

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SÖKE HİLMİ FIRAT HUZUREVİ'NDE 2004–2010
YILLARINDA YAŞLI ÖLÜMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ZEYNEP YILDIRIM

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR–2011

TEZ KODU: DEU. HSI. Msc–2009970062

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SÖKE HİLMİ FIRAT HUZUREVİ'NDE 2004–2010
YILLARINDA YAŞLI ÖLÜMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ZEYNEP YILDIRIM

Danışman öğretim üyesi: Prof. Dr. Belgin Ünal

TEZ KODU: DEU. HSI. Msc–2009970062


Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi Zeynep Yıldırım 'SÖKE HİLMİ FIRAT HUZUREVİ'NDE 2004-2010 YILLARINDA YAŞLI ÖLÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ' konulu Yüksek Lisans tezini 20.06.2011 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Prof.Dr. Belgin ÜNAL

ÜYE



Prof.Dr. Gül ERGÖR



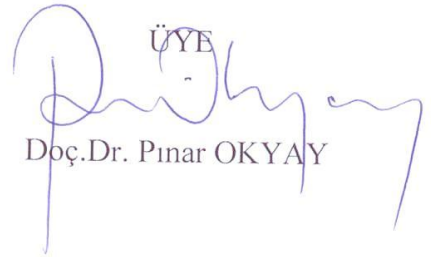
ÜYE

Prof.Dr. Reyhan UÇKU

ÜYE



Prof. Dr. O. Alpaşlan ERGÖR



ÜYE
Doç.Dr. Pınar OKYAY

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLO DİZİNİ.....	III
ŞEKİL DİZİNİ.....	IV
KISALTMALAR.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Yaşlılığın tanımı.....	8
2.2. Yaşlı nüfus demografisi.....	9
2.2.1. Dünya’da yaşlı nüfus demografisi.....	10
2.2.2. Türkiye’de yaşlı nüfus demografisi.....	11
2.3. Yaşlılarda morbidite ve mortalite durumu.....	12
2.3.1. Yaşlılarda morbidite durumu.....	12
2.3.2. Yaşlılarda mortalite durumu.....	14
2.4. Yaşlılara yönelik koruyucu hizmetler.....	15
2.5. Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler.....	19
2.5.1. Dünya’da yaşlılara yönelik sosyal hizmetler.....	20
2.5.2. Türkiye’de yaşlılara yönelik sosyal hizmetler.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın tipi.....	25
3.2. Araştırmanın yeri ve zaman.....	25
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme.....	27
3.4. Çalışma materyali.....	27
3.5. Araştırmanın değişkenleri.....	27
3.6. Veri toplama araçları.....	30
3.7. Araştırma planı.....	31
3.8. Verilerin değerlendirilmesi.....	31
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları.....	32
3.10. Etik Kurul Onayı.....	32

4.BULGULAR	33
4.1. Tanımlayıcı bulgular	33
4.1.1. Demografik özelliklere ilişkin bulgular.....	33
4.1.2. Sosyo-ekonomik özelliklere ilişkin bulgular.....	34
4.1.3. Huzurevine gelişteki hastalık öykülerine ilişkin bulgular.....	36
4.1.4. Ölüm hızının yıllara göre dağılımı.....	38
4.1.5. Ölüm yerlerine ilişkin bulgular.....	38
4.1.6. Ölüm mevsimlerine ilişkin bulgular.....	38
4.1.7. Ölüm nedenlerinin ICD–10 gruplamasına göre dağılımı.....	39
4.2. Çözümleyici bulgular	40
4.2.1. Demografik özelliklere göre ölümlerin dağılımı.....	40
4.2.2. Sosyo-ekonomik özelliklere göre ölümlerin dağılımı.....	41
4.2.3. Huzurevine gelişteki hastalık öyküsüne göre ölümlerin dağılımı.....	42
4.2.4. Ölümü belirleyen etmenlerin incelenmesi.....	43
5.TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	66

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. 28.03.2011 tarihi itibariyle ülkemizde hizmet veren huzurevleri.....	23
Tablo 2. 28.03.2011 tarihi itibariyle ülkemizde hizmet veren yaşlı hizmet merkezleri	24
Tablo.3. Yaşlıların demografik özelliklere göre dağılımı.....	33
Tablo.4. Yaşlıların sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımı.....	35
Tablo.5. Yaşlıların gelir kaynaklarına göre dağılımı.....	36
Tablo.6. Yaşlıların huzurevine gelişteki hastalık öykülerine göre dağılımı.....	37
Tablo.7. Ölüm hızının yıllara göre dağılımı.....	38
Tablo.8. Yaşlı ölümlerinin ölüm yerine göre dağılımı.....	38
Tablo.9. Yaşlı ölümlerinin ölüm mevsimlerine göre dağılımı.....	39
Tablo.10. Ölüm nedenlerinin ICD–10 gruplamasına göre dağılımı.....	39
Tablo.11. Demografik özelliklere göre ölümlerin dağılımı.....	40
Tablo.12. Sosyo-ekonomik özelliklere göre ölümlerin dağılımı.....	41
Tablo.13.Huzurevine gelişteki hastalık öyküsüne göre ölümlerin dağılımı.....	42
Tablo 14. Huzurevinde kalan yaşlılarda ölümle ilişkili etmenleri içeren lojistik regresyon analizi sonuç tablosu.....	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. 2000–2020 yılları arasında Dünya’da toplam nüfus, 65 yaş ve üzeri nüfus ve yüzdesinin değişimi.....	10
Şekil 2. Yaş gruplarının yüzdesel dağılımları, Türkiye 1935–2050.....	11

KISALTMALAR

DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
KOAH.....	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
DM.....	Diyabetes Mellitüs
SSK.....	Sosyal Sigortalar Kurumu
ES.....	Emekli Sandığı
ICD-10.....	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon 10
ABD.....	Amerika Birleşik Devletleri
OECD.....	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
AB-25	Avrupa Birliği, 25 Avrupa ülkesinden oluşan bir uluslararası örgüt
MERNİS.....	Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
SHÇEK.....	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
OO.....	Olasılıklar Oranı
GA.....	Güven Aralığı

TEŞEKKÜR

Tez konusunun seçiminde, tez verilerinin çözümlenmesi ve yazımı sürecinde tezin oluşmasına gösterdiği katkı, destek ve ilgi için Prof. Dr. Belgin Ünal'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca halk sağlığına yönelik bilgi ve donanımı kazanmamda emeği geçen Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyelerine teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Fizyoterapist Gonca Çınar'a teşekkürlerimi sunarım.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Söke Hilmi Fırat Huzurevi Müdürü Hülya KURTAY'a gösterdiği destek için teşekkürlerimi sunarım.

SÖKE HİLMİ FIRAT HUZUREVİ'NDE 2004–2010 YILLARINDA YAŞLI ÖLÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep Yıldırım, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, Söke Hilmi Fırat Huzurevi'nde 2004–2010 yılları arasında kalan yaşlılarda meydana gelen ölümler ve demografik özellikler, sosyo-ekonomik özellikler ve huzurevine geliştteki hastalık öyküsünün ölümlerle ilişkisinin incelenmesi ve ölümü belirleyen etmenlerin çok değişkenli analizlerle belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif kohort tipinde planlanan bu araştırmada, araştırma grubu 224 bireydir. Huzurevinde yaşlıların dosyalarından ölüm, demografik özellikler, sosyoekonomik özellikler, huzurevine geliştteki hastalık öyküleri retrospektif olarak incelenmiştir. Huzurevinde kalmış ya da kalmakta olan 224 kişinin dosyalarından veri toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ölüm, bağımsız değişkenleri ise demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum), sosyo-ekonomik özellikler (öğrenim durumu, iş, gelir, sağlık güvencesi, kalış süresi, geliş nedeni), huzurevine geliştteki hastalık öyküsü (diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, kanser, diğer, işitme sorunları, görme sorunları) olarak belirlenmiştir. Araştırmada yıllık ölüm hızı hesaplanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, huzurevine geliştteki hastalık öyküsü ile ölüm arasındaki ilişkinin incelenmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde ölümle istatistiksel olarak ilişkili olan değişkenler lojistik regresyon analizine alınarak geriye doğru seçme (Backward LR) yöntemiyle ölümle ilişkili değişkenleri içeren bir model oluşturulmuştur. Ölüm nedenleri ICD–10 sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Ölümler tanı gruplarına göre ayrılmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik özellikler, huzurevine geliştteki hastalık öyküsü ile ölüm ve tanı grupları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Hastanede ölenler ile huzurevinde ölenler yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik özellikler, huzurevine geliştteki hastalık öyküsü açısından ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Araştırma bilgisayar ortamında ve SPSS 15.0 (Statistical Packages for The Social Sciences) paket programı kullanılarak çözümlenmiştir.

Bulgular: Yaşlıların %60.7'si 85 yaş ve üzerinde olup %77.7'si erkektir. Yaşlıların %33.9'si okuryazar değildir. Yaşlıların %25.0'i geçimini sağlamak için düzensiz işler yapmaktadır. Yaşlıların çoğunluğunun (%41.5) herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Yaşlıların huzurevine

geliş nedenlerinin başında sosyoekonomik yoksunluk (%58.5) yer almaktadır. Huzurevinde 2004–2010 yılları arasında kalan 224 yaşlıdan 65'i (%29.0) ölmüştür. Ölüm nedeni olarak ilk sırada %73.8 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almıştır. Ölümlerin çoğunluğu yaz mevsiminde olmuştur. Ölen yaşlıların oranı yaşla birlikte artmaktadır. Emekli olmayanlar, sağlık güvencesi olmayanlar, sosyoekonomik yoksunluk nedeniyle gelen yaşlılar arasında ölüm oranı daha fazla saptanmıştır. Huzurevine gelişte hastalık öyküsü (dolaşım hastalıkları, neoplazma hastalıkları, diğer hastalıklar) olan yaşlılar arasında ölenlerin oranı daha fazla saptanmıştır. Lojistik regresyon analizinde modele konan değişkenlerden yaş, meslek ve hastalık sayısı son basamakta ölümle ilişkili olan değişkenler olarak saptanmıştır. İlkokulu bitirmemiş olan yaşlılar arasında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölenlerin oranı daha fazla saptanmıştır. Öğrenim durumu, sağlık güvencesi ile ölüm yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Düşük eğitim, sağlık güvence yokluğu, düzensiz işler sosyoekonomik durumu belirlemektedir ve sağlık ya da ölümle ilişkilidir. Sağlık güvencesinin olmaması kişilerin temel sağlık hizmetlerinden ve koruyucu hizmetlerden daha az yararlanmalarına ve yaşlılıkta daha ağır hastalıklara sahip olmalarına neden olabilir. Yaşlılara sunulacak sağlık ve bakım hizmetlerini planlarken okuryazar olmayanlar, sağlık güvencesi olmayanlar, düzensiz işlerde çalışanlar, geliri olmayanlar öncelikle göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, mortalite, huzurevi, sosyoekonomik durum

EVALUATION OF DEATHS IN SÖKE HİLMİ FIRAT NURSING HOME BETWEEN YEARS 2004–2010

ABSTRACT

Objective: The objective of the study is to evaluate the relationship between deaths and the socio-economic and demographic characteristics and history of disease at the admission to the Söke Hilmi Fırat Nursing Home between the years 2004–2010

Method: In this retrospective cohort study the research group was 224 elderly resided in the nursing home during 2004–2010. Data on deaths, demographic and socioeconomic characteristics and history of disease at the admission to the nursing home were extracted retrospectively from the nursing home files. Death was the dependant variable of the study. Demographic characteristics (age, sex, marital status), socio-economic status (education level, job, income, health insurance, length of stay, reason for admission), history of disease at admission to the nursing home (diabetes, hypertension, coronary heart disease, stroke, cancer, other, hearing problems, vision problems) were identified as independent variables of study.

The annual death rate was calculated. The relationship between the death and age, sex, marital status, socioeconomic status, history of disease at admission to the nursing home were examined with chi-square analysis. All the variables that are statistically associated with death in univariate analysis were included in logistic regression model using backward LR method. ICD–10 codes were used in the evaluation of causes of death. Chi-square analysis was used to examine the relationship between deaths and age, sex, marital status, socioeconomic status, history of disease at admission to the nursing home. Deaths divided according to diagnostic groups. The relationship between the diagnostic groups and age, sex, marital status, socioeconomic status, history of disease at admission to the nursing home were examined with chi-square analysis. The Chi-square analysis was used comparing of relationship between deaths in hospital and in nursing home and age, sex, marital status, socioeconomic status, history of disease at admission to the nursing home. SPSS 15.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) programme was used for all the analyses.

Results: 60,7% of elderly were at age 85 and above and 77,7 % were male. 33,9% of elderly were illiterate. 25,0% of elderly had irregular jobs to earn a living. The majority of the elderly (41,5%) had no health insurance. The leading cause at admission to the nursing home in elderly was socio-economic deprivation (58,5%). In total 65 elderly died (29,0%) out of 224

elderly resided in the nursing home between 2004–2010. Primary cause of death was circulatory system diseases (73,8%). Most deaths occurred in summer season. The number of deaths increased with age. The mortality rate was higher among the elderly who did not have retirement and have no health insurance and admitted to the nursing home for socioeconomic deprivation. The mortality was higher among the elderly who had history of disease at the admission (circulatory diseases, neoplasm disease, other diseases). In logistic regression analysis, age, occupation, number of the disease at the admission were significant variables that were associated with death. Mortality from circulatory system diseases was higher among the elderly who had low education. Educational level, health insurance were significantly associated with the place of death.

Conclusion: Low education, lack of health insurance, irregular jobs determines socioeconomic status and it affects health and mortality. People with lower levels of education work in the precarious jobs. People without health insurance less benefit from primary healthcare services and preventive services. Lack of health security may result in more complicated health outcomes in the elderly life. Planning of health and care services should prioritise elderly with low education, lack of health security, worked in irregular jobs.

Key Words: Elderly, mortality, nursing home, socioeconomic status

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Nüfusun yaşlanması, 21. yüzyılda öne çıkan en önemli demografik olgulardan biridir. Sağlıktan sosyal güvenliğe, çevreye, iş imkanlarına, sosyal kültürel faaliyetlere ve aile hayatına kadar toplumun tüm yönlerini etkilemektedir (1).

Yaşlı nüfusun toplum içindeki payı arttıkça bu yaş grubuna özel sağlık sorunları ve hastalıklar da önem kazanmaktadır (2). Yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları, kronik ve dejeneratif hastalıklar artmaya başlamış, hastalık ve ölümlerin giderek artan bölümü yaşlı nüfusun sağlık sorunları ve kronik ve dejeneratif hastalıklar şeklinde ortaya çıkmaya başlamıştır (3).

Yaşlılarda önde gelen morbidite ve mortalite nedenleri kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerdir. Bunun yanı sıra kas ve iskelet sisteminin dejeneratif hastalıkları da sık görülmektedir. Yaşlılıkta sağlık sorunlarının yanı sıra sosyal sorunlarda büyük önem taşımaktadır. Bu sosyal sorunların bir bölümünde sağlık sorunlarının da payı vardır. Yaşlılarda yapılan çalışmalar, yaşlıların büyük çoğunluğunda en az bir kronik hastalık olduğunu göstermektedir (4). Kronik hastalığı nedeniyle yatağa bağımlı halde olan bir kişinin sağlık sorununun da bir başkasının bakımına ve desteğine gereksinim duyması nedeniyle sosyal sorun da gündemdir (5). Bu hastalık durumuna eklenen eş kaybı, ekonomik sorunlar, sosyal destekten yoksun kalma sosyal bakım hizmet alamama durumu yaşlıların yaşamını olumsuz etkilemektedir (4).

Yaşlıların sosyoekonomik ve demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak bu grubun ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanmasının yanı sıra nüfusun tüm gruplarına sunulan hizmetlerin planlanması noktasında da önemlidir (6).

Çocuk ve anne ölümleri gibi yaşlı ölümleri de bir toplumun sosyoekonomik koşulları, kronik hastalıklar ve yaşlılardaki sağlık öncelikleri hakkında bilgi verebilir. Bu, yaşlılık döneminde hem sağlık hizmeti hem de sosyal bakım konusundaki önceliklerin belirlenmesine yardımcı olacaktır (2). Yaşlıların hastalıkları ve ölüm nedenleri sağlık hizmetlerinin planlanması, hizmetin etkisinin değerlendirilmesi, beklenen yaşam süresinin hesaplanması, karşılaştırmalar için önemlidir.

Her kurumun kendi ölüm oranlarını ve nedenlerini bilmesi hasta yaklaşımı açısından yararlı olacaktır. Bu yaş grubunda sık görülen hastalıkların iyi bilinmesi bu gruba sunulacak hizmet modellerinin geliştirilmesinde önemli noktalar olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

Araştırmalar düşük sosyoekonomik gruplarda, yüksek sosyoekonomik gruplardan daha kötü sağlık ve kısa yaşam saptamışlardır. Ancak 65 yaş ve üzeri kişiler arasında bu tür farklılıkları araştıran araştırmalar daha azdır. Bu nedenle, Söke Hilmi Fırat Huzurevi'nde 2004–2010 yılları arasında kalan yaşlılarda meydana gelen ölümler ve demografik özellikler, sosyo-ekonomik özellikler ve huzurevine geliştiki hastalık öyküsünün ölümlerle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Amacı:

1. Söke Hilmi Fırat Huzurevi'nde 2004–2010 yılları arasında kalan yaşlılarda meydana gelen ölümlerin demografik özellikler, sosyo-ekonomik özellikler ve huzurevine gelişteki hastalık öyküsü ile ilişkisini incelemek
2. Araştırmadaki yaşlılarda ölümü belirleyen etmenleri çok değişkenli analizlerle belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlanma, fizyolojik olarak kaçınılmaz bir durumdur. Yaşlanma hem tıbbi hem de sosyal bir konudur. İlerleyen yaşla birlikte sağlık sorunlarının sıklığı artmakta, sosyal değişimlere bağlı olarak sosyal ve psiko-sosyal sorunlarda artış gözlenmektedir (8). Yaşlanma ile birlikte kişilerin sosyal yaşamı ve topluma katılımı doğrudan etkilenmektedir (9).

Yaşlılık ise, insanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, kişinin gerek fiziksel gerekse zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği, birden fazla patolojinin ve onlara ait belirti ve bulguların sıklıkla birlikte bulunduğu bir yaşam dönemidir (10). Çünkü yaşlılık genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, arkadaşların, eş ve yakın ilişkilerin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı kişinin çevreye uyum sağlama yeteneğinin azalması” olarak tanımlamaktadır. OECD, 1992 yılında yaşlıyı, “davranış ve ihtiyaçları değişen heterojen bir gruptan oluşan 65 yaş üzerindeki insanlar” olarak tanımlamaktadır (12).

DSÖ'nün yaptığı 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 (6, 13).

Yaşlılık tanımında kullanılan 65 yaş sınırı, genellikle kişilerin emekliye ayrılması sonrasında, bazı kişilerin sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerine özel olarak ihtiyaç duymasına işaret eden bir dönemin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Diğer taraftan, sosyal yardımlardan faydalanmak için hukuki düzenlemelerin esas alındığı kronolojik yaş sınırı ile yaşlılık sigortasından faydalanmak için öngörülen kronolojik yaş sınırları arasında ülkeler bakımından bazı farklılıklar bulunmasına rağmen, 65 yaş sınırı, bu alanda uluslararası bir kabul görmüş ve yaygın bir uygulama zemini bulmuştur (14).

Yaşlanmayı etkileyen ve hazırlayan pek çok faktör vardır. Bu nedenle yaşlılık farklı boyutlarda tanımlanabilir. Bunlar (15);

Normal yaşlılık; zamanın geçişine bağlı olarak hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fiziksel işlev değişikliğidir.

Biyolojik yaşlılık; yumurtanın döllenenmesinden sonra başlayıp yetişkin dönemi boyunca devam eden bir olgu olarak tanımlanabilir.

Sosyal yaşlılık; topluma kültürel duruma ve değer yargılarına göre değişebilir. Bireyin konum ve rollerinin değişmesi anlamına gelir.

Ekonomik yaşlılık; bireyin çalışma hayatının sona erdiği dönemi belirtir ki; yaşlanmanın önemli bir boyudur.

Psikolojik yaşlılık; bireyin davranışsal yeteneğinin değişmesidir.

Kronolojik yaşlılık; bireyin doğum tarihine göre belirlenir ve uygulama kolaylığı açısından bazı yaşlar yaşlılığın ve verimliliğin sınırı olarak kabul edilir.

Yaşlılık sadece insanlar için değil toplumlar için de geçerlidir. Toplumlar yaşlı popülasyon açısından 4 gruba ayrılmışlardır (16, 17).

1. Genç toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %4'den azdır.

2. Erişkin toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %4–7 arasındadır (Çin ve Türkiye gibi Batı Asya, Güney Amerika bölge ülkeleri).

3. Yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %7–10 arasındadır (Kanada, Avustralya, Japonya gibi).

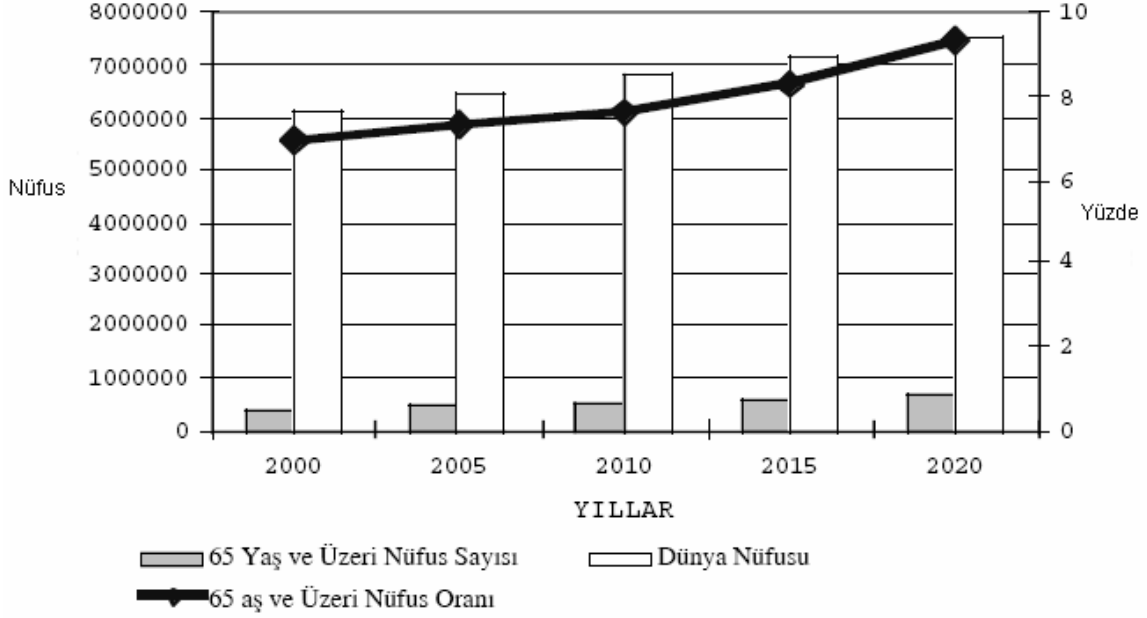
4. Çok yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus %10 üzerindedir (Norveç, İsveç gibi).

2.2. Yaşlı Nüfus Demografisi

Dünya nüfusunun yaş yapısında meydana gelen değişim bakımından 20. yüzyıl, insanlık tarihinde bir dönüm noktası olmuş ve yaşlı nüfus özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren dikkat çekici oranlarda artmıştır. Yaşlı nüfusta dünya genelindeki bu artış, dünyanın birçok bölgesindeki doğum hızlarında kayda değer düşüşlerin gözlemlenmesi, beslenme ve temel sağlık hizmetlerinde gerçekleşen gelişmeler sonucu ortalama yaşam süresinin uzaması ve bebek ve çocuk ölümlülüğünün kontrol edilebilir düzeylere gerilemesi ile gerçekleşmiştir. Doğuşta yaşam beklentisi yüzyılın ilk yarısında, özellikle Avrupa ülkelerinde 20 yıllık bir artış göstermiştir ve 2050'ye kadar 10 yıl daha artacağı tahmin edilmektedir (6).

Doğumda yaşam beklentisi, Roma İmparatorluğu'nda 23, İngiltere'de 1850 yılında 40, 1900 yılında ise 47'ye çıkmıştır (16). OECD ülkelerinde 1960 yılından bu yana doğuşta beklenen yaşam süresi artmış, 2007 yılında İsviçre'de 81.9, Japonya'da 82.6 Türkiye'de ise 73.2'ye çıkmıştır (18).

2.2.1. Dünyada Yaşlı Nüfus Demografisi



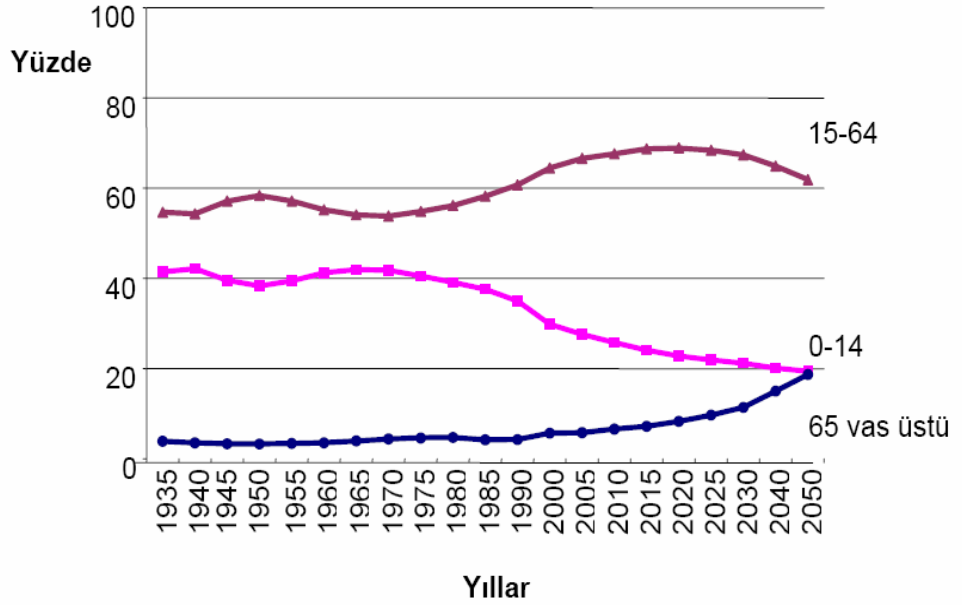
Şekil 1. 2000–2020 yılları arasında Dünya’da toplam nüfus, 65 yaş ve üzeri nüfus ve yüzdesinin değişimi

Şekil 1’de, Dünyada 2000–2020 yılları arasında toplam nüfus ve toplam nüfus içerisinde 65 yaş ve üzeri nüfusun dağılımı sunulmaktadır. Bugün sanayileşmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfus %10’ların üzerinde iken, az gelişmiş ülkelerde %5’lerde, en az gelişmiş ülkelerde ise %3’lerde bulunmaktadır. DSÖ’nün tahminlerine göre 2000 yılında dünya üzerinde yaşayan 580 milyon 60 yaş ve üzeri insanın 355 milyonu geliştirmekte olan ülkelere yaşamaktadır. Dünyada 2020 yılında ise 60 yaş ve üzeri nüfusun bir milyara ulaşacağı bunun da 700 milyonunun geliştirmekte olan ülkelere yaşayacağı tahmin edilmektedir (16).

Avrupa Birliği’ndeki 25 ülkede nüfus içindeki yaşlıların (65 yaş ve üstü) oranı 1960 yılında %10.0 iken, 2000 yılı itibarıyla %15.7 olmuştur; 2050 yılı projeksiyonu ise %29.9 olarak öngörülmektedir. Avrupa’da 1960–2000–2050 döneminde sırasıyla Almanya %11.5, %16.2 ve %31.5 ile; Fransa %11.1, %11.2 ve %27.3 ile; İtalya %10.1, %23.3 ve %35.3 ile; İsveç %11.7, %15.8 ve %24.3 ve İngiltere %7.4, %16.2 ve %26.6 ile nüfus içindeki yaşlı oranları açısından önemli bir hızlanmaya işaret etmektedir (14).

2.2.2. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Demografisi

Ortalama yaşam beklentisinin artması ile 65 yaş üstü grubun tüm nüfusa oranı giderek artmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre toplam nüfusun %6.8’i 65 yaş ve üzerindedir. Türkiye’nin nüfus yapısı genç olmakla birlikte, yaşlı nüfus oranı yıllara göre artış göstermektedir. Toplumdaki yaşlı nüfus oranındaki artışın yanı sıra 1985 sonrasında yaşlı bağımlı nüfusta bir artış da gözlenmektedir. Yaşlı bağımlı nüfus oranının 1990’da %7.1 iken 2000’de %8.8, 2008’de %10.23’e çıktığı görülmektedir. Yapılan öngörülerde bağımlı nüfus oranının 2025’te %10.7’ye, 2050’de ise %20’ye çıkacağı gösterilmektedir. Ek olarak 2050 yılında 15- 64 yaş arası her beş kişi için bir kişinin 65 yaş ve üstünde olacağı öngörülmektedir (19).



Şekil 2. Yaş gruplarının yüzdesel dağılımları, Türkiye 1935–2050

Şekil 2’de, yaş gruplarının sayım yıllarına ve TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yüzde dağılımları gösterilmektedir. Yaş gruplarının 2000–2050 arasında toplam nüfus içerisindeki yüzde değişimi incelendiğinde, yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarına nazaran belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir. Türkiye nüfusunda 2050 yılında 16 milyon civarında yaşlının bulunacağı öngörülmektedir. Öte yandan yüzyılın ortasına gelindiğinde 0–14 yaş grubu ile yaşlı nüfus arasındaki fark kapanacak gibi görünmektedir. Böylesi bir durum hedeflenen ve yürütülen plan ve programlar açısından önem taşımaktadır (6).

2.3. Yaşlılarda Morbidite ve Mortalite Durumu

Kronik hastalıkların hem morbidite, hem de mortalite olarak önemli hastalıklar olduğu bilinmektedir. Yaşlı nüfusun çok olduğu ülkelerde bütün ölümler içinde yaşlı ölümleri giderek daha fazla pay almaktadır. Örneğin Kanada, ABD gibi ülkelerde her 4 ölümden 3 tanesi yaşlılarda olan ölümlerdir. Bu ölümlerin de büyük bölümünün kronik hastalıklar nedeniyle olduğu bilinmektedir (3).

Günümüzde kronik hastalıklar, ölüm ve sakatlıkların en temel nedeni olup sağlık için en büyük tehlikeyi oluşturmaktadır (20). Yaşlılıkla birlikte artan kronik hastalıklar genellikle tam iyileştirilmesi söz konusu olmayan, sürekli ve yavaş ilerleyen, çoğu kez yeti kayıplarına yol açan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı ve çoğunlukla enfeksiyona bağlı olmayan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (21).

2.3.1. Yaşlılarda Morbidite Durumu

Yaşlanma ile birlikte sağlık sorunları özellikle kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler yaşlılardaki önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Bununla birlikte kas iskelet sisteminin dejeneratif hastalıkları da çok sık görülen sağlık sorunları arasındadır (7). Osteoartrit ve diğer romatizmal hastalıklar, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun %50'sinde görülür (8).

Yaşlılarda birden çok kronik hastalık görülme prevalansı %65–80'dir. Artan yaşlı nüfusu ile artış öngörülmektedir. Birden çok kronik hastalık yaşam kalitesinde, algılanan sağlıkta ve fonksiyonel durumda azalma ve artmış mortalite ile ilişkilidir (22).

Ülkemizde yaşlıların başlıca sağlık sorunları değerlendirildiğinde 65 yaş üzerindeki kişilerin %90'ının genellikle kronik bir hastalığının olduğu, bunların %35'inde 2, %23'ünde 3 ve %14'ünde 4 veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu görülmüştür (23, 24, 25). Yaşlı ölümleri genellikle bu hastalıklara ve komplikasyonlarına bağlı olarak gerçekleşmektedir (23).

Erkeklerde, kardiyovasküler, serebrovasküler sistem hastalıkları, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, kadınlarda ise kas iskelet sistemi hastalıkları ve hipertansiyon prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır (21).

Yapılan araştırmalarda en sık rastlanılan kronik hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları (osteoporoz, artrit), hipertansiyon, gastrointestinal sistem hastalıkları, kalp

hastalıkları, üriner sistem (inkontinans), görme ve işitmede azalma, inme, uykusuzluk, kanser, diyabet ve solunum sistemi hastalıklarıdır (23).

Bilir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, yaşlılarda hipertansiyon (%56.1) en önemli sağlık sorunu olarak belirlenmiştir. Hipertansiyon sıklığı 80 yaş ve üzerinde olanlarda ise %81.8 olarak tespit edilmiştir (26).

Güler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, yaşlıların %82.5'inin dolaşım sistemi hastalığı, %41.3'ünün görme, %58.7'sinin işitme sorunu, %67.4'ünün ağrı, %43.5'inin uyku sorunu olduğu saptanmıştır (8).

Yapılan çalışmada yaşlılarda %63.3'ünde görme, %72.9'ünde diş sorunları, %48.4'ünde hipertansiyon, %39.2'sinde en az bir kronik hastalık bildirilmiştir (27).

Arslan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en sık görülen kronik hastalık olarak, hipertansiyon (%30.7) saptanmıştır. Bunu sırası ile osteoartrit, kalp yetmezliği, diyabet ve koroner arter hastalığı izlemiştir (28).

Botswana'da yapılan bir çalışmada, yaşlılarda en sık görülen sağlık sorunları kas iskelet sistemi hastalıkları ile katarakt ve körlüğü içeren göz hastalıkları yaygın olarak bulunmuştur (29).

Finlandiya'da yaşayan 65–74 yaş grubunun %76.1'inde, 75 yaş grubun %78'inde kronik hastalık rapor edilmiştir. ABD'de evde yaşayan 60 yaş üzerindeki bireylerin %49'unda 2 ya da daha fazla, %24'ünde 4 ya da daha fazla kronik hastalık vardır. Fransa'da 65 ve yukarı yaş grubu erkeklerde kronik hastalığa sahip olma oranı %49.8 iken, kadınlarda %58.5 olduğu belirtilmektedir (30).

Keskinoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 65 yaş üstü erkeklerde kardiyovasküler, serebrovasküler sistem hastalıkları, diyabet, KOAH, kadınlarda ise, kas iskelet sistemi hastalıkları ve hipertansiyon prevalansı daha yüksek saptanmıştır (31).

Yaşlılarda kronik hastalık sıklığı yapılan çalışmalarda %50 ile %88.2 arasında bulunmuştur. Bu hastalıkların başında hipertansiyon, dolaşım sistemi, kas iskelet sistemi hastalıkları, görme ve işitme kaybı en sık görülen sağlık sorunları olduğu belirlenmiştir (8, 23,32, 33, 34, 35).

2.3.2. Yaşlılarda Mortalite Durumu

Mide-barsak ve akciğer başta olmak üzere kanserler, beyin damar hastalıkları, inme ve iskemik kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kaza gibi dış kaynaklı nedenler, endüstrileşmiş ülkelerde 65 yaş üzeri ölümlerin en sık görülen nedenleridir (36).

Dünyada 2005 yılında gerçekleşen 58 milyon ölümden 35 milyonunun nedeni kronik hastalıklardır ve önümüzdeki 10 yıl içinde bu hastalıklardan ölümlerin %17 oranında artması beklenmektedir. Bu durum, hem halk sağlığı, hem de toplumlar ve ekonomileri için çok ciddi bir tehdittir (1).

Kronik hastalıklara bağlı ölümler başta iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar (%30), kanserler (%13), kronik akciğer hastalıkları (%7) ve diyabet (%2) gibi hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Dünya’da 2005 yılında 17.5 milyon kişi kardiyovasküler hastalık nedeniyle ölmüş olup (tüm ölümlerin %30’u) bunların 7.6 milyonu koroner kalp hastalığı, 5.7 milyonu ise inmeye bağlıdır (20). Kronik hastalıklar erkek ve kadınları hemen hemen eşit oranda etkilemekte ve yaklaşık 16 milyon ölüm, 70 yaş altındaki kişilerde oluşmaktadır (37).

Kronik hastalıklar Türkiye’de son derece önemli boyutlarda olup hem ölüm nedenleri hem de hastalık yükü açısından bakıldığında dünyadaki yüksek oranlarla benzerlik içindedir (20). Tüm Türkiye’de 2000 yılı için hesaplanan toplam 430.459 ölümün 305.467’si (%71) kronik hastalıklar nedeniyledir (1).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ölüm nedenleri içerisinde ilk sırayı kalp hastalıkları, ikinci sırayı kanserler, üçüncü sırayı solunum sistemi hastalıkları, dördüncü sırayı serebrovasküler hastalıklar almakta ve ölümlerin önemli bir kısmı kronik hastalıklar tarafından oluşturulmaktadır. Ulusal hastalık yükü çalışmasında da ölüme neden olan ilk 10 hastalık dağılımında iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve kronik obstruktif akciğer hastalığı ilk üç sırayı almıştır (20).

Günümüzde batı ülkelerinde ve gelişmiş ülkelerdeki başlıca ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Aynı şekilde, gelişmekte olan ülkelerde de koroner hastalık insidansında artma görülmektedir (37). Kardiyovasküler hastalıklar en önemli mortalite ve morbidite nedeni olup çok sayıda kalp ve damar hastalığı bu tanımlama içinde yer almaktadır. Kalp hastalıkları 65 yaş ve üzerinde her iki cinste en sık ölüm nedeni olup, tüm ölüm nedenlerinin üçte birinden sorumludur. Damar hastalıkları arasında serebrovasküler

hastalıkları da eklendiğinde bu oran yarı yarıya yaklaşır (38). ABD’de 65 yaş ve üzeri her 10 kişiden 6’den fazla kişi kalp, kanser (malin tümörler) veya serebrovasküler hastalıklar nedeni ile ölmüştür. Koroner kalp hastalığı ABD’de önde gelen ölüm nedenidir. Kalp hastalığından ölme riski yaş ile artmaktadır. Çalışmada koroner kalp hastalığından ölüm oranı 65–74 yaşındakilere göre 75–84 yaşındakilerde 3 kat, 85 yaş ve üzerinde olanlarda ise 9 kat daha fazla bulunmuştur. Tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklere göre kalp hastalığına bağlı ölüm riski daha düşük bulunmuştur. ABD’de yaşlılarda serebrovasküler hastalık üçüncü önde gelen ölüm nedenidir. Yaşlılarda başlıca ciddi sakatlık nedenidir. Yaşla birlikte görülme sıklığı belirgin bir şekilde artar (39).

Kanserler ülkemizde yaşlılık döneminde ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır (38). ABD’de yaşlılarda kanser ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Yaşla birlikte kansere yakalanma riski artar (39). Kanserlerin dünyada 2007 yılında 7.9 milyon ölümünden ve tüm ölümlerin %13’ünden sorumlu olduğu bildirilmektedir. Tüm kanserlerin yaklaşık %60’ı 65 yaş ve üstünde ve kanserden ölümlerin yaklaşık %70’i 65 yaş ve üstünde görülmektedir (38). En başta gelen kanser türleri, akciğer, mide, karaciğer, kolon ve meme kanseridir. Kansere bağlı ölüm sayısının 2020 yılında 12 milyon olacağı tahmin edilmektedir (20).

Dünya sağlık örgütü verilerine göre bugün tüm dünyada 600 milyon KOAH’lı hasta bulunmaktadır ve her yıl 2.3 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmektedir. KOAH’a bağlı ölümler tüm ölümlerin yaklaşık %5’ini oluşturmaktadır (20). Avrupa ülkelerinde KOAH, astım ve pnömoniden oluşan hastalık grubu ölüm nedenleri içinde 3. sırayı alırken, ABD’de KOAH tek başına 4. ölüm nedeni olarak izlenmektedir (40).

2.4. Yaşlılara Yönelik Koruyucu Hizmetler

Yaşlılık sorunu her şeyden önce tıbbi ve toplumsal bir nitelik taşımaktadır (6). Yaşlılara verilen sağlık hizmetinde, gereksinimlerin sadece tıbbi değil sosyal boyutunun da değerlendirilmesi ve hizmetlerin bu yönde planlanması büyük önem taşır.

Yaşlılar sağlık sorunlarının daha az farkına varmaktadırlar ayrıca, semptomları inkar etme ya da şikayetlerini ifade etme güçlüğü, sağlık personeline yeterli ilgi gösterilmemesi, yakınmaların olağan sayılması ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunlar, gençlere göre öğrenim düzeylerinin düşük olması yaşlılıktaki sağlık sorunlarının yükünü artırmaktadır (8). Yaşlılar yaşlılık döneminde daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun

ile yaşamak zorunda kalmaktadırlar (41). Çalışmalar, yaşlı nüfusun sağlık hizmetini daha fazla kullandığını göstermiştir. Ayrıca yaşlı bireyler daha fazla hastanede kalmaktadırlar (16).

Pek çok sorun, yaşlının kendisi veya yakınları tarafından “yaşlılıktandır” denerek göz ardı edilmektedir. Oysa bu belirtiler tedavisi mümkün olan bir hastalığın habercisi olabilir, fakat hekime başvurulmadıkça ya tedavi edilemez, ya da iyileşmesi gecikerek kişiyi günlük yaşamında bağımlı hale getirir (42).

Yaşlılardaki süregen hastalıklar, yaşam kalitesinde bozulmaya ve ciddi boyutlara varan sağlık harcamalarına neden olarak ekonomik açıdan da ağır bir yük oluşturmaya devam etmektedir. Çoğu kronik hastalığa bağlı yeti kaybı ve ölüm koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Bu aşamadaki en önemli sorun yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır (1).

Sağlıklı yaşlanmanın temelini oluşturan koruyucu uygulamaların yeterince bilindiği ve uygulandığı söylenememektedir. Yaşlı bireylerde hastalıklar için davranışsal ve çevresel riskleri azaltmaktan çok hastalık yönetimi üzerinde odaklanılmaktadır (20). Bu konuda var olan güçlükleri yenmek için yaşlanmaya ilişkin koruyucu tıp konusuna daha da önem verilmelidir (6).

Yaşlılara koruyucu bakım hizmeti verilmesi gereklidir, çünkü

1. Yaşlılar hastanelere daha sık başvurular,
2. Sık başvurularının nedeni ciddi bir sorundur,
3. Ciddi soruna yol açan olayların uzun bir geçmişi vardır,
4. Bu nedenle ciddi sorunları oluşmadan önlemek daha uygun olacaktır (7).

Sağlık sisteminde hekimin hizmet verdiği en uç birim birinci basamaktır. Birinci basamak, yaşlı sağlığının ele alınabileceği topluma en yakın hizmet birimidir (36). Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunmak üzere yapılandırılmıştır. Uygulamada ise en çok gereksinimi olan duyarlı gruplar olan kadın ve çocuk sağlığı hizmetlerine odaklıdır.

Ülkemizde yasal olarak 65 ve üzeri yaş grubu nüfustan birinci basamakta doğrudan hiç kimse sorumlu tutulmamıştır. Ancak yaşlı nüfus ta bebek-çocuk ve gebe kadar ve hatta onlardan daha çok yakın izlem ve ilgiyi gerektirir. Birinci basamakla yaşlı nüfusun bağlantısını kurmak, devam ettirmek, izlem ve bakımını sağlamak için sağlık personeli yaşlıları belirli aralarla evde ziyaret edebilir ve yaşlının sağlık sosyal sorunlarını hafifletilebilir.

Uygun bakımın, hastalıkları önleyip yaşam kalitesini yükselteceği, bu amaçla kişilerin kapasitelerinin harekete geçirilmesi için olanak sağlanması gerektiği ve bu önlemlerin birinci basamak hekimlik uygulamalarında önemli yerinin olduğu bilinmektedir (32).

Yaşlı sağlığı konusunda atılması gereken ilk adım, bölgedeki 60 yaş üzeri bireyleri tespit etmek, bunları yaş sınıflarına ayırarak gruplamak ve bu grupların bölge nüfusu içindeki paylarını belirlemektir (36). Hizmet tüm yaşlıları kapsamalıdır. Ancak birey bazında verilecek hizmetlerin belirlenmesinde ya da kurumsal bakıma karar vermede öncelikli gruplar göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikli gruplar (9);

- çok yaşlılar (80 üzeri yaşta olanlar),
- barınma koşulları yetersiz olanlar,
- günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyenler, hareket kısıtlılığı olanlar,
- akılsal ve fiziksel sağlığı iyi olmayanlar,
- kronik hastalığı olanlar (hastalık, yakınma ve kullandığı ilaç sayısı önemli),
- sosyal güvencesi olmayanlardır.

Yaşlılarda koruyucu hekimlik hizmetleri şu başlıklar altında toplanabilir (36,7):

1. Yaşlıların yalnızlıktan korunması: Yapılacak iş ve uğraş bulma depresyonu önler. Sık ziyaret, yalnızlıktan doğacak sorunları önler.
2. Fizik aktivite ve egzersiz programları: Kas iskelet sorunlarını, trombo embolik kazaları önler. Fiziksel aktivite özelliklerine göre kişinin hareketliliğinin korunmasına ve egzersiz programının hazırlanmasına destek verilmelidir. Hareketliliğin korunması ve egzersizin yapılmasındaki engellerin aşılmasına yönelik yaşlılara önerilerde bulunulmalıdır.
3. Beslenme eğitimi ve denetimi: Yaşlıların yeterli ve dengeli beslenmesi, fazla kilolu olan yaşlılara uygun beslenme ve programlarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.
4. Kazalardan korunma: Kazalara bağlı ölüm hızı, 65 yaş üzerinde toplam nüfusa göre 3 kat artmaktadır. 65 yaş üzerinde ölümlerle sonuçlanan 10 kazadan 6'sı evde olan düşmelerdir. Düşmenin önlenmesi için halıların kaldırılması, banyoda tutunacak yer yapılması, gece ışığının kolayca yakılabileceği bir düzenek kurulması, eşyaların azaltılması gibi ev içi düzenlemeler yapılmalıdır.

5. İatrojenik hastalıkların önlenmesi: Yaşlının kullandığı ilaçları iyi bilmek, kullanmayı öğretmek, gaz, çamaşır suyu, tarım ilacı gibi sıvıları zor ulaşılır şekilde saklamanın öğretilmesi

6. Ayak bakımı: Özellikle diyabetik hastalara ayakların günlük yıkanma, kurulanma ve yağlanması eğitiminin verilmesi

7. Sigaranın bırakılması: Kalp-damar, solunum sistemi hastalıklarını azaltacaktır.

8. Aşılama programları: Grip, pnömokok, tetanoz ve difteri aşılarının yapılması

9. Kanser araştırması: Yaşlılarda kanser taraması rutin bir hizmet haline gelmelidir.

10. Görme ve işitmenin değerlendirilmesi ve korunması: Belirli aralıklarla iki duyunun muayenesi yapılmalıdır. Görme ve işitme sorunlarının çözülmesi ev içi ve ev dışı kazaların önlenmesinde önemli etkileri olacaktır.

11. Nöropsikiyatrik işlevlerin değerlendirilmesi ve korunması: Bu işlevler hekim tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmeli, hastalık veya ameliyat geçirenlere özellikle dikkat edilmelidir.

12. Anemi araştırması: Anemi yaşlılarda daha sık görülmez ama daha özel sorunlara işaret edebilir. Anemi bulunan yaşlıda gizli kanama odağı araştırılmalıdır.

Yaşlı hasta izlemi interdisipliner bir anlayışla ve bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu ekipte, temel olarak hekim, hemşire bulunmalı gereksinime göre fizyoterapist, diyetisyen, psikolog gibi çeşitli alanlardan destek alınmalıdır. Yaşlılık dönemine ait sorunların çok çeşitli olduğu ve ancak bir ekip anlayışı çerçevesinde çözülebileceği unutulmamalıdır.

İzlem sayısı önceden belirlenmiş risk etmenlerine ilişkin ölçütlerle belirlenmelidir. İlk izlem sırasında yaşlılara ve ailelerine yaşlıların nerelerden hizmet alabileceğine, acil durumlarda ulaşabilecekleri yerlere ve telefonla danışma hatlarına ilişkin bilgi ve telefon numaralarını içeren bir broşür verilmelidir. İzlem en iyi koşullarda (en az riski olanlara) yılda iki kez olmalıdır (9).

En olumsuz durumda, ilaç reçetesi tekrarı için gelen yaşlıları, belirli hastalıklar için tarayarak ve reçeteye ilgili hastalıkları izleyerek bir tür pasif sürveyans yaklaşımıyla kendilerine sağlıklı yaşam önerileri ve hastalık önleme, erken tanı ve sağaltım hizmetleri verilebilir (36).

İkinci basamak sağlık kurumları ile eşgüdüm içinde çalışılarak ikinci basamağa sevk edilmesine karar verilen yaşlıların durumu izlenmeye devam edilmelidir. İkinci basamak sağlık kurumlarından sevk eden kuruma geri bildirim mutlaka yapılmalıdır (9).

İngiltere’de yaşlı sağlığı hizmetleri birinci basamak hizmetlerinin içine yerleştirilmiştir. İngiltere’de genel pratisyen hekimlerin 1990 yılından itibaren 75 yaş ve üzeri nüfusa sağladıkları hizmetler aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilir (7):

1. Yılda en az bir ziyaret (ev çevresini görmek, bakıcıların ve ilişkilerinin varlığını tespit)
2. Sosyal değerlendirme (yaşam biçimi, ilişkiler)
3. Hareketliliğin değerlendirilmesi (yürüme, oturma, alet kullanımı)
4. Mental değerlendirme
5. Duyuların değerlendirilmesi (duyma ve görme)
6. Kontinansın değerlendirilmesi
7. Genel işlevsel değerlendirme (yemek yapma, yemek yeme, alışveriş, giyinme, banyo, tuvalet)
8. Tedavinin düzenlenmesi ve özetlenmesi

Yaşlıya sunulacak hizmetler, yaşlının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını destekleyecek boyutta ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Yaşlı hizmetleri birinci basamak hizmetleri içine entegre edilmeli, eşitsizliklerin engellenmesini sağlayan yasal düzenlemeler ve oluşumlarla kurgulanmalıdır (9, 16).

Yaşlı sağlığı sorunlarının büyük bir kısmını oluşturan kronik hastalıkların, özürüllüğün ve sakatlığın tedavi maliyetlerinin çok fazla olması nedeniyle, özellikle bu hastalıklara özgü koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gereklidir (16).

2.5. Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Yaşlılar toplumsal değişmelere bağlı olarak aile kurumundaki değişmelerden en fazla etkilenen grubu oluşturmaktadır. Sanayileşme ve kentleşme nedeni ile köyden kente göç, azalan aile içi ilişkiler, kadının çalışma hayatına girmesi, gençlerin öğrenim ve evlenme nedeniyle evden ayrılmaları, geniş ailenin yerini çekirdek aile tipinin alması gibi nedenlerle, ailelerin yaşlılara sağladığı desteğin azalması sonucu, yaşlı bireylerin evde bakım sorunları gündeme gelmiştir (24, 25).

Ülkemizde genel olarak geniş ailede azalmada, çekirdek ve parçalanmış ailede artma eğilimi görülmektedir. Ülkemizde ailelerin 2/3'ü çekirdek ailedir. Kırsal yörede yaşlıların büyük bir bölümünün tek sosyal güvencesi çocuklarıdır. Sosyal değişim sonunda çocukların aileden kopması bu güvenceyi sarsmakta ve yaşlıları ekonomik ve sosyal yönden önemli derecede etkilemektedir (13). Daha önceleri geniş ailenin güvencesi altında olan yaşlılar, giderek yalnızlaşmaya ve toplumları için bir sorun oluşturmaya başlamışlardır (24, 25).

Geleneksel yaklaşım, yaşlıları aile içinde barındırma olmasına rağmen saydığımız nedenlerden dolayı yaşlılarımız, aile ortamından farklı olan kurumlara yerleştirilmektedir (11).

Kronik hastalıklar ve özürülük nedeniyle uzman bakıma (geriatri klinikleri, huzurevleri, vb) duyulan gereksinim artmaktadır. ABD'de yaşlı bakım evlerindeki yatak sayısının hastaneleri geçtiği bildirilmektedir (16).

Yaşlı bakım hizmetleri sosyal hizmetlerin çalışma alanlarından biridir. Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan yaşlı ilkelerinde, yaşlının aile ve toplum tarafından desteklenmesi, ihtiyacı olanlara uygun bakım hizmetleri sağlanması ve yaşlıya yönelik hizmetlerin çoğunun devlet tarafından sağlanması gerektiği bildirilmektedir (11).

Yaşlılarda bakım hizmetleri, sosyal hizmetler ve sosyal yardım gibi yöntemler de önemli bir destek niteliğine sahiptirler. Ancak bu durum, ülkeler arasında farklı şekil ve derecelere sahiptir. Yaşlılara dönük sosyal politikalarda, devlet, yerel yönetimler ve aile gibi aktörlerin etkisi, ülkeler açısından farklı derecelerde görülmektedir. Kimi ülkelerde devlet ön planda iken, kimisinde yerel yönetimler ve kimisinde de aile merkezdedir (14).

Yaşlılara yönelik sosyal bakım hizmetleri, gittikçe “karma bakım modeli” şeklini almaktadır. Bu çerçevede, bakım hizmetinde, bir yandan kamu (merkezi/yerel) gerek finans gerekse direkt hizmet anlamında devrede iken, diğer yandan aile gibi yaşlının yakın çevresi de katkı sağlamaktadır (14).

2.5.1. Dünya'da Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Gelişmiş ülkeler, yaşlı bakım hizmetlerinin hem pahalı olması hem de yaşlıların kurumlarda mutsuz olmalarından dolayı kurum bakım hizmetlerini giderek terk etmekte, onun yerine evde bakım hizmetlerine ağırlık vermektedirler.

Sağlıklı yaşlanma açısından yaşlıların yaşamlarını olabildiğince kendi alışık oldukları aile çevresinde geçirmeleri önemlidir (27).

İsveç'te yaşlı bakımı, kurumsal bakım anlamına gelmektedir. Diğer yandan evde yardım hizmetleri genişlemiştir. Böylece bir yandan kurumsal bakım bir yandan da evde yardım hizmetleri ile yaşlılara dönük sosyal bakım-sosyal hizmetler uygulanmaya başlanmıştır (14).

Hollanda'da sosyal bakım hizmetlerinin finansmanı devlet tarafından yapılmaktadır. Hollanda'da hiçbir kurumsal hizmetten yararlanmayan ve kendi başına bağımsızlığını sürdürmekte zorlanan kişiler yaşlı bakım evlerinde kalmaktadırlar. Hollanda'da yaşlılar için kurum bakımı yerine evde bakım daha fazla tercih edilmektedir (43).

Almanya'da son dönemlerde, bakım hizmetlerinin “karışım” halinde yapılması konusunda ailelerin isteklerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu doğrultuda, yapılan bir çalışmaya göre, aileler, yaşlı bakım hizmetlerini sadece kurumsal anlamda profesyonellere bırakmak istememekte, kendilerinin de dahil olduğu bir “karışım bakım modeli”ni arzu etmektedirler. Dolayısıyla bakım hizmetinde ne tam anlamıyla devletin katkısı, ne de tam anlamıyla ailenin katkısı söz konusu olmaktadır. Bunun yerine ikisinin karışımı bir model söz konusudur (14).

Bakım hizmetlerinden olan konutta (evde) bakım, İngiltere'de görülen hizmetlerden biridir. İngiltere'deki yaşlı sosyal politika alanlarındaki uygulamalardan biri de yaşlı köyleri uygulamasıdır. İngiltere'de yaşlılar için özel olarak oluşturulmuş olan ve “yaşlılar köyü” olarak isimlendirilen özel bölgeler bulunmaktadır. Buradaki yaşlılar, kurumsal anlamda kendileriyle ilişkide olan profesyonellerle daha yakın irtibattadırlar. Aynı zamanda, kendilerine ait kararları kendileri alabilecek durumdadırlar (14).

İtalya'da temel olarak yaşlıyı sosyo-ekonomik risklere karşı koruma görevi, öncelikle aileye, ikincil anlamda akraba çevresine aittir. Devlete ise, aile resilerine parasal anlamda yardım yapma görevi düşmektedir (14).

Danimarka'da 1980'den önce yaşlılar kendi bakımlarını yapamadıkları dönemde bakım yurtlarına gönderilmekteydi. Huzurevi ve bakım yurtlarındaki yatak sayıları 1985–1997 yılları arasında azaltılmış, özel düzenlenmiş sosyal konutların yapılmasına önem verilmiştir. Yasal düzenlemeler ile kurumsal bakım hizmetleri yerine evde sosyal bakım hizmetlerine 1987 yılında ağırlık verilmiştir (43).

ABD'de hastane dışı bakımın yapıldığı bakım evleri ve huzurevlerinin yanısıra geriatri hastaneleri de hizmet vermektedir (44). ABD'de 1.5 milyonun üzerinde yaşlıyı barındıran 25000 bakımevi bulunmaktadır. Buna göre, ABD'de yaşlı nüfusun yaklaşık %5'i bakımevlerinde yaşamaktadırlar. Bu oranın 2020'de 2'ye, 2040'da 3'e katlanacağı tahmin

edilmektedir (45). Evinde yaşamak isteyen yaşlılar için de ayrı bakım servisleri hizmet götürmektedir (44).

Avusturya'da bakım güvencesi kapsamında kişilerin bakıma muhtaçlık derecelerine göre (7 gruba ayrılmıştır) bakım parası aylık olarak devlet tarafından verilmektedir. Kişi almış olduğu bu bakım parası ile gerek özel gerekse kamu kuruluşlarından bakım hizmeti satın almaktadır. Bakım hizmeti kurumsal ve evde olmak üzere 2 gruba ayrılır. Kurum bakımı daha çok aile ortamından yoksun olan veya bakımı güç olan kişiler için düşünülmektedir. Avusturya'da evde bakım hizmetleri daha fazla tercih edilmektedir (45).

2.5.2. Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler

Ülkemizde 1930 yılında çıkarılan 1580 sayılı belediyeler yasası ile devlet, bakıma muhtaç yaşlılara bakım verme ve onlara yönelik koruyucu önlemler alma görevini yerel yönetimlere vermiştir. Bu amaçla belediyeler bazı illerde huzurevleri açmışlardır (9,27). Sosyal Hizmetler Enstitüsü 1959 yılında kurulmuş, 1961 yılında Anayasa'nın 10. ve 48. maddeleri ile sosyal hizmetler temel haklar arasına alınmıştır (9).

Türkiye'de yaşlı hizmetleri ilk defa 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmasıyla kamu hizmetleri içerisindeki yerini almıştır. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) 1983 yılında çıkarılan 2828 Sayılı Yasa ile kurulmuştur. Bu yasa ile korunmaya, bakıma ya da yardıma muhtaç aile, çocuk, engelli, yaşlı ve diğer kişilere sosyal hizmet götürülmesi sağlanmıştır. Bu kanunla yaşlılar ile ilgili hizmetleri yürütmek için Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı kurulmuştur (11). Günümüzde SHÇEK bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı'na bağlı olarak yürütülmektedir (16).

Ülkemizde hizmet veren huzurevleri SHÇEK'e ait olan huzurevleri, özel huzurevleri (dernek ve vakıflara ait kuruluşlar, azınlıklara ait kuruluşlar, gerçek kişilere ait (özel) kuruluşlar), diğer bakanlıklara ait huzurevleri ve belediyelere ait huzurevleri şeklinde sınıflanmaktadır.

Tablo 1'de 28.03.2011 tarihi itibarıyla ülkemizde hizmet veren huzurevlerinin sayısı ve kapasitesi sunulmaktadır (46).

Tablo 1: 28.03.2011 tarihi itibariyle ülkemizde hizmet veren huzurevleri

Huzurevi	Huzurevi sayısı	Kapasite
SHÇEK ait huzurevleri	100	9617
Dernek ve vakıflara ait huzurevleri	32	2459
Azınlıklara ait huzurevleri	7	961
Özel huzurevleri	118	5664
Diğer bakanlıklara bağlı huzurevleri	6	2442
Belediyelere ait huzurevleri	21	2039
Toplam	284	23182

Yaşlı açısından değerlendirildiğinde, yaşlının aile dışında bir bakım biçimi olan huzurevine yerleştirilmesi özellikle yaşlı açısından kolay kabullenilir bir durum değildir. Toplumdaki statüsünü yitirmek ve evinde alıştığı yaşamdan vazgeçmek yaşlı için zor bir olgudur. Yaşlı için evi bildiği, içinde kendini güvende ve özgür hissettiği, anlarıyla beraber olduğu bir ortamdır. Huzurevi ise çevre denetimini görel olarak yitirdiği, ilk kez karşılaştığı farklı kültürlerden gelmiş insanlarla birlikte yaşamak zorunda olduğu yeni bir ortamdır. Bu nedenledir ki ülkemizde yaşlının mümkün olduğunca evinde, yakın çevresinden koparılmadan, ihtiyaçlarının karşılanarak bakımlarının sağlanması yönünde çalışmalara başlanmıştır. Evde bakımın yaşlılıkta fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişilerarası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur (46).

Yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak ve onların izole edilmelerini engellemek amacıyla Yaşlı Hizmet Merkezleri açılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. SHÇEK Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetleri ile bu hizmetlerin yürütüleceği yaşlı hizmet merkezi tanımı 2828 sayılı SHÇEK kanununda yer almıştır. Ankara, Çanakkale, Eskişehir ve İzmir'deki yaşlı dayanışma merkezleri kapatılmış, Yaşlı Hizmet Merkezi olarak 08.01.2009 tarihinde yeniden hizmete açılmıştır (46).

Tablo 2’de 28.03.2011 tarihi itibariyle ülkemizde hizmet veren yaşlı hizmet merkezlerinin bulunduğu yerler, erkek ve kadın olmak üzere üye sayısı sunulmaktadır (46).

Tablo 2: 28.03.2011 tarihi itibariyle ülkemizde hizmet veren yaşlı hizmet merkezleri

Yaşlı hizmet merkezleri	Erkek	Kadın	Üye sayısı
Ankara Emek YHM	39	164	203
Ankara Mamak YHM	62	49	111
Çanakkale YHM	28	173	201
İzmir Nebahat Dolman YHM	72	348	420
Eskişehir YHM	16	-	16
Kırıkkale Gün Işığı YHM			
Toplam	217	734	951

Yaşlı Hizmet Merkezlerinin sayıları ve çalışma alanlarının genişletilmesi gerekmektedir. İl Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışan merkezlerin yönetmelik hükümleri ile çalışmaları sürdürmesi bir gerekliliktir.

Ülkemizde yaşlı bakımının kuruluş bakımına odaklı olduğu bilinen bir gerçektir. Ancak toplumsal gelişim sürecinde yaşlı bakıma yönelik yeni modellerin geliştirilmesi, yaşlı evleri, gündüz bakımevleri ve evde bakım hizmetlerine yoğunlaşılması, aile içinde bakımın desteklenmesi ve bakım veren kurumlarda kalite standartlarının belirlenmesi bir gerekliliktir (11).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Bu araştırma retrospektif kohort tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma Ekim 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında Söke Hilmi Fırat Huzurevi, Söke, Aydın' da gerçekleştirilmiştir.

Söke Hilmi Fırat Huzurevi, Hayırsever Hilmi FIRAT tarafından bağışlanmış ve 23 yatak kapasiteli, 1981 yılından itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Zaman içerisinde yetersiz kalan ve talepleri karşılamayan binanın yanına 2002 tarihinde Hilmi FIRAT'ın oğlu hayırsever Halil FIRAT tarafından 90 kapasiteli yeni huzurevi hizmet binasının inşaatına başlanmıştır. Yeni hizmet binasının açılışı Mart 2004 yılında yapılmıştır.

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmelik hükümlerine göre, Söke Hilmi Fırat Huzurevi maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olan, ancak günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak için kurulmuş yatılı sosyal hizmet kuruluşu olarak faaliyet göstermektedir. Huzurevinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının (yeme, içme, barınma ve temizlik gibi) karşılanmasının yanı sıra, tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, fiziksel aktivitelerinin devamının sağlanması, beslenmelerine ilişkin cetvel ve programlarının sağlanmasına yönelik tüm hizmetler kuruluştaki bulunan sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen, ve hemşire gibi meslek elemanları tarafından koordineli bir biçimde verilmeye çalışılmaktadır.

İki kadrolu hemşire ve Sağlık Meslek Lisesi Mezunu acil tıp teknisyeni 4 personel tarafından, 24 saat süresince ve resmi tatil günlerinde kuruluştaki yaşlıların sağlık işlerinin (ilaçlarının içirilmesi, takibi, tansiyon ölçümü) yerine getirilmesi sağlandığı gibi, poliklinik muayenelerinin yaptırılması tedavilerinin takibi yapılmaktadır.

Yaşlıların tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılmasına yönelik hizmetler aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilir.

1. Kuruluşa kabulü yapılan yaşlılar, genel kontrol amaçlı Söke Devlet Hastanesi'ne götürülerek muayeneleri yaptırılmaktadır.

3. Sağlık sorunu olan yaşlılar tespit edilerek, sağlık servisinde görevli acil tıp teknisyenleri refakatinde Söke Devlet Hastanesi, Sağlık Ocağı ve Ağız Diş Sağlığı Merkezine götürülmeleri sağlanmaktadır.
4. Yaşlıların yıllık periyodik sağlık taraması (rutin biyokimya, hemogram tetkiki) bağlı bulunan sağlık ocağına yaptırılarak, sonuçlar sağlık ocağı hekimi tarafından değerlendirilerek periyodik muayene formları doldurtulmaktadır. İleri tetkik istenen yaşlılar Söke Devlet Hastanesi'ne götürülmektedir
5. Acil müdahale gerektiren yaşlıların ilk müdahaleleri kuruluş hemşiresi tarafından yapılmakta ve 112 ambulans ekiplerine bildirilmektedir.
6. Yaşlıların Grip, Hepatit-B ve Tetanos aşılı yapılmaktadır
7. Yaşlıların tüm sağlık kayıtları (sevk kâğıdı, karne fotokopisi, tüm tetkik sonuçları, reçete) eksiksiz olarak dosyalanmakta ve kayıtları tutulmaktadır.
8. Yaşlıların rutin tansiyon takipleri yapılarak günlük kayıtları tutulmaktadır
9. Yaşlıların sürekli kullandıkları ilaçları (Antihipertansif, antidiyabetik, antideprasan vb.) düzenli takip edilerek, zamanında yazdırılması ve ilaçlarını düzenli olarak kullanmaları sağlanmaktadır.
10. Aydın Verem Savaş Dispanseri Röntgen çekim aracı ve yetkili personeli ile yaşlılara TBC taraması yapılmaktadır. Tarama sonucu TBC kuşkulu bulunan yaşlılara balgam kültürü yaptırılmakta, Söke Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine sevk edilen yaşlılar uzman Dr. tarafından değerlendirilmektedir.
11. Yaşlılara yönelik düzenli grup egzersiz programları kuruluş fizyoterapisti tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca yaşlıların uzman tabip tarafından konulan teşhisleri doğrultusunda; fizik tedavi ve rehabilitasyona gereksinim duyan yaşlılar kuruluş fizyoterapisti tarafından değerlendirilmekte ve tedavi programları oluşturulmaktadır.
12. Besin harcama oranları ve sağlık durumları göz önüne alınarak uygun tarzda beslenmeleri kuruluş diyetisyeni tarafından sağlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi /Çalışma Grupları

Araştırma grubu: 2004–2010 yılları arasında huzurevinde kalmış ya da kalmakta olan 224 yaşlı oluşturmaktadır.

Örnek büyüklüğü: Bağımsız değişkenin iki grubu (örneğin 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri) arasında orta düzey ($W=0.30$) bir fark saptamak için %80 güç (power: 0.80) ve 0.05 alfa değeri (Alpha: 0.05) ile alınması gereken en az kişi sayısı 108 (N:108) olarak belirlenmiştir (47). Ancak araştırmada örnek seçilmeyip huzurevinde kalan tüm yaşlıların (n=224) değerlendirilmesi planlanmıştır.

3.4. Çalışma materyali: Huzurevinde yaşlıların dosyalarından ölüm, demografik, sosyoekonomik, huzurevine gelişteki hastalık öyküleri retrospektif olarak incelenmiştir. Huzurevinde kalmış ya da kalmakta olan tüm 224 kişinin dosyalarından veri toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Değişkenler:

Bağımlı değişken:

— Ölüm

Bağımsız değişkenler:

Demografik özellikler:

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum

Sosyo-ekonomik durumu:

- Öğrenim durumu
- İş/Meslek
- Gelir
- Sağlık güvencesi
- Geliş nedeni
- Kalış süresi

Huzurevine gelişteki hastalık öyküsü

- Diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, kanser, diğer
- İtme sorunları, görme sorunları

Değişkenlerin tanım ve ölçüm yöntemi

Bağımlı Değişken

Ölüm: Ölüm tutanaklarından ölüm tarihi, ölüm nedeni, ölüm yeri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Ölüm zamanı gün, ay, yıl olarak kaydedilmiştir. Çözümlemelerde ölüm var ve yok şeklinde kullanılmıştır.

Ölüm nedenleri,

—dolaşım sistemi hastalıkları (diğer kalp hastalıkları, kardiyopulmoner arrest, kardiyak arrest, kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, dolaşım sisteminin hastalığı, kardiyojenik şok, serebrovasküler hastalıklar),

—solunum sisteminin hastalıkları (KOAH, pnömoni, astım bronşit, solunum sisteminin hastalığı, solunum yetmezliği),

—kanserler (prostat ca, mesane ca, mide ca, kolon ca),

—sindirim sistemi hastalıkları (gastrointestinal kanamalar),

—böbrek ve ureter hastalıkları (böbrek yetmezliği),

—diyabet şeklinde ICD–10 gruplamasına göre değerlendirilmiştir (48).

Ölüm yeri bilgisi yaşlının dosyasından elde edilmiş hastane, huzurevi ve ev şeklinde tanımlanmıştır.

Bağımsız Değişkenler

Yaş: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) doğum tarihi ile ilgili bilgi elde edilmiştir. Doğum tarihi gün, ay, yıl olarak kaydedilerek bitirilen yaş hesaplanmıştır. Yaş değişkeni 55–64, 65–74, 75–84, 85 yaş ve üzeri şeklinde gruplandırılmıştır. Çözümlemelerde 55–64 yaş grubundaki yaşlı sayısının az olması nedeniyle 65–74 yaş grubuna eklenerek; yaş grupları 65–74, 75–84, 85 yaş ve üzeri şeklinde değerlendirilmeye alınmıştır.

Cinsiyet: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) cinsiyet ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Erkek ve kadın olarak tanımlanmıştır.

Medeni durumu: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) medeni durum ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Evli, bekar, dul ve boşanmış olarak tanımlanmıştır. Çözümlemelerde evli ve bekar/dul/boşanmış olarak iki sınıflı değerlendirilmeye alınmıştır.

Öğrenim durumu: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) öğrenim durumu ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Öğrenim durumu, okur–yazar değil, okur-yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, yüksekokul olarak tanımlanmıştır. Çözümlemelerde öğrenim durumu, ilkokulu bitirmemiş (okur–yazar değil, okur-yazar), ilkokulu mezunu ve üzeri (ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, yüksekokul) olanlar şeklinde değerlendirilmeye alınmıştır.

İş/Meslek: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) iş/meslek ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Memur, işçi, ev hanımı, serbest meslek (kendi hesabına çalışanlar), işsiz, düzensiz işler (boyacılık, hurdacılık, gündelik iş) olarak tanımlanmıştır. Çözümlemelerde iş/meslek durumu değişkeninde kişi emekli olmasını sağlayacak bir işte çalışmışsa (memur, işçi, serbest meslek) “emekli” olarak işsizse ya da emekli olmasını sağlamayan düzensiz işlerde çalışmışsa “emekli değil” olarak tanımlanmıştır. Çözümlemeler sırasında iş/meslek durumu ev hanımları, emekli değil ve emekli şeklinde değerlendirilmeye alınmıştır.

Gelir: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) gelir durumu ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Herhangi bir geliri (emekli maaşı, yaşlılık maaşı, dul yetim maaşı, yakınlarından harçlık, gayrimenkul gelirleri olanlar, diğer) olanlar geliri var, herhangi bir geliri (emekli maaşı, yaşlılık maaşı, dul yetim maaşı, yakınlarından harçlık, gayrimenkul gelirleri olanlar, diğer) olmayanlar geliri yok şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık güvencesi: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) sağlık güvencesi ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur, Yeşil kart, sosyal güvencesi olmayanlar olarak tanımlanmıştır. Çözümlemelerde sağlık güvencesi var (Emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur), sağlık güvencesi yok (Yeşil kart, sosyal güvencesi olmayanlar) şeklinde değerlendirilmeye alınmıştır.

Geliş nedeni: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) geliş nedeni ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Sosyal yoksunluk ve sosyoekonomik yoksunluk olarak tanımlanmıştır.

Huzurevlerine, ekonomik gücü yerinde olmayan, kanunen kendisine bakmakla

yükümlü kimsesi bulunmayan ya da kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olan fakat yükümlülerin ekonomik gücü yeterli olmayan sosyoekonomik yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yerinde olan ancak sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ücretli olarak kabul edilmektedirler.

Kalış süresi: Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) huzurevine geliş tarihi ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Huzurevine geliş tarihi gün, ay, yıl olarak kaydedilerek kaldığı süre belirlenmiştir. Şu an kalmakta olanların kalış süresi geliş tarihinden itibaren hesaplanmıştır. Ölenlerin kalış süresi, ölüm tarihinden geliş tarihi çıkarılarak hesaplanmıştır. Ayrılanların kalış süresi, ayrılış tarihinden geliş tarihi çıkarılarak hesaplanmıştır. Kalış süresi 1 yıldan az, 1-4 yıl ve 5 yıl ve üzeri şeklinde gruplanmıştır.

Huzurevine geliştteki hastalık öyküsü: Sağlık kurul raporlarından hastalık öyküleri kaydedilmiş ve tanı gruplarına göre ayrılmıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları (arteriyosklerotik kalp hastalığı, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, serebral arteriyoskleroz, vertebrobaziler yetmezlik, anemi), neoplazma hastalıkları (prostat ca, mesane ca, larinks ca, meme ca), solunum sistemi hastalıkları (KOA, kronik bronşit), diğer hastalıklar (işitme sorunları, görme sorunları, diyabet, böbrek yetmezliği, demansiyel sendrom, Alzheimer, Parkinson, mental gerilik, kognitif bozukluk, kas iskelet sistemi hastalıkları, senilite) şeklinde değerlendirilmeye alınmıştır.

3.6. Veri toplama araçları: Verilerin toplanması için araştırmacı tarafından EK 1’de verilen veri toplama formu kullanılmıştır.

Araştırmada veri toplamada yararlanılan kaynaklar:

1) Ölüm tutanaklarından (defin ruhsatı dip koçanı, Mernis ölüm formu, Mernis ölüm tutanağı ve ölüm belgesi) ölüm zamanı, nedeni ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

2) Yaşlı kabul formlarından (yaşlı kütük defteri, sosyal inceleme raporu, durum tespit raporu, yaşlı kabul formu ve mülakat formu) demografik ve sosyoekonomik bilgiler elde edilmiştir.

3) Sağlık kurul raporu huzurevine kabul sırasında hastaneden alınan rapordur. Bu rapordan hastalık öyküleri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

Araştırmada ölümle ilgili bilgi 221 yaşlının kurum dosyalarından, 3 kişinin hastanedeki bir kişinin ise Mezarlıklar Müdürlüğü’ndeki ölüm tutanaklarından elde edilmiştir.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

	2010		2011				
	K	A	O	Ş	M	N	M
Konu seçimi							
Kaynak inceleme							
Hazırlık							
Ön çalışma							
Veri toplama							
Değerlendirme							
Çözümleme							
Yazım							

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada bir yılda meydana gelen toplam ölüm sayısı aynı yıllara ait yıl ortası yaşlı sayısına bölünerek yıllık ölüm hızı hesaplanmıştır. Toplumdaki ölüm hızıyla karşılaştırmak için TÜİK verileri kullanılarak 2008 yılı 65 yaş üstü ölüm hızı ve yaşa özel ölüm hızları hesaplanmıştır (EK-3). Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, huzurevine geliştteki hastalık öyküsü ile ölüm arasındaki ilişkinin incelenmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde ölümle istatistiksel olarak ilişkili olan değişkenler lojistik regresyon analizine alınarak geriye doğru seçme (Backward LR) yöntemiyle ölümle ilişkili değişkenleri içeren bir model oluşturulmuştur.

Ayrıca tabloları EK-1 ve EK-2’de sunulan alt grup analizleri yapılmıştır. Ölümler tanı gruplarına göre ayrılmış, yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, huzurevine geliştteki hastalık öyküsü ile tanı grupları arasındaki ilişki ki-kare testi ile incelenmiştir (EK-1). Hastanede ölenler ile huzurevinde ölenler yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, huzurevine geliştteki hastalık öyküsü açısından ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır (EK-2). Araştırma verisi bilgisayar ortamında ve SPSS 15.0 (Statistical Packages for The Social Sciences) paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Ölüm kayıtlarının değerlendirilmesinde dosya incelemesi yapıldığı için, değerlendirmeler yaşlı dosyalarına kayıt edilen bilgiler ile sınırlıdır. Araştırma sadece Sosyal Hizmetlere bağlı bir huzurevinde yapıldığından özel kişilere ait huzurevlerinde ve toplumda yaşayan yaşlılarına genellenemez.

3.10. Etik kurul onayı

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'un onayı alınmıştır (EK-5). Dosya kayıtlarının incelenmesi amacı ile Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Söke Hilmi Fırat Huzurevi Müdürlüğü'nden izin alınmıştır

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamındaki 224 yaşlının %77.7'si erkek %22.3'ü kadındır. Yaşlıların yaş ortalaması 75.5 (standart hata: 7.6, alt-üst sınır: 56–96) olup en sık gözlenen yaş grubu, %42.9 ile 75–84 yaş grubudur. Yaşlıların medeni durum dağılımına bakıldığında ilk sırada dul (%27.7) bunu sırasıyla boşanmış (%26.8), bekar (%23.7), evli olanlar (%21.9) izlemektedir (Tablo 3).

Tablo.3. Yaşlıların demografik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	174	77.7
Kadın	50	22.3
Yaş grubu		
55–64	23	10.3
65–74	77	34.4
75–84	96	42.9
85+	28	12.5
Medeni durum		
Evli	49	21.9
Bekar	53	23.7
Dul	62	27.7
Boşanmış	60	26.8
Toplam	224	100.0

4.1.2. Sosyo-Ekonomik Özelliklere İlişkin Bulgular

Yaşlıların %33.9'si okuma-yazma bilmemektedir. Yaşlıların dörtte biri (%25.0) geçimini sağlamak için düzensiz işler yapmaktadır. Yaşlıların %87.5'inin herhangi bir geliri bulunmaktadır. Yaşlıların çoğunluğunun (%41.5) herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Yaşlıların %27.2'si SSK'dan sağlık güvencesine sahiptir. Yaşlıların huzurevine geliş nedenlerinin başında sosyoekonomik yoksunluk (%58.5) yer almaktadır. Yaşlıların huzurevinde kalış süresine bakıldığında çoğunluğun 1-4 yıldır huzurevinde kaldıkları görülmektedir (Tablo 4).

Tablo.4. Yaşlıların sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n:224)	%
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	76	33.9
Okuryazar	70	31.3
İlkokul mezunu	58	25.9
Ortaokul mezunu	7	3.1
Lise mezunu	10	4.5
Yüksekokul	3	1.3
İş/meslek		
Memur	12	5.4
İşçi	48	21.4
Ev hanımı	43	19.2
Serbest meslek	17	7.6
İşsiz	48	21.4
Düzensiz işler	56	25.0
Gelir		
Var	196	87.5
Yok	28	12.5
Sağlık güvencesi		
Emekli sandığı	17	7.6
SSK	61	2.2
Bağ kur	24	10.7
Yeşil kart	29	12.9
Yok	93	41.5
Geliş nedeni		
Sosyal yoksunluk	93	41.5
Sosyoekonomik yoksunluk	131	58.5
Kalış süresi		
1 yıldan az	79	35.3
1-4 yıl	102	45.5
5+	43	19.2

Gelir kaynağına bakıldığında, yaşlılık maaşı olanların oranı %40.6, emekli maaşı olanların oranı %39.3, dul yetim maaşı olanların oranı %3.6, yakınlardan harçlık alanların oranı %2.7, gayrimenkul gelirleri olanların oranı %2.7, diğer gelirleri olanların oranı %1.8 olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo.5. Yaşlıların gelir kaynaklarına göre dağılımı

	Sayı	%
Gelir kaynağı		
Emekli maaşı	88	39.3
Yaşlılık maaşı	91	40.6
Dul yetim maaşı	8	3.6
Yakınlarından harçlık	6	2.7
Gayrimenkul gelir	6	2.7
Diğer (yardım vb)	4	1.8
Toplam	224	100.0

4.1.3. Huzurevine Gelişteki Hastalık Öykülerine İlişkin Bulgular

Yaşlıların %42.4'ünde dolaşım sistemi hastalıkları (arteriyosklerotik kalp hastalığı, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık), %2.7'sinde neoplazma hastalıkları (prostat ca, mesane ca, larenks ca, meme ca), %12.1'inde solunum sistemi hastalıkları (KOA, kronik bronşit), %77.7'sinde diğer hastalıklar (işitme sorunları (%14.7), görme sorunları (%63.8), diyabet (%3.5), böbrek yetmezliği, demansiyel sendrom, Alzheimer, Parkinson, mental gerilik, kognitif bozukluk, kas iskelet sistemi hastalıkları, senilite) görülmektedir (Tablo 6).

Yaşlıların huzurevine gelişteki hastalık öykülerinin hastalık sayısına göre dağılımına bakıldığında, %55.8'nin 2 ve üzeri hastalık sayısına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo.6. Yaşlıların huzurevine geliştteki hastalık öykülerine göre dağılımı

	Sayı	%
Dolaşım hastalıkları		
Var	95	42.4
Yok	129	57.6
Kanser hastalıkları		
Var	6	2.7
Yok	218	97.3
Solunum hastalıkları		
Var	27	12.1
Yok	197	87.9
Diğer hastalıklar		
Var	174	77.7
Yok	50	22.3
Hastalık sayısı		
2'den az	99	44.2
2 ve üzeri	125	55.8
Toplam	224	100.0

4.1.4. Ölüm Hızının Yıllara Göre Dağılımı

Araştırmada 2004–2010 yılları arasında huzurevinde kalmış ya da kalmakta olan 224 yaşlıdan %29'unun (65 kişi) öldüğü saptanmıştır.

Ölüm hızının yıllara göre dağılımında, binde 56.1 ile 2009 en düşük yıl, binde 206.5 ile 2008 en yüksek yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 7).

Tablo.7. Söke Hilmi Fırat Huzurevi'nde yıllara göre meydana gelen ölümler ve ölüm hızı

Yıl	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ölüm sayısı	6	8	10	8	19	5	9
Yıl ortası nüfus	34	80	89	93	92	89	90
Ölüm hızı (binde)	176.4	100.0	112.3	86.0	206.5	56.1	100.0

4.1.5. Ölüm Yerlerine İlişkin Bulgular

Ölümlerin ölüm yerlerine göre dağılımını incelediğimizde en fazla ölümün %64.6 ile hastanede gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 8).

Tablo.8. Yaşlı ölümlerinin ölüm yerine göre dağılımı

	Sayı	%
Ölüm yeri		
Hastane	42	64.6
Huzurevi	19	29.2
Ev	4	6.2
Toplam	65	100.0

4.1.6. Ölümün Mevsimine İlişkin Bulgular

Ölümlerin mevsimlere göre dağılımını incelediğimizde yaz mevsiminde ölümün daha fazla olduğu görülmektedir. İkinci sırada %24.6 ile kış ölümlerinin yer aldığı görülmektedir (Tablo 9).

Tablo.9. Yaşlı ölümlerinin ölüm mevsimlerine göre dağılımı

	Sayı	%
Ölüm mevsimi		
İlkbahar	15	23.1
Yaz	21	32.3
Sonbahar	13	20.0
Kış	16	24.6
Toplam	65	100.0

4.2.7. Ölüm nedenlerinin ICD–10 gruplamasına göre dağılımı

Ölüm nedenlerinin ICD–10 gruplamasına göre dağılımını incelendiğinde, ölüm nedeni olarak ilk sırada %73.8 ile dolaşım sistemi hastalıklarının (diğer kalp hastalıkları (%10.4), kardiyopulmoner arrest (%18.7), kardiyak arrest (%6.2), kalp yetmezliği (%41.6), miyokard infarktüsü, dolaşım sisteminin hastalığı, kardiyogenik şok, serebrovasküler hastalıklar), yer aldığı görülmektedir. İkinci sırada %13.8 ile solunum sistemi hastalıklarının (KOAH, pnömoni, astım bronşit, solunum sisteminin hastalığı, solunum yetmezliği) yer almaktadır (Tablo 10).

Tablo.10. Ölüm nedenlerinin ICD–10 gruplamasına göre dağılımı

	Sayı	%
Dolaşım sistemi hastalıkları	48	73.8
Solunum sistemi hastalıkları	9	13.8
Böbrek ve ureter hastalıkları	6	9.2
Kanserler	5	7.6
Sindirim sistemi hastalıkları	5	7.6
Diyabet	2	3.0

4.2. Çözümleyici Bulgular

4.2.1. Demografik, Sosyo-Ekonomik Özellikler, Huzurevine Gelişteki Hastalık Öyküsüne Göre Ölümlerin Dağılımı

Tablo 11-13’de demografik, sosyoekonomik özellikler, huzurevine gelişteki hastalık öyküsüne göre ölümlerin varlığını inceleyen çözümler sunulmuştur.

Araştırmada kadınlar arasında ölenlerin yüzdesinin (%36), erkekler arasında ölenlerin yüzdesinden (%27) daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.217) (Tablo 11).

Araştırmada 85 yaş ve üzerinde olanlarda ölümün (%60.7) diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001) (Tablo 11).

Boşanmış/dul/bekarlar arasında ölüm (%32.6), evlilere (%16.3) göre daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.027) (Tablo 11).

Tablo.11. Demografik özelliklere göre ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					1.523	0.217
Erkek	47	27.0	127	73.0		
Kadın	18	36.0	32	64.0		
Yaş grubu					19.78	<0.001
65–74	18	18.0	82	82.0		
75–84	30	31.3	66	68.8		
85+	17	60.7	11	39.3		
Medeni durum					4.90	0.027
Evli	8	16.3	41	83.7		
Boşanmış/dul/bekar	57	32.6	118	67.6		

İlkokulu bitirmemiş olanlarda, geliri olanlarda, 1–4 yıl arasında huzurevinde kalanlarda, diğerlerine göre daha fazla ölüm gerçekleştiği görülmektedir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.261, p=0.164 ve p=0.374) (Tablo 12).

Emekli olmayanlarda (%35.6) ve ev hanımlarında (%37.2) emekli olanlara göre (%15.1) ölüm daha sıktır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.006) (Tablo 12).

Ölümün, sağlık güvencesi olmayanlarda (%35.2) olanlara göre (%21.6) ve sosyoekonomik yoksunluk nedeniyle gelenler arasında (%34.4), sosyal yoksunluk nedeniyle gelenlere göre (%21.5) daha fazla olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.025, p=0.037) (Tablo 12).

Tablo.12. Sosyo-ekonomik özelliklere göre ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Öğrenim durumu					1.26	0.261
İlkokulu bitirmemiş	46	31.5	100	68.5		
İlkokul ve üzeri	19	24.4	59	75.6		
Meslek					10.32	0.006
Emekli	12	15.6	65	84.4		
Ev hanımı	16	37.2	27	62.8		
Emekli değil	37	35.6	67	64.4		
Gelir					1.965	0.164
Var	60	30.6	136	69.4		
Yok	5	17.9	23	82.1		
Sağlık güvencesi					5.045	0.025
Var	22	21.6	80	78.4		
Yok	43	35.2	79	64.8		
Kalış süresi					1.967	0.374
1<	19	24.1	60	75.9		
1-4	33	32.4	69	67.6		
5+	13	30.2	30	69.8		
Geliş nedeni					4.357	0.037
Sosyal yoksunluk	20	21.5	73	78.5		
Sosyoekonomik yoksunluk	45	34.4	86	65.6		

Yaşlıların huzurevine geliştteki hastalık öyküsü ve ölüm arasındaki ilişkiler tablo 12’de incelenmiştir. Huzurevine gelişte dolaşım hastalıkları olanlarda ölüm (%37.9), dolaşım hastalığı olmayanlara göre (%22.5) daha siktir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.012) (Tablo 13).

Kanser hastalığı olanlar (p=0.039) ve 2’den fazla kronik hastalığı olanlarda da (p<0.001) ölüm daha sık gözlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 13).

Diğer hastalıkları (işitme sorunları, görme sorunları, diyabet, böbrek yetmezliği, demansiyel sendrom, alzheimer, parkinson, mental gerilik, kognitif bozukluk, kas iskelet sistemi hastalıkları) olanlar arasında ölenlerin yüzdesinin (%35.1), diğer hastalıkları olmayanlar arasında ölenlerin yüzdesinden (%8.0) daha fazla olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001) (Tablo 13).

Solunum hastalığı olanlar ile ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (p=0.152) (Tablo 13).

Tablo.13. Huzurevine geliştteki hastalık öyküsüne göre ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Dolaşım hastalığı					6.311	0.012
Var	36	37.9	59	62.1		
Yok	29	22.5	100	77.5		
Kanser hastalığı					4.243	0.039
Var	4	66.7	4	33.3		
Yok	61	28.0	157	72.0		
Solunum hastalığı					2.048	0.152
Var	11	40.7	16	59.3		
Yok	54	27.4	143	72.6		
Diğer Hastalıklar					13.805	<0.001
Var	61	35.1	113	64.9		
Yok	4	8.0	46	92.0		
Hastalık sayısı					24.59	<0.001
2’den az	12	12.1	87	87.9		
2 ve üzeri	53	42.4	72	57.6		

4.2.1. Ölümü belirleyen etmenlerin incelenmesi

Huzurevinde kalan yaşlılarda ölümü belirleyen faktörlerin bağımsız etkilerini incelemek için tek değişkenli analizlerde ölümle ilişkili olduğu saptanan yaş, meslek, medeni durum, sağlık güvencesi, huzurevine geliş nedeni, gelişteki hastalık sayısı değişkenleri geriye doğru azaltma yöntemi ile lojistik regresyon modeline alınmıştır.

Lojistik regresyon analizinin son basamağında modelde kalan değişkenler ve modeldeki diğer değişkenlere göre düzeltilmiş olasılıklar oranı değerleri tablo 14'te sunulmuştur.

Buna göre modele konan değişkenlerden yaş, meslek ve hastalık sayısı son basamakta ölümle ilişkili olan değişkenlerdir.

Buna göre 85 yaş üzeri grupta ölüm olasılığı 65 yaş gruba göre 4.69 kat daha yüksektir (%95GA:1.75–12.53). 65–74 yaş grubunda ise ölüm için olasılıklar oranı (OO) 1.73'tür. Ancak güven aralığı 1'i içerdiği için istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Araştırmada emekli olanlara göre ev hanımı olanlar (OO=2.76, %95GA: 1.08–7.11) ve herhangi bir işten emekli olmayanlar (OO=2.95 % 95GA:1.33–6.55) yaklaşık 3 kat daha fazla ölüm riskine sahiptir.

Araştırmada 2'den az hastalık sayısı olanlarda ölüm olasılığı 2 ve üzeri olanlara göre 4.13 (%95 GA:1.98–8.59) kat daha fazla yüksektir.

Araştırmada tanı grupları ve ölümün gerçekleştiği yer ile bağımsız değişkenlerin ilişkisinin incelendiği tablolar Ek-1 ve Ek-2'de sunulmuştur.

Tablo 14. Huzurevinde kalan yaşlılarda ölümle ilişkili etmenleri içeren lojistik regresyon analizi sonuç tablosu

	Beta	Standart hata	p	Olasılıklar Oranı (%95 Güven Aralığı)
Regresyon sabiti	-3.056	0.48	<0.001	-
Değişkenler				
Yaş grubu				
65–74			0.009	1
75–84			0.136	1.73 (0.84-3.54)
85+			0.002	4.69 (1.75-12.53)
Meslek				
Emekli			0.022	1
Ev hanımı	1.017	0.482	0.035	2.76 (1.08-7.11)
Emekli değil	1.083	0.406	0.008	2.95 (1.33-6.55)
Hastalık sayısı				
2'den az				1
2 ve üzeri	1.419	0.373	<0.001	4.13 (1.98-8.59)

Modele konan değişkenler: Yaş (65–74 (ref.) , 75–84, 85+), meslek (emekli (ref.), ev hanımı, emekli değil), medeni durum (evli (ref.), boşanmış/dul/bekar), sağlık güvencesi (var- (ref.), yok, huzurevine geliş nedeni (sosyal yoksunluk(ref.), sosyoekonomik yoksunluk), geliştteki hastalık sayısı (2den az (ref.), 2 ve üzeri

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, Söke Hilmi Fırat Huzurevi'nde 2004–2010 yılları arasında kalan yaşlılarda meydana gelen ölümler değerlendirilmiştir. Ölümlerin demografik özellikler, sosyo-ekonomik özellikler ve huzurevine gelişteki hastalık öyküsü ile ilişkisi tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerle incelenmiştir. Ayrıca ek olarak tanı gruplarına ve ölümün gerçekteşiği yere göre demografik özellikler, sosyo-ekonomik özellikler ve huzurevine gelişteki hastalık öyküsü çözümlenmeleri yapılmıştır.

Araştırmadaki yaşlıların %77.7'si erkektir. Yaşlıların %33.9'si okuryazar değildir. Yaşlıların dörtte biri geçimini sağlamak için düzensiz işler yapmışlardır. Yaşlıların çoğunluğunun (%41.5) herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Yaşlıların huzurevine geliş nedenlerinin başında sosyoekonomik yoksunluk (%58.5) yer almaktadır. Huzurevinde kalan 224 yaşlı arasında ölenlerin oranı %29.0'dur. Ölüm nedeni olarak ilk sırada %73.8 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almıştır. Ölümlerin çoğunluğu yaz mevsiminde olmuştur.

Ölen yaşlıların %60.7'si 85 yaş ve üzerinde olup ölen yaşlıların oranı yaşla birlikte artmıştır. Emekli olmayanlar, sağlık güvencesi olmayanlar, sosyoekonomik yoksunluk nedeniyle gelen yaşlılar arasında ölenlerin oranı daha fazla saptanmıştır. Huzurevine gelişte hastalık öyküsü (dolaşım hastalıkları, kanser hastalıkları, diğer hastalıklar) olan yaşlılar arasında ölenlerin oranı daha fazla saptanmıştır. Hastalık sayısı 2 ve üzeri olanlarda 2'den az hastalık sayısı olanlara oranla ölümün daha fazla olduğu saptanmıştır. Lojistik regresyon analizinde de hastalık sayısı yaş ve meslek birlikte son basamakta ölümle ilişkili olan değişkenler olarak saptanmıştır.

İlkokulu bitirmemiş olan yaşlılar arasında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölenlerin oranı daha fazla saptanmıştır. Solunum hastalıkları olanlarda solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölenlerin oranı daha fazla bulunmuştur. İlkokulu bitirmemiş ve sağlık güvencesi olmayan olan yaşlılarda hastanede ölüm oranı daha fazla bulunmuştur.

5.1. Tanımlayıcı Bulgular

Yaşlı ölümlerinin mevsimsel özellik gösterdiği yaz ayları ve kış aylarında arttığı birçok çalışmada bildirilmiştir. Söke Hilmi Fırat Huzurevindeki ölümlerin de yaz mevsiminde (%32.3) daha sık olduğu ikinci sırada %24.6 ile kış ölümlerinin yer aldığı saptanmıştır.

Ersunan'nın 2006 yılında yaptığı araştırmada, Simon ve arkadaşlarının 2005 yılında İspanya'da gerçekteştirdiği çalışmada, Gomez ve arkadaşlarının 2011 yılında İspanya'nın

kuzeyinde yaptığı çalışmada, Robine ve arkadaşlarının 2008 yılında 16 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada, Kore’de 2004 yılında yapılan çalışmada, İtalya’da 2007 yılında yapılan çalışmada mortalite üzerinde sıcak hava dalgasının etkisi değerlendirilmiştir. Yaz mevsiminde ölümün daha fazla olduğu ve yaşlı kişilerde daha fazla olduğu saptanmıştır. Küresel ısınmanın yaşlı Avrupa’ında yeni bir sağlık tehdidi oluşturduğu bildirilmiştir (49, 50, 51, 52, 53, 54).

Çilingiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölümlerin %25.8’i kış aylarında meydana geldiği, Wilkinson ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada İngiltere’de çok aşırı soğuk nedeniyle ölümlerin kış aylarında arttığı ve yaşlı kişilerde daha fazla olduğu, Healy tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada Portekiz’in yüksek oranda kış ölümlerine maruz kaldığı bildirilmiştir (55, 56, 57).

Araştırmada huzurevinde yıllar içinde ölüm hızının binde 56 ile binde 206.5 arasında değiştiği görülmüştür. 2008 yılında gözlenen binde 206.5 ile en yüksek ölüm hızı aşırı sıcak dalgasından kaynaklanabilir. Ölümlerin mevsimlere göre dağılımında 2008 yılı yaz ölümlerinin tüm ölümlerin %12.3’ünü oluşturduğu görülmüştür.

Öztürk ve arkadaşları, Kayseri ili Hacılar ilçesindeki on yıllık (1986–1995) ölüm kayıtlarını değerlendirmişlerdir. 65 yaş üzeri ölüm hızlarının yıllar içinde binde 44.3 ile binde 145.3 arasında değiştiğini saptamışlardır (58).

Ulusal hastalık yükü çalışmasına göre 1990 yılı 65 yaş üstü ölüm hızı binde 48.98 bulunmuştur (59). TÜİK verileri kullanılarak yapılan hesaplamalarla 2008 yılı 65 yaş üstü ölüm hızı 50.85 hesaplanmıştır (EK–3). Huzurevinde yapılan bu çalışmada ölüm hızının ülke genelinden yüksek bulunması huzurevinde ölen yaşlıların topluma göre daha ileri yaşlı kişilerden oluşması ve görece yüksek sosyoekonomik yoksunluklarıyla ilişkili olabilir. Ülke geneli 65–74 nüfus oranı 0.6, 75 yaş üzeri nüfus oranı 0.3 hesaplanmıştır. Huzurevi 65–74 nüfus oranı 0.4, 75 yaş üzeri nüfus oranı ise 0.5 olarak hesaplanmıştır (EK–3).

Araştırmada ölümlerin ölüm yerlerine göre dağılımı incelendiğinde %64.6’u hastanede, %29.2’si huzurevinde, %6.2’si evde gerçekleştiği görülmüştür. Ölüm yeri yaşamın sonunda sağlık hizmeti kullanımının bir göstergesidir (60). Yaşlıların ölüm yerinin genel sağlık sistemi üzerinde etkileri vardır (61).

Ölüm yeri ile ilgili araştırmaların çoğu ölümcül hastalara (kanser hastaları) odaklanmaktadır. Yaşlı bireylerin ölüm yeri belirleyicileri yoğun çalışılmamıştır. Çalışmalarda, cinsiyet, yaş sosyoekonomik durum ve yaşam düzenlemelerinin ölüm yeri üzerine etkisi belirlenmiştir. Demografik özellikler, sosyal özellikler yaşlıların yaşamlarının

nerede sona ereceğini belirlemektedir. Belçika'da yaşlıların çoğunluğunun bir kurumda öldüğü bildirilmiştir. Fakat yapılan çalışmalar huzurevi etkisini şimdiye kadar dikkate almamıştır. Belçika'da yapılan çalışmada yaşlı ölüm yerinin yaş cinsiyet gibi faktörlerden etkilendiği ve ölümlerinin %22'si evde %78'i kurumsal bir ortamda (hastane %50, huzurevi %28) gerçekleştiği bildirilmiştir (62).

Japonya'da evde bakım hizmeti alan hastaların ölüm yerini etkileyen faktörler araştırılmıştır. Üç yıllık dönemde 252 yaşlı arasında 40 hastanın evde, 59 hastanın hastanede öldüğü saptanmıştır. Evde ölüm diğer hastalıklar ile karşılaştırıldığında malign olgularla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastalık ve hemşire ziyaretlerinin varlığı hastanın ölüm yeri ile ilgili kararı etkilediği belirtilmiştir (63).

ABD'de 1994'te ölümlerin %17'si evde gerçekleşmiştir. Evde ölenlerin çoğunun kanser hastaları olduğu saptanmıştır. Çalışmalar, daha çok 65 yaş üzeri kişilerin hayatlarını evde kaybettiklerini bildirmektedir. Evde ölenlerin daha üst bir sosyal sınıfa mensup ve/veya daha fazla ekonomik kaynaklara sahip olduğu açıklanmıştır. Onlar ve aileleri yakında ölecekleri gerçeğini bütünüyle kabul etmişlerdir. Bir bakım vereni vardır, yalnız yaşamazlar, onlarla birinci olarak ilgilenen akrabaları sağlıklıdır. Hastanın öz bakımı ev içinde karşılanabilmektedir (64).

Bravell ve arkadaşları bir İsveç belediyesinde yaşayan yaşlılar arasında yaptıkları çalışmada, yaşlıların %74.5'inin bir kurumda öldüğünü saptamışlardır (65).

Beng ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada Singapur'da yaşlı ölümlerinin %57'sinin hastanede %31'inin evde gerçekleştiği bildirilmiştir. Evde ölümlerin oranı yaş ile arttığı saptanmıştır. Malay'da ev ölümleri (%49) daha yüksek, hastane ölümleri (%47) daha düşük bulunmuştur. Erkeklerle göre kadınların daha fazla evde öldüğü saptanmıştır. İnme ile ilgili ölümlerin çoğunluğunun evde gerçekleştiği bildirilmiştir. Solunum sistemi hastalıkları ile ilgili ölümlerin evde daha az gerçekleştiği bildirilmiştir. Kanserli olan hastalarda evde ölümü etkileyen en önemli faktörler olarak düşük fonksiyonel duruma sahip olma, hastaların tercihleri, evde bakımın kullanımı ve geniş aile desteği bildirilmiştir (61).

Bell ve arkadaşları 2009 yılında yaptıkları çalışmada erkek ölümlerinin %23'ü evde %59'u hastanede, %18'i huzurevinde gerçekleştiği bildirilmiştir. Demans ile ilgili ölümlerin %20'si evde, %43'ü hastanede, %37'si huzurevinde gerçekleştiği bildirilmiştir. İnme ile ilgili ölümlerin %7'si evde %53'ü hastanede, %40'ı huzurevinde gerçekleştiği bildirilmiştir.

Kanser ile ilgili ölümlerin %34'ü evde %53'ü hastanede, %13'ü huzurevinde gerçekleştiği bildirilmiştir (60).

Ölüm nedenlerinin ICD-10 gruplamasına göre dağılımına bakıldığında, ölüm nedeni olarak ilk sırada %73.8 ile dolaşım sistemi hastalıklarının yer aldığı saptanmıştır. İkinci sırada %13.8 ile solunum sistemi hastalıklarının yer aldığı saptanmıştır. Ulusal hastalık yükü çalışmasında da ölüme neden olan ilk 10 hastalık dağılımında iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve kronik obstruktif akciğer hastalığı ilk üç sırayı almıştır (59).

Günümüzde batı ülkelerinde ve gelişmiş ülkelerdeki başlıca ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Coste ve arkadaşları tarafından Fransa'da yapılan çalışmada 1999-1988 yılları arasında 45-84 yaş ölümlerinde çoğunlukla kanser türleri, 84 yaş üzeri ölümlerde kardiyovasküler ve sindirim hastalıkları saptanmıştır (66).

Yapılan çalışmada iskemik kalp hastalığının dünya çapında ölüm nedeni olduğu ve 2020 yılına kadar devam edeceği belirtilmiştir. Sosyoekonomik durum ile iskemik kalp hastalığı arasında ters ilişki olduğu gösterilmiştir (67).

Faeh ve arkadaşları İsviçre'de Fransız ve Alman kısmını ve bu bölgeler arasında nedene özel ölüm hızını karşılaştırmışlardır. Benzer nedenlere bağlı mortaliteye rağmen, İsviçre'de bölgeler arasında farklılıklar bulunmuştur. Fransız İsviçre kısmında alkol tüketimi ile ilgili nedenler daha yaygın iken, dolaşım hastalıklarından ölümler Alman İsviçre kısmında daha yaygın bulunmuştur. İki bölge arasında mortalite farkı, risk faktörleri değişiklikleri ile açıklanmıştır. Benzer desenler Almanya ve Fransa arasında bulunmuştur (68).

Kalp damar hastalıkları mortalitesi Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri'nde ve Eski Sovyetler Birliği'nin yeni bağımsız ülkelerinde artış gösterirken, Kuzey Amerika'da, Avustralya'da ve Batı Avrupa'nın birçok ülkesinde azalmaktadır. Avrupa'nın doğusundaki ve batısındaki ülkeler arasındaki 6 yıllık yaşam beklentisi farkının yarısından fazlası kalp damar hastalıklarına bağlı olduğu bildirilmiştir (69).

5.1. Çözümleyici Bulgular

Söke Hilmi Fırat Huzurevinde kalan 224 yaşlının %29.0'u ölmüştür. Ölen yaşlıların %60.7'si 85 yaş ve üzerindedir. Yaş grupları arasında ölüm görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ölen yaşlıların oranı yaşla birlikte artmaktadır. Benzer sonuç, Çilingiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da saptanmış ve bildirilmiştir (55).

Ölümlülük analizlerinde yaşla birlikte en önemli değişken olarak cinsiyet farklılıkları incelenmektedir. Cinsiyet farklılığı, ülkemizdeki ölümlerde de belirgin bir şekilde görülmektedir. En yaşlı kuşak olan 75 ve daha yukarı yaş dışındaki bütün yaş gruplarında erkek ölümleri kadın ölümlerinden daha fazladır (19). Ancak bu çalışmada cinsiyet ile ölüm arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Mortalite ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışmada, erkek bireylerde mortalite kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Mortalitedeki cinsiyet farkının biyolojik, çevresel ve sosyokültürel faktörlerden kaynaklandığı ile ilgili hipotezler vardır. Yapılan çalışmalarda, kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde %30 ile %80 daha yüksek ölüm oranları saptanmıştır (70).

Kırbyık'ın Isparta ili 2002 yılı mortalite kayıtlarının değerlendirilmesi adlı uzmanlık tezinde, yaşlılığa bağlı (senilite) ölümlerin kadınlarda daha fazla (%68) olduğu belirlenmiştir (37). Ölüm ile cinsiyet farkının bizim çalışmamızda saptanmaması kadın sayısının erkeklere oranla sayıca az olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma sonucuna göre; boşanmış/dul/bekar olanlarda, evli olanlara oranla ölümün daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Tek değişkenli analizlerde ölümle ilişkili olduğu saptanan medeni durum, lojistik regresyon analizinde modele konduğunda son basamakta ölümle ilişkili olarak saptanmamıştır.

Evliliğin sağlık yararları yaygın olarak çalışılmış ve kabul edilmiştir. Yapılan çalışmada, bekar erkeklerde mortalite daha büyük saptanmıştır. Dul erkeklerin iskemik kalp hastalığından ölme riski anlamlı olarak daha büyük saptanmıştır. Boşanmış erkelerde kanser ölümü daha fazla saptanmış neden olarak ta fazla sigara tüketimi öne sürülmüştür (71).

Kadın ve erkekler arasında 50–74 yaşlarında evlilerde ölüm oranları düşük bulunmuştur. Bekarlar, boşanmışlar en yüksek mortalite riski göstermiştir. Medeni durumun mortalitede etkileri iyi belgelenmiştir. Birçok çalışma evli kişilerin, hiç evlenmeyen, boşanmış veya dullardan daha düşük mortalite oranları olduğunu sonuçlandırmıştır. 50–74 yaşlarında erkeklerde hiç evlenmeyen gruplarda evlilerden daha yüksek mortalite riski bulunmuştur. Medeni duruma göre mortalite farklılıkları evliliğin koruyucu etkisi ile açıklanmaktadır. Evli kişiler hiç evlenmeyenlerle karşılaştırıldığında, daha iyi ekonomik duruma, daha iyi sağlık alışkanlıklarına sahiptirler, daha az strese maruz kalmakta ve daha iyi sosyal destek görmektedirler (72). Birçok çalışma (Young, Benjamin ve Wallis, 1963; Rees ve Lutkins,

1967; Parkes, Benjamin ve Fitzgerald, 1969), dullar arasında mortalitenin artmış olduğunu göstermiştir (73).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; öğrenim durumu, gelir, huzurevinde kalış süresi ile ölüm arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Ölüm ile gelir ilişkisinin bizim araştırmamızda saptanmaması pek çok çalışmada gelirin bizim araştırmamızdan farklı olarak sınıflandırılması ve değerlendirilmesi nedeniyle olabilir. Bu araştırmada yaşlılık maaşı, emekli maaşı, dul yetim maaşı, yakınlardan harçlık, gayrimenkul gelirlere herhangi bir geliri olanlar geliri var olarak değerlendirilmiştir. Gelir ve ölüm arasındaki ilişkiyi araştıran birçok araştırmada ise gelir yerine ev sahibi olma, araba sahibi olma gibi durumlara üzerine odaklanılmışlardır.

Britanya'da ev veya araba sahibi olmak gibi alternatif sosyoekonomik ölçütler, sıklıkla sosyal durumun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Kendi evinde oturanlarla kıyaslandığında, evlerini devletten veya özel olarak bir mal sahibinden kiralamış olanların daha yüksek ve gittikçe artan ölüm oranları vardır; benzer şekilde, bir veya daha fazla araba sahibi olmaya gücü yeten kişilere kıyasla, araba sahibi olmayanların da daha yüksek ve gittikçe artan ölüm oranları bulunmaktadır (74).

Hollanda'da Huisman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 11 Avrupa topluluğunda nüfus ile bağlantılı mortalite kayıtları kullanılmıştır. Çalışmaya 30–90 yaş arasında kişiler alınmıştır. Sosyoekonomik durum göstergeleri olarak eğitim ve ev sahibi olma değerlendirilmiştir. Yüksek ve düşük eğitimli gruplar arasında ölüm oranlarının ileri yaş ile arttığı saptanmıştır. Ev sahibi olan kadınların ölüm oranı kiracı olanlardan daha düşük bulunmuştur. Yaşlı kadın ve erkeklerde mortalitede sosyoekonomik eşitsizliklerin her bir ülkede devam ettiği bulunmuştur (75).

Laaksonen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, kiracılar arasında ev sahiplerine göre tüm nedenlere bağlı mortalite için risk oranı erkeklerde 2.06 kadınlarda 1.73 saptanmıştır. Gelir etkisi 65 yaş altındakiler arasında 65 yaş üstündekilerden daha yüksek saptanmıştır. Kiracılar arasında fazla mortalitede özellikle alkole bağlı hastalıklar, solunum hastalıkları, akciğer kanseri aynı zamanda metabolik endokrin ve beslenme hastalıkları ve enfeksiyonlar yüksek saptanmıştır (76). Finlandiya'da yapılan çalışmada, düşük gelirli olan erkekler ile ölüm arasında ilişki bulunmuştur (77).

Rueda ve arkadaşları 2008 yılında İspanya’da yaptıkları çalışmada kötü sağlık durumunun düşük eğitim düzeyi ile arttığı saptanmıştır (78). Hurt ve arkadaşları 2004’te Bangladeş’te yaptıkları çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olanlarda mortalite daha düşük bildirilmiştir (79). Ancak bu araştırmada öğrenim durumu ile ölüm arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ölüm ile eğitimin ilişkisinin bizim araştırmamızda saptanmaması pek çok çalışmada verilerin bizim çalışmamızdan farklı olarak sınıflandırılması ve değerlendirilmesi nedeniyle olabilir.

Araştırmalar işsiz olan kadın ve erkelerde hastalık ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Güvencesiz iş ve işini kaybetme beklentisi kötü sağlık sonuçları ile ilişkili bulunmuştur. Geçici bir işe sahip olan insanların sağlığının sürekli bir işi olanların sağlığına göre daha kötü bir durumda olduğu bulunmuştur. Var olan çalışmalar, herhangi bir izlem döneminin başında işsiz olanların, çalışanlara göre her zaman daha yüksek bir mortaliteye sahip olduğunu bulmuştur. Araştırmalar iş kaybının, tıpkı bir yakının kaybedilmesi gibi yüksek derecede stres yaratan bir olay olduğunu göstermiştir. Elde edilen kanıtlara göre, işsizliğin olumsuz sağlık etkilerinin birikimine bağlı olduğu öne sürülmektedir. Bir kişi ne kadar uzun süre işsizlik yaşarsa bu kişinin sağlığı da o kadar zarar görmektedir. İşsizliğin erken mortalite riski taşıdığını gösteren çalışmada, işsizler için hesaplanan mortalite, erkeklerde yüzde 25 ve kadınlarda yüzde 21’dir (74).

İngiltere’de ileriye dönük yapılan çalışmada, 40–59 yaş arası 7262 sayıda erkek arasında 9.8 yıl izlem boyunca tüm nedenlere bağlı 946 ölüm gerçekleşmiştir. Tüm nedenlere bağlı en düşük mortalite oranları vasıflı işçilerde görülmüştür. Vasıfsız sosyal sınıf vasıflı sosyal sınıfla karşılaştırıldığında anlamlı olarak ölüm riskinde %40 artış göstermiştir. Tüm sosyal gruplar içinde ev ve araba sahibi olanlar olmayanlardan daha düşük ölüm oranları göstermiştir. Toplum içinde mortalite farklılıkları tek başına mesleğe dayalı sosyal sınıftan daha fazladır. Sosyal sınıf hesaba katılmaksızın büyük maddi varlıklı erkekler daha az donatılmış erkeklere göre daha düşük ölüm oranlara sahip olduğu saptanmıştır (80).

Langford ve arkadaşları çalışma çağındaki erkekler için ölüm oranlarını incelemiştir. Rutin ve vasıfsız mesleklerde ölüm oranları idari ve profesyonel mesleklerden 2.0 kat fazla bulunmuştur. 2008’te bu oran 2.8’e yükselmiştir (81).

İngiltere’de Ramsay ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 65 yaş yaşam beklentisinde mutlak fark vasıflı ve vasıfsız işçi grupları arasında 1981’de %29’a 2001’de %19’a düşmüştür (82).

Bamia ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hala çalışmaya devam edenlerle karşılaştırıldığında emeklilerde tüm nedenlere bağlı mortalitede %51 artış olmuştur. Emekliler arasında emeklilik yaşı olarak 5 yıllık bir artış mortalitede %10'luk bir azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonuçların erken emekliliğin sağlıklı görünen kişilerde tüm nedenlere bağlı ve kardiyovasküler mortalite için bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (83).

Yasuda ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, emekli olduktan sonra hemen çalışmayan erkeklerde, emekli olduktan sonra hemen çalışan erkeklerle karşılaştırıldığında ilk iki yıl içinde mortalite artmıştır (84).

Bu araştırmada da huzurevinde kalan, herhangi bir işten emekli olmayan yaşlılarda yani işsiz ya da düzenli işi olmayanlarda ve ev hanımlarında emekli olanlara oranla ölümün daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Mesleğin ölüm üzerine etkisi modele konan diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde de devam etmiştir.

Araştırma sonucuna göre; sağlık güvencesi olmayanlarda sağlık güvencesi olanlara oranla ölümün daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ancak bu ilişki diğer değişkenlere göre düzeltilindiğinde ortadan kalkmıştır.

Baker ve arkadaşları 1992–2002 arasında sağlık sigortası ile ölüm ve sağlıkta azalma riskini incelemiştir. Sigortalı kişilerle kıyaslandığında sigortasız olan kişilerde %35 daha yüksek ölüm riski bulunmuştur. Sonuçlar 2 yıllık aralıklarla analiz edilmiştir. Sigortasız olan bireylerde daha fazla genel sağlıkta önemli bir azalma ve ölüm riski bulunmuştur (85).

1993 yılında yapılan bir çalışma, sigortalı yetişkinlere göre sigortasız olanlar arasında %25 daha yüksek ölüm riski bulmuştur. Wilper ve arkadaşları yakın veri ile sigortası olmayanlar ve ölüm arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sigortasız olmayı mortalite ile ilişkili saptamışlardır. Sigortalılar ile karşılaştırıldığında sigortasızlar arasında mortalite risk oranı 1,80 bulunmuştur (86).

Franks ve arkadaşları sağlık sigorta yokluğu ile mortalite riski arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 1971 yılında sigortalı veya sigortasız olanları 1975 ile 1987 yılına kadar ileriye dönük izlenmişlerdir. İzlem süresi sonunda sigortalıların %9.6'sı ve sigortasızların %18.4'ü ölmüştür. Tüm diğer değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra, sigortasızlar için risk oranı 1.25 bulunmuştur. Sigorta yokluğu artmış mortalite ile ilişkili bulunmuştur (87).

Sorlie ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, işveren tarafından sağlanan sigorta ile karşılaştırıldığında Medicare ve Medicaid'li kişilerde yüksek ölüm oranları saptanmıştır. İşveren tarafından sağlanan sigorta ile çalışan kişilerde mortalite daha düşük bulunmuştur (88).

Brown ve arkadaşları sigorta ile mortalite arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sigortası olmayan kişilerde inme ve ölüm oranlarını daha yüksek bulmuşlardır. Sağlık sigortası olmayanların rutin fizik muayeneyi unutma riskinin daha yüksek ve hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemiden habersiz olma riskinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Sağlık sigortasının, kardiyovasküler risk faktörlerinde farkındalığı, kontrolü artırdığı bildirilmiştir (89).

Araştırma sonucuna göre; sosyoekonomik yoksunluk nedeniyle gelenlerde, sosyal yoksunluk nedeniyle gelenlere oranla ölümün daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ancak çok değişkenli analizlerde sosyoekonomik yoksunluğun ölümle ilişkisi saptanmamıştır.

Bazı araştırmacılar, yoksunluğun sağlık üzerine etkilerini incelemiş, yoksunluğun yüksek olması ile erken ölüm oranlarının yüksekliğini ilişkili bulmuşlardır. Raleigh ve Kiri (1997), İngiltere ve Gallerde'ki bölgesel sağlık yetkililerinde 1984 ve 1994 arasında yaşam beklentisi ve yoksunluk durumunu incelemişlerdir. Bu bölgelerin bazılarında, refah seviyesi ne kadar yüksek ise yaşam beklentisinin de o kadar yüksek olduğu gözlenirken, yoksunluk içindeki bölgelerde yaşam beklentisindeki ilerlemenin ihmal edilebilecek kadar düşük olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, yoksunluk düzeyi en fazla olan ve en az olan bölgeler arasında, yaşam beklentisi açısından erkeklerde 6.7 yıllık kadınlarda ise 4.7 yıllık bir fark olduğunu bildirmişlerdir (90).

ABD'de yapılan çalışmada, toplumda yaşayan yaşlılarda mortalite üzerine sosyoekonomik durumun etkisi incelenmiştir. Dört ABD toplumundan toplum tabanlı çalışmalardan veri elde edilmiştir. 1982 veya 1986'da başlamış ve 9 yıl boyunca takip edilmişlerdir. Mesleki sınıf, hane halkı geliri ve eğitim ile ölçülen yüksek sosyoekonomik durum 65 yaş veya daha yaşlı kişiler arasında azalmış mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (91).

Menvielle ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, tüm Avrupa ülkelerinde ölüm oranları düşük sosyoekonomik grupta daha yüksek bulunmuştur. Ancak, yüksek ve düşük sosyoekonomik gruplar arasında eşitsizliğin büyüklüğü bazı ülkelerde diğerlerinden daha

büyük bulunmuştur. Ülkeler arasında bu değişiklikler ölüm nedenlerinin sigara ve alkol kullanımı ile ilgili ya da tıbbi müdahale ile ilgili olduğunu ortaya çıkarmıştır (92).

Toplumda sağlık düzeyinin sosyal, ekonomik ve siyasi etkenler tarafından etkilendiği yaygın kabul görmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde, düşük sosyoekonomik durumla koroner kalp hastalığı arasında kesin bir bağ bulunduğu ortaya konmuştur. Diyabet ve hipertansiyon gibi durumların erkeklerde gelir artışıyla ilişki gösterdiği görülmüştür. Finlandiya'dan bildirilen bir çalışmada da diyabet varlığı sadece erkek cinsiyette gelirin artması ile ilişkili bulunmuştur (35).

Araştırma sonucuna göre, huzurevine gelişte hastalık öyküsü olanlarda (dolaşım hastalıkları, neoplazma hastalıkları, diğer hastalıkları), huzurevine gelişte hastalık öyküsü olmayanlara oranla ölümün daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İki ve üzeri hastalık sayısı olanlarda 2'den az hastalık sayısı olanlara göre ölüm daha fazladır ve olası karıştırıcı etkenlere göre düzeltilindiğinde de ölümü belirlemektedir.

Avustralya'da Caughey ve arkadaşları yaşlılarda mortaliteye eşlik eden kronik hastalıkların etkisini incelemişlerdir. Toplumda veya yaşlı nüfusun nerdeyse üçte ikisinde iki veya daha fazla kronik hastalık saptamışlardır. Yaygın olarak eşlik eden kardiyovasküler hastalıklar ve akıl sağlığı sorunları artmış ölüm riski ile ilişkili bulunmuştur. Üçten fazla kronik hastalığı olan yaşlı kişilerde mortalite riski artmış bulunmuştur (22).

İsveç'te yapılan çalışmada, mortalite ve bildirilen kronik hastalık arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bildirilen sağlık sorunları ve artmış mortalite riski arasında hem kadın hem erkeklerde anlamlı ilişki saptanmıştır (93).

Menotti ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, farklı ülkelerin yaşlı popülasyonunda tüm nedenlere bağlı mortalitede kronik hastalıkların ilişkisini belirlemişlerdir. Seçilen kronik hastalıkların görülme sıklığı Finlandiya'da (%56), İtalya (%51) ve Hollanda'dan (%44) daha yüksek saptanmıştır. Tüm nedenlere bağlı on yıl içerisinde yaşa göre düzeltilmiş ölüm oranları Finlandiya'da daha yüksek, Hollanda ve İtalya'da daha düşük saptanmıştır (94).

İlkokulu bitirmemiş olan yaşlılar arasında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölenlerin oranı daha fazla saptanmıştır (EK-1). Benzer sonuç, yapılan çeşitli çalışmalarda da saptanmış ve bildirilmiştir (95, 96, 97, 98, 99, 100, 101).

Bu araştırmada, öğrenim durumu ve sağlık güvencesi ile ölüm yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (EK-2). Hastanede ölen ilkokulu bitirmemiş yaşlıların sıklığı huzurevinde ölenlerden fazladır. Bu ilkokulu bitirmemiş kişilerin daha çok dolaşımsal nedenlere bağlı ölümleriyle ilişkili olabilir.

Sağlık güvencesi olmayan hastanede ölen yaşlıların sıklığı huzurevinde ölenlerden fazladır. Hadley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hastane içi mortalitede sigortalı ve sigortasızlar arasında önemli farklılıklar bulunmuştur. Sigortasızlar arasında hastane ölümü daha yüksek bulunmuştur. Sigortalılarla karşılaştırıldığında hastaneye başvuru durumunda sigortasızların daha yüksek beklenen ölüm riski ve bakıma daha acil ihtiyaç olduğunu ortaya çıkarmıştır (102).

Araştırmanın güçlü yanları: Türkiye’de ölüm kayıtları ve nedenleri üzerine bazı çalışmalar yapılmış olmasına rağmen bu tür bir çalışma yapılmadığı tespit edilmiştir. Bu araştırma Söke’de huzurevi kaynaklı mortalite verilerinin ilk olarak toplanması, demografik, sosyoekonomik özellikler ve huzurevine gelişteki öykülerinin ölümler ile ilişkisinin incelenmesi bakımından önemlidir. Altı yıllık dönemde huzurevinde kalmış, kalmakta olanların tümünü kapsamaktadır. Araştırma sonucu elde edilen bulgular, huzurevi yönetimleri, toplum sağlığı açısından ileriye yönelik yeni planlamalar yapmada kullanılabilecek önemli bilgiler sağlamıştır.

Araştırmanın kısıtlı yanları: Dosya incelemesi yapıldığı için, değerlendirmeler yaşlı dosyalarına kayıt edilen bilgiler ile sınırlıdır. Ancak, tüm kayıtları inceleme şansı olduğu için farklı kaynaklar kullanılarak bilgiler doğrulanmıştır. Ölüm tutanaklarından ölüm nedenleri belirtilirken gerçek ölüm nedeni yerine son nedenin (kardiyo-pulmoner arrest) yazıldığı görölmüştür. Araştırma sadece Sosyal Hizmetlere bağlı bir huzurevinde yapılmış, özel kişilere ait huzurevlerinde ve toplumda yaşayan yaşlılara ulaşılamamıştır. Bu nedenle; araştırma sonuçları genellenemez.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada huzurevine gelişte işsiz ya da düzenli bir işi olmadığı için herhangi bir işten emekli olamayan ve sosyoekonomik yoksunluk içerisinde olanlar ile sağlık güvencesi olmayan, hastalık öyküleri açısından dolaşım hastalıkları, kanser ve diğer hastalıklar ile 2'den fazla hastalığa sahip olan yaşlılarda ölümler daha sık gözlenmiştir. Çok değişkenli analizlerde yaş, meslek ve hastalık sayısı ölümle ilişkili olarak saptanmıştır.

Sağlık güvence yokluğu, düzensiz işlerde çalışma sosyoekonomik durumu belirlemektedir ve bu durum ilerleyen yaşlardaki sağlık ya da ölümle ilişkilidir.

- Düzensiz işlerde çalışan ve bu nedenle sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan kişilerin;
- maddi olanakları yetersiz ya da sınırlıdır,
- nitelikli sağlık ve sosyal hizmetlere erişimleri kısıtlıdır,
- temel sağlık hizmetlerinden daha az yararlanabilmektedir,
- koruyucu ve önleyici hizmetlere erişim kısıtlı ya da yoktur,
- bu nedenlerle de yaşlılıkta da daha ağır hastalıklara sahip olabilmektedir.

İlkokulu bitirmemiş olan yaşlılar arasında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölenlerin oranın daha fazla olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük gruplarda kardiyovasküler mortalitenin azaltılması önemli bir halk sağlığı problemi olarak ele alınmalıdır.

Düşük eğitim düzeyinde olanlarda sağlıksız beslenme ve şişmanlık, tütün kullanımı, fiziksel inaktivite daha yaygındır. Yüksek kilo, hipertansiyon, diyabet ve sigara gibi kardiyovasküler risk faktörlerinden etkilenimi azaltmak için etkili sağlık ve sosyal politikaların geliştirilmesi gereklidir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, sedanter yaşam, tütün kullanımı, pasif içicilik ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlığa zararlı risklerin azaltılması için, etkili koruma politikaları ve sağlıklı yaşam ve sağlıklı yaşlanma konularında bilgilendirme çalışmaları ve kapsamlı kampanyalar düzenlenmelidir.

Öneriler, yapılan bu araştırmanın bulguları ışığında ulusal ve birey düzeyinde olmak üzere iki ana başlıkta ele alınabilir

Ulusal Düzeyde Hedeflenmesi Gereken Politikalar:

- Yaşlı sağlığının, birinci basamak hizmetleri içine entegre edilmesi, temel ve nitelikli sağlık hizmetlerine kolay ulaşımının sağlanması ve bu hizmetlerden tüm yaşlı nüfusunun yararlanmasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

— Düzensiz işlerde çalışmış olmaları nedeniyle sosyal güvenlik kapsamına giremeyen ve bu nedenle yaşam koşulları güçleşen, toplumsal yaşamın tehditi altında savunmasız kalan yaşlılara yönelik koruyucu, önleyici, destekleyici ve tedavi edici sosyal hizmetlere ağırlık verilmeli, nitelikli ve kolay ulaşılabilir sosyal hizmetlerden tüm yaşlı nüfusun yararlanmasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

—Tüm topluma nitelikli eğitim, yeterli gelir, güvenceli iş ve sosyal güvenlik sağlanmalıdır.

Bireysel düzeyde ise yaşlı nüfusa sunulacak sağlık hizmetleri ya da kurumsal bakım planlanırken;

—okuryazar olmayanlar, sosyal güvencesi olmayanlar, düzensiz işlerde çalışanlar, sosyoekonomik yoksunluk içerisinde olanlar ile kronik hastalığı olanlar öncelikli gruplar olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

—yaşlı nüfusun tamamının sosyal güvence kapsamına alınması sağlanmalıdır

7. KAYNAKLAR

1. Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010, www.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 19.04.2011
2. Kurtaş Ö, Biçer Ü, Demirbaş İ, Gündoğmuş Ü, Çolak B, Etiler N. Kocaeli Adli Tıp Şubesine yansıyan erken yaşlılık ve sonrası ölümlerin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 2004; 18: 67–74
3. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum hekimliği bülteni*, 2006; 25: 3
4. Özkömür ME, Mas N, Acımış NM, Eris O, Mas ve ark. Karamürsel ilçesi'nde yaşayan yaşlıların sosyal yaşama ilişkin özellikleri. *Sted*, 2006;15: 82–87
5. Bilir N. Yaşlılık sorunları. In: Bertan M, Güler Ç. İkinci baskı, *Halk sağlığı temel bilgileri*, Ankara, Güneş Kitabevi, 1997, 367
6. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı 2007, TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, www.ekutup.dpt.gov.tr. Erişim: 19.04.2011
7. Yaşlılık, <http://www.bsm.gov.tr>. Erişim tarihi: 19.04.2011
8. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Derg*, 2009; 31: 367–373
9. Giray H, Meseri R, Saatlı G, Yüçetin N, Aydın P, Uçku R. Türkiye'ye ilişkin yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008; 7: 81–86
10. Samancıoğlu S, Karadakovan A. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat sağlık hizmetleri dergisi*, 2010; 5: 125–141
11. Bahar G, Bahar A, Savaş A. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009; 4: 85–98
12. Kurt G, Beyaztaş F, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli tıp derg.* 2010; 24: 32–39
13. Farklı boyutlarıyla yaşlılık, www.tued.org.tr/tied_kitaplar/yaslilik.pdf. Erişim tarihi: 29.11.2010
14. Taşçı F. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *Çalışma ve toplum*, 2010; 1: 175–202
15. Yaşlılık gerçeği, Ankara, 2004, 59
16. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu I. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*, 2004; 7: 105–110

17. Aydın S, Gaziantep ili Şehitkâmil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü popülasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler, yüksek lisans tezi, Malatya, 2009
18. Country statistical profiles 2009, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CSP2009>. Erişim tarihi: 29.11.2010
19. İstatistik göstergeler 1923–2008, www.tuik.gov.tr. Erişim tarihi: 29.11.2010
20. Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar 2009, www.ato.org.tr/storage/publications/books/halk_sagligi.pdf. Erişim tarihi: 19.04.2011
21. Solmaz T, Evde yaşayan 64 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi, yüksek lisans tezi, Konya, 2008
22. Caughey GE, Ramsay EN, Vitry AI, et al. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *J Epidemiol Community Health*, 2010; 64: 1036–1042
23. Baysan N P, Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler, uzmanlık tezi, Manisa, 2008
24. Eğri M, Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt ilçesindeki yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları. *Turgut özal tıp merkezi dergisi*, 1997; 4: 418–423
25. Aylaz R, Günay G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005; 12: 177–183
26. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M ve ark. Ankara’da Altındağ sağlık ocağı bölgesi’nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. *Geriatrici*, 2002; 5: 97–102
27. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Geriatrici*, 2002; 5: 68–74
28. Arslan Ş, Atalay A, Kutsal Y G. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatrici*, 2000; 3: 56–60
29. Clausen F, Sandberg E, Ingstad B, Hjortdahl P. Morbidity and health care utilisation among elderly people in Mmankgodi village, Botswana. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 58–63
30. Terakye T, Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: yaşlılık. *Kriz dergisi*, 1997;5: 95–102

31. Keskinoglu P, Bilgiç N, Pıçakçefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Geriatri 2003; 6: 27-30
32. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. Sted, 2005;14: 113-119
33. Uçku R, Yaşlıların medikososyal sorunları üzerine bir inceleme, uzmanlık tezi, İzmir, 1990
34. Ölüç F. Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, uzmanlık tezi, Edirne, 2007
35. Onat A, Özhan H, Can G, Hergenç G ve ark. Kardiyometabolik risk profilini şekillendirmede aile geliri: cinsiyete bağlı farklılıkların da incelendiği prospektif bir çalışma. Türk Kardiyol Dern Arş, 2006; 34: 471-478
36. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Geriatri, 2001; 4: 22-27
37. Kırbıyık S, Isparta ili 2002 yılı mortalite kayıtlarının değerlendirilmesi, uzmanlık tezi, Isparta, 2004
38. Dişçiğil G. Geriatri de sık karşılaşılan sorunlar. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi 2009; 3: 7-13
39. Older Adults Leading Causes of Death Among The Elderly www.libraryindex.com/.../older-adults-leading-causes-death-among-elderly.html. Erişim tarihi: 07.12.2010
40. Sezgi C, Abakay A, Tanrıkulu AÇ, Şen SH ve ark. Göğüs hastalıkları kliniğinde mortalite nedenleri. Selçuk tıp derg, 2010; 26: 42-45
41. Kurt G, Beyaztaş F, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli tıp derg. 2010; 24: 32-39
42. Kutsal Y. Neden geriatri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 2009;55: 51-56
43. Seyyar A, Oğlak S. Danimarka ve Hollanda sosyal güvenlik sistemlerinde bakım hizmetleri, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov1/ov1makdanholsosyal.htm>. Erişim tarihi: 21.04.2011
44. Mandıracıoğlu A, Bornova eğitim ve araştırma bölgesi'nde 65 yaş ve üzeri popülasyonun medikososyal sorunlarının değerlendirilmesi, uzmanlık tezi, İzmir, 1992
45. Seyyar A. Avusturya'da bakıma muhtaçların sosyal güvenliği, <http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/13.pdf> . Erişim tarihi 21.04.2011

46. Yaşlılara Yönelik Hizmetler, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, www.shcek.gov.tr. Erişim: 19.4.2011.
47. NCSS statistical, power analysis software.
<http://www.ncss.com/pdf/manuals/NCSS%20QuickStart.pdf>. Erişim tarihi: 29.11.2010
48. Ölüm nedenleri, www.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 21.02.2011
49. Ersunan G, Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde 2006 yılındaki mortalite nedenlerinin incelenmesi, uzmanlık tezi, Erzurum, 2009
50. Simón F, Lopez-Abente G, Ballester E, Martínez F. Mortality in Spain during the heat waves of summer 2003. *Euro Surveill*, 2005;10: 156–61.
51. Gómez-Acebo I, Llorca J, Rodríguez-Cundín P, Dierssen-Sotos T. Extreme temperatures and mortality in the North of Spain. *Int J Public Health*. 2011 Jan 13. [Epub ahead of print]
52. Robine JM, Cheung SL, Le Roy S, Van Oyen H, et al. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. *C R Biol*, 2008;331:171–8.
53. Ha J, Kim H, Hajat S. Effect of Previous-Winter Mortality on the Association between Summer Temperature and Mortality in South Korea. *Environ Health Perspect*. 2011 Jan 13. [Epub ahead of print]
54. Conti S, Masocco M, Meli P, Minelli G, et al. General and specific mortality among the elderly during the 2003 heat wave in Genoa (Italy). *Environ Res*, 2007;103:267–74
55. Çilingiroğlu N, Subaşı N, Çiçekli Ö, Veysel A ve ark. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'ndeki 2004 Yılı Ölümünün Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2005; 8: 308–323
56. Wilkinson P, Patenden S, Armstrong B, Fletcher A, et al. Vulnerability to winter mortality in elderly people in Britain: population based study. *Brit Med J*, 2004; 329: 647–65
57. Healy J D. Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *J Epidemiol Community Health* 2003;57: 784–789
58. Öztürk M, Kırbıyık S. Kayseri ili Hacılar ilçesindeki on yıllık (1986–1995) ölüm kayıtlarının değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniv Tıp Fak Derg*, 2003; 10: 10–16
59. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor Aralık 2004 www.tusak.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 29.11.2010

60. Bell C, Davis J, Harigan R et al. Factors associated with place of death for elderly Japanese- American men: the honolulu heart program and honolulu- Asia aging study. *J Am Geriatr Soc*, 2009; 57: 714–718
61. Beng AK, Fong CW, Shum E, Goh CR, Goh KT, Chew SK. Where the elderly die: the influence of socio-demographic factors and cause of death on people dying at home. *Ann Acad Med Singapore*, 2009;38: 676–83.
62. Rensbergen G, Nawrot T, Hecke E, Nemery B. Where do the elderly die? The impact of nursing home utilisation on the place of death. Observations from a mortality cohort study in Flanders. *BMC Public Health*, 2006, 6: 178–184
63. Hayashi T, Nomura H, Ina K, Kato T, Hirose T, Nonogaki Z, Suzuki Y. Place of death for the elderly in need of end-of-life home care: A study in Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Jan 3. [Epub ahead of print]
64. Işıkhan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri, *Türk onkoloji dergisi*, 2008; 23: 34–44
65. Bravell ME, Malmberg B, Berg S. End-of-life care in the oldest old. *Palliat Support Care*, 2010;8: 335–44.
66. Coste J, Bernardin E, Jouglu E. Patterns of mortality and their changes in France (1968–99): insights into the structure of diseases leading to death and epidemiological transition in an industrialised country. *J Epidemiol Community Health*, 2006;60: 945–955
67. Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Assessment of the magnitude of geographical variations and socioeconomic contextual effects on ischaemic heart disease mortality: a multilevel survival analysis of a large Swedish cohort. *J Epidemiol Community Health*, 2007; 61: 349–355
68. Faeh D, Minder C, Gutzwiller F, Bopp M. Culture, risk factors and mortality: can Switzerland add missing pieces to the European puzzle. *J Epidemiol Community Health*, 2009;63: 639–645
69. Marmot M, Siegrist J, Theorell T. Sağlık ve iş yerindeki psiko-sosyal ortam. In: Marmot M, Wilkinson RG. *Sağlığın sosyal belirleyicileri*, 1. Basım, İstanbul, İnsev yayınevi, 2009, 120
70. Rogers RG, Everett BG, Onge JM, Krueger PM. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography*, 2010;47: 555–78.

71. Shlomo BY, Smith DG, Shipley M, Marmot M G. Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993; 47: 200–205
72. Blomgren J, Martikainen P, Grundy E, Koskinen S. Marital history 1971- 1991 and mortality 1991–2004 in England & Wales and Finland, *J Epidemiol Community Health*, 2010;64: 130–135
73. Alderson M. Relationship between month of birth and month of death in the elderly *Brit. J. Prev. Soc. Med*, 1975; 29: 151–156
74. Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Sağlık ve emek piyasası dezavantajı: işsizlik, iş yokluğu ve iş güvencesizliği. In: Marmot M, Wilkinson RG. Sağlıkın sosyal belirleyicileri, 1. Basım, İstanbul, İnsev yayınevi, 2009, 98–113
75. Huisman M, Kunst A E, et all. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations *J Epidemiol Community Health*, 2004; 58: 468–475.
76. Laaksonen M, Martikainen P, Nihtila E, Rahkonen O et al. Home ownership and mortality: a register-based follow-up study of 300 000 Finns. *J Epidemiol Community Health* 2008;62: 293–297
77. Koskinen S, Joutsenniemi K, Martelin T, Martikainen P. Mortality differences according to living arrangements, 2007;36: 1255–64.
78. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *J Epidemiol Community Health*, 2008; 62: 492–498
79. Hurt LS, Ronsmans C, Saha S. Effects of education and other socioeconomic factors on middle age mortality in rural Bangladesh. *J Epidemiol Community Health*, 2004;58: 315–320
80. Wannamethee SG, Shaper AG. Socioeconomic status within social class and mortality: a prospective study in middle-aged British men. *Int J Epidemiol*, 1997;26: 532–41.
81. Langford A, Johnson B. Trends in social inequalities in male mortality, 2001–08. Intercensal estimates for England and Wales. *Health Stat Q*, 2010;47: 5–32.
82. Ramsay SE, Morris R W, Lennon L T, Wannamethee S G et al. Are social inequalities in mortality in Britain narrowing? Time trends from 1978 to 2005 in a population-based study of older men. *J Epidemiol Community Health*, 2008;62: 75–80.
83. Bamia C, Trichopoulou A, Trichopoulos D. Age at Retirement and Mortality in a General Population Sample. *Am J Epidemiol*, 2008;167:561–56

84. Yasuda N, Toyota M, Koda S, Ohara H, et al. A Retrospective Cohort Study on Retirement and Mortality for Male Employees of a Local Government of Japan *J Epidemiol*, 1998; 8: 47–51.
85. Baker DW, Sudano JJ, Durazo-Arvizu R, Feinglass J, et al. Health insurance coverage and the risk of decline in overall health and death among the near elderly, 1992–2002, 2006; 44: 277–82.
86. Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, et al. Health insurance and mortality in US adults. *Am J Public Health*, 2009;99: 2289–95.
87. Franks P, Clancy CM, Gold MR. Health insurance and mortality. Evidence from a national cohort. *Jama*, 1993;270:737–41.
88. Sorlie PD, Johnson NJ, Backlund E, Bradham DD. Mortality in the uninsured compared with that in persons with public and private health insurance. *Arch Intern Med*, 1994;154:2409–16.
89. Brown AF, Smith GC, Joanne Garrett J, Lurie N. Risk of Cardiovascular Events and Death—Does Insurance Matter? *Society of General Internal Medicine*, 2007;22: 502–507
90. Shaw M, Dorling D, Smith GD. Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar. In: Marmot M, Wilkinson RG. *Sağlığın sosyal belirleyicileri*, 1. Basım, İstanbul, İnsev yayınevi, 2009, 234
91. Bassuk SS, Berkman LF, Amick BC. Socioeconomic Status and Mortality among the Elderly: Findings from Four US Communities. *Am J Epidemiol*, 2002;155:520–33.
92. Menvielle G, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, et al. Socioeconomic inequalities in mortality in Europe. *Med Sci (Paris)*, 2009;25: 192–6.
93. Ostlin P. Occupational history, self reported chronic illness, and mortality: a follow up of 25 586 Swedish men and women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1990; 44: 12–16
94. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Giampaoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: The FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol*, 2001;54: 680–6.
95. Davey Smith G, Dorling D, Mitchell R, et al. Health inequalities in Britain: continuing increases up to the end of the 20th century. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 434–35.

96. Jemal A, Ward E, Anderson RN, Murray T, Thun MJ. Widening of Socioeconomic Inequalities in U.S. Death Rates, 1993–2001. *Plos one*, 2008;3:e2181
97. Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Health inequalities in Korea: age- and sex-specific educational differences in the 10 leading causes of death. *Int J Epidemiol*. 2004;33: 299–308.
98. Leinsalu M, Stirbu I, Vågerö D, Kalediene R, et al. Educational inequalities in mortality in four Eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000. *Int J Epidemiol*, 2009;38: 512–25.
99. Martinez C, Regidor E, Sanchez E, Pascual C, Fuent L. Heterogeneity by age in educational inequalities in cause-specific mortality in women in the Region of Madrid. *J Epidemiol Community Health*, 2009;63: 832–838
100. Naess O, Claussen B, Thelle DS, et al. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health*, 2005;33: 215–21.
101. Stirbu I, Kunst A E, et all. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *J Epidemiol Community Health*, 2010;64: 913–920
102. Hadley J, Steinberg EP, Feder J. Comparison of Uninsured and Privately Insured Hospital Patients. *Jama*, 1991; 265:374–379

8. EKLER

EK 1. Demografik, Sosyo-Ekonomik Özellikler, Huzurevine Gelişteki Hastalık Öyküsüne Göre Ölüm Nedenlerinin Dağılımı

EK-1'de ölüm nedenlerinin demografik, sosyoekonomik ve huzurevine gelişteki hastalık öyküsünü inceleyen çözümler sunulmuştur.

Cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum ile dolaşım sistemi hastalıklarına bağı ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p=0.281$, $p=0.103$, $p=0.101$).

Demografik özelliklere göre dolaşım sistemi hastalıklarına bağı ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					1.160	0.281
Erkek	33	70.2	14	29.8		
Kadın	15	83.3	3	16.7		
Yaş grubu					4.549	0.103
65–74	11	18.0	7	82.0		
75–84	25	83.3	5	16.7		
85+	12	70.6	5	29.4		
Medeni durum					2.68	0.101
Evli	4	50.0	4	50.0		
Boşanmış/dul/bekar	44	77.2	13	22.8		

İlkokulu bitirmemiş olanlar arasında dolaşım sistemi hastalıklarına bağı ölenlerin yüzdesinin (%82.6), ilkokul ve üzeri mezun olanlar arasında dolaşım sistemi hastalıklarına bağı ölenlerin yüzdesinden (%52.6) daha fazla olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.012$).

Meslek, gelir, sağlık güvencesi, huzurevinde kalış süresi, geliş nedeni ile dolaşım sistemi hastalıklarına bağı ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p=0.531$, $p=0.745$, $p=0.883$, $p=0.374$, $p=0.888$).

Sosyoekonomik özelliklere göre dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Öğrenim durumu					6.256	0.012
İlkokulu bitirmemiş	38	82.6	8	17.4		
İlkokul ve üzeri	10	52.6	9	47.4		
Meslek					0.393	0.531
Emekli	8	66.7	4	33.3		
Emekli değil	40	75.5	13	24.5		
Gelir					0.106	0.745
Var	44	30.6	16	69.4		
Yok	4	80.0	1	20.0		
Sağlık güvencesi					0.022	0.883
Var	16	72.7	6	27.3		
Yok	32	74.4	11	25.6		
Kalış süresi					1.967	0.374
1<	12	63.2	7	36.8		
1-4	25	75.8	8	24.2		
5+	11	84.6	2	15.4		
Geliş nedeni					0.020	0.888
Sosyal yoksunluk	15	75.0	5	25.0		
Sosyoekonomik yoksunluk	33	73.3	12	26.7		

Huzurevine gelişteki hastalık öyküsü ve hastalık sayısı ile dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur ($p=0.740$, $p=0.219$, $p=0.398$, $p=0.263$, $p=0.920$).

Huzurevine gelişteki hastalık öyküsüne göre dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Dolaşım hastalığı					0.110	0.740
Var	26	72.2	10	27.8		
Yok	22	75.9	7	24.1		
Kanser hastalığı					1.510	0.219
Var	4	100.0	0	0.0		
Yok	44	72.1	17	27.9		
Solunum hastalığı					0.715	0.398
Var	7	63.6	4	36.4		
Yok	41	75.9	13	24.1		
Diğer Hastalıklar					1.255	0.263
Var	46	75.4	15	24.6		
Yok	2	50.0	2	50.0		
Hastalık sayısı					0.01	0.920
2'den az	9	75.5	3	25.3		
2 ve üzeri	39	73.6	14	24.6		

Cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum ile solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p=0.174$, $p=0.501$, $p=0.809$).

Demografik özellikler göre solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					1.434	0.231
Erkek	8	17.0	39	83.0		
Kadın	1	5.6	17	94.4		
Yaş grubu					0.698	0.705
65–74	3	16.7	15	83.3		
75–84	3	10.0	27	90.0		
85+	3	17.6	14	82.4		
Medeni durum					0.014	0.906
Evli	1	12.5	7	87.5		
Boşanmış/dul/bekar	8	14.0	49	86.0		

Öğrenim durumu, meslek, gelir, sağlık güvencesi, kalış süresi, geliş nedeni ile solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur (p=0.954, p=0.892, p=0.766, p=0.780, p=0.272, p=0.954).

Sosyo-ekonomik özelliklere göre solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Öğrenim durumu					0.085	0.771
İlkokulu bitirmemiş	6	13.0	40	87.0		
İlkokul ve üzeri	3	15.8	16	84.2		
Meslek					0.375	0.540
Emekli	1	8.1	11	91.7		
Emekli değil	8	15.1	45	84.9		
Gelir					0.172	0.678
Var	8	13.3	52	86.7		
Yok	1	20.0	4	80.0		
Sağlık güvencesi					0.630	0.427
Var	2	9.1	20	90.9		
Yok	7	16.3	36	83.7		
Kalış süresi					1.322	0.516
1<	4	21.1	15	78.9		
1-4	4	12.1	29	87.9		
5+	1	7.7	12	92.3		
Geliş nedeni					0.358	0.549
Sosyal yoksunluk	2	10.0	18	90.0		
Sosyoekonomik yoksunluk	7	15.6	38	84.4		

Huzurevine gelişte solunum hastalıkları olanlarda solunum sistemi hastalığı olmayanlara oranla daha fazla oranda solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölüm olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.002).

Dolaşım hastalıkları, neoplazma hastalıkları, diğer hastalıklar ile solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur (p=0.750, p=0.582, p=0.379).

Huzurevine gelişteki hastalık öyküsü sayısı ile solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur (p=0.453).

Huzurevine gelişteki hastalık öyküsüne göre solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin dağılımı

	Ölüm Var		Ölüm Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Dolaşım hastalığı					0.506	0.477
Var	4	11.1	32	88.9		
Yok	5	17.2	24	82.8		
Kanser hastalığı					0.685	0.408
Var	0	0.0	4	100.0		
Yok	9	14.8	52	85.2		
Solunum hastalığı					11.090	0.001
Var	5	45.5	6	54.5		
Yok	4	7.4	50	92.6		
Diğer Hastalıklar					0.685	0.408
Var	9	14.8	52	85.2		
Yok	0	0.0	4	100.0		
Hastalık sayısı					0.098	0.754
2'den az	2	16.7	10	83.3		
2 ve üzeri	7	13.2	46	86.8		

EK 2. Demografik, Sosyo-Ekonomik Özellikler, Huzurevine Gelişteki Hastalık Öyküsüne Göre Ölüm Yerinin Dağılımı

EK-2’de demografik, sosyoekonomik özellikler, huzurevine gelişteki hastalık öyküsüne göre ölüm yerinin dağılımını inceleyen çözümler sunulmuştur.

Cinsiyet, yaş ve medeni durum ile ölüm yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p=0.856$, $p=0.441$, $p=0.876$).

Demografik özelliklere göre ölüm yerinin dağılımı

	Hastane		Huzurevi		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					0.033	0.856
Erkek	30	68.2	14	31.8		
Kadın	12	70.6	5	29.4		
Yaş grubu					1.638	0.441
65–74	9	56.3	7	43.8		
75–84	21	72.4	8	27.6		
85+	12	75.0	4	25.0		
Medeni durum					0.024	0.876
Evli	5	71.4	2	28.6		
Boşanmış/dul/bekar	37	68.5	17	31.5		

Söke Hilmi Fırat Huzurevinde kalan yaşlıların ölüm yeri ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. İlkokul altı öğrenim durumu olanlar daha fazla oranda hastanede ölmüşlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.022$).

Sağlık güvencesi olmayanlar olanlara göre daha fazla oranda hastanede ölmüşlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.044$).

Meslek, gelir, kalış süresi, geliş nedeni ile ölüm yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.258$, $p=0.784$, $p=0.564$, $p=0.518$).

Sosyoekonomik özelliklere göre ölüm yerinin dağılımı

	Hastane		Huzurevi		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Öğrenim durumu					5.220	0.022
İlkokulu bitirmemiş	34	77.3	10	22.7		
İlkokul ve üzeri	8	47.1	9	52.9		
Meslek					1.281	0.258
Emekli	6	54.5	5	45.5		
Emekli değil	36	15.1	14	84.9		
Gelir					0.075	0.784
Var	39	68.4	18	31.6		
Yok	3	75.0	1	25.0		
Sağlık güvencesi					4.051	0.044
Var	11	52.4	10	47.6		
Yok	31	77.5	9	22.5		
Kalış süresi					1.145	0.564
1<	10	58.8	7	41.2		
1-4	23	71.9	9	28.1		
5+	9	75.5	3	25.5		
Geliş nedeni					0.417	0.518
Sosyal yoksunluk	12	63.2	7	36.8		
Sosyoekonomik yoksunluk	30	71.4	12	28.6		

Huzurevine gelişteki hastalık öyküsü ve hastalık sayısı ile ölüm yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0.180, p=0.400, p=0.932, p=0.933, p=0.759).

Huzurevine gelişteki hastalık öyküsüne göre ölüm yerinin dağılımı

	Hastane		Huzurevi		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Dolaşım hastalığı					1.799	0.180
Var	21	61.8	13	38.2		
Yok	21	77.8	6	22.2		
Kanser hastalığı					0.709	0.400
Var	2	50.0	2	50.0		
Yok	40	14.8	17	85.2		
Solunum hastalığı					0.007	0.932
Var	7	70.0	3	30.0		
Yok	35	68.6	16	31.4		
Diğer Hastalıklar					0.007	0.933
Var	40	69.0	18	31.0		
Yok	2	66.7	1	33.3		
Hastalık sayısı					0.094	0.759
2'den az	8	72.7	3	27.3		
2 ve üzeri	34	68.0	16	32.0		

EK 3. Huzurevi ve Türkiye geneli yaşa özel ölüm hızları ve nüfus oranları

Yaş grubu	Huzurevi yaşa özel ölüm hızı			Türkiye geneli yaşa özel ölüm hızı		
	Ölüm	Toplam	Binde	Ölüm	Toplam	Binde
65-74	18	100	180	88.458	3.071.660	28.79
75+	47	124	370	165.835	1.928.515	85.99

Yaş grubu	Huzurevi yaşa özel nüfus oranları			Türkiye geneli yaşa özel nüfus oranları		
	Sayı	Toplam	%	Sayı	Toplam	%
65-74	100	224	0.4	3.071.660	5.000.175	0.6
75+	124	224	0.5	1.928.515	5.000.175	0.3

EK 4. Veri Toplama Formu

SÖKE HİLMİ FIRAT HUZUREVİ'NDE 2004–2010 YILLARINDA YAŞLI ÖLÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI VERİ TOPLAMA FORMU

1. Sıra No:

2. Adı Soyadı:.....

3. Doğum tarihi (gün/ay/yıl):.....

4. Cinsiyet: 1.Erkek 2.Kadın

5. Medeni durum: 1.Evli 2. Bekar 3.Dul 4. Boşanmış

6. Öğrenim durumu: 1. Okur –Yazar değil 2. Okur –Yazar
3. İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu 6. Yüksekokul

7. Meslek: 1. Memur
2. İşçi
3. Ev hanımı
4. Serbest meslek (kendi hesabına çalışanlar)
5. İşsiz
6.Düzensiz işler (boyacılık, hurdacılık, gündelik iş..)

8. Gelir:

Emekli maaşı:	1.Var	2.Yok
Yaşlılık maaşı:	1.Var	2.Yok
Dul yetim maaşı:	1.Var	2.Yok
Yakınlarından harçlık:	1.Var	2.Yok
Gayrimenkul gelirleri:	1.Var	2.Yok
Diğer:	1.Var	2.Yok

9. Sağlık güvencesi: 1. Emekli sandığı 2. SSK 3. Bağ kur
4. Yeşil kart 5.Sosyal güvencesi olmayanlar

10. Huzurevine geliş tarihi:.....

11.Geliş nedeni: 1. Sosyal Yoksunluk

2. Sosyoekonomik Yoksunluk

12. Huzurevine gelişteki hastalık öyküsü:

0. Yok

1. Endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar

2. Sinir sistemi hastalıkları

3. Dolaşım sistemi hastalıkları

4. Solunum sistemi hastalıkları

5. Serebrovasküler hastalıklar

6. Kanserler

7. Kas iskelet sistemi hastalıkları

8. İşitme sorunları

9. Görme sorunları

10. Akıl ve davranış bozuklukları

11. Senilite

12. Böbrek ve ureter hastalıkları

13. Ölüm tarihi:.....

14. Ölüm yeri: 1. Hastane 2. Huzurevi 3. Ev

13. Ölüm Nedeni:

1. Dolaşım sistemi hastalıkları

2. Serebrovasküler hastalıklar

3. Kanserler

4. Solunum sistemi hastalıkları

5. Sindirim sistemi hastalıkları

6. Diyabet

7. Böbrek ve ureter hastalıkları

EK 5. Etik Kurul Kararı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
 e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	Söke Hilmi Fırat Huzurevi'nde 2004 -2010 Yıllarında Yaşlı Ölülerinin Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ ADI	Prof. Dr. Belgin ÜNAL				
	KOORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI	-				
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	-				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Söke Hilmi Fırat Huzurevi, Söke / AYDIN				
	DESTEKLEYİCİ FIRMA					
FAZİ						
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi / Değişiklik No. Su		Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.12.2010		Türkçe		
	OLGU RAPOR FORMU	-		Türkçe		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 11-1/13		Tarih : 26.01.2011			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, dosya /görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları kapsamında değerlendirilmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hst. AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Hayriye ELBİ Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	EÜ. Eczacılık Fakültesi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Yüksek Okulu AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Zeki KARASU Üye	İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Osman ZEKİOĞLU Üye	Patoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Yasemin AKÇAY Üye	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
15	03.11.2010/04	25/30



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar No : 11-1/13				
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Timur KÖSE Üye	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Av. Özge TÜRKOĞLU Üye	Avukat	EÜ. Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü Hukuk Bürosu	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma



Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su.	Sayfa
	15	03.11.2010/04	26/90

EK 6. Defin Ruhsatı Dip Koçanı

T.C.
BAŞBAKANLIK
DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ
BAŞKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK
BAKANLIĞI

İl merkezlerinde Sağlık Müdürlükleri, İlçelerde Sağlık Ocakları kanalıyla BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ BAŞKANLIĞINA gönderilecektir.

Ölü sahibine verilecektir.

DİP KOÇANI

Not: Bu kısım formun doldurulduğu durumda katecektir.

Sıra No:

I-Formun doldurulduğu:

a) İl:

b) İlçe:

II-Ölünün:

a) Adı:

b) Soyadı:

c) Baba Adı:

d) Ana Adı:

e) Yaşı (Bitirilen yaş):

f) Cinsiyeti:

g) Açık ev adresi:

h) Ölüm sebebi (Esas sebep yazılacak):

i) Olduğu tarih: / / 20

III-Ölümü tespit eden hekimin:

a) Adı:

b) Soyadı:

Yukarıda adı, soyadı ve hıviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir.

Resmî Mühür ve İmza
/ / 20

**ÖLÜM İSTATİSTİK FORMU
2001**

I-Ölümün meydana geldiği yerin:

a) İl adı:

b) İlçe adı:

II-Ölenin:

a) Adı ve Soyadı:

b) Yaşı (Bitirilen yaş): yaşında

c) Bir yaşından küçükse: aylık

d) Bir aylıktan küçükse: günlük

e) Cinsiyeti: 1 2
Erkek Kadın

f) Daim ikametgahı: ili

1 2 3
İl İlçe Bucak veya köy
merkezi merkezi

g) Medeni hali: 1 2 3 4
Hiç evlenmedi Evli Eşi ölüü Boşandı

h) Eğitim durumu: 0 1 2 3 4 5 6
Okuma Okuma-azma İlk-lik Ortaokul Lise Yüksek-
/azma /azma biliyor, /kat okul /retim ve ve okulu /eya
silmiyor bir okuyan mezun değil denği denği /okul /eya
fakülte

i) 1: Çalışıyor ise, yaptığı iş:

2: Çalışmıyor ise, durumu: 1 2 3 4 5
Ev kadını Emekli Öğrenci İrat sahibi Diğer

k) Ölümün meydana geldiği ay: 01 02 03 04
Ocak Şubat Mart Nisan
05 06 07 08
Mayıs Haziran Temmuz Ağustos
09 10 11 12
Eylül Ekim Kasım Aralık

l) Ölümün esas sebebi (Ölümü meydana getiren hastalık ya da hastalık yazınız):

m) Ölümü tesbit için otopsi: 1 2
Yapıldı Yapılmadı

III-Ölüm sebebini tespit eden kurum:

1 2 3
Hastane veya Sağlık Merkezi Sağlık Ocağı Tabibi Belediye Tabibi

Gömmeye izin veren makamın adı

Resmî Mühür ve İmza
/ / 20

GÖMME İZİN KAĞIDI

Dip Koçanı Sıra No:

I-Formun doldurulduğu:

a) İl:

b) İlçe:

II-Ölünün:

a) Adı:

b) Soyadı:

c) Baba Adı:

d) Ana Adı:

e) Yaşı (Bitirilen yaş):

f) Cinsiyeti:

g) Açık ev adresi:

h) Ölüm sebebi (Esas sebep yazılacak):

i) Olduğu tarih: / / 20

III-Ölümü tespit eden hekimin:

a) Adı:

b) Soyadı:

Yukarıda adı, soyadı ve hıviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir.

Resmî Mühür ve İmza
/ / 20

DİKKAT: Anıdaki açıklamayı okuduktan sonra bu formu doldurunuz.

EK 7. Mernis Ölüm Tutanağı

T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI Nüf. ve Vat. İşl. Ga. Md.		MERNİS ÖLÜM TUTANAĞI		VGF - 70	
				Sıra no. :	
Ölenin kimlik no. 1- - - -		Cinsiyeti :			
NÜFUSTA KAYITLI OLDUĞU YER					
İlçe adı 			İlçe kodu 2-		
Köy / Mahalle adı 		Cilt no. 3-	K. sıra no. 4-	Sıra no. 5-	
6-					
7-					
Ana adı 			Baba adı 		
Doğum yeri 			Doğum tarihi -----/-----/ 19-----		
Ölüm yeri (İlçe / Ülke adı yazılacak) 			İlçe / Ülke kodu 9-		
Ölüm tarihi 10- - -			Ölüm saati -----/-----		
Ölüm nedeni 			Ölüm nedeni kodu 11-		
12-					
Ölüm kayıt tarihi 13- -			Ölüm sıra no. 14-		
Bildirimde bulunanın : Adı : Soyadı : Doğum tarihi :		Adresi : 		Tarih : İmza :	
Tutanağı düzenleyen memurun : Adı : Soyadı : Ünvanı : İmza :		Onaylayan yetkilinin : Adı : Soyadı : Ünvanı : İmza : Mühür		Tutanağın düzenlendiği yer : Kayıt tarihi : Kayıt no. :	
İşleme koyan Nüfus İdaresi : 		Kayıt tarihi : 		Kayıt no. : 	
GİRİŞ KONTROL		KAYIT		KAYIT KONTROL	
				ÇIKTI KONTROL	

D.M.O. Basım Müessesesi

EK 8. Mernis Ölüm Formu


T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü		MERNİS ÖLÜM FORMU		VGF - 70	
				Sıra No	
				Tescil Yılı	
1- T.C. Kimlik No		2- Cinsiyeti		3- Kodu	
4- İlçe Adı				İlçe Kodu	
5- Köy / Mahalle Adı					
6- Cilt No		7- Aile Sıra No		8- Birey Sıra No	
9- Adı		10- Soyadı			
11- Baba Adı		12- Ana Adı			
13- Doğum Yeri		14- Medeni Hali		15- Kodu	
16- Doğum Tarihi (Rakam ile)		17- Dini			
18- Ölüm Yeri (Yazı ile)		19- Ölüm Yeri Türü		20- Kodu	
21- Ölüm Tarihi - 22- Saati (Rakam İle)		23- Ölüm Tarihi (Yazı İle)			
24- Ölüm Nedeni				25- Kodu	
26- Sağlık Kuruluşuna Geliş Nedeni				27- Kodu	
28- Hastalık				29- Kodu	
30- Ölüm Nedenini Tespit Eden Kurum				31- Kodu	
İKAMETGÂH BİLGİLERİ					
32- İlçe Adı		33- İlçe Kodu			
34- Köy Mahalle Adı		35- Bulvar / Cadde / Sokak			
36- Site - Blok		37- Dış Kapı No		38- İç Kapı No	
39- İkamete Geliş Tarihi		40- Posta Kodu			
BİLDİRİMDE BULUNAN		Adresi:			
Adı		İmza			
Soyadı					
Doğum Tarihi					
GERİ ALINAN NÜFUS CÜZDANININ		İMHA EDEN MEMURUN		ONAYLAYAN YETKİLİNİN	
Tarih		Adı		Adı	
Seri No		Soyadı		Soyadı	
Kayıt Tarihi No		Ünvanı		Ünvanı	
Verildiği Yer		Tarih		Tarih	
		İmza		İmza - Mühür	

BİLDİRİMİN DÜZENLENDİĞİ YER		Kayıt Tarihi	
		Kayıt Numarası	

TUTANAĞI DÜZENLEYEN MEMURUN		ONAYLAYAN YETKİLİNİN	
Adı		Adı	
Soyadı		Soyadı	
Ünvanı		Ünvanı	
Tarih		Tarih	
İmzası		İmzası -Mühür	
Kayıt Tarihi ve No		İşlem Yapan Nüfus Müdürlüğü	
ONAYLAYAN (VALİ / KAYMAKAM)			
Adı		Tarih	
Soyadı		İmza	
Ünvanı		Mühür	
TESCİL EDEN MEMURUN		ONAYLAYAN YETKİLİNİN	
Adı		Adı	
Soyadı		Soyadı	
Ünvanı		Ünvanı	
Tarih		Tarih	
İmza		İmza - Mühür	


AÇILAMALAR

EK 9. Ölüm Belgesi



TÜİK

ÖLÜM BELGESİ



Bu nüsha istatistik amaçlı kullanılacaktır. S1 Form no: 000000001

İl		Belde ya da köy	
İlçe		Kurum adı	

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ

Kimlik numarası:

Kimlik numarası yok

Uyruğu: TC Diğer

Adı ve soyadı:

Baba adı:

Doğum tarihi:

Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*:

Cilt no*: Aile sıra no*: Birey sıra no*:

Cinsiyet: Erkek Kadın

Öğrenim durumu (bitirilen):

Meslek:

Daimi ikametgah:

İl:

İlçe:

Belde ya da köy:

Yurtdışı:

C Ölümün sekti

Doğal ölüm Trafik kazası Diğer

İntihar İş kazası Araştırma aşamasında

Cinayet Diğer kazalar Bilinmeyen

D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?

Evet Hayır → **Bölüm E'ye geçiniz**

İş yerinde yaralanma: Evet Hayır

Tarihi:

Yaralanmanın yeri:

Evde Spor alanı

Yatılı kuruluş Caddede ve otoyol

Kırsal alan (Çiftlik) Ticaret ve hizmet alanı

Sanayi ve inş. yeri Okul, diğer kur. ve idari yer

Diğer (Açıklayınız)

E Otopsi yapıldı mı?

Evet Hayır → **Bölüm F'ye geçiniz**

Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?

Evet Hayır → **Bölüm F'ye geçiniz**

Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?

Evet Hayır

B Ölüm Tarihi

Ölüm Saati:

Gün: Ay: Yıl:

Ölüm yeri: Ev Hastane İşyeri

Ambulans Diğer taşıt Diğer

BİLGİYİ VEREN

Adı ve Soyadı:

Telefon:

Yakınlık derecesi:

İmza:

FORMU DOLDURAN HEKİM

Adı ve Soyadı:

Ünvanı:

Tarihi:

İmza:

Kaşe:

KURUM
ONAYI

F Ölü doğum Evet Hayır } **Bölüm G'ye geçiniz**

Bebek ölümü Evet Hayır

Doğum Saati:

Annenin TC No:

Annenin yaşı: Doğum sırası:

Gebelik süresi: Doğum ağırlığı:

G Kadın ise, Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti Ölüm doğum esnasında gerçekleşti Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti

Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti Anne ölümü değil

H Ölüm Nedeni

Bölüm I

Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum* a) Bağlı olarak

Önceki nedenler b) Bağlı olarak

Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek c) Bağlı olarak

d)

Bölüm II

Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.

**Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.*

Açıklamalar için arka sayfaya bakınız.

EK 10. Yaşlı Kabul Formu

T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU
SÖKE HİLMİ FIRAT HUZUREVİ MÜDÜRLÜĞÜ

YAŞLI KABUL FORMU

ADI SOYADI		SOSYAL GÜV. DURUMU	
DOĞUM YERİ		SOSYAL GÜV. SİC. NO	
DOĞUM TARİHİ		BANKA CÜZDAN NO	
T.C. NO		MAAŞ DURUMU	
CİNSİYETİ		ÜCRET DURUMU	
MEDENİ DURUMU		ODA TİPİ İLE NO'SU	
ÖĞRENİM DURUMU			
MESLEĞİ			
DİĞER GELİRLERİ			
NEREDEN ALDIĞI			
MİKTARI			
SÜREKLİ ADRESİ			
SON OTURDUĞU YER ADRESİ TELEFON			
HANGİ KANALDAN GELDİĞİ			
KİM TARAFINDAN GETİRİLDİĞİ			
NEREDEN GELDİĞİ (İl, İlçe, Köy, Diğer)			
KURULUŞA KABUL NEDENİ			
KABUL TARİHİ			
ACİL DURUMDA HABER VERİLECEK KİŞİLERİN -			
ADI, SOYADI	YAKINLIK DERESESİ	ADRESİ	
DEPOYA TESLİM EDİLEN EŞYA MAKBUZ NO:		Yok	
KASAYA TESLİM EDİLEN EŞYA MAKBUZ NO:		Yok	

Kabulü Yapan Meslek Elemanı

Adı-Soyadı:

Görevi:

EK 11. Özgeçmiş Formu**ÖZGEÇMİŞ**

TC Kimlik No	55411110862
Doğum Yılı:	1978
Yazışma Adresi:	Söke Hilmi Fırat Huzurevi Müdürlüğü Söke-AYDIN 09200 Aydın/Türkiye
Telefon:	0256 5182750
Faks:	0256 5187352
e-posta:	fzt_zeynep@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim alanı	Derece	Mezuniyet yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Lisans	2003

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Balçova Termal Tesisleri Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	Türkiye	İzmir	Fizyoterapi servisi	Fizyoterapist	2003 – 2007
Söke Hilmi Fırat Huzurevi Müdürlüğü	Türkiye	Aydın	Fizyoterapi servisi	Fizyoterapist	2007- hala çalışıyor

