

## DERLEME/ REVIEW

## Değişen Dünyada Yaşlılık

## Aging in a Changing World

Mehmet Muzaffer KAHVECİ<sup>1</sup>, Emine Neşe YENİÇERİ<sup>2</sup><sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yaşlı Sağlığı Doktora Programı, Muğla, Türkiye<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

Geliş tarihi/Received: 10.01.2022

Kabul tarihi/Accepted: 07.06.2023

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Mehmet Muzaffer KAHVECİ, Doktor  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü, Yaşlı Sağlığı Doktora Programı, Muğla,  
Türkiye  
E-posta: mehmetmuzafferkahveci@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-2656-1677

Emine Neşe YENİÇERİ, Prof. Dr.

ORCID: 0000-0002-1773-6837

## Öz

Yaşlılık; genetik hastalıklar, kazalar veya herhangi başka bir nedene bağlı prematür ölümler olmadıkça, toplumların sosyal belirleyicileri doğrultusunda yaşanacak olan kaçınılmaz bir yaşam evresidir. Yaşlı nüfusun dünyanın her yerinde artması ile yaşlılık bireysel bir sorun olmaktan çıkmış, küresel bir fenomen haline gelmiştir. Kronolojik olarak 65 yaş üstü her birey yaşlı olarak tanımlansa da her bireyin fiziksel, psikolojik, fonksiyonel özellikleri ve sosyoekonomik durumları birbirinden çok farklıdır. Değişen yaşam koşulları, teknolojik gelişmeler, yeni çıkan hastalıklar, sağlık bilgilerinin gelişmesi ve güncellenmesi, çevrenin sağlık üzerindeki etkisi yaşlıları sadece bireysel özelliklerine göre değil, değişen dünya şartlarında çevreleriyle bir bütün olarak ele alınmasını zorunlu kılar. Bu yazıda çağımızda yaşlılarda sık görülen semptomlar, şikâyetler ve durumlar bütüncül bir şekilde ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlanma, değişim, kapsamlı bakım.

## Abstract

Elderly is an inevitable phase of life that will be experienced in line with the social determinants of societies, unless there are premature deaths due to genetic diseases, accidents or any other reason. With the increase in the older adults' population all over the world, old age has become a global phenomenon rather than an individual problem. Although every individual over the age of 65 years is defined chronologically as old, the physical, psychological, functional characteristics and socioeconomic status of each individual are very different from each other. Changing living conditions, technological developments, emerging diseases, the development and updating of health information, the impact of the environment on health necessitate the older adults to be addressed not only according to their individual characteristics, but also as a whole within their environment in changing world conditions. In this article, common symptoms, complaints and conditions in older adults in our century are discussed holistically.

**Keywords:** Aging, change, comprehensive care.

## 1. Giriş

Yaşlılık; genetik hastalıklar, kazalar veya herhangi başka bir nedene bağlı prematür ölümler olmadıkça, toplumların sosyal belirleyicileri doğrultusunda yaşanacak olan kaçınılmaz bir yaşam evresidir. Sanayi devriminden sonra teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile hastalıkların engellenmesi, halk sağlığı uygulamalarının başarısı, sağlık alanında yeni teknolojilerin kullanımı ile hastalıkların tanı ve tedavilerinin kolaylaşması sonucu ortalama yaşam ömrü uzamış, hemen hemen her ülkede yaşlı sayısı artmıştır. Toplumlar yaşlanmaya, yaşlı nüfusu artmaya devam edecektir. Yaşlılara yönelik atılacak her adım kendi geleceğimize yaptığımız bir yatırımdır.

Yaşlılık yaşamın olağan bir sürecidir. Yaşlanmayla birlikte bedensel ve ruhsal birçok değişiklik meydana gelmektedir. Kronolojik yaş her birey için eşit ilerlese de, yaşlanmanın etkisi bireyler arasında değişkenlik gösterir (1). Yaşlılık algısının farklılığı gibi, yaşlılara yönelik politikalar, bakım hizmetleri, uygulamalar da toplumdan topluma farklılık göstermektedir.

Birleşmiş Milletler (BM) kronolojik açıdan 65 yaş ve üzeri bireyleri "yaşlı" olarak tanımlamaktadır (2). Özellikle 20. Yüzyıl başlarından itibaren doğurganlık hızının azalması, halk sağlığı hizmetlerinin artması, erken tanı ve tedavi imkanlarının gelişmesi, bulaşıcı hastalıklar gibi öldürücü hastalıkların başarıyla kontrol altına alınması, toplumun sağlık bilincinin gelişmesi ile yaşlı nüfus oranı artmaya başlamıştır. Yani demografik değişim dediğimiz yüksek doğum ve ölüm oranlarından düşük doğum ve ölüm oranları olan bir duruma geçilmiştir (3). Yaşlı nüfus oranının güne artması toplumları yaşlara göre tanımlamayı ve nüfus özelliklerine göre politikalar geliştirmeyi zorunlu kılmıştır. Eğer bir toplumda yaşlı nüfus oranı %4'ten az ise bu toplum "genç toplum", bu oran %4-7 ise "olgun toplum", %7-10 arası ise "yaşlı toplum", %10 ve üzerinde ise "çok yaşlı toplum" olarak isimlendirilmektedir (4). DSÖ Yaşlanma ve Sağlık Üzerine Küresel Strateji ve Eylem Planı'na göre Dünya'da 2000 ile 2050 yılları arasında 60 yaş üstü bireylerin oranının iki katına çıkarak %22 olması beklenmektedir (5). Yine aynı eylem planında 2050 yılında Avrupa nüfusunun %34'ünün, Latin Amerika, Karayipler ve Asya nüfusunun yaklaşık %25'inin 60 yaş üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (5).

Küresel nüfus yaşlanmasının vurgulanmaya değer birkaç özelliği mevcuttur. Örneğin, her ne kadar neredeyse tüm toplumlarda nüfusun yaşlanması görülsede en hızlı yaşlanma gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. 2000'den 2015'e kadar, bu ülkelerdeki yaşlılarda %60'lık bir artış olmuş ve bu artışın 2015-2030 arasında %71 oranında olacağı tahmin edilmektedir (5). Yaşlı nüfusun kendi içinde de farklı özellikleri olma eğilimindedir; örneğin 80 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılında 2015 yılına göre neredeyse üç katlanacağı öngörülmektedir (5). Farklı bir özellik olarak da hemen hemen her ülkede kadınlar erkeklere göre daha uzun yaşamakta (ortalama 4,5 yıl daha fazla) ve küresel olarak 60 yaş ve üzerinde kadınlar nüfusun %54 ünü, 80 yaş ve üzerinde ise kadınlar nüfusun %61 ini oluşturmaktadır (6). Yaşlanan nüfus yirmi birinci yüzyılın üzerinde düşünülmesi gereken en büyük küresel olaylarından biri haline gelmiştir. Bu durum daha da artması beklenen yaşlı nüfusun gelecekte karşılaşabileceği zorlukları ve sorunların çözümünü düşündürmektedir.

Kronolojik olarak 65 yaş üstü her birey yaşlı olarak tanımlansa da her bireyin fiziksel, psikolojik, fonksiyonel özellikleri ve sosyoekonomik durumları birbirinden çok farklıdır. Yaşamın erken evrelerinden beri sağlık bilincine sahip, dengeli beslenebilen, yeterli fiziksel aktivite yapmış, sosyal desteği yüksek olan bir yaşlı ile hayata dezavantajlı başlamış, kötü sosyoekonomik bir çevrede büyümüş, yeterli ve temiz gıdaya erişememiş bir bireyin yaşlılıkta karşılaşacağı sorunlar ve bunlarla baş edebilme seviyesi elbette farklı olacaktır. Günümüzde sağlıklı yaşlanabilmenin en büyük engeli yoksulluktur. Yaşlıların emeklilik dönemi ile ekonomik gelirleri azalırken kırılgan olma potansiyelleri artar (7). Ekonomik küçülmenin yanında sosyal hayatta meydana gelen değişiklikler, iş hayatından uzaklaşması, üretkenliğin azalması, yalnızlık, toplumun yaşlıya yüklediği roller, var olan kronik hastalıkların ilerlemesi, geriatrik sendromların ortaya çıkması yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden bazılarıdır (8).

Yaşlılar fırsat verildiğinde ekonomik, sosyal ve kültürel olarak topluma katkı sağlayabilmektedirler. Ancak yoksulluk ve sosyal olarak dışlanma yaşlılar için en önemli engellerden ikisidir. Bu yüzden tüm dünyada politikacılar için yoksulluğun ortadan kaldırılması kalkınmada kilit bir önceliktir (6). Yaşlanan bir nüfusa ilişkili olarak Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 gündeminde yer alan "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"nin gerçekleştirilmesine yönelik ekonomik ve sosyal değişimlere hazırlanmak gereklidir. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin biri yoksulluğun ortadan kaldırılmasıdır (9). Birçok ülkede yoksulluk yaşla birlikte artmaktadır. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkelerinde 75 yaş üzerinde ortalama yoksulluk oranı %14,7 olup 66-75 yaş arası ortalama yoksulluk oranından %3,5 fazladır. 80 yaş ve üzeri yaşlıların çalışabilme durumu daha düşük düzeydedir ve bu yaşlarda daha çok varsa birikimlerini harcama dönemidir ve sıklıkla sağlık ve bakımla ilgili hizmetlere ihtiyaç duymaktadırlar. Öte yandan dünyada yoksul kadınların oranı erkeklere göre daha fazladır (10).

Bir yaşlıyı değerlendirirken sadece fiziksel özellikleri değil, yaşadığı konut şartları, evinin bulunduğu mahallesi, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu, alışkanlıkları, beslenme şekli, hobileri, sosyal desteği olup olmadığı ele alınmalıdır.

Değişen yaşam koşulları, teknolojik gelişmeler, yeni çıkan hastalıklar, sağlık bilgilerinin gelişmesi ve güncellenmesi, çevrenin sağlık üzerindeki etkisi yaşlıları sadece bireysel özelliklerine göre değil, değişen dünya şartlarında çevreleriyle bir bütün olarak ele alınmasını zorunlu kılar.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli olan "Sağlık Okuryazarlığı" kavramı özellikle kronik hastalık yükü ve ilaç kullanım oranları fazla olan yaşlılarda çok önemlidir. DSÖ sağlık okuryazarlığını, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli bilgiye erişim, bu bilgileri anlama ve kullanma kabiliyeti olarak tanımlar (11). Türkiye'de yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında erişkinlerin %64,6'sı yetersiz, sorunlu bulunmuştur (12). Yetersiz sağlık okuryazarlığı durumunda basit sağlık talimatlarını anlamada zorluk, kronik hastalık yükünde artış, acil servise başvuru ve hastaneye yatış oranında artma, ilaç kullanım oranı artışı, ilaçları uygun dozda ve gerekli zamanda kullanma kapasitesinde düşüş, sağlık maliyetlerinde artış, yaşam kalitesinde düşüş, erken ölümlerde artış görülmektedir (13). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığını etkileyebilecek yaşa bağlı ancak kişiden kişiye değişebilecek görme ve işitme kayıpları, sosyoekonomik durum gibi birçok faktör mevcuttur. Fiziksel ve kognitif açıdan genç jenerasyonla giderek artan farklılık da utangaçlık ve sıklıkla nedeniyle iletişimi azaltarak sağlık okuryazarlığını etkileyebilmektedir. Yaşlılarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir derlemede yaş, gelir ve eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını net bir şekilde etkilediği gösterilmiştir (14). Sağlık okuyazarlık düzeyi düşük olanların fiziksel ve kognitif sağlık açısından daha kötü durumda oldukları da gösterilmiştir. Yaşlıların sağlık okuyazarlık düzeyleri açısından değerlendirilmeleri önerilmektedir (14).

Yaşlılarda hipertansiyon, osteoartrit, diyabet, kalp hastalıkları, kanser ve demans en sık görülen kronik hastalıklar iken, atipik semptomlarla karakterize ve yaşlanmayla birlikte bireyde meydana gelen dejenartif değişiklikler ile organların adaptasyon yeteneğinin azalmasına bağlı ortaya çıkan ve herhangi bir hastalık tanımı ile tam açıklanamayan durumlar geriatrik sendrom olarak tanımlanmaktadır (15,16). İnkontinans, düşmeler, bası yarası, kırılganlık, delirium, depresyon, malnutrisyon yaşlılarda sık görülen geriatrik sendromlardandır.

Günümüzde yaşlı sayısı ve oranın gittikçe artması ve bu artışın daha da fazlalaşacağı öngörüsü yaşlılara yönelik çalışmaların artmasını ve yeni politikaların üretilmesini gerekli kılmaktadır. Düzenlemeler yapılırken her yaşlının birbirinden çok farklı olduğu ve yaşlı bireylerin birbirinden çok farklı ihtiyaçları olabileceği unutulmamalıdır. Yaşlılık dönemi her birey için farklı gelişse de fiziksel ve zihinsel meydana gelen değişiklikler benzerdir. Yaşamın doğal bir süreci olarak meydana gelen bu değişiklikler her bireyde farklı hızlarda meydana gelmektedir. Bu yazıda sosyoekonomik ve sosyokültürel seviyeleri ne kadar farklı olsa da her yaşlı bireyde en sık görülen şikayetler, semptomlar ve bunlara yönelik değerlendirmeler ele alınmıştır.

### 1.1. Düşmeler

Düşmeler genellikle tıbbi müdahale gerektiren ve bakım ihtiyacına neden olabilen kasıtsız yaralanmalardır (17). Biyolojik, davranışsal, çevresel ve sosyoekonomik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkabilir. Biyolojik

risk faktörleri fiziksel kapasite ile ilgili olup yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikler, yaşlanma ile bilişsel fonksiyonların azalması ve yaşlanmaya bağlı kronik hastalık komorbiditesi gibi değiştirilemeyen risk faktörleridir. İnsanların eylemleri, günlük tercihleri, yeme içme alışkanlıkları, hareketsizlik ya da aşırı hareketlilik gibi durumlar davranışsal risk faktörleridir. Yaşama ortamındaki kaygan zeminler, yeterli aydınlatmanın olmaması, yere yapışmayan halılar, kötü bina tasarımı, merdiven yüksekliklerinin eşit olmaması, düzensiz kaldırımlar çevresel risk etmenlerine örnektir. Bireylerin ekonomik durumu, düşük eğitim düzeyi, kötü konut koşulları, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, sosyal desteğin zayıflığı sosyoekonomik risk faktörlerindedir. Yapılan araştırmalara göre yaşlılarda düşmeler en çok ev içi, bakım hizmetlerinin verildiği huzurevi ve bakım merkezi gibi kapalı alanlarda meydana gelmektedir (18).

65 yaş üstü bireylerde düşme oranı %35'lerde iken yaş arttıkça bu oran ve yıl içinde düşme sayısı artmaktadır. 65 yaş üstü bireylerde acil servise başvuruların yarısından fazlası düşmeyle ilişkili kalça kırıkları, kafa travması ve ekstremitelere yaralanmalarıdır. Hastalarda düşme sonrası yaşanan korku, anksiyete, hareketsizlik, bağımlılık, kafa karışıklığı ve depresyona bağlı "post-fall sendrom" olarak adlandırılan psikomotor disadaptasyon görülebilir (19).

Düşmelerin engellenmesinde en önemli müdahale primer korunma yani düşme gerçekleşmeden değiştirilebilir risk faktörlerinin değiştirilmesidir. Yaşlının yaşadığı ortam kazalara sebebiyet vermemeli, yer döşemeleri kontrol edilmeli, tümsek, kırık olan zeminler onarılmalı, banyolarda ıslak zeminin kaydırabileceği göz önüne alınıp kaydırmaz banyo paspasları kullanılmalı, tuvalet kenarları ve banyolarda tutamaçlar bulunmalı, merdivenlerdeki basamaklar eşit yükseklikle olmalı ve kaymamalı, yatak odalarında ve yaşam alanlarında yeterli aydınlatmanın sağlandığından emin olunmalı, sigara içen, alkol tüketen, kilolu yaşlılar değiştirilebilir risk faktörleri açısından bilgilendirilmeli ve davranışsal değişiklikler sağlanmaya çalışılmalıdır. Her yaşlı kendi yaşadığı ortamın şartlarına göre değerlendirilmeli, tedavi sonrası yalnız yaşayıp yaşamak istemediği, kaza geçirmeden yaşamaya uygun ortamın sağlanıp sağlanmadığı sorgulanmalıdır (20). Gerekli düzenlemeler yapılmadıkça düşmeler ve yaralanmalar devam edecektir.

## 1.2. Kırılgnalık

Yaşın ilerlemesiyle vücutta görülen fiziksel, bilişsel değişiklikler, çeşitli hastalıklar, beslenme durumunun yetersizliği, strese adaptasyonun bozulması gibi durumlarda ortaya çıkan güçsüzlük hali "kırılgnalık" olarak tanımlanmaktadır (21). Birçok tanım olmasına rağmen net olarak kırılgnalık tanımı ile ilgili bir konsensusa varılamamıştır. Kırılgnalık fiziksel, kognitif ve sosyal olarak bir veya birden fazla yönden yaşlıyı etkileyen dinamik bir durum olarak tanımlanmakta ve birçok boyuttan değerlendirilmelidir. Genellikle yaşlının kendi bakımı ile ilgili bir bağımlılık ve bakım ihtiyacı mevcuttur.

Kırılgnalığı anlamak direkt yaşam kalitesi ile ilişkilidir ve yaşlıya bakım hizmeti vermek için kritik bir öneme sahiptir. Örneğin demansı olan bir yaşlıda kırılgnalığın olup olmadığını değerlendirmek demansın hangi evresinde olduğunu belirlemekten çok daha önemli olabilir, çünkü kırılgnalık durumunda yaşlının yaşam kalitesini

etkileyebilecek sağlık bakımının verilmesi son derece önemlidir. Yaşlının orta düzeyde bir demansı varken aynı zamanda çok ciddi düzeyde kırılgnalığı da olabilir. Kırılgnalığın değerlendirilmemesi durumunda yaşlıya ihtiyacı olan bakım zamanında verilemeyebilir ve sonuçları ağır olabilir (22).

Kırılgnalığın tanısı Fried ve ark. tarafından geliştirilen 5 parametre üzerinden değerlendirilmektedir (21). Bu parametreler; istemsiz kilo kaybı, yürüme hızında yavaşlık, fiziksel aktivite kapasitenin azalması, halsizlik, dayanma gücünün azalmış olmasıdır. Bu beş parametreden üçünün varlığında "kırılgnalık", bir veya iki patolojik durumun varlığında ise "kırılgnalık öncesi dönem" olarak tanımlanır. Kırılgnalık patogeneğinde vücuttaki kas-iskelet, endokrin sistemi gibi farklı sistemlerin kronik inflamasyonu ve bağımsızlık aktivasyonunu kapsayan çeşitli süreçler yer alır. Genetik faktörler, yaşam tarzı, beslenme durumu, akut ve kronik hastalıklar, stresör etmenler kırılgnalığı etkileyen nedenler arasındadır (23). Özellikle 85 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin %75'inin kırılgnak olduğu düşünülmektedir ve kırılgnak bireylerde düşmeler, sakatlık, bakım ihtiyacı ve mortalite artmıştır (24). Kırılgnalık taramasında birinci basamakta yürüme hızı kullanılabilir (25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada şiddetli kırılgnalık prevalansı %19,8 bulunmuştur (26). İleri yaş, uzun süreli ilaç kullanımı, düşük sosyokültürel ve sosyoekonomik durum, son 1 yıl içinde düşme durumu kırılgnalıkla ilişkili etkenlerdir (26). Kırılgnalık oluşumunun engellenmesinde primer korunma en üstün yöntemdir. Yaşlıların beslenme durumları değerlendirilmeli ve düzenlenmeli, gerektiği durumlarda enteral beslenme suplemanları önerilmelidir (27). Yaşlı birey kapsamlı muayene edilmeli, her bireyin gereksinimlerine göre özelleştirilmiş tedavi yöntemleri kullanılmalıdır. Bireylerin fiziksel kapasitelerine göre egzersiz planları yapılmalı, var olan akut ve kronik hastalıklar tedavi edilmeli, beslenme düzeninden sosyal hayattaki gereksinimlerine kadar multidisipliner yaklaşılmalıdır (25).

## 1.3. Yaşlılık Psikolojisi

Yaşlılık sosyolojik ve psikolojik bir olgudur (28). Nasıl bir hayat yaşamış olurlarsa olsunlar, yaşlı bireylerde zamanla öğrenme, algılama, hafıza gibi kapasitelerde değişiklik görülür (29). Bilişsel fonksiyonlarda azalma ile birlikte yaşlılarda görülen saç dökülmeleri, cilt değişiklikleri, hareketlerin ve reflekslerin yavaşlaması gibi fiziksel değişiklikler de yaşlılarda yetersizlik hissi uyandırıp yaşlı bireylerin psikolojilerini etkiler (30). Yaşın ilerlemesiyle görülmesi beklenen bu nonpatolojik süreçlere ek olarak depresyon, demans, delirium gibi hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır.

### 1.3.1. Depresyon

Yaşlılık döneminde vücut fonksiyonlarının, sevilen yakınların ya da mevcut sosyal hayatın kaybına bağlı depresyon görülme sıklığının fazla olduğu düşünülmektedir (31). Yaşlılarda depresyon kliniği gençlere göre oldukça farklıdır ve bu durum yaşlılarda depresyon tanısını koymayı güçlendirmektedir. Depresyon yaşlı bireylerde depresif mizaç değişikliklerinden çok uykusuzluk, ajitasyon, somatizasyon (kabızlık, baş ağrısı, saç dökülmesi vb.), izolasyon, sosyal yalnızlık gibi atipik seyredir (31). Yaşlılarda depresyon bozulmuş işlevsellik, özkiyim düşünceleri ve sağlık merkezlerine başvuru sayısında artış

ile sonuçlanabilmektedir. Düşük sosyoekonomik durum, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, sosyal desteğin azlığı, kronik hastalık yükü ve kadın cinsiyet yaşlılarda depresyona eğilimi artırmaktadır (32). Yaşlılıkta depresyon görülmesi normal bir durum kabul edilmemelidir, depresyona her yaş gruplarında ciddiyetle yaklaşılmalı ve tedavi edilmelidir. Tedavi edilmediğin takdirde yeti yitimine ve intihara neden olabilir.

### 1.3.2. Demans

Demans var olan hafıza, dikkat, dil gibi zihin fonksiyonlarında işlev kaybı ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma meydana gelmesidir. Demans kronik, bilincin son döneme kadar açık olduğu, kısa süreli hafızanın bozulduğu, ilerleyici bir sendromdur (33). Semptomların ortaya çıkmasından 5-15 yıl öncesinde biyolojik değişikliklerin başladığı varsayılmaktadır. Elbette yaşlılığın doğal seyrinde unutkanlık yaşanması ve günlük aktivitelerde azalma normaldir (34). Günlük alışveriş listesini belirleme, randevuları hatırlama, ani ortaya çıkan sorunlara çözüm bulabilme, gelir-gider dengesini sağlayabilme ve faturalı düzenli tutabilme gibi beş soru ile erken demansiyel süreç ve normal yaşlanma birbirinden ayırt etmede kullanılabilir (35). Demans hastalığının tanısı için günlük yaşam aktivitelerinde değişiklikler ile ilgili detaylı öykü alınmalı ve kapsamlı fizik muayene yapılmalıdır. Belirli bir yaş üstünde hırçınlaşma, tartışma, hiçbir şeyden memnun olmama, değişken duygudurum gösterme, sürekli yanında birini isteme, yeni eşyalara alışmama, olaylara verilen tepkilerde değişiklik gösterme gibi durumlar demansiyel süreçleri düşündürmelidir (34). Demansa primer ve sekonder neden olan 100'den fazla hastalık bulunmaktadır. Demanslı hastanın yakınından da mutlaka eş zamanlı kapsamlı öykü alınmalı, kapsamlı nörolojik muayene ve hastanın sosyokültürel seviyesine uygun olarak mental durum muayenesi yapılmalıdır (33).

### 1.3.3. Deliryum

Deliryum ani başlayan, dalgalı seyreden, yaygın bilişsel yıkımla birlikte dikkatin bozulması, uyku-uyanıklık siklusunda değişme, halüsinasyon gibi algısal bozuklukların görüldüğü organik bir beyin sendromudur (36). İlaçlar, alkol kullanım ya da alkolü bırakma öyküsü, idrar yolu enfeksiyonu, elektrolit bozuklukları, metabolik hastalıklar, sıcak çarpması, malnutrisyon, inme, yanık, kalça kırığı gibi bir çok fizyolojik stresör deliryuma neden olabilir fakat genellikle geri dönüşlü olduğundan tanıyı erken koyabilmek çok önemlidir. İleri yaşta (en önemli risk faktörü), bakım ihtiyacı olan ve demans hastalarında deliryum görülme sıklığı artar. Deliryumun tipik bir bulgusu olmadığından ve her hastada farklı semptomlar gösterebildiğinden tanı koymak güçleşebilir. Altta yatan neden düzeltilmedikçe semptomlar görülmeye devam edecektir (37). Deliryum tanısı alan hastaların çevreleri hastaların kendilerine ve yakınlarına zarar vermelerini engellemek için güvenli hale getirilmeli, gürültü, ışık, gibi çevresel uyaranlar azaltılmalı, hasta bakımına yardım eden kişilerin mümkün olduğunca aynı olması sağlanmalı, hasta yakından takip edilmelidir.

### 1.4. Kalp Damar Hastalıkları

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak adlandırılan kronik hastalıklar toplumlarda neredeyse salgın olarak nitelendirilebilecek yaygın bir boyuta ulaşmıştır (38). Bu hastalıkların engellenmesinde en büyük üstünlük aşırı

tuz tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, yüksek kolesterol, tütün ve alkol kullanımı davranışsal ve değiştirilebilir gibi risk faktörleri uzaklaştırıldığında önenebilir olmalarıdır (39). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 ölüm istatistiklerine göre ölüme sebebiyet veren hastalıklar sıralamasında ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır (40). Kalp damar hastalıklarından korunmanın amacı damar hasar veya tıkanıklığına bağlı komplikasyonların azaltılması, cerrahi müdahale gereksiniminin önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve prematür ölümlerin engellenmesidir (38). Korunmada riskler bireysel olarak belirlenmeli ve bireye özgü stratejik tedavi planlaması yapılmalıdır. Framingham Kalp çalışmasına göre kalp damar hastalıkları bakımından 45 yaş ve üzeri erkek, 55 yaş ve üzeri kadın cinsiyet ve 1. Derece yakınlarda erken yaşlarda (erkek<55, kadın<65) kalp damar hastalığına sahip olmak değiştirilemez risk faktörleri iken, tütün kullanımı, yüksek kan basıncı, dislipidemi, şeker hastalığı, yetersiz fiziksel aktivite ve obezite değiştirilebilir davranışsal risk faktörlerindedir (41). Toplum temelli yaklaşımlar değiştirilebilir risk faktörlerine müdahale edilmesi, var olan hastalıkların tanı, tedavi ve komplikasyon takibinin yapılması morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

### 1.5. İskelet- Kas Sistemi

Kas iskelet sistemi hastalıkları kemikler, eklemler, kaslar, tendonlar ve bağlar gibi dokularda genellikle ağrı ve fonksiyonel kısıtlılıkla seyreden, yaşlı bireylerde çok sık görülen kronik hastalıklardan biridir (42). Bu hastalıkların gelişiminde fiziksel, biyomekanik, bireysel birçok etken rol oynamaktadır. Vücudumuzu dengede tutan bu sistemde herhangi bir patolojinin bulunması denge problemleri, kas gücünde azalma, yürümede dengesizlik gibi sonuçlar yaratarak düşme riskini artırmaktadır (43). Ayrıca bu hastalıklar yaşam kalitesini de önemli derece etkiler ve engellilik sebepleri arasında bulunur. 2004 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yükü Çalışmasına göre kas iskelet sistemi hastalıkları ikinci sırada yer almaktadır. "Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı" kapsamında Romatoid artrit, Ailevi Akdeniz Ateşi, Osteoartrit, Behçet Hastalığı, Ankilozan Spondilit ve bel ağrıları ülkemizde en sık görülen hastalıklar olarak belirlenmiştir (44). Bu hastalıkları önleme ve kontrol etmede erken tanı ve uygun tedavi çok önemlidir. Bu hastalıkların semptomlarının bilinmesi, kişi tarafından fark edilmesi, semptomların takip edilmesi ve gerektiği branştan yardım alınabilmesi hastalıkların kronik, ilerleyici, destrüktif yıkımını azaltır. Bu alanda sağlık okuryazarlığı ve halkın eğitimi ön plana çıkmaktadır. Hasta eğitimi, doğru beslenme, kilo kontrolü, yeterli ve uygun egzersiz, vücut yapısına uygun meslek seçimi, yaşlılara sosyal desteğin sağlanması, erken tanı, uygun tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile engellik azaltılıp kişilerin yaşam kalitesi artırılabilir.

### 1.6. Yaşlılık ve Teknoloji

Teknolojinin gelişmesi ile yaşamımıza giren telefon, tablet, bilgisayar gibi modern teknolojik araçlar tüm yaş gruplarında yaşamın bir parçası haline gelmiştir (45). Yapılan çalışmalara göre teknolojik araçları son kullanan yaş grubu yaşlılardır ve ihtiyaç duyduklarında yenilikleri reddetmemektedirler (46). Malezya'da yapılan bir çalışmada sosyal medyanın yaşlılardaki sosyal yaşama desteği incelenmiş ve yaşlıların sosyal medya üzerinden çocukları ve torunlarıyla görüntülü olarak görüşebildikleri, duygusal açıdan iyi hissettikleri,

sosyal medya aracılığı ile geçimine katkı sağlayabildiği, sağlık ile ilgili son güncel bilgilere ulaşabildiği ve tüm bunların da yaşlıların yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmiştir (47). Yaşlılar sosyal iletişim kaybı nedeniyle psikolojik çöküntüye kolayca maruz kalabilmektedirler. İnternet erişimi yaşlı bireylerin ilgi alanlarına hitap eden bilgilere erişebilmeleri için, sosyal medya sosyalleşip daha eğlenceli bir gün geçirmeleri için imkan sunmaktadır.

Yaşlı bireylerin değişen yaşam şartlarına uyum sağlamaları için dijital okuryazarlığın artırılması gerekmektedir. Dijital yeniliklere adapte olabilen yaşlılar toplum içinde daha sosyal olmakta ve daha aktif yaşlanmaktadır (48). Özellikle pandemi sırasında Tele-tıp uygulamalarının yaygınlaşması, Tele-konsültasyon, Tele-danışmanlık gibi uygulamaların kullanıma başlanması yaşlıların ev ortamında tedavi ve rehabilite edici hizmetlere erişimlerini kolaylaştırmaktadır (48).

Akıllı saat, bileklik, atlet sensör modül içeren giyilebilir teknoloji ürünleri ile kan basıncı, nabız, kandaki oksijen seviyeleri gibi parametreler hakkında bilgi sahibi olunabilmekte ve sağlık takibi yapılabilmektedir. Akıllı ev sistemleri ise risklerin azaltılması, emniyetli ortam oluşturulması ve gerektiğinde yardımı kolaylaştırması bakımından etkili ve yararlıdır.

Yaşlıların bulunduğu makro ve mikro çevrelerin, yaşam koşullarını kolaylaştırabilecek güvenli çevreler olması önemlidir. Yaşlı dostu şehirler çalışmaları ile mekansal tasarımlar ve ulaşım ağı yaşlının ihtiyacını karşılayabilecek şekilde tasarlanıp yaşlı bireylerin toplumsal yaşama katılımı sağlanmaktadır.

### 1.7. Pandemide Yaşlılık

Koronavirüs pandemisinin ilk zamanlarında yaşlı bireylerin bu yeni virüsten diğer yaş gruplarına göre daha fazla etkilendiği düşünülmekteydi ve bu hastalık yaşlı bireylerde daha mortal seyretmekteydi (49). Zamanla hastalığın seyri değişse de yaşlı bireyler evde en uzun süre izole kalan grup olmuştur ve kalmaya da devam etmektedir. Yaşlı bireyleri fiziksel mesafe sağlayarak hastalıktan korumak istense de sosyal izolasyon süresinin uzaması yaşlılarda yalnızlık, depresyon, bakım ihtiyacının artması, hareketliliğin kısıtlanması, değersizlik hissi gibi sorunlara neden olacağı düşünülmektedir. " COVID-19 Bağlantısallık Paradoksu" olarak tanımlanan bu durum izole kalmaktan kaynaklanan risk / zaman durumuna yeni bir bakış açısı getirmektedir (50). Pandemi devam etmektedir ve tüm Dünya'da görülen vaka sayıları azalıp pandemi durumu ortadan kalksa bile bu hastalık belli bölgelerde endemik kalabilecektir. Mevcut durumun anlaşılması, mesafeye dikkat edilmesi, hijyenin önemi, maske kullanımı yaşlı bireylerde hele ki demans gibi hastalığı olanlarda çok daha zordur. Sosyal izolasyon devam ettiği sürece yaşlı bireyler yakınları tarafından sık sık aranmalı, ihtiyaçları sorgulanmalı, yaşlılara yalnız olmadıkları hissettirilmelidir. Yaşlılara bakım verenlerin pandemi kurallarına özen göstermesine dikkat edilmeli, mümkün olduğunca ev dışı temasları kısıtlanmalıdır. Yaşlılar ev içi mümkün olduğunca aktif olmalı, uygun saatlerde açık alanlara çıkarılmalıdır. Yaşlı bireylerin ötekileştirilmesinin, ayrımcılığa uğramasının, hastalık yükünün nedeni olarak görülmesinin sonuçları virüs etkisinden daha yıkıcı olabilecektir.

## 2. Sonuç

Yaşlılık dönemi hayatta var olmaya devam her canlının bir gün mutlaka karşılaşacağı bir evredir. Her geçen gün dünyadaki yaşlı nüfusu ve yaşlı oranı artmaktadır. Değişen bu demografik yapı yaşlılara yönelik politikaların hazırlanmasını, sağlık sistemlerinin yeni ihtiyaçlara ve hastalıklara göre revizyonunu, kaliteli bir yaşlılık geçirmek için gerekli değişikliklerin yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olduğu sağlık tanımı yaşlılık döneminde de geçerlidir. Kronolojik yaş her birey için eşit ilerlese de yaşlılık algısı bireyler arası değişiklik göstermektedir. Günümüzde sağlıklı yaşlanmanın önündeki en büyük engellerden biri yoksulluktur. Yaşlanmayla birlikte meydana çıkması olağan olan fizyolojik değişikliklere ek olarak aktif iş hayatından uzaklaşılması ile ekonomik küçülme ile bireylerin sosyal yaşamdan izolasyonu yaşam kalitesini belirlemede etkilidir.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte tüm organlarda ve sistemlerde fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliklere bağlı inkontinans, düşmeler, kırılmalık, depresyon, demans, malnutrisyon gibi geriatrik sendromlar sık görülebilmektedir. Yaşlı bireylerde hastalıklar çok farklı semptomlarla ve şikayetlerle seyredir. Bu yüzden tanı koymada güçlük yaşanabilir. Her yaşlı doğduğu ev ortamından yaşlandığı koşullara göre bireysel değerlendirilmeli, ileri yaşlarda hastalıkların seyrinde de farklı semptomlar ve şikayetler gelişebileceği unutulmamalıdır.

Özellikle pandemi sonrası hayatımızın her alanında yer eden teknolojik aletler her yaşta olduğu gibi yaşlı bireylerin de hayatının bir parçası haline gelmiştir. Bu dönemde evden çıkma yasakları, yaşlıların dezavantajlı grupta yer almaları, yaşlı bireyleri kapalı ortamlarda izole kalmaya mecbur bırakmıştır. Bu dönemde dijital okur yazarlığını artırabilen bireyler dijital yeniliklere daha kolay adapte olabilmişlerdir. Teknolojik yeniliklere açık olan bireyler ev ortamında sosyalleşebilmiş, çevrimiçi alışveriş, faturaların çevrimiçi ortamda ödenmesi, akıllı ev sistemleri gibi uygulamalarla kendilerine daha emniyetli bir ortam yaratabilmişlerdir.

Yaşlılık fizyolojik, sosyolojik, psikolojik boyutları olan çok yönlü bir olgudur. Yaşlılığın kabul edilmesi, doyurucu bir yaşlılık dönemi geçirebilmek hayatın nasıl yaşandığına bağlıdır. Bir gün biz de yaşlanacağımızı unutmamalı yaşlılarımıza hak ettikleri değeri göstermeliyiz.

## 3. Alana katkı

Bu çalışmada; yaşlı sayısının küresel olarak her geçen gün arttığı, ortalama beklenen yaşamın uzadığı, buna bağlı ortaya çıkabilecek hastalıkların değişebileceği ve bu sorunlara yönelik yeni politikalar oluşturulması gerektiğine değinilmiştir. Değişen yaşam koşullarına bağlı yaşlı bireylerde ortaya çıkması muhtemel durumlar farkındalık yaratmak açısından önemlidir. Bu çalışma yaşlı sağlığı alanında literatüre katkı sağlayacaktır.

### Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

**Yazarlık Katkısı**

**Fikir/Kavram:** MMK, ENY; **Tasarım:** MMK, ENY; **Denetleme:** MMK, ENY; **Kaynak ve Fon Sağlama:** MMK, ENY; **Malzemeler:** Yok; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** MMK, ENY; **Analiz/Yorum:** MMK, ENY; **Literatür Taraması:** MMK, ENY; **Makale Yazımı:** MMK, ENY; **Eleştirel İnceleme:** MMK, ENY.

**Kaynaklar**

1. Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G, Akbaş E. Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. Geriatrik Bilimler Dergisi / Journal of Geriatric Science. 2019; 2 (2): 58-67.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, World Population Ageing [homepage on the Internet],2019. Available from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, World Population Ageing [homepage on the Internet],2017. Available from [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)
4. Şimşek Keskin H, Yeşil Kuru HK. Toplum yaşlanması. Uçku ŞR, Şimşek Keskin H, editör. Yaşlı Sağlığı ve Sorunları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021.p.1-5.
5. World Health Organization, Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health, sixty-ninth world health assembly [homepage on the Internet]. C2016. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252671>
6. Kwan C, Christine A. Walsh. Old age poverty: A scoping review of the literature. Cogent Soc Sci,2018; 4:1, 1478479, DOI: 10.1080/23311886.2018.1478479.
7. Türkkan A. Yaşlılarda sık görülen sosyal ve ekonomik sorunlar. Uçku ŞR, Şimşek Keskin H, editörler. Yaşlı Sağlığı ve Sorunları. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics; 2021. p.6-9.
8. Messer M. Poor, old and in need of care: A qualitative study about the consequences for home care and participation. Ger Med Sci. 2019 Aug 9;17:Doc08. doi: 10.3205/000274. eCollection 2019. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31523223/>
9. World population ageing. Department of economic and social affairs population division United Nations New York [homepage on the Internet]. c2019. Available from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
10. United Nations Department of Economic and Social Affairs programme on ageing the focal point on ageing in the United Nations system [homepage on the Internet]. Available from <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/PovertyIssuePaperAgeing.pdf>
11. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Agis D. Tsouros. Health Literacy; The Solid Facts. WHO Regional Office for Europe [homepage on the Internet]. c2013. Available from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Durusu YH, Demiray-Ready N, Çakır B, Akalın H. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. 1. Baskı. Sağlık-Sen Yayınları: Ankara;2014.
13. Baran Aksakal FN. Sağlık okuryazarlığı halk sağlığının temeli. Özkan S, editör. Sağlık Okuryazarlığı. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics; 2019. p.1-5.
14. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older Adults: A Systematic Review. Gerontol Geriatr Med.,2016: Volume 2: 1–13.
15. World Health Organization. Global health and aging: preface [homepage on the Internet]. c2015. Available from [https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
16. Şahin S, Cankurtaran M. Geriatrik sendromlar. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine. c2010. 49(3) Ek / Supplement: 31-37.
17. World Health Organization. Falls [homepage on the Internet],2021. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
18. Kibar E, Aslan D, Karakoç Y, Kutsa YG. Ankara'da bir kurumda yaşayan yaşlılar arasında düşme sıklığı, risk faktörleri ve korunmaya ilişkin yaklaşımlar. TAF Prev Med Bull. 2015;14(1):23-32.
19. World Health Organization. Global Report on Falls Prevention in Older Age [homepage on the Internet]. c2007. Available from [https://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)
20. Balcı E. Yaşlılıkta kazalar ve önlenmesi. Uçku ŞR, Şimşek Keskin H, editörler. Yaşlı Sağlığı ve Sorunları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.2021; p.35-40.
21. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-57.
22. Abreu W, Abreu M. Frailty in the Elderly [Internet]. c2020. 146 p. Available from <https://www.intechopen.com/chapters/71934>
23. Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: An overview. Clin Interv Aging. 2014;9:433-41.
24. Cin P, Büyüksulu N. Yaşlılarda kırılabilirlik sendromu ve omega-3 çoklu doymamış yağ asitleri. Ankara Med J. 2020;(4): 1099-1111.
25. Çifçili SS. Kırılabilir yaşlı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2012;3(6):16-20.
26. Düzgün G, Üstündağ S, Karadakovan A. Assessment of frailty in the elderly. Florence Nightingale J Nurs. 2021; 29(1), 2-8.
27. Alkan ŞB, Rakicioğlu N. Kırılabilir yaşlılarda beslenme. SDÜ sağlık bilimleri dergisi. 2019; 10(2).
28. Delibaş K. Psikolojik bir olgu olarak yaş, yaşlanma ve yaşlılık, Yaşlı sağlığına çok yönlü yaklaşım. Dışışigil G., editör. Gazi Kitabevi, 2020.381 p.
29. Eyüboğlu C, Şişli Z, Kartal M. Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. Jour Turk Fam Phy. 2012;3(1):18-22.
30. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.2009;4(11):131-144.
31. Eker E, Noyan A. Yaşlıda depresyon ve tedavisi. Klinik Psikiyatri. 2004; Ek 2:75-83.
32. Erden Akı Ö, Özer Ş. Türkiye'de yaşlıların ruhsal durumu: depresyon ve demans yaşlıların kaderi mi, yoksa önlenilebilir bir durum mu? Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Açıklaması [homepage on the Internet]. Available from <https://psikiyatri.org.tr/basin/268/turkiye-de-yasli-larin-ruhsal-durumu-depresyon-ve-demans-yasli-larin-kaderi-mi-y> (erişim tarihi 14.05.2021).
33. Hanağası AH. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Klinik Gelişim. Available from [http://www.klinikgelisim.org.tr/kg\\_10\\_1/7.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/7.pdf)
34. Özge A. Demans tanısını erkenden koymak mümkün mü? Terminolojide ve tanıda ne değişti? Sağlık kurulunda demans. 2019;p:17-27. <https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/DEMANS%20BASKI%20.pdf>
35. Marshall GA, Zoller AS, Kelly KE, Amariglio RE, Locascio JJ, Johnson KA et al. Everyday cognition scale items that best discriminate between and predict progression from clinically normal to mild cognitive impairment. Curr Alzheimer Res. 2014;11:853-861.
36. Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. Okmeydanı Tıp Dergisi.2013; 29(Ek sayı 2):70-74.
37. Güner P, Geenen O. Atlanması kolay bir bozukluk: deliryum, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;11 (1).

**38.** Turhan S, Çan G. Türkiye'de kalp damar hastalıkları: Halk sağlığı bakış açısı. Saka G, editör. Halk Sağlığı Bakışıyla Türkiye'de Kronik Hastalıklar. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2020; p:7-14.

**39.** T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) Ankara. c2015. Available from <https://tkd.org.tr/TKDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>

**40.** Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018 [homepage on the Internet]. c2019. Available from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626#:~:text=%C3%96l%C3%BCm%20vakalar%C4%B1n%C4%B1n%20%38%2C4',ile%20solunum%20sistemi%20hastal%C4%B1klar%C4%B1%20izledi.&text=%C4%B0skemik%20kalp%20hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1ndan%20sonra%20%20s%C4%B1ras%C4%B1yla,%20ile%20hipertansif%20hastal%C4%B1klar%20g%C3%B6r%C3%BCld%C3%BC>

**41.** Bitton A, Gaziano T. The Framingham heart study's impact on global risk assessment. Prog Cardiovasc Dis. 2010;53(1):68-78.

**42.** Oğuzöncül AF, Kurt O. Halk sağlığı bakışıyla Türkiye'de kas iskelet hastalıkları. Saka G, editör. Halk sağlığı bakışıyla Türkiye'de kronik hastalıklar. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2020. p:52-4.

**43.** Şahin N. Musculoskeletal disorders in falls. Konuşma Özeti/ Oral Abstract Presentation Aegean J Med Sci. 2018; 4:153-5.

**44.** T.C. Sağlık Bakanlığı/ Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kas Ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı (2015-2020) Ankara [Internet]. c2015. Available from <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/546>

**45.** Tekedere H, Arpacı F. Orta yaş ve yaşlı bireylerin internet ve sosyal medyaya yönelik görüşleri. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. Ağustos 2016; 20 (2), 377 – 392. <https://dergipark.org.tr/pub/tsadergisi/issue/24724/261474>

**46.** Özkan Y, Purutçuoğlu E. Yaşlılıkta teknolojik yeniliklerin kabulünü etkileyen sosyalizasyon süreci. Aile ve Toplum. 2010; 6(23).

**47.** Haris N, Majid RA, Abdullah N, Osman R. The role of social media in supporting elderly quality daily life, 2014. 295 p. 3rd international conference on user science and engineering (i-user). Available from <https://www.semanticscholar.org/paper/The-role-of-social-media-in-supporting-elderly-life-Haris-Majid/83c30501e8e2b6e362405487cdf82818ed89fbf7>

**48.** TÜSEB. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar Ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. 2021; p:447-84.

**49.** Yasin Y. Kırılgan gruplar ve covid-19; yaşlılar. Türk Tabipleri Birliği, Covid-19 pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu [homepage on the Internet]. c2020. Available from [https://www.ttb.org.tr/yayin\\_goster.php?Guid=42ee49a2-fb2d-11ea-abf2-539a0e741e38](https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=42ee49a2-fb2d-11ea-abf2-539a0e741e38)

**50.** Smith ML, Steinman LE, Casey EA. Combatting social isolation among older adults in a time of physical distancing: the covid-19 social connectivity paradox. c2020. Front. Public Health. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32850605/>