



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BİREYLERİN BAKIM VE REHABİLİTASYON  
ALGILARININ HASTANEDE KALIŞ SÜRELERİNE ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

AYÇA GENÇOĞLU TOPRAK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Vesile Ünver

İSTANBUL-2024





ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BİREYLERİN BAKIM VE REHABİLİTASYON  
ALGILARININ HASTANEDE KALIŞ SÜRELERİNE ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

AYÇA GENÇOĞLU TOPRAK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Vesile Ünver

İSTANBUL-2024

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

01.10.2024

Ayça Gençoğlu Toprak

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgilerini ve deneyimlerini her zaman paylaştan, bilimsel kimliğime şekil veren, titiz, sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımıyla üzerimde büyük emeği olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Vesile Ünver'e ve çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan Doç.Dr. Elif Ok'a minnetlerimi sunarım. Tüm bu süreçte desteklerini benden esirgemeyen kıymetli hemşirelik hizmetleri direktörümüz Saliha Koç Aslan'a ve tüm hemşirelik ekibine teşekkür ederim.

Hayatıma girdiği ilk andan beri varlığıyla ve sevgisiyle bana güç veren, araştırma süresince sabırla, anlayışla hep daha iyi olmam için beni motive eden, hayat arkadaşım, değerli eşim Kamil Toprak'a ve şükür sebebim oğlum Deniz Toprak'a, maneviyatları ve bana olan inançlarıyla her zaman yanımda olan babam Yusuf Gençoğlu'na, annem Hafize Gençoğlu'na, ablam Ayşin Akkurt'a en içten duygularıyla teşekkür ederim...

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ .....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
RESİMLER LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	11
ABSTRACT .....	12
1 GİRİŞ VE AMAÇ .....	13
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi .....	13
1.2 Araştırmanın Amacı.....	14
1.3 Araştırmanın Soruları.....	14
2 GENEL BİLGİLER .....	15
2.1 Yaşlılık .....	15
2.1.1 Yaşlılık kavramı ve sınıflandırma.....	16
2.1.2 Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu .....	17
2.1.3 Aktif ve sağlıklı yaşlanma .....	20
2.2 Yaşlı Sağlığı ve Bakımı.....	22
2.2.1 Yaşlılığa bağlı ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler .....	23
2.2.2 Hastanelerde ve uzun süreli bakım ortamlarında yaşlı sağlığı sorunları	29
2.2.3 Yaşlı bireylerde rehabilitasyon ve hemşirelik yaklaşımı .....	30
3 GEREÇ VE YÖNTEM .....	31
3.1 Araştırmanın Türü .....	31
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	31
3.4 Veri Toplama Aracı.....	32
3.4.1 Yaşlı birey tanılama soru formu .....	32
3.4.2 Geriatrik bakım ve rehabilitasyon algısı ölçeği (patient perspective on care and rehabilitation (paper) .....	32
3.5 Verilerin Toplanması .....	33
3.6 Verilerin Analizi .....	33
3.7 Araştırma Etiği .....	34

3.8	Çalışmanın Sınırlılıkları.....	34
4	BULGULAR .....	35
5	TARTIŞMA.....	42
5.1	Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri .....	42
5.2	Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeylerini Etkileyen Faktörler .....	43
5.3	Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri ile Hastanede Kalış Süresi Arasındaki İlişki .....	46
6	SONUÇ .....	47
6.1	Araştırma Sorusu 1. Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri Nasıldır?.....	47
6.2	Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeylerini Etkileyen Faktörler Nelerdir? .....	47
6.3	Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri ile Hastanede Kalış Süresi Arasında Bir İlişki Var Mıdır? .....	48
7	KAYNAKLAR.....	50
8	EKLER .....	53
	EK 1 Yaşlı Birey Tanılama Soru Formu.....	53
	EK 2 (Yaşlı) Bakım ve Rehabilitasyonun Algısı Ölçeği.....	55
	EK 3 Etik Kurul Onayı.....	56
	EK 4 Kurum İzni.....	58
	EK 5 Ölçek izinleri .....	59
9	ÖZGEÇMİŞ .....	60

## KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GBRAÖ</b>	Geriatik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği
<b>GYA</b>	Günlük Yaşam Aktivitesi
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>OECD</b>	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Rowe ve Kahn'ın Crowther tarafından revize edilen başarılı yaşlanma modeli.....13



## RESİMLER LİSTESİ

Resim 1. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke, 2022.....10

Resim 2. Yaşlı nüfus oranının AB üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2022.....11



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	24
Tablo 2. Katılımcıların Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı.....	26
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sebeplerine Göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları ve Yatış Sürelerinin Karşılaştırılması.....	29
Tablo 5. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	30

## ÖZET

### **Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algılarının Hastanede Kalış Sürelerine Etkisinin İncelenmesi**

Dünya nüfusu yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren yaşanan tıbbi gelişmelere bağlı olarak hızla yaşlanmaktadır. Dünya genelinde 2050 yılında 65 yaş üzeri nüfusun 1,5 milyarın üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu çalışma yatarak tedavi gören 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım ve rehabilitasyon algılarının hastanede kalış süreleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla ilişki arayıcı kesitsel tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Acıbadem Sağlık Grubu İstanbul Hastanelerinde Nisan 2024-Eylül 2024 tarihler arasında yatarak tedavi gören 65 yaş üzeri 141 kişi oluşturdu. Veriler Yaşlı Birey Tanılama Soru Formu” ve “Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği” kullanılarak toplandı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının  $76,20 \pm 7,27$  yıl, %57,2’sinin erkek, %54,5’inin evli, %53,8’inin üniversite mezunu, %77,3’ünün emekli ve %44,8’inin gelirinin giderinden düşüktü. Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Toplam puan ortalaması  $59,11 \pm 6,14$ , Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, meslek ve ekonomik durumu ile Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bununla birlikte hastaneye yatış sebeplerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,01$ ). Bu çalışmanın sonuçları; yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algı düzeylerinin yüksek olduğunu, yatış sebebi dışında diğer faktörlerden etkilenmediği, yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algıları ile hastane kalış süresi arasında bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır. Bu durum araştırmanın yapıldığı kurumun özel bir sağlık kuruluşu olmasından kaynaklanmış olabilir. Söz konusu çalışmanın farklı örneklem grubu ile karşılaştırmalı olarak yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlı, Yaşlı bakımı, Rehabilitasyon, Bakım ve rehabilitasyon algısı, Aktif yaşlanma.

## **ABSTRACT**

### **Investigation of the Impact of Care and Rehabilitation Perceptions of Elderly Individuals on Hospital Stay Duration**

The global population is undergoing a rapid process of ageing, largely as a consequence of medical advances that have occurred since the latter part of the 20th century. It is projected that the global population aged 65 and above will surpass 1.5 billion in 2050. This study was conducted as a cross-sectional descriptive study with the objective of examining the effect of perceptions regarding care and rehabilitation on the length of hospital stay of inpatients aged 65 years and over. The study sample comprised 141 individuals aged 65 and above who received inpatient care at Acıbadem Health Group Istanbul Hospitals between April and September 2024. The data were collected using the Elderly Individual Identification Questionnaire and the Geriatric Care and Rehabilitation Perception Scale. Upon examination of the sociodemographic characteristics of the participants, the mean age was determined to be  $76.20 \pm 7.27$  years. Of the participants, 57.2% were male, 54.5% were married, 53.8% were university graduates, 77.3% were retired, and 44.8% had an income lower than their expenses. The mean total score for the Geriatric Care and Rehabilitation Perception Scale was found to be  $59.11 \pm 6.14$ . No statistically significant correlation was identified between the mean scores on the Geriatric Care and Rehabilitation Perception Scale and the age, gender, education, occupation, or economic status of the participants. However, a statistically significant difference was identified between the mean total scores of the Geriatric Care and Rehabilitation Perception Scale according to the reasons for hospitalisation ( $p=0.01$ ). The findings of this study indicated that elderly individuals exhibited high levels of perception regarding care and rehabilitation, and that the reasons for hospitalization.

**Keywords:** Elderly, Elderly care, Rehabilitation, Care and rehabilitation, Active aging.

# 1 GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya nüfusu yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren hızla yaşlanmaktadır. Bu yüzyılda yaşanan tıbbi gelişmelere yaşlı nüfus oranının artmasına katkı sağlamıştır (1). Tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak dünyada olduğu gibi ülkemizde de 65 yaş üstü nüfus oranı artmaktadır (2). Ayrıca dünya genelinde 2050 yılında 65 yaş üzeri nüfusun 1,5 milyarın üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir (3). 2017 yılında Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,5 iken, bu oranın 2022 yılında %9,9'a yükselmesi beklenmektedir (2).

Yaşlılık, fonksiyonel bozulmaya bağlı ortaya çıkan hastalık ve hastaneye geriatrik sendromlarla ilişkili olarak daha sık yatışların olduğu bir dönemdir (4,5). Yaşlı nüfus hem sağlık harcamalarında hem de hastane hizmetlerinin talep ve kullanımında en büyük paya sahiptir. 65 yaş ve üzeri bireylerin hastaneye yatış oranları 16-64 yaş arası bireylerden üç kat daha fazladır. Dolayısıyla sık hastaneye yatışlar yaşlı bireyleri hastane kaynaklı komplikasyonlara ve ilaç reaksiyonlarına karşı savunmasız hale getirmektedir (6,7).

Yaşlı hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri yüksektir (8). Bununla birlikte ülkemizde yaşlı bireylerin bakım algısını, hangi faktörlerden etkilendiğini ve yatış süresini ortaya koyan çalışmalar sınırlıdır. Yaşlının kendi bakımına dahil edilmesi, yapılacak işlemler konusunda personel ile ortak karar alınması, kullanılan araçlar hakkında yaşlıya bilgi verilmesi, acil durumlarda nasıl ve kiminle iletişime geçileceğinin açıklanması, taburculuğun planlanması gibi faktörler yaşlının bakıma ilişkin algısını artıracak önemli faktörlerdir (4,7).

Toplumun yaşlanması başkalarına bağımlılığı ve kronik hastalıkları artırmış, sağlık hizmeti almayı zorunlu hale getirmiştir. Yapılan çalışmalarda geriatrik hastalarda bakım kalitesi ve rehabilitasyona yönelik hasta bakış açısının hastanede

kalış süresini ve sağlık kuruluşundan taburcu olma süresini etkilediği tespit edilmiştir (9, 10).

Yaşlı bireylerin hastane kalış süresinin artması yaşlıları daha da tedirgin etmekte ve beklentileri artırmaktadır. Yaşlıların hastaneden geç taburcu olmalarının veya memnuniyetsizliklerinin artmasındaki en önemli faktörlerden biri hiç şüphesiz yaşlılara verilen bakım ve yaşlıların hastane personelinin verdiği bakımı nasıl algıladığıdır. Bu çalışma yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algılarını ortaya koyması bakımından önemli veri sağlayacaktır.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı yatarak tedavi ve bakımları yürütülen 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım ve rehabilitasyon algılarının hastanede kalış süreleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

## **1.3 Araştırmanın Soruları**

- Yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algı düzeyleri nasıldır?
- Yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algıları sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algı düzeyleri ile hastanede kalış süresi arasında bir ilişki var mıdır?

## 2 GENEL BİLGİLER

### 2.1 Yaşlılık

Yaşlanan nüfus kavramı tarihsel açıdan nispeten yeni bir sorundur. 1950 yılında hiçbir ülkenin nüfusunun % 11'inden fazlasının 65 yaş ve üzeri olmadığı görülmektedir. 2000 yılına gelindiğinde en yüksek oran ise %18 idi. Ancak sorun, 2050 yılına gelindiğinde yüzde 38'e ulaştığında dramatik bir şekilde artacaktır. Projeksiyonlar, 2050 yılında 60 yaş ve üzeri yaşlıların sayısının 10-24 yaş arası ergenlerden daha fazla olacağını göstermektedir (2,0 milyara karşı 2,1 milyar) (11).

Yirmi birinci yüzyıl, yaşlı nüfus sayısı dünya çapında ve özellikle Batılı, sanayileşmiş ülkelerde eşi benzeri görülmemiş bir tarihsel artışına tanık olmaktadır. Ayrıca, ekonomik eşitsizliklere rağmen, insanlar genellikle sadece daha uzun yaşamakla kalmamakta, aynı zamanda daha önceki tarihsel dönemlere göre daha iyi fiziksel sağlıkla daha uzun yıllar yaşamaktadır (12).

Yaşlılık alanında sık kullanılan 2 terim vardır. Yunanca "Geras" yaşlılık, "iatros" ise hizmet veya bakım anlamına gelen kelimeler olup "Geriatri" yaşlı kişilerin bakım ve tedavisi anlamını taşımaktadır. "Gerontoloji" ise yaşlanma sürecinin bilimsel olarak incelenmesidir. "Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre yaşlılık çevresel faktörlere uyum sağlama yetisinin giderek azalmasıdır" (13).

Fizyolojik bir süreç olan yaşlılık, kişilerin aktivite seviyesini ve işlevselliğini azaltan veya sınırlayan, onları sosyal, fiziksel ve duygusal olarak değişik derecelerde bağımlı kılan bir dönemdir. Yaşın ilerlemesiyle beraber fizyolojik, psikolojik, bilişsel, sosyal alanlarda değişiklikler oluşabilmekte, bireyin bilişsel ve fonksiyonel kapasitesi azalırken kronik hastalıkların sayısında artış görülmektedir (14).

### 2.1.1 Yaşlılık kavramı ve sınıflandırma

Yaşlılık biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kronolojik boyutlarıyla karmaşık bir olgudur.

Biyolojik yaşlanma, anne karnında başlayan gelişim sürecinde vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişmesidir. Yaşam tarzımız hücrelerimizin yaşlanmasını yavaşlatabilir ya da hızlandırabilir. Bu durum, vücudun fiziksel değişimler yoluyla yaşlanmasıyla açıklanır. Biyolojik yaşlanma, hücreler yenilenemediği için meydana gelir (15).

Kronolojik yaşlanma, doğum tarihinden belirli bir tarihe kadar geçen süre temel alınarak hesaplanan yaşlanma türüdür. Bu, bir bireyin takvim yaşını ifade eder ve genellikle yaşını tanımlamak için kullanılır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaş ve üzeri bireyler yaşlı olarak kabul edilmektedir. Kronolojik yaşlanma yalnızca doğum tarihi ile ilgilidir ve yaşlı kişinin sağlığı, statüsü veya diğer faktörlerden etkilenmez (15, 16).

Sosyolojik Yaşlanma: Kişinin var olan sosyal huy ve rollerinin yaşla birlikte değişmesidir. Bu durum çoğu zaman yaşlılarda sorunlara neden olabilir. Yaşlılar, hayattan zevk alamamalarına ve kendilerini hayattan soyutlamalarına yol açabilir. Sosyolojik yaşlanma, toplumsal faktörlerle iç içe olan bir olgudur ve bireyin yaşam kalitesini etkileyebilir. Yaşlanma süreci, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutları içerir ve yaşamın her anında devam eder. Doğum günlerinde bile “bir yıl daha yaşlandım” deriz. Bu süreç, toplumun beklentileri ve bireyin kendi istekleri doğrultusunda şekillenir (13,14).

Psikolojik Yaşlanma: Yaşlılık döneminde bireylerde gelişen zihinsel işlevlerindeki azalmaya bağlı olarak değişen davranışsal uyum yeteneğini ifade eder. Bu süreç, biyolojik yaşlanmadan bağımsız olarak işler ve yaşlılıkla birlikte çeşitli sorunları ortaya çıkarabilir (13,15).

İşte psikolojik yaşlanmayı önlemek için bazı etkili yöntemler:

**Yeni Şeyler Öğrenme:** Yaşlandıkça, beynin hafıza, dikkat ve algı gibi işlevleri zayıflar. Ancak yeni şeyler öğrenmek bu süreci yavaşlatabilir ve zihinsel esnekliği artırabilir.

**Sosyal İlişkiler:** Sosyal etkileşimler, psikolojik yaşlanmayı önlemeye yardımcı olabilir. Aile, arkadaşlar ve komşularla iletişim kurmak, moral ve duygusal sağlığı destekler.

**Hedef Belirleme:** Yaşlılık döneminde hedefler belirlemek, motivasyonu artırır ve yaşam kalitesini yükseltir.

**Stresle Mücadele:** Stres, yaşlanmayı hızlandırabilir. Stres yönetimi teknikleri, psikolojik yaşlanmayı azaltmada etkilidir.

**Sağlıklı Beslenme:** Dengeli ve sağlıklı beslenmek, zihinsel ve fiziksel sağlığı korur.

**Düzenli Uyku:** Yeterli ve kaliteli uyku, zihinsel işlevleri destekler.

**Egzersiz:** Fiziksel aktivite, zihinsel sağlığı olumlu etkiler ve yaşlanmayı yavaşlatır (16).

### **2.1.2 Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu**

Tüm dünyada bireylerin sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmeleri için eşit fırsatlara sahip olmaları zorunludur. Ancak bireylerin içinde yaşadıkları ortamlar sağlığa elverişli olabileceği gibi elverişsiz koşullar da içerebilir. Bireysel davranışlar, çevresel sağlık risklerine maruz kalma (örneğin hava kirliliği veya şiddet) ve sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine erişim, yaşlanma süreci üzerinde oldukça etkilidir (11).

Dünya nüfusunda 60 yaş ve üzeri insan sayısı artıyor. 2019 yılında bu sayı 1 milyar iken, 2030'da 1,4 milyara, 2050'de ise 2,1 milyara çıkacağı öngörülmektedir. Bu artışın önümüzdeki yıllarda, özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha da hızlanacağı belirtilmektedir (12).

Dünya nüfusundaki bu tarihsel olarak önemli değişim, toplumların tüm

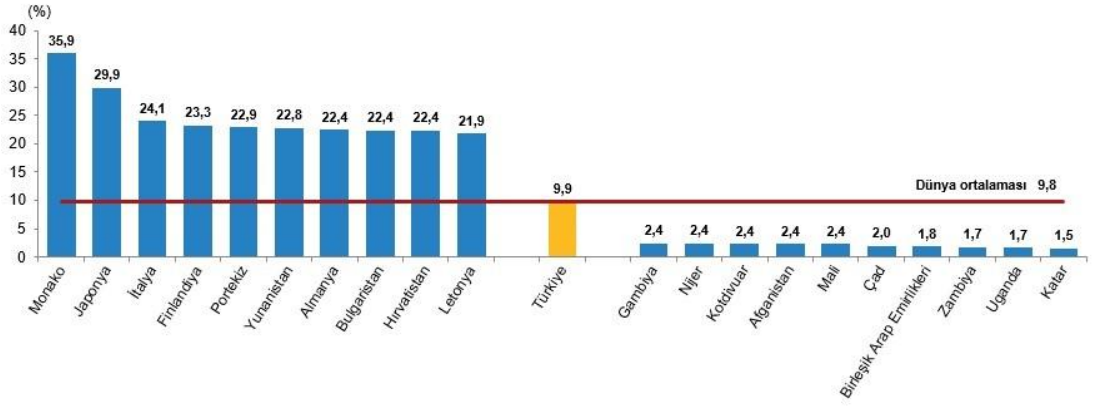
sektörlerdeki örgütlenme biçimlerini uyarlamalarını gerektirmektedir. Örneğin, sağlık sektörü, evde bakım hizmetlerinin büyümesi, 65 yaş üstü insanlar için ulaşım ve huzurevlerinin büyümesi gibi. Değişen demografik yapı nedeniyle dünyanın yaşlılara uygun hale getirilmesi için çalışmalar yapılması gerekmektedir (17). Avrupa'da nüfusun dörtte birinden fazlası (190 milyon) 60 yaşın üzerindedir (18).

Yaşlanan küresel nüfus, dünya çapındaki en önemli tıbbi ve sosyal demografik sorundur. Gelişmiş ülkelerden “Japonya, Finlandiya ve İtalya” en fazla yaşlı nüfusa sahip ülkelerdir. OECD’ye (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) göre en hızlı yaşlanan ülkeler “Yunanistan, Kore, Polonya, Portekiz, Slovenya ve İspanya” sınıflandırılırken, OECD üyesi olmayan Brezilya, Çin ve Suudi Arabistan’ın en hızlı yaşlanan ülkeler olduğu görülmektedir (11).

Dünyada yaşlı nüfusun artış hızı (%2,1), genel nüfus artış hızından (%1,2) daha fazladır. Dünya nüfusu son 100 yıl içinde (1950-2050) 4 kat artarken, yaşlı nüfusun 10 kat artacak olması dikkatle altının çizilmesi gereken önemli bir noktadır. Dünyada en fazla yaşlı nüfusun artış göstereceği ülkenin 2008- 2040 arasında %316 ile Singapur olacağı belirtilmektedir (19).

2022 Birleşmiş Milletler (BM) toplam nüfus tahminlerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfus oranının en yüksek olduğu ülke yüzde 35,9 ile Monako'dur. Japonya ve İtalya da sırasıyla %29,9 ve %24,1 ile yüksek oranda yaşlı nüfusa sahiptir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu ülkeler Katar (%1,5), Uganda ve Zambiya (%1,7) ve Birleşik Arap Emirlikleri'dir (%1,8).

Yaşlı nüfus oranı dünya ortalaması, 2022 yılında %9,8 oldu. Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının %9,9 ile dünya yaşlı nüfus ortalamasının hemen üzerinde olduğu görüldü (20).



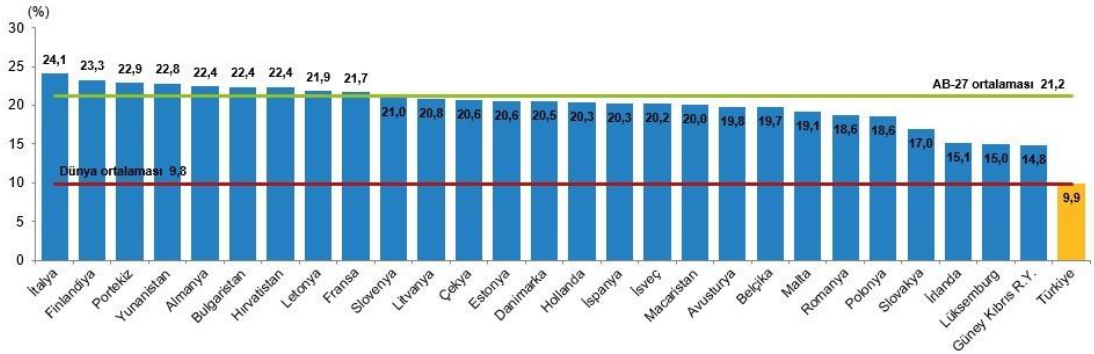
Resim 1 Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke, 2022

Kaynak: Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2022

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2022

2022 BM dünya nüfus tahminlerine göre Avrupa Birliği (AB) üyesi 27 ülke arasında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olan ülkelerin sırasıyla %24,1 ile İtalya, %23,3 ile Finlandiya ve %22,9 ile Portekiz olduğu görüldü. Güney Kıbrıs Rum Yönetimi %14,8, Lüksemburg %15,0 ve İrlanda %15,1 oranları ile en düşük yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler olduğu görüldü.

Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının %9,9 ile AB üyesi 27 ülkenin yaşlı nüfusundan daha düşüktür. (21).



Resim 2 Yaşlı nüfus oranının AB üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2022

Kaynak: Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2022

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2022

### 2.1.3 Aktif ve sağlıklı yaşlanma

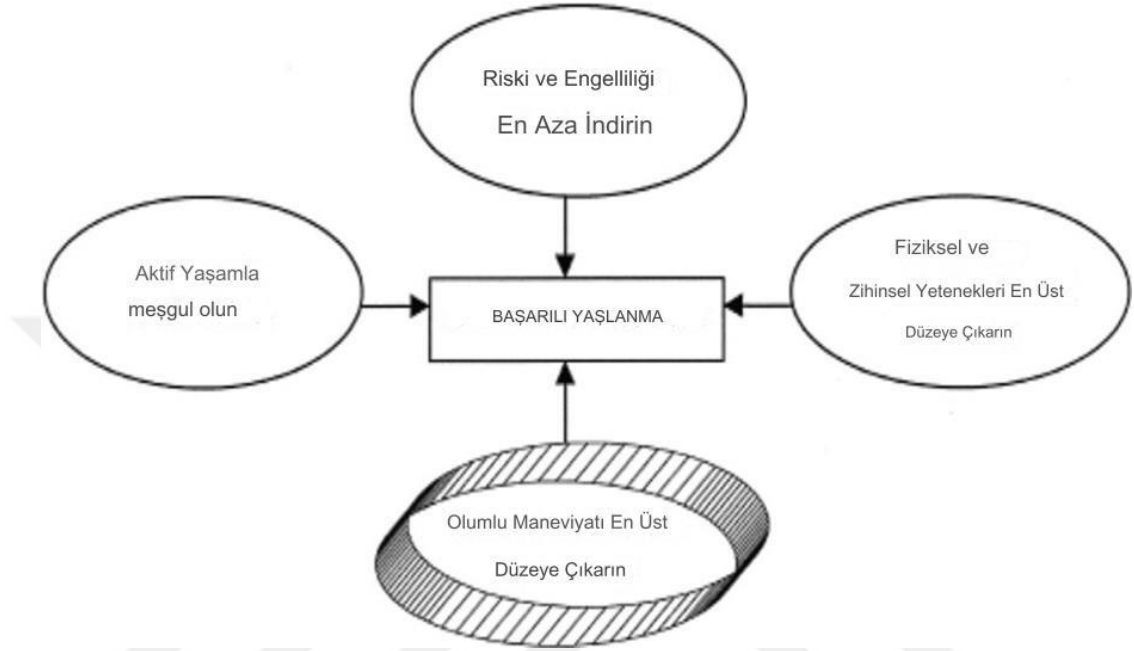
Biyopsikososyal sağlık anlayışına göre, insanların sağlıklı olup olmadığını belirleyen şeyin yalnızca fiziksel sağlık olması şart değildir. Birçok yaşlı insanın hastalıklara rağmen günlük işleyişini yüksek düzeyde sürdürebildiği göz önüne alındığında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlıların özel durumunu dikkate alan bir “sağlıklı yaşlanma” tanımı önermiştir. Bu tanıma göre sağlıklı yaşlanma; ileri yaşta refahı mümkün kılan fonksiyonel yeteneğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi” olarak tanımlanmaktadır (22). Fonksiyonel yetenek, insanların değer verdikleri şeyi olmaları ve yapmalarını sağlayacak yeterliliklere sahip olmasıdır. Bu kapsamda yetenek aşağıdaki maddeleri kapsamaktadır;

- ✓ temel ihtiyaçlarını karşılamak,
- ✓ öğrenmek, büyüme ve kararlar almak,
- ✓ hareketli olmak,
- ✓ ilişkiler kurmak ve sürdürmek,
- ✓ topluma katkıda bulunmak (11).

DSÖ, fonksiyonel yeteneğin içsel kapasite ile çevresel özellikler arasındaki etkileşimler tarafından oluştuğunu açıklamaktadır (23). İçsel kapasitenin kişinin mental ve fiziksel kapasitesini içerirken; çevresel özellikler ev, toplum ve bir bütün olarak toplumla ilgilidir.

Günümüzde başarılı yaşlanma, gelişim programlarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Başarılı yaşlanmayı sağlamak için yaşlıların sağlığının tüm yönleri dikkate alınmalıdır. Yaşlılık sorunlarının birçoğu bu dönemde benimsenen sağlıksız yaşam tarzının bir sonucudur. Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının benimsenmesi ışığında başarılı yaşlanmaya odaklanmak, yaşa bağlı sorunların önlenmesine, azaltılmasına ve dolayısıyla bu dönemde hastalık yükünün maliyetinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Başarılı yaşlanma için yaşlıların güçlendirilmesi için bilgi, destek ve teşvike ihtiyaçları olduğu kesinlikle unutulmamalıdır. Toplum sağlığını destekleyen sağlık profesyonellerinin, yaşlılık döneminde sağlıklı ve aktif bir yaşamı korumak ve teşvik

etmek amacıyla sağlıklı yaşlanmaya yönelik kapsamlı planlar tasarlayarak başarılı yaşlanmanın zeminini oluşturmaları gerekmektedir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarıyla ilgili eğitimin yaşlanmadan ve hatta çocukluktan itibaren geliştirilmesine başlanması önerilmektedir (24).



Şekil 1. Rowe ve Kahn'ın Crowther tarafından revize edilen başarılı yaşlanma modeli  
Kaynak: 2

Bunlar;

Strateji 1- Yaşam Boyu Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma

Strateji 2- Sağlığa Yönelik Risklerden Toplumun Korunması

Strateji 3- Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

Strateji 4- İzleme ve Değerlendirmenin Güçlendirilmesi

## 2.2 Yaşlı Sağlığı ve Bakımı

Yaşlı sağlığı ve bakımı, yaşlıların sağlıklı ve bağımsız bir şekilde yaşayabilmelerine yardımcı olmayı amaçlayan bir alandır. Bu, fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı içerir ve tıbbi bakım, sosyal hizmetler ve yasal yardım gibi çeşitli hizmetleri içerir (26).

Yaşlılara yönelik önleyici sağlık hizmetlerine erişimi artırmak oldukça önemlidir. Düzenli sağlık kontrolleri ve tarama testleri, kronik hastalıkların erken teşhis ve tedavisine yardımcı olabilir. Bu sayede yaşlı bireylerin sağlık durumlarını daha yakından takip edebilir ve gerektiğinde müdahale edebiliriz (26,27).

Yaşlılara yönelik bakımı ve desteği geliştirmek de büyük bir öneme sahiptir. Evde bakım hizmetleri, yaşlı bakımevleri ve gündüz bakımı programları gibi çeşitli bakıma erişim sağlamak, yaşlıların yaşam kalitesini artırabilir. Bu hizmetlerin etkin bir şekilde sunulması, yaşlıların ihtiyaç duydukları desteği alabilmelerini sağlayabilir (26).

Yaşlıların zihinsel sağlığını desteklemek de göz ardı edilmemelidir. Depresyon ve anksiyete gibi zihinsel sağlık sorunlarının tedavisi ve yönetimi için yaşlılara erişim sağlamak, onların psikolojik olarak da desteklenmesini sağlayabilir. Bu sayede yaşlı bireylerin ruhsal iyilik halleri de gözetilmiş olacaktır (27).

Yaşlıların sosyalleşebilecekleri ve aktif kalabilecekleri fırsatlar yaratmak da önemlidir. Sosyal programlar ve aktiviteler, yaşlıların sosyal ilişkilerini güçlendirebilir ve fiziksel aktivitelerle meşgul olmalarını teşvik edebilir. Bu sayede yaşlı bireylerin yaşam sevinci ve motivasyonu artabilir.

Yaşlıların istismar ve ihmalden korunmasını sağlamak da toplumsal bir sorumluluktur. Yaşlılar istismar ve ihmal riskine karşı daha savunmasızdır ve bu tür durumlardan korunmaları için politikalar ve programlar geliştirilmelidir. Toplum olarak yaşlı bireylerin haklarını korumak ve onların güvenliğini sağlamak için birlikte hareket etmeliyiz (27).

Yaşlı sağlığı ve bakımı, tüm toplumun ilgilendiği bir konudur. Yaşlıların sağlıklı ve bağımsız bir şekilde yaşayabilmelerini sağlamak için birlikte çalışarak daha yaşanabilir bir toplum inşa edebiliriz. Bu konuda atılacak her adım, toplumun genel refahı için önemli bir katkı sağlayacaktır (27).

### **2.2.1 Yaşlılığa bağlı ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler**

Gerontoloji biliminde kronolojik yaş değerinin tek başına bir şey ifade etmediği belirtilmektedir. Fakat, en sık karşılaşılan yaşlılık göstergesi olarak, yaş değerini gösteren sayının mutlak büyüklüğü kabul edildiğinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1982 yılında kabul ettiği 65 yaş sınırı, yaşlılığın başlangıç noktası olarak görülebilir (28).

Yaşlılık kavramı toplumdan topluma değişmekle birlikte kültürel farklılıklar nedeniyle tam olarak tanımlanamamaktadır. Yaşlılık kavramı farklı açılardan çeşitli biçimlerde açıklanabilmektedir. Örneğin, "kronolojik yaş" ölçütüne göre 65 yaş üzeri dönem işaret edilirken, "fonksiyonel yaşlılık" fiziksel güç, fiziksel aktivite, sağlamlık, eş güdümlü ve zihinsel kapasite gibi ölçütlerle ifade edilmektedir. Biyolojik açıdan yaşlanma ise, bireyin anatomik ve fizyolojik yapısında, zamana bağlı olarak doğan değişimleri kapsamaktadır. Dolayısıyla, yaşlılık ve yaşlanma kavramları disiplinler arası yaklaşımlarla ele alınmalıdır (29).

Kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşlanmayla beraber artmaktadır. Yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla çok daha fazla sosyal ve tıbbi hizmet ihtiyacı olduğu bilinmekte, ilerleyen zamanlarda bu ihtiyacın daha da artacağı öngörülmektedir. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan psikolojik, fizyolojik değişimler bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kısıtlı veya bağımlı hissetmesineneden olurken sosyal başarısını ve sosyalleşmesinenede engel olmaktadır.

Yaşlılar hareketsiz yaşam tarzı en yüksek olan nüfustur (30). Hareketlerde yavaşlama ya da tamamen kısıtlılık inme, kırıklar, multiple skleroz ve obezite riskini artırmaktadır. Hareketsizlik konstipasyon, basınç ülseri, derin ven trombozu, pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonlarına yol açabilmektedir (31).

Fizyolojik Değişiklik; Yaşlanma ile birlikte vücutta bir çok fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişimler çoğu zaman yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bir başka kişiye veya kişilere bağımlı olmasını ve çevresiyle olan ilişkileri etkilemektedir.

Kardiyo-vasküler Sistem; Yaşlılıkla birlikte kardiyak atım sayısı ve kardiyak output azalmakta, duvar kalınlığı artmakta, damarlar esnekliğini kaybetmektedir. Yağ tabakasının artmasıyla birlikte kardiyovasküler hastalık riskide artmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan bu değişiklikler kalbin işlevini önemli ölçüde etkilemekte, kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Yaşlılarda koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı sık görülen kalp ve damar hastalıklarındandır. Bu hastalık sebebiyle dolaşımın yavaşlamakta bu da tüm sistemleri etkileyerek oksijen yetersizliğine neden olmaktadır. Oksijen yetersizliğine bağlı olarak halsizlik, yorgunluk gibi semptomlar oluşmaktadır.

Korunmaya yönelik olarak; Fazla kilolu yaşlılar, kilo vermesi için cesaretlendirilmeli ve buna yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Yaşlılar fiziksel olarak aktif olmalı, yeterli sıvı alımı sağlanmalı, yağ, tuz, kalori ve kolesterolden kısıtlı diyet ile beslenmelidir (32). Yaşam biçimi değişiklikleri, kilo kaybı ve bedensel aktivitenin kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azalttığı görülmüştür. Aktivite artışına ek olarak beslenmeye dikkat edildiğinde etkisi artmaktadır (30). Sağlıklı yaşam için; stres ve anksiyeteden uzak durmalı, sigara ve alkol bırakılmalı, sigara içilen ortamlardan uzak durulmalı, kan basıncı düzenli ölçülmesi önerilmektedir.

Solunum Sistemi: “Yaşlanma, solunum kaslarında atrofi, diyaframda düzleşme, kostal kıkırdaklarda kalsifikasyon, göğüs kafesi boyutlarında değişme, toraksın esnekliğini kaybetmesi gibi değişimlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır”. Akciğer kapasitesindeki azalmaya bağlı olarak metabolik gereksinime cevap azalmakta, enfeksiyon riski artmakta, halsizlik, yorgunluk oluşmakta, solunum sıkıntısı artmakta, yüzeysel solunum ve aspirasyon gözlenebilmektedir (33). Yaşın ilerlemesiyle birlikte oksijen alımı azalırken, buna bağlı egzersiz kapasitesinde azalma görülmektedir. Ayrıca solunum sistemini ilgilendiren kronik hastalıklara yol açabilmektedir.

Korunmaya yönelik olarak; solunum sistemi hastalıklarının seyrini hafifletebileceği için pnömokok ve influenza aşılı önerilmektedir. Sık yaralanma riski olan yaşlılarda tetanoz aşısı da korunmada önemli yer tutmaktadır (34). Sigara kullanımından ve pasif içicilikten kaçınılmalıdır.

**Gastro-İntestinal Sistem:** Sindirim sistemi faaliyetleri ve metabolik aktivitelerde yaşlanmayla beraber bazı önemli değişiklikler görülebilir. Bu dönemde diş sağlığının bozulması, diş kayıpları, dişlerde çürüme, takma diş kullanımı gibi değişiklikler, yeme isteğinde ve çiğneme gücünde azalma yaşlı bireyin beslenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sindirim sistemi fonksiyonlarındaki fizyolojik değişikliklere bağlı, hazımsızlık, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, yanma gibi semptomlar oluşabilmektedir (33). Yaşlanma ile tat ve koku alma reseptörlerinde, tükürük salgısında azalma meydana gelmektedir. Mide kası elastikiyetini kaybettiğinde veya azaldığından, mide daha yavaş boşalmakta, kalın bağırsak hareketleri yavaşlamakta, bunun sonucunda yaşlılarda konstipasyon gelişmektedir. Karaciğerde kan akımı ve karaciğer enzimlerinin etkinliğinin azalmasıyla, bazı ilaç ve toksik ya da toksik olmayan maddeler vücutta daha uzun süre kalabilmekte ve toksikasyon yaşanabilmektedir (33).

Korunmaya yönelik olarak; Tahrişe neden olabilecek baharatlı, sıcak, asitli gıdaların aşırı tüketiminden kaçınılmalıdır. Motiliteyi artırmak için fiziksel aktivite artırılmalı, kabızlığı önlemek için liften zengin diyet ve yeterli miktarda sıvı alınmalıdır. Düzenli diş bakımı ve kontrolü yapılmalı, çürük dişler tedavi edilmeli ve uygun protezler kullanılmalıdır (34).

**Kas-iskelet sistemi:** Yaşla birlikte kaslarda atoni ve atrofi meydana gelir ve kas gücü azalır. Kalsiyum eksikliği osteoporoz, kırıklara yatkınlığın artmasına, eklem kıkırdağının kireçlenmesine ve sinovyal membranın kalınlaşmasına yol açar. Bu değişiklikler duruş bozukluğuna, denge ve yürüme güçlüğüne, hareket kabiliyetinin azalmasına ve yorgunluğa yol açar. Yaşla birlikte kas ve kemik gibi yağsız kütlede azalma ve yağ kütlelerinde artış olur (33). Kas fonksiyonu, gücü ve kütlelerinde azalma olarak tanımlanan sarkopeni, yaşla birlikte daha sık görülür. Fiziksel yetersizliğe ve kötü yaşam kalitesine neden olan sarkopeni, fonksiyonel gerilemeye bağlı olarak

yorgunluğa ve düşmelere yol açabilir. Kas-iskelet sistemi ağırları, osteoporoz, fibromiyalji ve artrit yaşlılarda çok yaygındır.

Önleme için, kalsiyum, D vitamini ve proteinden yüksek fosfor kısıtlı bir diyet, sigara ve alkol tüketiminden kaçınılmalıdır (34). Yürümek yaşlı insanlar için iyi bir aktivite seçeneğidir ve bu popülasyonda en sık bildirilen düzenli fiziksel aktivite şeklidir (35). Düzenli fiziksel aktivite kalori harcamada, birçok hastalığın önlenmesinde, vücut kompozisyonunun korunmasında, sağlığın iyileştirilmesinde ve fonksiyonel kapasitenin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (30). Düzenli fiziksel aktivite için yaş sınırı olmadığı ve fiziksel olarak aktif olan yetişkinlerin fiziksel ve zihinsel olarak daha sağlıklı olduğu bilinmektedir (36). Düzenli egzersiz 'serotonin' hormonunun salgılanmasını artırarak bireyin hayata daha olumlu bakmasını, kendine güveninin artmasını ve tedavinin bir parçası olmasını sağlar. Egzersiz programları bireyin yaşına, bireysel tercihinine, fiziksel ve metabolik durumuna göre uyarlanmalıdır.

**Sinir sistemi:** Yaşlılarda beyne giden kan akışının azalmasına bağlı olarak oksijenlenme ve nöron sayısı azalır. Otonom sinir sistemi yavaşladıkça refleks iletim hızı da yavaşlar. Bununla birlikte algıda da azalma olur. Bu da yaşlıların entelektüel kapasitesinde düşüşe yol açar (33). Duyu organlarının iletişim üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, bu durum yaşlıların sosyalleşmesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.

**Koruyucu önlemler:** Duyusal uyarım artırılarak yer, zaman ve kişiye oryantasyon sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu amaçla anımsatıcı nesnelere kullanılmalı ve beyin fonksiyonlarının koruyucu faaliyetlerini sürdürmesi sağlanmalıdır (34).

**Genito-üriner sistem,** böbrek nefronlarının sayısında azalma, işlevlerinde bozulma ve böbrek kan akışında ve mesane kapasitesinde düşüşten etkilenir. Erkeklerde prostat hipertrofisi gözlenirken, kadınlarda perineal kaslarda gevşeme meydana gelir. Sonuç olarak sık idrara çıkma ve idrar kaçırma insidansı artar. Ayrıca genito-üriner sistem

enfeksiyonlarına yatkınlık, sıvı-elektrolit dengesizliği ve vücuttan atılımda yavaşlama görülebilir (33).

Korunma Önlemleri: İdrar yolu enfeksiyonları ve hazırlayıcı faktörler yaşlılarda sıklıkla karşılaşılan ve ciddi komplikasyonlara yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Bu tür komplikasyonların ortaya çıkmasını önlemek için mesanede irritasyona neden olabilecek kafeinli, alkollü ve yapay tatlandırıcı içeren içeceklerin tüketiminden kaçınmak esastır. Ayrıca, yeterli sıvı alımının sürdürülmesi çok önemlidir (33). İnkontinans gelişmeden önce pelvik taban kaslarını güçlendirmeye yönelik egzersizlerin yapılması ve düzenli tuvalete gitme alışkanlığının kazanılması da büyük önem taşımaktadır. İnkontinans durumunda, perineal hijyene çok dikkat etmek, cilt bütünlüğünü korumak ve kullanılıyorsa pedleri sık sık değiştirmek büyük önem taşımaktadır. Erkeklerde prostat bezinin aşırı büyümesi nedeniyle idrar yapmak zorlaşabilir. İşbirliği yapmayan ve bu tür sorunlarla başvuran kişilerde, idrarın olması gerektiği gibi gerçekleştiğinden emin olmak için kapsamlı bir muayene yapılması çok önemlidir. İdrar yolu enfeksiyonları ve bakteriüri asemptomatik olarak ortaya çıkabileceğinden, yaşlılarda halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi semptomların gözlenmesi önemlidir (33, 34).

Bağışıklık sistemi: Bağışıklık sistemi fonksiyonu yaşla birlikte azalır ve enfeksiyona yatkınlık artar. Grip, pnömoni, endokardit, diyare, menenjit, septik artrit, bakteriyemi, açıklanamayan ateş, otoimmün hastalıklar daha sık görülebilir. Korunma için önlemler: Antioksidanlar influenza virüsüne karşı etkilidir ve doğal öldürücü hücre aktivitesini artırır. E, C vitamini ve beta-karoten antioksidan etkileri nedeniyle önerilmektedir. Hareketliliğin azalması ve güneşe maruz kalma nedeniyle dışarıda daha az zaman geçirilmesi sonucunda D vitamini eksikliği görülebilir. Yeterli D vitamini alımı kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi birçok kronik hastalığa yakalanma riskini azaltır ve solunum yollarını korur. Bu gibi durumlarda diyetteki D vitamini miktarının artırılması önerilmektedir. Bağışıklık fonksiyonunu korumak için bir diğer önemli eser element çinkodur. Çinko solunum yolu hastalıklarıyla mücadelede önemli bir rol oynar (37).

### Duyulardaki Değişiklikler:

**Dokunma:** Derinin dış yapısı incelmekte ve hücre yenilenmesi azalmaktadır. Cildin yaşlanmayla birlikte ısı değişikliklerine karşı hassasiyeti artar. Bu nedenle yanıklar, donma, sıcak soğuk basınç gibi durumlar sık görülmektedir. Cildeki epidermis inceliğiyle birlikte koruyucu bariyer doku azalır ve kola hasar alabilir. Deriyi korumak için kuru ve nem dengesi sağlanmış olmalıdır. Banyo yapmadan önce su sıcaklığı kontrol edilmelidir (38).

**Görme yetisi:** İlerleyen yaşla birlikte lens şeffaf ve esnek olma özelliğini kaybeder, gözyaşı azalır, pupiller adaptasyon gecikir ve kornea refleksi azalır. Bu durumda görme problemleri ortaya çıkar ve göz enfeksiyonu riski artar. Sonuç olarak iletişim problemleri görülür ve kazalara yatkınlık artabilir (34). **Korunmaya Yönelik Önlemler:** Görme problemi olan bireyler numaralı gözlük kullanmalı, düşmelerden korunmak için ortam yeterince aydınlatılmalı ve direkt güneş ışığından kaçınılmalıdır. Göz kuruluğu durumunda gözler suni gözyaşı ile nemlendirilmelidir.

**Koku ve Tat:** Yaşlanma ile birlikte koku ve tat reseptörleri önemli ölçüde azalır. Bu nedenle evde meydana gelebilecek yangınları ve gaz kaçaqlarını anlamada güçlükler hayati tehlike oluşturabilir (39,40). Yaşlılarda tat alma problemleri, burun ve geniz akıntısı, tıkanıklık, hapşırma ve öksürük görülebilir. Diş kaybı ve diş protezleri çiğneme fonksiyonunun bozulmasına, beslenme ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir (33). **Korunma için Önlemler:** Tat alma fonksiyonunun azalması nedeniyle bozulmuş gıdaların ve zararlı maddelerin tüketimine karşı koruyucu önlemler almak, aşırı şeker ve tuz tüketiminden korunmak, yemekleri tatlandırmak için limon ve baharat gibi gıdaların kullanımını teşvik etmek gerekir (33, 34).

**Ruhsal Değişiklikler:** Yaşlılıkla birlikte psikolojik değişiklikler ve bilişsel düzeyde değişimleri ortaya çıkmaktadır. Bilişsel beceriler öğrenme, kritik düşünme ve problem çözme gibi başlıklardan oluşmakta; bu değişimler ise bireyde duygu durum bozukluklarına, güdülenim eksikliklerine neden olmaktadır (14). Psikolojik sağlığı etkileyen faktörler arasında yaşlılarda ailevi destek sisteminin olmasıdır. İleri Yaş ile

birlikte değişim yaşam standartları ve yalnızlaşmanın yaşlı psikolojik sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kimi zaman ilgisiz çocuklar, ani kayıplar veya kronik hastalık varlığı bu duruma sebeptir. Tüm bunlarda yaşlı bireylerde, depresyon, demans, delirium, ölüm korkusu, uykusuzluk ve anksiyete gibi pek çok psikolojik sorunlara sebep olmaktadır (40).

### **2.2.2 Hastanelerde ve uzun süreli bakım ortamlarında yaşlı sağlığı sorunları**

Nozokomiyal enfeksiyonlar, bağımsızlık kaybı, fonksiyonel durumdaki düşüş, ilaç etkileşimleri, polifarmasi, aşırı tedavi, düşmeler, bilişsel kayıp, deliryum, teslimde yanlış bilgilendirilme ve kötü bakım geçişleri, yaşlı bir yetişkinin hastaneye yatırılması sırasında meydana gelebilecek komplikasyonlardan sadece birkaçıdır. Tıbbi ve cerrahi bakımdaki ilerlemeler birçok hastalığa bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmış olsa da, hastaneler yaşlı hastalar için potansiyel tehlike oluşturmaya devam etmektedir. Hastanede yaşlı yetişkinlere sağlanan bakım, iatrojenik komplikasyonlara maruz kalma oranını sınırlamaya, fonksiyonel durumu korumaya ve kanıta dayalı ve hastalık odaklı hasta ve aile merkezli bakım sağlamaya çalışmalıdır.

Yaşlı bir yetişkinin hastaneye yatmasıyla yeni bir günlük yaşam aktivitesinde (GYA) işlev kaybı riskinin en az %30 olduğu tahmin edilmektedir ve yaşlı yetişkinlerde meydana gelen yeni işlev kayıplarının yaklaşık yarısı hastaneye yatış sırasında gelişmektedir (41). Başlangıçta sınırlı işlevsel rezervleri olan zayıf yaşlıların durumu daha da kötüdür. Hastaneden taburcu olduktan 1 yıl sonra yaşlı yetişkinlerin yarısından azı, hastaneye kaldırılmadan önceki işlevsellik düzeyine geri dönmektedir. Yaşlı yetişkinlerde akut hastalığın tedavisini sağlamak için kesinlikle hastaneye yatırılma gerekli olabilir (42). Her yıl hastaneye yatırılan 1 milyon yaşlı yetişkinin %7 ila %15'inin önlenabilir bir yan etki yaşadığı tahmin edilmektedir. Hastanede fonksiyonel düşüşün birçok nedeninin bilinmesi ve fonksiyonel durumun korunmasını amaçlayan eylemler, hastanede yatan yaşlı hastaların bakımıyla ilgilenen sağlık profesyonelleri için çok önemlidir (43).

### 2.2.3 Yaşlı bireylerde rehabilitasyon ve hemşirelik yaklaşımı

Rehabilitasyon (Latince “yeniden uyum sağlama”) geleneksel olarak bir kişinin işlevinin hastalık veya yaralanma nedeniyle bozulduğu durumlarda iyileştirilmesini amaçlayan aktivite olarak tanımlanmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte, rehabilitasyon endikasyonuna yol açabilecek birçok hastalık ve yaralanmanın görülme sıklığı da artmaktadır. Ayrıca yaşlı hastaların çoğunda, bakımlarını zorlaştıran birden fazla tıbbi komorbidite bulunur. Bilişsel bozukluk, rehabilitasyon ihtiyacıyla sonuçlanabilecek ve aynı zamanda rehabilitasyon yeteneğini de zorlaştırabilecek yaygın bir tıbbi komorbiditedir. Yaşlı hastalar ayrıca mali güçlükler yaşayabilmektedir. Kırılganlık ve sarkopeni yaşlı kişilerde sık görülen eşlik eden hastalıklardır ve hastanın rehabilitasyon yeteneğini önemli ölçüde bozabilir (44).

Beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı bireyler yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarma konusunda endişe duymaktadır. Hafızayı ve bağımsızlığı kaybetme ihtimali yaşlanmanın en korkulan yönleri arasındadır. Çalışmalar da, 65 yaş üstü yetişkinlerin çoğunda hatırlayamamakla ilgili kaygıları olduğu iletilmektedir (45, 46).

## **3 GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1 Araştırmanın Türü**

Yatarak tedavi ve bakımları yürütülen 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım ve rehabilitasyon algılarının hastanede kalış süreleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla ilişki arayıcı kesitsel bir çalışma olarak yapıldı.

### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Acıbadem Sağlık Grubu İstanbul Hastanelerinde Nisan 2024-Eylül 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Acıbadem Sağlık Grubu İstanbul Hastanelerinde yatarak tedavi gören 65 yaş oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeyecek olup, Nisan 2024-Eylül 2024 tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler kabul edildi.

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek için Sample Size Calculator programı ile örneklem hesabı yapıldı. TÜİK verilerine göre 2023 yılı yaşlı nüfus oranı %10,2 olarak bildirilmiştir (TÜİK, 2024). Bu doğrultuda %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile örneklemin 141 kişiden oluşması gerektiği hesaplandı. Örnekleme 145 yaşlı birey dahil edildi.

Gönüllülerin araştırmaya alınma kriterleri;

- 65 yaş ve üzeri
- Yatış süresi > 3 gün
- İletişim ve işbirliğine açık
- Sedasyon altında olmayan ve iletişim sorunu olmayan

- Araştırmaya katılmaya gönüllü ve görüşmeye istekli kişiler dahil edildi.

### **3.4 Veri Toplama Aracı**

Verileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 20 sorudan oluşan “Yaşlı Birey Tanılama Soru Formu” ve “Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği” kullanılarak toplandı (EK 1, EK 2 ).

#### **3.4.1 Yaşlı birey tanılama soru formu**

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Yaşlı Birey Tanılama Soru Formu”20 sorudan oluşmakta olup, yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerigibi bilgileri sorgulamaktadır (56).

#### **3.4.2 Geriatrik bakım ve rehabilitasyon algısı ölçeği (patient perspective on care and rehabilitation (paper))**

Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği (Patient Perspective on care and Rehabilitation (PaPeR)): Wressle ve arkadaşları tarafından 2006’da geliştirilen ölçek hastaların kendi geriatrik bakım ve rehabilitasyon kalitesini değerlendirmek, geliştirmek ve test etmek amacıyla geliştirilmiştir (46). Ölçek aynı zamanda hasta odaklı bir yaklaşıma dayandırılmıştır. Ölçek 2 alt boyuttan oluşmaktadır; 1-8 arasında yer alan sorular ‘Saygı ve Güven’ faktörüyle ilişkiliyken, 9-17 arasında yer alan sorular ‘Bilgi ve kararlara katılma’ ile ilişkilidir. 'Saygı ve güven' faktörü, hastanın personel tarafından nasıl tedavi edildiğini algılamasıyla ilgilidir, diğer alt boyutu ise ‘Bilgi ve kararlara katılma’ kendi ile ilgili kararlarda etkili olmak ve aktif katılım sağlayabilmek için gerekli olan yeterli bilgi alabildiğini algılamasıdır. Alt boyutlarla hastanın yatış süresinde kendi bakım ve rehabilitasyon kalitesini nasıl değerlendirdiği tüm boyutları ile ortaya koymaktadır. Orijinal ölçek 5’ li likert tipi olup 19 maddeden oluşmaktadır. Erci ve ark. (2019), tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik sonucu 2 maddenin Türk toplumuna uygun olmadığından çıkarılarak 17 madde de toplanmıştır (1). Ölçeğin maddeleri 1 ile 5 arası olup; Hiç katılmıyorum (1),

Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Tamamen katılıyorum (5) şeklindedir. Ters maddesi bulunmamaktadır. Ölçek 17 maddelik hali ile toplam puanı 17-85 arasında değişmekte olup, yüksek ölçek puanı hastanın algıladığı geriatrik bakım ve rehabilitasyonun kalitesinin arttığını göstermektedir. Ewa Wressle tarafından geliştirilen bu ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı 0.79'dir (46). Erci ve ark. (2019) 65 yaş ve üstü hastalarda yaptığı araştırmada Cronbach's Alfa katsayısı 0.89 olarak saptamıştır (1). Yıldırım'ın (2020) 18 yaş üstü yetişkin hastalar için uyarladığı çalışmada Cronbach's Alfa katsayısını 0.95 olarak belirlemiştir (47). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri 0,63'dir.

### **3.5 Verilerin Toplanması**

Acıbadem Sağlık Grubu Hastanelerinde yatarak tedavi gören 65 yaş üstü ve 3 gün üzeri yatışı devam eden bireylere önce çalışma amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalardan önce onam alındı. Sonrasında uygun ortamda “Yaşlı Birey Tanılama Soru Formu” ve “Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği”ni doldurmaları sağlandı. Hastaların veri toplama formlarını doldurması yaklaşık 20 dakika sürdü.

### **3.6 Verilerin Analizi**

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 21 (Statistical Package for Social science for Windows, Version 21.0) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Demografik ve tanımlayıcı veriler; sayı (n) ve yüzde (%) ile sunuldu. Dağılımın normalliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen Shapiro-Wilk testinin anlamlı bulunmamış olup ( $p>0,05$ ), bu durum verilerin normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda analizler parametrik testlerle gerçekleştirildi. Puan dağılımları ortalama ve standart sapma ( $\text{ort} \pm \text{SS}$ ) ile sunuldu. İki grup arasındaki puan farklarının analizi Student t Testi ile gerçekleştirildi. İki'den fazla grup olması halinde One-Way ANOVA testi ile uygulandı. İleri istatistiksel analizler için Bonferroni düzeltmesi yönteminden yararlandı. İlişki analizleri Pearson Korelasyon

analizi ile yapıldı. Tüm sonuçlar %95'lik güven aralığında,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

### **3.7 Araştırma Etiği**

Çalışma öncesinde, 'Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. 28 Mart 2024 tarih 2024/5 Sayılı Atadek Toplantısında görüşülmüş olup 2024-5/202 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur (EK 3). Hastanelerde uygulamaya başlamadan önce kurum izni alınmıştır (EK 4). Çalışmaya katılan bireylerden yazılı onam alınmıştır. Ayrıca ölçek kullanımı için yazarlardan gerekli izinler alınmıştır (EK 5).

### **3.8 Çalışmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verilerinin İstanbul ili Acıbadem Hastanelerinde toplanması sonuçların tüm yaşlı bireylere genellenebilirliği açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

## 4 BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=145)

Özellikler	Ort± SS	Min-Maks	
Yaş	76,20±7,27	65-89	
Yatış Süresi/Gün	16,63±7,70	3-29	
	<b>n</b>	<b>%</b>	
Cinsiyet	Kadın	62	42,8
	Erkek	83	57,2
Medeni Durum	Evli	79	54,5
	Bekar	66	45,5
Eğitim Durumu	İlköğretim	38	26,2
	Lise	29	20,0
	Üniversite	78	53,8
Meslek	Emekli	112	77,3
	Ev hanımı	26	17,9
	Serbest Meslek	7	4,8
Ekonomik Durum	Gelir giderden düşük	65	44,8
	Gelir gidere denk	53	36,6
	Gelir giderden fazla	27	18,6
Yatış Sebebi	Kardiyovasküler ve solunum sistemi ile ilgili sorunlar (Kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, dispne, pnömoni vb.)	40	27,6
	Nörolojik ve ortopedik sorunlar (SVO, bilişsel durumda değişme, alt ekstremitte kırıkları, düşme vb.)	48	33,1
	Endokrin ve metabolik sorunlar (Hipo/hipertansiyon, KBY, yüksek ateş, sepsis, bulantı-kusma vb.)	57	39,3

Ort± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Katılımcıların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de sunuldu. Buna göre katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının  $76,20 \pm 7,27$  yıl, %57,2’sinin erkek, %54,5’inin evli, %53,8’inin üniversite mezunu, %77,3’ünün emekli ve %44,8’inin gelirinin giderinden düşük olduğu belirlendi.

Katılımcıların hastalıkla ilgili özellikleri incelendiğinde yatış süresinin ortalama  $16,63 \pm 7,70$  gün olduğu tespit edildi. Katılımcıların hastaneye yatış sebepleri incelendiğinde en fazla yatış sebebinin sırasıyla %39,3 ile endokrin ve metabolik sorunlar, %33,1 ile nörolojik ve ortopedik sorunlar, %27,6 ile kardiyovasküler ve solunum sistemi ile ilgili sorunlar olduğu belirlendi.

Tablo 2. Katılımcıların Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamasının Dağılımı (N=145)

Ölçekler	Ortalama± Standart Sapma	Minimum- Maksimum (%)
Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği (Genel)	59,11±6,14	45-75
Saygı ve Güven	28,40±3,96	17-36
Bilgi ve Kararlara Katılım	30,71±3,94	17-40

Katılımcıların Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2’de sunuldu.

Katılımcıların Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Toplam puan ortalamasının  $59,11 \pm 6,14$ , Saygı ve Güven alt boyutu puan ortalamasının  $28,40 \pm 3,96$ , Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamasının  $30,71 \pm 3,94$  olduğu bulundu.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=145)

Özellikler		GBRAÖ Toplam	Saygı ve Güven	Bilgi ve Kararlara Katılım
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	58,85±6,02	28,40±4,08	30,45±3,50
	Erkek	59,31±6,26	28,40±3,89	30,90±4,24
İstatistiksel Analiz	t	-0,443	-0,010	-0,682
	p	0,65	0,99	0,49
<b>Medeni Durum</b>	Evli	59,22±6,29	28,55±3,58	30,67±4,08
	Bekar	58,98±6,01	28,22±4,39	30,75±3,77
İstatistiksel Analiz	t	0,236	0,498	-0,131
	p	0,81	0,62	0,89
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	59,50±6,44	28,60±4,00	30,89±3,88
	Lise	58,44±5,38	27,62±3,52	30,82±3,04
	Üniversite	59,17±6,32	28,60±4,10	30,57±4,28
İstatistiksel Analiz	F	0,247	0,711	0,098
	p	0,78	0,49	0,90
<b>Meslek</b>	Emekli	59,13±6,28	28,43±4,03	30,69±4,07
	Ev hanımı	58,42±4,90	28,11±3,68	30,30±3,04
	Serbest Meslek	61,42±8,22	29,00±4,32	32,42±4,75
İstatistiksel Analiz	F	0,657	0,150	0,800
	p	0,52	0,86	0,45
<b>Ekonomik Durum</b>	Gelir giderden düşük	59,61±5,48	28,61±3,76	31,00±3,57
	Gelir gidere eşit	58,88±6,97	28,32±4,19	30,56±4,60
	Gelir giderden fazla	58,37±6,06	28,07±4,08	30,29±3,43
İstatistiksel Analiz	F	0,446	0,196	0,357
	p	0,64	0,82	0,70

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te sunuldu.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların medeni durumlarına göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların meslek özelliklerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 4. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sebeplerine Göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları ve Yatış Sürelerinin Karşılaştırılması (N=145)

Özellikler		GBRAÖ Toplam	Saygı ve Güven	Bilgi ve Kararlara Katılım	Yatış Süresi
Yatış Sebebi	Kardiyovasküler ve solunum sistemi ile ilgili sorunlar	58,42±5,07	28,30±3,42	30,12±3,58	17,35±6,97
	Nörolojik ve ortopedik sorunlar	57,50±6,43	27,56±4,57	29,93±4,33	13,60±7,06
	Endokrin ve metabolik sorunlar	60,96±6,20	29,19±3,78	31,77±3,64	18,68±8,02
İstatistiksel Analiz	F	4,718	2,265	3,555	6,339
	p	<b>0,01</b>	0,10	<b>0,03</b>	<b>0,002</b>

Katılımcıların hastaneye yatış sebeplerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği puan ortalamaları ve yatış sürelerinin karşılaştırılması Tablo 4'te verildi.

Katılımcıların hastaneye yatış sebeplerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,01$ ). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ileri istatistiksel analiz yapıldı. Analiz sonucunda farkın nörolojik ve ortopedik sorunlar ile endokrin ve metabolik sorunlar nedeniyle yatışı yapılanlar arasında olduğu tespit edildi. Endokrin ve metabolik sorunlar nedeniyle yatışı yapılan katılımcıların Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksekti.

Katılımcıların hastaneye yatış sebeplerine göre Saygı ve Güven alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların hastaneye yatış sebeplerine göre Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ( $p=0,03$ ). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ileri istatistiksel analiz yapıldı. Analiz sonucunda herhangi iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Katılımcıların hastaneye yatış sebeplerine göre yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,002$ ). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ileri istatistiksel analiz yapıldı. Analiz sonucunda farkın nörolojik ve ortopedik sorunlar ile endokrin ve metabolik sorunlar nedeniyle yatışı yapılanlar arasında olduğu tespit edildi. Endokrin ve metabolik sorunlar nedeniyle yatışı yapılan katılımcıların yatış süreleri daha yüksekti.

Tablo 5. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki ( $n=145$ )

Ölçekler ve Özellikler		GBRAÖ Toplam	Saygı ve Güven	Bilgi ve Kararlara Katılım
Yaş	r	0,04	0,09	-0,02
	p	0,57	0,25	0,78
Yatış Süresi	r	0,05	0,01	-0,01
	p	0,53	0,96	0,85

Katılımcıların bazı özellikleri ile Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları arasındaki ilişki analizi Tablo 5’te verildi. Katılımcıların yaşı ile HİB-DÖ, HÖP- Davranış ve HÖP- Motivasyon puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların yaşı ile Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların yatış süresi ile Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).



## 5 TARTIŞMA

Dünya nüfusunun giderek yaşlanması; yaşlıların sağlığını korumak, geliştirmek ve onların bakış açısıyla bakımın etkisini değerlendirme hastanelerde sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede önemli veri sağlayacaktır. Bu tez çalışması kapsamında üç araştırma sorusunun yanıtı aranmış, elde edilen bulgular bu araştırma soruları kapsamında tartışılmıştır.

### 5.1 Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri

Bu tez çalışması kapsamında birinci olarak “yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algı düzeyleri nasıldır?” sorusuna yanıt arandı. Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda hastaların “Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği”nden aldıkları toplam puan  $59,11 \pm 6,14$ ’tür. 17 maddelik ölçekten alınabilinen minimum ve maksimum puan 17-85 arasında değişmekte olup, yüksek ölçek puanı hastanın algıladığı geriatrik bakım ve rehabilitasyonun kalitesinin arttığını göstermektedir (1).

Ölçeğin herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Mevcut puanları yüzlük sisteme çevirerek yorumlandığında (85 puanın Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısının olumlu anlamda tam olduğu ön görülerek) bu çalışmadaki katılımcıların  $59,11 (\pm 6,14)$  ortalama puanları bize Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam puanının %69,4’üne tekabül ettiğini göstermektedir. Hastaneye yatış sürecinde hastanın bilgilerinin değerlendirilmesi, hastanın bakım ve tedavisinin yönetiminde kritik bir aşamadır. Hastaların algıladığı bakım kalitesi ve hasta deneyimi, hastanın tedavisinde önemli bir role sahiptir. Hastalara özen gösterilmesi, iletişimin başlatılması ve hastanın tedavinin yönetimine dahil edilmesi gibi faktörlerin algılanan bakımı artırdığı ve hastaların kaygı düzeyini azalttığı değerlendirilmektedir (48, 49). Ayrıca bu çalışmada hastaların algıladıkları bakım ve rehabilitasyon ölçeğinden aldıkları puanın oldukça yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Erci ve arkadaşlarının 209 yaşlı birey ile yaptıkları çalışmalarında hastaların “Geriatrik Bakım

ve Rehabilitasyon Algısı” puan ortalamaları ( $69.91 \pm 13.16$ ) oldukça yüksek olarak bulunmuştur.

Yıldırım (2020) daha genç populasyonda yaptığı çalışma “Bakım ve Rehabilitasyon Algısı” puan ortalamalarının ( $65.67 \pm 11.75$ ) da Erci ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi oldukça yüksek bulunmuştur. Wressle ve arkadaşlarının (2006) çalışma sonuçları da yaşlı bireylerin alınan bakımdan yüksek düzeyde memnuniyet olduğunu göstermiştir ( $4.85 \pm 0.47$ ) (47). Bizim sonuçların her iki çalışmadan biraz düşük olması araştırmanın yapıldığı kurum özelliğinden kaynaklanmış olduğu değerlendirilmektedir. Kurumumuza başvuran bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olması, kurumun özel sağlık kuruluşu olması buna bağlı olarak başvuran hastaların beklentilerinin yüksek olması ve ayrıca eğitim seviyesinde yüksekliği diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda beklentinin yüksek olmasına yol açtığı düşünülmektedir.

## **5.2 Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeylerini Etkileyen Faktörler**

Bu tez çalışması kapsamında ikinci olarak “Yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algı düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?” sorusuna yanıt arandı. Çalışma sonuçları bakım ve rehabilitasyon algı düzeylerinin hastaneye yatış nedeni dışındaki sosyo-demografik özelliklerden etkilenmediğini gösterdi.

Mevcut literatürde bakım ve rehabilitasyona yönelik yaşlı bireylerin bakış açısını değerlendiren sınırlı çalışma bulunmaktadır (1). Erci ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında; yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin bakım ve rehabilitasyona yönelik bakım algılarını kümülatif olarak %9 oranında etkilediğini saptamıştır (1).

Araştırma sorularımızın ilkinde tartıştığımız üzere hem literatürde hem de bizim çalışma sonuçlarımız yaşlı bireylerin alınan bakımdan yüksek düzeyde memnun olduğunu göstermektedir. Ancak bakım kalitesi değerlendirilirken sadece

bakım memnuniyet puanlarının değil, bu memnuniyetin belirleyicilerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sitzia ve Wood tarafından hastaların bakım konusundaki memnuniyetiyle ilgili 100'den fazla makaleyi inceledikleri sistematik incelemede; memnuniyetin belirleyicilerinin beklentiler, hasta özellikleri ve psikososyal faktörler olduğu ortaya konmuştur. Hasta yaşının en tutarlı belirleyici olduğu, yaşlı insanların gençlere göre bakımdan daha memnun olma eğiliminde olduklarını göstermiştir (50). Diğer taraftan Elliott ve arkadaşlarının (2022) yaşlı hastaların hastane bakım deneyimlerinin genç hastalara göre karşılaştırdıkları çalışmalarında 75+ üstü bireylerin 55-74 yaş arası bireylere göre daha kötü bakım deneyimlerine sahip olduğunu vurgulamaktadır. Aynı çalışmada bu iki grup arasındaki en büyük farklılıkların doktorlar ve hemşirelerle iletişim, ilaç tedavisi ve taburculuk planlamasıyla ilgili olduğu bununla birlikte bu durumun hastanelere göre değişiklik gösterdiğini, bazı hastanelerin yaşlı hastalar için daha iyi deneyimler sağladığını ortaya koymaktadır (51).

Çalışmamızda; nörolojik ve ortopedik sorunlar nedeni ile yatanların, bakım ve rehabilitasyon algı düzeylerine yönelik toplam puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Şendir ve arkadaşlarının yaptığı ortopedi ve travmatoloji hastaları üzerindeki çalışmasında bu hastaların hemşirelik bakımından memnun oldukları belirtilmiştir (52). Bal ve Acaroğlunun (2022) çalışmasında ise hastaların hastalık özelliklerine göre bakım algıları arasında bir farklılık saptanmamıştır (53). Bakım algısı bir çok faktörden etkilenmektedir. Bunlardan bir tanesinde mevcut hastalık ve buna bağlı yatış nedenidir. Bizim çalışmamızda bakım gereksinimi yüksek olan nörolojik ve ortopedik sorunlar nedeniyle yatan hastaların bakım ve rehabilitasyon algısının düşük olmasının altında yüksek beklentilerin ve tekrarlı yatışların olduğu düşünülmektedir. Bu grup hastaların bakım algılarını altında yatan faktörlerin ortaya konması için kök neden analizleri ve nitel çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasada; kadınların ve bekarların bakım ve rehabilitasyon algı düzeylerine yönelik toplam puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Kersu ve arkadaşları tarafından yapılan hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi

çalışmasında kadınların Bakım Düzeyi Ölçeği toplam puanını ve hemşirelik bakımı memnuniyet puanının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Aynı çalışmada bekar olan hastaların bakım ölçeği puanı ve hemşirelik memnuniyeti dul ve evli bireylere göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (55). Fındık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, daha önce hastanede yatma ve ameliyat deneyiminin cerrahi hastalarının bakım kalitesi algısına etki etmediği belirlenmiştir (56).

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasada; ilkokul mezunu ve geliri giderinden düşük olan yaşlıların bakım ve rehabilitasyon algı düzeylerine yönelik toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yiğitbaş ve Deveci tarafından 65 yaş üstü yaşlıların sosyo demografik özelliklerine göre sağlık algılarını ortaya çıkarmak amacıyla yaptıkları çalışmada düşük sosyo-ekonomik seviyeye sahip yaşlı bireylerin sağlık algısının daha kötü olduğunu ve sağlık durumlarının daha zayıf olduğunu belirlemiştir (54). Kalinkara tarafından yaşlı nüfusun yaşam doyumu ile yaşlanma algısı arasındaki ilişkiyi ve demografik değişkenlerin etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin yaşlanma algısının daha erken geliştiği ve dul kadınların evli bireylere kıyasla kendilerini daha yaşlı hissetme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (57).

Yaşlılar çalışmamızda olduğu gibi, fikirlerinin sorulmasını ve kendileriyle etkin bir iletişimin kurulmasını memnuniyetle karşılamaktadır. Bizim çalışmamızda yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algı düzeylerini her ne kadar sosyodemografik özelliklerin etkilemediğini (hastaneye yatış nedeni dışında) ortaya koysa da yaşlının bilişsel düzeyi, ciddi kronik hastalıklarının varlığı elbette etikleyecektir. Aynı zamanda sağlık personelinin ve hasta yakınlarının tutumu da yaşlıların bakım ve rehabilitasyon algılarını etkileyeceği unutulmamalıdır.

### **5.3 Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri ile Hastanede Kalış Süresi Arasındaki İlişki**

Bu tez çalışması kapsamında üçüncü olarak “Yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyon algı düzeyleri ile hastanede kalış süresi arasında bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt arandı. Çalışma sonuçları bakım ve rehabilitasyon algı düzeyleri ile hastanede kalış süresi arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Yaşlı bireyler mevcut kronik hastalıkları ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle sık olarak hastaneye yatmaktadır. Multi-disipliner ekip anlayışı ile uygun taburculuk planlaması; tedavi, bakım ve özellikle herhangi bir sağlık sorunun olduğunda kiminle nasıl davranacağı konusunda eğitilmesi "önlenebilir hastaneye yatışlarda" azalmaya ve bakımın kalitesinin artmasına yol açabilecektir (57).

Ülkemizde yaşlanmada bakım ve rehabilitasyon algısının hastanede kalış süresine etkisi arasındaki ilişkiyi araştıran doğrudan bir çalışma bulunamamıştır. Rasmussen ve arkadaşları tarafından Danimarka’da retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, dahiliye servislerinden 1 Ocak 2011 - 1 Aralık 2014 tarihleri arasında taburcu olan 65 yaş ve üstü 21634 hastanın %15,9’unun taburcu olduktan sonra 30 gün içinde Danimarka’daki herhangi bir hastaneye plansız yeniden yatışının olduğu bulunmuştur (58). Burns ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devlet’inde bir tıp merkezinde yatan 65 yaş ve üstü 173 dahiliye hastasının incelendiği bir çalışmada, hastaların %19,1’inin 30 gün içinde hastaneye plansız olarak yeniden yattığı tespit edilmiştir (59). Rodriguez-Artalejo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, evli olmayan, yalnız yaşayan kişilerin tekrarlı yatış oranlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (60).

## 6 SONUÇ

Yatarak tedavi ve bakımları yürütülen 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım ve rehabilitasyon algılarının hastanede kalış süreleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada; bakım ve rehabilitasyon algılarının hastanede kalış süresi üzerine etkisinin olmadığını ortaya koydu. Bu bağlamda araştırma sorularımız doğrultusunda sonuçlar özetlendiğinde;

### 6.1 Araştırma Sorusu 1. Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri Nasıldır?

Ölçek toplam puanı; toplam puanı 17-85 arasında değişmekte olup, yüksek ölçek puanı hastanın algıladığı geriatrik bakım ve rehabilitasyonun kalitesinin arttığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda katılımcılarımız toplam puanı  $59,11 \pm 6,14$  değişmekte olup, Saygı ve Güven alt boyutu puan ortalamasının  $28,40 \pm 3,96$ , Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamasının  $30,71 \pm 3,94$  olduğu görülmektedir.

### 6.2 Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeylerini Etkileyen Faktörler Nelerdir?

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların medeni durumlarına göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların meslek özelliklerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam, Saygı ve Güven alt boyutu, Bilgi ve Kararlara Katılım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

### **6.3 Yaşlı Bireylerin Bakım ve Rehabilitasyon Algı Düzeyleri ile Hastanede Kalış Süresi Arasında Bir İlişki Var Mıdır?**

Katılımcıların hastaneye yatış sebeplerine göre Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Alt boyut analizleri yapıldığında; nörolojik ve ortopedik sorunlar ile endokrin ve metabolik sorunlar nedeniyle yatışı yapılanlar arasında olduğu tespit edildi. Endokrin ve metabolik sorunlar nedeniyle yatışı yapılan katılımcıların Geriatrik Bakım ve Rehabilitasyon Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksekti.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

65 yaş üzeri bireylerde bakım algısını etkileyen faktörler ile ilgili hemşireler bilinçlendirilmeli ve eğitim verilmeli,

65 yaş üzeri hasta grubuna bakım veren sağlık profesyonellerine yönelik yaşa uygun olarak eğitim ve materyallerin tasarlanması,

Araştırmanın daha geniş ve karma bir örneklem grubuyla çalışılması,

İleride yapılacak yapılacak çalışmalar da bakım vericilerin ve sağlık çalışanların tutumlarının da değerlendirildiği karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilmektedir.



## 7 KAYNAKLAR

1. Erci B, Yildirim H, Isik K. Psychometric evaluation of the patient perspective on care and rehabilitation scale in geriatric patients. Vol. 81, Archives of Gerontology and Geriatrics.; 2019. p. 84–90.
2. Eke SM, Taktak S,, Bakar B. Aging and forensic medicine in Turkey. Turk J Med Sci. 2013;6(4):75-82
3. Lubbe AL, van Rijn M, Groen WG, Hilhorst S, Burchell GL, Hertogh CPM, Pol MC. The quality of geriatric rehabilitation from the patients' perspective: a scoping review. Age Ageing. 2023 Mar 1;52(3):afad032
4. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. Lancet (London, England) 2015; 385: 563–75
5. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: ``she was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA 2011; 306: 1782–93
6. Özbudak E, Oksay Şahin A. Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2021;9(1).
7. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2022-49667>. Erişim tarihi: 11.06.2023
8. Aydın G.Z, Demirci H. F. Yaşlıların sağlık hizmeti memnuniyetini artırmaya ilişkin bir uygulama:yaşlı dostu hastane, Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi,2023.;5, 155-167
9. Li H, Powers BA, Melnyk BM, Mccann R, Koulouglioti C, Anson E, et al. Randomized controlled trial of CARE: An intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. Research in Nursing and Health. 2012;35(5).
10. Rodakowski J, Rocco PB, Ortiz M, Folb B, Schulz R, Morton SC, et al. Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2017;65(8).
11. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturitas. 2020;139.
12. Freund AM, Hennecke M, Brandstätter V, Martin M, Boker SM, Charles ST, et al. Motivation and healthy aging: A heuristic model. Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences. 2021;76.
13. Hemşirelik EÜ, Halk Y, Hemşireliği S, Doç Y, Ardahan M. Aile Toplum ve Eğitim-Kültür Ve Araştırma Dergisi Yaşlılık ve Huzurevi. 2010.
14. Çunkuş N, Yiğitoğlu GT, Akbaş E. Yaşlılık ve Toplumsal Dışlanma. Vol. 2, Geriatrik Bilimler Dergisi. 2019.
15. Tezi D. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Türkiye’de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi. Bilge ÖNAL DÖLEK. 2011.
16. Tereci D, Turan G, Kasa N, Öncel T, Arslansoyu N. Yaşlılık kavramına bir bakış.Ufkun Ötesi Bilim Dergisi,2016; 16(1): 84-116.
17. [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1) Erişim Tarihi:13.05.2024
18. FAO. Global report on food crises. Food Security Information Network. 2019;(September).
19. Samancı T. Ç, Kara F. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. Journal of International Scientific Researches. 2018 Aug 1;3(1):219–29.
20. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688> Erişim Tarihi: 10.05.2024
21. [https://www.aile.gov.tr/media/67227/eyhgm\\_tuik\\_2020\\_yilsonu\\_yaslilik\\_verileri.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/67227/eyhgm_tuik_2020_yilsonu_yaslilik_verileri.pdf) Erişim Tarihi: 10.05.2024
22. World Health Organization. World report on ageing and health. 246.
23. Beard JR, de Carvalho IA, Sumi Y, Officera A, Thiyagarajana JA. Healthy ageing: Moving forward. Vol. 95, Bulletin of the World Health Organization. 2017.
24. Estebansari F, Dastoorpoor M, Khalifehkandi ZR, Nouri A, Mostafaei D, Hosseini M, et al. The Concept of Successful Aging: A Review Article. Current Aging Science. 2019;13(1).

25. Rosenkranz RR, Duncan MJ, Rosenkranz SK, Kolt GS. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: Cross sectional findings from 194,545 participants in the 45 and Up Study. *BMC Public Health*. 2013;13(1).
26. [https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligidb/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye\\_Saglikli\\_Yaslanma\\_Eylem\\_Plani\\_ve\\_Uygulama\\_Programi\\_2021-2026.pdf](https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligidb/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf) Erişim Tarihi: 23.05.2024
27. Kolaç, N., Erol, S., & Yıldız, A., (2021). Yaşlı Sağlığı ve Bakımı . Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.
28. Komşu C.U. Yaşlılık, yaşlı nüfusun sorunları ve yetişkin eğitimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 2, Sayı: 1, Mart 2014, s. 370-389
29. Samancı T.Ç, Kara F. Dünyada ve türkiye’de yaşlılık. *Journal of International Scientific Researches*. 2018 Aug 1;3(1):219–29.
30. Bouaziz W, Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Geny B, Lang PO. Bénéfices de l’activité physique en endurance chez les seniors âgés de 70 ans ou plus: une revue systématique. *Presse Medicale*. 2017;46(9).
31. Li Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al. Nurses’ knowledge and attitudes regarding major immobility complications among bedridden patients: A prospective multicentre study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(9–10).
32. Karadakovan A, Hemşirelik EÜ, İç Y, Hemşireliği H, Dalı A. YAŞLILARDA SAĞLIK SORUNLARI HEALTH PROBLEMS OF OLDER ADULT [Internet]. Vol. 21. 2005. Available from: <http://www.med.ceu.newsletter>
33. S. BİÇER, "Yaşlı Bireylerde Görülen Sağlık Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımları," In *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Nobel Tıp Kitabevi, 2017, pp.356-364.
34. Karadakovan, A. (2020). Yaşlılık ve Geriatri Hemşireliği. 5. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi. s.103-125 Biçer, 2017
35. Fritschi JO, Brown WJ, van Uffelen JG. On your feet: Protocol for a randomized controlled trial to compare the effects of pole walking and regular walking on physical and psychosocial health in older adults. *BMC Public Health*. 2014;14(1).
36. De Oliveira, L. D. S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother*, (2019). 41(1), 36-42. doi:10.1590/2237-6089-2017-0129
37. Muscogiuri G, Barrea L, Savastano S, Colao A. Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine. Vol. 74, *European Journal of Clinical Nutrition*. 2020.
38. Bayrak S, Akın S, Fakültesi CT, Bakım Y, İstanbul Ü/, Bilimleri S, et al. Yaşlılarda Cilt Sorunları ve Bakımı. Vol. 1, *Health Sciences Journal of Nursing Cilt*. 2019.
39. Küçük U, Karadeniz H. Yaşlanmaya Bağlı Bireylerde Görülen Fizyolojik, Ruhsal, Sosyal Değişiklikler ve Korunmaya Yönelik Önlemler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2021 Dec 30;14(2):96–103.
40. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Journal of International Social Research*. 2017;10(52).
41. Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA*. 2010;304(17).
42. Brown CJ, Roth DL, Allman RM, Sawyer P, Ritchie CS, Roseman JM. Trajectories of life-space mobility after hospitalization. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(6).
43. Jeffrey D. Schlaudecker, Christopher R. Bernheisel and Hillary R. Mount Ham's Primary Care Geriatrics, 11, 100-113 <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323721684000112>
44. Ham's Primary Care Geriatrics
45. Page KS, Hayslip B, Wadsworth D, Allen PA (2019) Development of a multidimensional measure to examine fear of dementia. *Int J Aging Hum Dev* 89, 187–205/ Ostergren JE, Heeringa SG, Leon CFM de, Connell CM, Roberts JS (2017) The influence of psychosocial and cognitive factors on perceived threat of Alzheimer’s disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 32, 289–299
46. Krivanek TJ, Gale SA, McFeeley BM, Nicastrì CM, Daffner KR. Promoting Successful Cognitive Aging: A Ten-Year Update. *J Alzheimers Dis*. 2021;81(3):871-920

47. Wressle E, Eriksson L, Fahlander A, Rasmusson IM, Tedemalm U, Tängmark K. Patient perspective on quality of geriatric care and rehabilitation - Development and psychometric testing of a questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006;20(2).
48. Cho SH, Mark BA, Knafelz G, et al. Relationship between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effect of missed nursing care. *J Nurs Scholarsh* 2017;49:347Y355
49. Forsman B, Svensson A. Frail older persons' experiences of information and participation in hospital care. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019;16:2829.
50. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-43
51. Elliott MN, Beckett MK, Cohea C, Lehrman WG, Russ C, Cleary PD, Giordano LA, Goldstein E, Saliba D. The hospital care experiences of older patients compared to younger patients. *J Am Geriatr Soc*. 2022 Dec;70(12):3570-3577
52. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Deneyim ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* (2012;20(1): 35-42 ISSN 1304-4869
53. Bal C, Acaroğlu R. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 2022;7:3.927-946.
54. Yiğitbaş Ç, Deveci E,S. Health perceptions of elderly people aged over 65 age. *Çukurova medJ* 2019;44:77-85.
55. Kersu Ö, Mert Boğa S, Köşgeroğlu N, Aydın Sayılan A, İlter G, Baydemir C. Cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *HEAD* 2020;17(1):32-39
56. Fındık Y.Ü, Yeşilyurt S.D, Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;20:3
57. Kalıncara V. Aging Perception and Life Satisfaction in Older Adults. *YSAD-EIRJ* 2023 / 16(1), 23-33.
58. Rasmussen M. G, Ravn P, Molsted S, Tarnow L, & Rosthøj S. Readmission to hospital of medical patients – A cohort study. *European Journal of Internal Medicine*, 2017; 46. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.07.008>
59. Burns R, Nichols LO. Factors predicting readmission of older general medicine patients. *J Gen Intern Med*. 1991 Sep-Oct;6(5):389-93. doi: 10.1007/BF02598158. PMID: 1744751
60. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC et al. Social Network As A Predictor of Hospital Readmission and Mortality Among Older Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 2006; 12(8): 621– 627

## 8 EKLER

### EK 1 Yaşlı Birey Tanılama Soru Formu

**Yaş:**

**Cinsiyet:** ( ) Kadın ( ) Erkek

**Eğitim Düzeyi:**

( ) Okur Yazar Değil

( ) İlköğretim

( ) Orta öğretim

( ) Lise

( ) Üniversite ve üzeri

**Medeni Durum:** ( ) Evli ( ) Bekar

**Meslek:**

( ) Emekli

( ) Ev Hanımı

( ) Memur

( ) Serbest meslek

**Gelir Durumu:**

( ) Gelir giderden az

( ) Gelir gidere eşit

( ) Gelir giderden fazla

**Hastanede Yatış Süresi:**

**Hastanede Yatış Nedeni:**

**EK 1 Yaşlı Birey Tanılama Soru Formu (devamı)**

**Daha Önce Hastanede Yatma Durumu**

Evet

Hayır



## EK 2 (Yaşlı) Bakım ve Rehabilitasyonun Algısı Ölçeği

(Yaşlı) Bakım ve Rehabilitasyonun Algısı Ölç.		Tamamen katılıyorum (5)	Kısmen katılıyorum	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (2)	Hiç katılmıyorum (1)
1.	Personel beni dinledi					
2.	Personel problemlerimi ciddiye aldı					
3.	Sağlık durumum hakkında iyi bilgi aldım					
4.	Servisteki rutinler hakkında iyi bilgi aldım					
5.	Uygulamalar hakkında iyi bilgi aldım					
6.	Tedavinin hedefleri üzerindeki kararlara katılma fırsatım oldu					
7.	Tedavinin etkileri hakkında bilgi aldım					
8.	İhtiyaç duyduğumda doktorla görüşme fırsatım oldu					
9.	Zorlandığım bir şeyler olduğunda personelle rahatlıkla konuşabildim					
10.	Serviste kendimi güvende hissettim					
11.	Haysiyetime saygı gösterildi					
12.	Personel stressiz çalıştı					
13.	Taburculuk planlamasına katılma fırsatım oldu					
14.	Aldığım teknik yardımlar iyiydi					
15.	Sağlık sorunum olduğunda kiminle bağlantı kurulacağını biliyorum					
16.	Uygulama konularında kiminle bağlantı kurulacağını biliyorum					
17.	Alınan bakımdan memnunum					

## **EK 3 Etik Kurul Onayı**



**EK 3 Etik Kurul Onayı (devamı)**



## **EK 4 Kurum Izni**



## EK 5 Ölçek izinleri



## 9 ÖZGEÇMİŞ

