım ve hak temelli sosyal koruma ve sağlık politikalarına gereksinim her geçen gün artmaktadır. Bireylerin sağlıklı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle yakından ilişkilidir. Türkiye'de mevcut duruma bakıldığında yaşlı sağlığı alanında artan ilgiye karşın yaşam boyu sağlık yaklaşımını yansıtan, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen, basamaklandırılmış, entegre, bütüncül bir sağlık sisteminden bahsetmek olası değildir. Aile hekimleri tarafından gerçekleştirilen yaşlı izlem programının kapsayıcılığı %10'un altındadır. Yaşlı sağlığı alanındaki çok aktörlü yapı (sosyal güvenlik, sosyal hizmet ve bakım ile sağlık hizmetleri) ve aktörler arasındaki koordinasyon ve işbirliği sorunları hizmetlerin de entegrasyonunu engellemektedir. Ayrıca sağlıklı yaşamın göstergeleri arasında yer alan sosyal ve fiziksel olarak destekleyici çevreler ve güvenli yaşam alanları yaşlıların değişen yaşam koşullarını karşılamaktan henüz uzaktır ve yapılandırılmış makro ve mikro çevre yaşlı izolasyonuna yol açmaktadır, yaşlı bağımlılığını artırmaktadır.

Tüm bu özelliklerden yola çıkarak Türkiye'de yaşlı sağlığı politikalarına ilişkin çalıştay sırasında belirlenen özellikler aşağıda dört başlık altında özetlenmiştir.

1- Verilecek hizmetin amacı: Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus ve toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Bunun başlıca nedenleri doğurganlığın düşmesi, beklenen yaşam süresinin artmasıdır. Dolayısıyla yaşama eklenen yıllar artmaktadır ve temel hedef eklenen yaşam yıllarının sağlıklı geçmesinin sağlanmasıdır. Amaç; sağlıklı yaşam yıllarının ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

2- Hizmetin temel özellikleri

a. Hak temelli

b. Yaşamboyu yaklaşımla sağlıklı yaşlanma bakışıyla

c. Tüm yaşlıları kapsayan

d. Merkezi olarak planlanan ancak yerel özelliklere göre farklılıklar gösterebilen

e. Koruyucu, geliştirici, sağaltıcı ve esenlendirici sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin birlikte planlanıp sunulduğu

f. Sektörler arası işbirliği ile (sektörlerin valilikçe il düzeyinde entegrasyon kurulu ile bir araya geldiği, görev tanımları ve sorumlulukları belli olan ve görev tanımlarına göre merkezi bütçe ayrılan bir sistem)

g. Gereksinim ve risk odaklı (başvurana hizmet yerine)

h. Birinci basamak temelli ancak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının entegre olduğu

i. Kültürel farklılıklara saygılı

j. Bakım vereni ve sorunlarını gözeten (toplumsal cinsiyet eşitsizliğini gözeten)

k. Yaşlı dostu çevre, toplum, sağlık kurumu özelliklerini dikkate alan ve uygulayan

l. Yaşlının kararlara katılımını sağlayan mekanizmaları oluşturan

m. Yaş ayrımcılığını dikkate alan ve ortadan kaldıran

n. Yerinde yaşlanma temelli

3-Hizmetin örgütlenmesi

Hizmet 65 yaş ve üzeri tüm yaşlıları kapsamalıdır. Birey bazında verilecek hizmetlerin ve izlem sıklığının belirlenmesinde ya da kurumsal bakıma karar vermede öncelikli gruplar göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikli gruplar günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinden de yaralanılarak oluşturulacak risk ölçütlerine göre belirlenebilir.

Hizmet birinci basamak sağlık kurumu temelli olarak planlanmalı (Öncelikli olarak Aile Sağlığı Merkezleri- ASM), sağlık ve sosyal hizmetler birlikte sunulmalıdır. Her yaşlı aile hekimi tarafından yılda en az iki kez izlenmelidir. Risk düzeyine göre izlem sayısı artırılabilir. Bunun sağlanabilmesi için aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması gereklidir. Sağlık hizmetlerinde performans sistemi sürecekse de bu yaşlı izlemlerinin performansa dayalı hale getirilmesi gereklidir.

Hizmet ekip tarafından sunulmalıdır. Ekipte hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen olmalıdır. En ideali bu ekibin birlikte çalıştığı "grup uygulamasına dayanan" birinci basamak hizmeti biçiminde örgütlenme yapısının oluşturulmasıdır. Ancak var olan yapı içinde İlçe Sağlık Müdürlüğünde çalışan ekibin güçlendirilerek ASM ile entegre edilmesi gereklidir. Ayrıca YAŞAM ekibinin birinci basamak sağlık kurumlarına devri -ya da en azından birinci basamak kuruluşlarıyla entegrasyonu- sağlanabilir. Sağlık çalışanlarının lisans ve lisansüstü eğitim müfredatlarında yaşlı sağlığına ilişkin alanda gereksinim duyulan konuların bulunması sağlanmalıdır.
Sosyal hizmet gereksinimi de birinci basamak sağlık kurumları tarafından belirlenip hizmet Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ile birlikte planlanmalı ve sağlanmalıdır.

4-Hizmetin Finansmanı

Yaşlı sağlığı (ve sosyal) hizmetleri genel bütçeden finanse edilmeli, ya da mevcut GSS teminat paketi içinde ücretsiz verilmelidir. Her ne şekilde olursa olsun kamu hizmet yapılanmaları (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı ya da Belediyeler) tarafından yaşlılara verilecek olan sağlık sosyal hizmetler ücretsiz verilmelidir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine ve koruyucu hizmetlere genel bütçeden ayrılan pay artırılmalıdır. Ayrıca Belediyelerin bütçelerine de yaşlılara sunacakları sağlık ve sosyal hizmet gereksinimlerini karşılamak üzere finansal ek destek sağlanmalıdır.

Salon-4

Erişkinlerde ve Yaşlılarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Yürütülen "Sağlığı Geliştirme Hizmetleri"

Kolaylaştırıcılar: Prof. Dr. Pınar Erbay Dündar – Öğrt.Gör.Dr.Ahmet Can Bilgin

Anahtar sunum: Uzm. Dr. Müjde İlgün

ÇALIŞTAY GRUBU KATILIMCILAR:

Adı Soyadı	Kurumu
Pınar ERBAY DÜNDAR (Kolaylaştırıcı)	Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Müjde İLGÜN (Anahtar Sunum)	Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürü
Ahmet Can BİLGİN	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göknur Çavuş KONAK	Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Zeynep Ceyda BURAN	Yalova İl Sağlık Müdürlüğü
Oğuzhan KESKİN	Marmara Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanesi
Ömer Faruk TEKİN	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
Erkan ATA	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Furkan UĞURLUEL	Turgutlu Devlet Hastanesi
Şebnem GÜVENÇ	Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü
Elif ÇİL	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı AD.
Damla ŞAHİN BÜYÜK	Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Gamze DEMİRAY	Aydın Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü
Mestan EMEK	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yağız ŞAHİN	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Aslı DAVAS	Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi

MEVCUT DURUM:

TÜİK 2023 verisine göre 65+ grup nüfusun %10.2'sini oluşturmakta, 65 yaşındaki bir kişinin ortalama yaşam süresi 17.8 yıl olarak belirtilmektedir. Yaşlıların %14.0'ı (kadınların %22.0'ı) eğitimsiz, sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük, %70'i kentlerde

ikamet etmekte ve hanelerin dörtte birinde en az bir yaşlı birey bulunmaktadır. Ayrıca en az bir yaşlının bulunduğu hanelerin %26.0'ında yalnız yaşam sürdürmektedirler.

NE YAPILMALI?

Düşük eğitim, düşük gelir, kronik hastalık yükü ve düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık hizmet sunumunun hakkaniyet boyutuyla, bu grubun kesinlikle risk grubu olması gerektiği açıktır. Aile Sağlığı Birimlerine kayıtlı nüfusta yaşlıların risk grubu olarak tanımlanıp (evde-kurumda) izlenmeleri gerekmektedir. Sağlığı geliştirme müdahaleleri, sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında ama en çok birinci basamakta uygulanmalıdır. Yerel yönetim işbirliği ile çevresel düzenlemelerin yaşlı dostu kentler bakış açısıyla düzenlenmesi gereklidir. Sadece tedaviye odaklanarak değil, hastalıkların temel nedenlerine yönelerek kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek için tasarlanmış sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsayan sağlığı geliştirme programlarının etkili şekilde planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sağlık sonuçlarını iyileştirebilir, davranışsal ve sosyal değişimi teşvik edebilir ve sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunabilir. Ek olarak sağlıklı yaşam tarzının teşviki, hasta uyumunun arttırılması, sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılması ile genel sağlık maliyetlerinin azaltılması mümkündür.

ÖNERILER:

- Parçalı hizmet sunumunun birleştirilerek ortak bir veri sistemi kurulması,
- Mevcut Hasta Yönetim Modülünün (HYP) aile hekimleri tarafından aktif kullanılmasının sağlanması, katsayısının arttırılması,
- Aile hekimlerinin nüfusunun bakanlık tarafından azaltılması,
- Yaşlı aşı ve izlem programı oluşturulması, performans sistemine dahil edilmesi,
- Yaşam boyu aşılama takvimi oluşturulması ve uygulamanın pozitif performansa dahil edilmesi,
- İlçe sağlık müdürlüklerinde;
    - Yaşlı sağlığı çalışmaları için sosyal çalışmacı istihdamının sağlanması,
    - Ruhsal ve sosyal destek için Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) gezici bir ekip oluşturulması,
    - Riskli gruplar başta olmak üzere aile sağlığı merkezlerinden yönlendirilecek kişilerin beslenme ve fizik aktivite danışmanlığına alınması, beslenme düzeylerinin takibi,

  - Mobilite gereksinimini karşılamak üzere fizyoterapist istihdamının arttırılması, engelli-sarkopenik yaşlılar için SHM'de fizyoterapi desteği,
  - Kronik Hastalık Danışmanlığı, Sağlıklı Yaşlanma Danışmanlığı desteği ile kronik hastalığı olan kişilerin ve özellikle riskli yaşlıların daha yakından izlenmesinin (evde/kurumda) sağlanması,
- İl düzeyinde yaşlıların sağlık, sosyal ve mekansal risklerini belirleyebilmek için bütünleşik bir yaklaşım geliştirilmesi ve kurumlar arası (ilçe sağlık-belediye-sosyal hizmetler) bir izlem grubu oluşturulması,
- Ev ergonomisi ile ilgili sorunların (özellikle düşme) çözümünde "Yaşlı Dostu Ev" bağlamında gezici bir ekip tarafından değerlendirilmesi, yine "Yaşlı dostu ev" kavramının geliştirilerek, yerel yönetimlerin de rol alacağı yaşlı dostu evlerin oluşturması ve yaygınlaştırılması,
- Yerel yönetimlerin rekreasyon alanlarını yaşlıların fizik aktivite yapmalarını sağlamak üzere, aydınlatma, tuvalet gereksinimlerine göre düzenlenmesi, çevresel düzenlemeler "yaşlı dostu kentler",
- Yerel yönetimler tarafından yaşlı gündüz hobi ve bakım evleri, kamunun desteği ile huzurevleri kapasitesinin arttırılması,
- Gerekli durumlarda gıda desteğinin sağlanması,
- Toplumda ve risk gruplarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılmasına yönelik programlar aracılığı ile kişilerin sağlığını geliştirmede aktif bir rol oynamalarına olanak verilmesi (kanser tarama, aşılama, kronik hastalık ve risk grubu izlem programları vb.),

çalıştay grubu olarak önerilmiştir.



IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ ULUSLARARASI SEMPOZYUMU

Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Hizmetleri

30-31 Mayıs 2024
01 Haziran 2024

info@temelsaglik.org.tr
temelsaglik2024@gmail.com
https://temelsaglik.org.tr

Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Süleyman Demirel Kültür Merkezi ve
Tıp Fakültesi Derslikleri

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

ISBN: 978-625-00-2254-2