

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**BİR BAKIM MERKEZİNDE KALAN YAŞLILARIN  
BAKIM GEREKSİNİMLERİ,  
HEMŞİRELİK UYGULAMALARI VE SONUÇLARI:  
OMAHA SİSTEMİNE DAYALI BİR ÇALIŞMA**

**SEDA DİLLİ**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. NURSEN NAHCIVAN**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

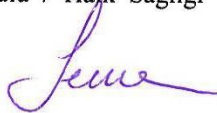

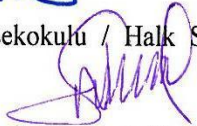
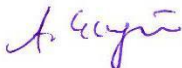
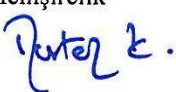
**İSTANBUL-2011**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Seda Dilli tarafından hazırlanan Bir Bakım Merkezinde Kalan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Sonuçları: Omaha Sistemine Dayalı Bir Çalışma başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

24 / 02 / 2011

### Tez Sınav Jürisi

- | <u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>   | <u>İmzası</u>   |
|---|---|
| 1.Prof.Dr.Semra Erdoğan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi                      |  |
| 2.Prof.Dr.Nursen Nahcivan ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi       |   |
| 3.Doç.Dr.M.Nihal Esin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi                        |  |
| 4.Yard.Doç.Dr.Ayşe Ergün Marmara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5.Yard.Doç.Dr.Nurten Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi                         |  |

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla 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.

Seda DİLLİ

## İTHAF

Destegini ve sevgisini her zaman hissettiğim canım **Annem** ve **Babama** ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteği ve değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışmanım Sayın **Prof. Dr. Nursen Nahcivan'a**, her zaman değerli bilgilerini benimle paylaşan, çalışmam sırasında ilgisi desteğiyle bana hep heyecan veren Sayın Prof. **Dr. Semra Erdoğan'a**, desteklerinden dolayı tüm **Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim görevlilerine**,

Her konuda desteğini hissettiğim, hep yanımda olan sevgili arkadaşım **Feyza Çetinkaya Kutun'a**, manevi desteklerini benden esirgemeyen sevgili arkadaşlarım **Özge Kapucu** ve **Özgül Güneş'e**,

Sevgileriyle bana ışık tutan, sabırla bana destek olan canım **Annem** ve **Babama**,

**En İçten Saygı ve Sevgilerimle Teşekkürlerimi Sunarım.**

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİ
ÖZET .....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. YAŞLILIK VE EPİDEMİYOLOJİSİ .....	4
2.2. YAŞLILIK DÖNEMİNİN ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK SORUNLARI .....	5
2.2.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri ve Sorunları.....	7
2.2.2. Yaşlılık Döneminin Psikososyal Özellikleri ve Sorunları .....	9
2.3. TÜRKİYE’DE YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE SORUNLARI .....	11
2.4. YAŞLI BAKIMI VE TİPLERİ .....	13
2.4.1. Uzun Dönem Bakım ve Bakımevi .....	14
2.5. GERONTOLOJİ HEMŞİRELİĞİ VE OMAHA SİSTEMİ.....	16
2.5.1. Omaha Sistemi .....	17
2.5.2. Omaha Sınıflandırma Sisteminin Elektronik Ortamda Kullanımı .....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi .....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Örnekleme .....	22
3.3. Veri Toplama Araçları .....	23
3.3.1. Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi (OHEBİS) .....	23
3.3.1.1. Birey Bilgi Kartı.....	24
3.3.1.2. Problem Alanları .....	25
3.3.1.3. Problem Sınıflama Listesi (PSL) .....	26

3.3.1.4. Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ).....	27
3.3.1.5. Hemşirelik Girişimleri .....	28
3.4. Verilerin Toplanması .....	30
3.5. Etik Konular.....	30
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR .....	33
4.2. YAŞLILARDAKİ SAĞLIK PROBLEMLERİ/HEMŞİRELİK TANILARI .....	34
4.3. HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ .....	39
4.4. BAKIM SONUÇLARINA YÖNELİK BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA .....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR .....	59
8. EKLER.....	67
ÖZGEÇMİŞ .....	82

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Problem Değerlendirme Ölçeği .....	20
Tablo 4.1 : Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri .....	33
Tablo 4.2: Yaşlı Bireylerin Tıbbi Tanıları (n:32) .....	34
Tablo 4.3 : Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler .....	35
Tablo 4.4 : Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Seçilen Belirti-Bulgular .....	36
Tablo 4.5 : Fizyolojik Alan Problemlerine Yönelik Tanılanan Belirti-Bulgular.....	37
Tablo 4.6 : Sağlık Davranışları Alanına Yönelik Seçilen Belirti-Bulgular .....	38
Tablo 4.7 : Problem Alanlarına Göre Hemşirelik Girişim Kategorileri .....	39
Tablo 4.8: Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler	40
Tablo 4.9: “Sınır-Kas-İskelet Fonksiyonu” Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	41
Tablo 4.10: “Deri Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler.....	41
Tablo 4.11: “Solunum Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	42
Tablo 4.12: “Sindirim-Hidrasyon Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	42
Tablo 4.13: “Dolaşım Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	43
Tablo 4.14: “Bağırsak bakımına” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	43
Tablo 4.15: “Ağrı Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	44
Tablo 4.16: “Üriner Fonksiyon” Problemine Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	44
Tablo 4.17: “Konuşma ve Dil Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler.	45
Tablo 4.18: Bilinç Problemine Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler.....	45
Tablo 4.19: “Bulaşıcı / Enfeksiyon Durumu Problemine” Yönelik girişim Kategorileri ve Hedefler.....	45
Tablo 4.20: “İşitme Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve hedefler.....	46
Tablo 4.21: “Algılama Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	46
Tablo 4.22: Sağlık Davranışları Alanında Tanımlanan Problemlere Yönelik Hemşirelik Girişimleri ve Hedefler .....	47
Tablo 4.23: Hemşirelik Girişim Kategorilerine Yönelik En fazla Seçilen Hedefler .....	48
Tablo 4.24: Bilgi Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri.....	49
Tablo 4.25: Davranış Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri .....	49



Tablo 4.26: Durumu Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri .....	50
Tablo 4.27: Problemlere Yönelik İLK ve SON Hemşirelik Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması.....	51

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Omaha Sistemi.....	19
Şekil 2: Birey Bilgi Kartı Ekranı .....	24
Şekil 3: Problem Alanları Ekranı.....	25
Şekil 4: Problem Sınıflama Listesi Ekranı.....	26
Şekil 5: Hemşirelik Bakım Planı Ekranı.....	27
Şekil 6: Hemşirelik Değerlendirmeleri Ekranı .....	28
Şekil 7: Hedefler Listesi Ekranı.....	30
Şekil 8: Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler.....	34
Şekil 9: Problem Alanlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri.....	39
Şekil 10: Tüm Problemlere Yönelik Girişim Kategorilerinin Dağılımı.....	47
Şekil 11: Tüm Problemlere Yönelik Hemşirelik Değerlendirmeleri.....	50

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
WHO: World Health Organization  
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması  
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu  
CDC: Centers For Disease Control and Prevention  
SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu  
CNA: Canadian Nurses Association  
UN: United Nations  
OHEBİS: Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi  
PSL: Problem Sınıflama Listesi  
PDÖ: Problem Değerlendirme Ölçeği  
SV: Sürveyans  
ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık  
Tİ: Tedavi ve İşlem  
VY: Vaka Yönetimi

## ÖZET

Dilli, S. (2011). Bir Bakım Merkezinde Kalan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Sonuçları : Omaha Sistemine Dayalı Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, bakımevindeki yaşlıların bakım gereksinimleri, hemşirelik uygulamaları ve bakım sonuçlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı. Araştırmanın örneklemini Şubat-Ağustos 2010 tarihleri arasında bir yaşlı bakım merkezinde kalan 60 yaş üstü 32 yaşlı birey oluşturdu. Veriler Omaha hemşirelik sistemine dayalı olarak geliştirilen 'Kayıt formu' ile toplandı ve Omaha hemşirelik bilgi sistemi (OHEBİS) kullanılarak değerlendirildi.

Bakımevindeki yaşlıların % 62,5' u kadın, % 37,5' u erkekti. Tıbbi tanıları en fazla kas ve iskelet sistemiyle ilgili kırıklar ve protezler, serebrovasküler hastalıklar ve sinir sisteminin dejeneratif hastalıklarıydı. Yaşlı hastalarda tanılanan bakım problemleri en fazla oranda sırasıyla fizyolojik (% 73,5), sağlık davranışları (% 21,6), ve psikososyal alana (% 4,9) aitti. Bakımevinde belirlenen ilk beş bakım problemi; sinir-kas-iskelet fonksiyonu, kişisel bakım, deri, solunum, sindirim-hidrasyon problemleriydi. Bakım gereksinimlerine yönelik hemşirelik girişimlerinde çoğunlukla sürveyans ve vaka yönetimi kategorilerinin kullanıldığı ve bunları tedavi ve işlem; eğitim, rehberlik ve danışmanlık kategorilerinin izlediği bulundu. Bakım sonuçları, her probleme yönelik ilk ve son puan ortalamaları t-testi ve wilcoxon işaret testi ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Problem değerlendirme ölçeğine göre değerlendirilen 7 problemde sadece durum düzeyinde anlamlı gelişme olduğu bulundu. Anlamlılık gösteren problemler; ağrı, deri, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu ve kişisel bakımdı.

Sonuç olarak, çoğunlukla hemşirelerin hizmet sunduğu ve bakım aktivitelerinin yoğun olduğu yaşlı bakımevinde, bakım sorunları ve gereksinimlerinin belirlenmesi, sürekliliğinin sağlanması ve bakım sonuçlarının ortaya konmasında Omaha hemşirelik sınıflama sistemi kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Omaha sistem, Hemşirelik, Yaşlı, Bakımevi

## ABSTRACT

Dilli, S. (2011). The Health Care Needs, Nursing Implementations and Outcomes of Elderlies Staying In a Nursing Home: Omaha System Based Study. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health Nursing, Master Thesis. Istanbul.

This study was designed as a descriptive type to determine the care needs, nursing interventions and care outcomes of the elderly staying in a nursing home. The sample of the study consisted of 32 elderly over the age 60 and staying in a nursing home in time interval February-August 2010. The data were gathered through a registration form was based on Omaha system and analyzed by using Omaha Nursing Information System.

The 62,5 % of elderlies were women; 37,5 % of them were men. The medical diagnoses of elderlies were mostly muscle and bone diseases related to fractures and prosthesis, cerebrovascular diseases and degenerative diseases related to nervous system. Care problems diagnosed for the elderly patients were mostly by order of physiological (73,5 %), health behaviors (21,6 %) and psychosocial domain (4,9 %). The first five care problems determined in a nursing home were nervous-muscle-bone function, personel care, skin, respiration and digestion-hydration. Most fruequently nursing intervention categories used for the care needs were found surveillance and case management; followed by treatments and procedures and teaching, guidance and counselling.. Care outcomes were assessed through first and last score averages for each problem compared with t-test and wilcoxon sign test. Meaningful improvements were found only status level in 7 problems assessed by problem assessment scale. Problems that had meaningful improvements were pain, skin, nervous-muscle-bone function, circulation, digestion-hydration, bowel function, personel care.

In conclusion, Omaha nursing classification system can be used for determining care problems and needs, continium of care and display the care outcomes in the elderly nursing homes where mostly nurses service and care activities is intense.

Key Words: Omaha System, Nursing, Elderly, Nursing Home.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşlılık dönemi, 60 yaş ve üstü bireyleri kapsamaktadır. DSÖ' nün verilerine göre hemen her ülkede yaşam süresinin uzadığı ve doğum oranlarının düştüğü görülmekte bunun sonucunda 60 yaş ve üstü grup diğer yaş gruplarına göre daha hızlı artmaktadır. Dünyada 2000-2050 yılları arasında 60 yaş ve üstü nüfusun 600 milyondan 2 milyara çıkararak üç katına ulaşacağı; bu artışın daha çok gelişmekte olan ülkelerde olacağı ve 2050 yılına gelindiğinde 1.7 milyar kadar olacağı belirtilmektedir (WHO 2006). Ülkemizde ise Türkiye nüfus ve sağlık araştırmasına göre 65 yaş ve üstü nüfus % 6.9 oranındadır (TNSA 2003) Türkiye İstatistik Kurumu' nun (TÜİK) yaptığı projeksiyonlara göre 2025 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üstü grubun % 9 oranına ulaşacağı ileri sürülmektedir (TÜİK 2008).

Nüfusun giderek arttığı ülkemizde, bu yaş grubuna yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumu oldukça önem kazanmaktadır (Tekin 2010). Bu hizmetler; sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, rehabilitasyon, akut/kronik bakım ve palyatif bakımı kapsamaktadır (Erdil 2010). Yaşlılık döneminde sağlık düzeyinin bozulması, kronik hastalıklar ve buna bağlı fonksiyonel yetinin azalması başkasına bağımlılığı ve uzun süreli bakım hizmetlerine gereksinimi arttırmaktadır (Akın ve ark. 2001; Tekin 2010). Günümüz koşullarında uzun süreli bakım gereksinimi olan yaşlıların evde ya da kurumda bakımlarının sağlanması mümkündür. Kurum bakımının sağlandığı yerlerden birisi de üç ya da daha fazla yataklı bakım ünitesinden oluşan rutin olarak hemşirelik hizmeti sunan bakım merkezleridir (Akın ve ark. 2001). Kuzey Amerika Hastalık Kontrol Merkezi'nin (CDC) ulusal bakımevleri araştırmasına göre 16.100 bakımevinde 1.5 milyon yaşlı bulunmaktadır (CDC 2009). Türkiye' de Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde 89 huzurevinde 8678 ve özel huzurevi hizmeti veren 158 kuruluşta 8723 yaşlı kapasitesi vardır (SHÇEK 2010).

Bakımevlerinde yaşayan bireylerin ya da hastaların daha fazla oranda üst düzey bağımlı oldukları ve bağımlılık düzeyi artan yaşlılarda çok çeşitli sağlık sorunları görülmektedir (Garces ve ark. 2004).

CDC' nin ulusal bakımevleri araştırmasında; bakımevlerinde kalan yaşlıların sağlık sorunları en fazla, kalp ve damar hastalıkları (%23.7) ve mental bozukluklardır (16.4) (CDC 2009). Ülkemizde ise yaşlı nüfusta başta kalp ve damar hastalıkları olmak üzere, kanser ve serebrovasküler hastalıklar sık görülen sağlık sorunlarıdır (Akdemir ve Özdemir 2006).

Hemşirelik bir bakım disiplini ve yaşlıların bakımında önemli bir sağlık ekibi üyesidir (Akın ve ark. 2001). Yaşlı hastanın tüm bakımı ve tedavi sürecinde hemşirelik planları ve değerlendirmeleri çok değerli verilerdir (Lifrieri ve LaMonica 2003). Yaşlılarda bakımın sürekli ve etkin bir şekilde sürdürülmesi, hasta gereksinimlerinin iyi tanılanıp sistemli bir şekilde ele alınmasını gerektirir. Sağlık sorunlarıyla ilgili verilerin sistematik biçimde toplanması, analizi ve ortak bir dil oluşumunda iletişimi sağlamak hemşirelik sınıflandırma sistemlerinin kullanılmasıyla mümkündür (CNA 2003).

Hemşirelik sınıflandırma sistemlerinden biri olan Omaha sistemi, problem çözme ve hemşirelik süreci yaklaşımlarına dayalı olup bireye odaklı temel bilgileri bir araya getirir ve inceler (Erdoğan ve Esin 2006; Erdoğan ve ark. 2005). Bu sistem bireyin sağlık gereksinimlerini gruplandırarak buna göre bakım vermeyi ve probleme odaklanmayı kolaylaştırır. Problemin çözüm sürecinde bireyin durumunu aynı dil ile değerlendiren problem değerlendirme ölçeği bireyin sağlık izleminin sürekli olmasını sağlar (Erdoğan ve ark. 2005).

Ülkemizde yaşlıların bakım gereksinimlerini inceleyen ve problemlerin çözümünde sistematik yaklaşım getiren çalışmalar yeterli değildir. Yaşlılarda bakımın sürekli ve etkin bir şekilde sürdürülmesi için hemşirelik süreci yaklaşımı doğrultusunda hasta gereksinimlerinin sistemli bir şekilde tanılanması, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gereklidir. Aynı zamanda ülkemizde bakımevlerinde kalan yaşlıların bakım gereksinimlerine ve çözümlerine ilişkin sağlık profesyonellerinin tecrübeleri sınırlı düzeydedir. Bu araştırmanın amacı, bakım merkezinde kalan bir grup yaşlının bakım gereksinimleri, hemşirelik uygulamaları ve bakım sonuçlarını Omaha sınıflama sistemini kullanarak belirlemektir. Bu yolla, yaşlılarda görülen problemlerin sıklığı ve çeşitleri, bakımevinde sunulan hemşirelik girişimlerinin sıklığı ve çeşitleri, uygulanan girişimlerin bakımın sonuçlarına etkilerini yaşlıların problemlerine özgü bilgi, davranış ve durum düzeyinde değerlendirmek mümkün olacaktır.



Çalışma bulgularının, bakım merkezinde kalan yaşlılara sunulan bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlıların bakım kalitesinin artırılması ve bu hastalara hizmet sunmada önemli bir role sahip olan hemşirelerin uygulamalarına yol göstermesi hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. YAŞLILIK VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Yaşlılık, insanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, ölümden önce yaşanan ve kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yönden bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği bir dönem olup genellikle kronolojik bir kavram olarak kullanılır (Miller 1999). Yaşlılık dönemi olarak ele alınan dönem, sağlık açısından bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma yaşamı açısından çalışma performansının ve verimliliğin azaldığı, emekli olunan dönem, kronolojik olarak bakıldığında ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu olarak ele alınmaktadır (Bilir ve Subaşı 2006). Çoğunlukla gelişmiş olan ülkelerde 65 yaş ve üstü nüfus yaşlı olarak kabul edilse de her ülke için bu yaş sınırı geçerli olmayabilir. DSÖ'nün resmi web sitesindeki bilgiler, yaşlılık döneminin başlangıcının 60 yaş ve üstü olduğu belirtmektedir (WHO 2001). 65 yaş ve üzeri dönem de kendi içinde farklılıklar bulunması sebebiyle, yaş dönemleri; 65-74 yaş (genç yaşlı), 75-84 yaş (yaşlı) ve 85 yaş ve üzeri dönem (ileri yaşlı) olarak ayrılmaktadır (Bilir ve Subaşı 2006).

Bireylerin yaşını kronolojik olarak sınıflandırmak ya da tanımlamaktan daha çok yaşının fizyolojik ve psikolojik sağlık, sosyoekonomik faktörler ve fonksiyonel yeterlilik göstergeleri açısından tanımlamak daha önemlidir, çünkü hemşireler için bireyin potansiyel ya da aktüel problemlerini tanımlarken ve bakım verirken; fonksiyonel yaş, bireyin kronolojik yaşının kaç olduğundan daha önemlidir (Miller 1999).

Dünya Sağlık Örgütüne göre hemen her ülkede yaşam süresinin uzaması ve doğum oranlarının düşmesi sonucunda 60 yaş ve üstü grup diğer yaş gruplarına göre daha hızlı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün 1998 yılında yapmış olduğu projeksiyonlarda; gelişmekte olan ülkelerin, nüfusunun daha hızlı yaşlanacağı, ekonomik zorluklardan, sosyal hizmet yapılandırması yetersizliğinden ve aile tarafından sağlanan geleneksel bakım anlayışının düşüş göstermesinden dolayı daha ciddi bir zorlukla yüzleşmek zorunda kalacağı belirtilmektedir (WHO 1998). Bu projeksiyonlar, dünyada 2000-2050 yılları arasında 60 yaş ve üstü nüfusun 600 milyondan 2 milyara çıkarak üç katına ulaşacağını, bu artışın daha çok gelişmekte olan

ülkelerde olacağına işaret etmektedir. 60 yaş ve üstü grubun içinde en hızlı büyüyen, bağımlılık düzeyi yüksek olan 80 yaş ve üstü gruptur. Bu yaş grubu her yıl % 4 oranında artmaktadır. Bugün her 7 yaşlıdan biri 80 yaş ve üzerindedir ve 2050 yılına gelindiğinde her 5 yaşlıdan birinin 80 yaş ve üstü olması beklenmektedir (UN 2009). Tüm dünyada 60 yaş ve üstü nüfusun artmasıyla tüm bakım alanlarında hemşirelik uygulamaları da bu demografik değişimden etkilenmiştir (Westley ve Fletcher 2004).

Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre nüfusun % 6.9'u 65 yaş üzerindedir (TNSA 2003). Halen Türkiye' de 4 milyon kadar yaşlı insan yaşamaktadır. Bu sayının 2020-2025 yıllarında 8 milyon ve 2050 yılına gelindiğinde 12 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan projeksiyonlara göre, yaşlı nüfusun gelecek yıllarda daha da hızlı bir şekilde artması beklenmektedir. TÜİK'in projeksiyonlarına göre hem sayı hem de oran olarak artacak olan yaşlı nüfus 2025'de toplam nüfusun yüzde 9'unu oluşturacak ve böylelikle her 11 kişiden biri 65 yaşının üzerinde olacaktır (TÜİK 2008). Türkiye, 65 yaş ve üzeri nüfus dağılımının toplam nüfus içindeki dağılımı göz önüne alındığında erişkin bir toplum olarak değerlendirilir fakat eğilimler Türkiye'nin kısa bir sürede yaşlı toplum kategorisine gireceğini göstermektedir (Akgün ve Ark. 2004).

## **2.2. YAŞLILIK DÖNEMİNİN ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK SORUNLARI**

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Genel anlamda yaşlılık; sağlığın, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, rol ve statünün, bağımsızlığın, eş ve yakın ilişkilerin, sosyal yaşantının azalması ve kaybı gibi bu döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (Konak ve Çiğdem 2005). Sağlık bakım gereksiniminin yoğun olduğu yaşlılık dönemini tanımak, sık karşılaşılan sorunları incelemek ve çözüm üretmek bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri için gerekli ve yeni bir ilgi alanıdır (Dişçigil 2009). Hemşirelerin, artan yaşlı nüfusuna özgü bilgi, sağlık sorunları ve bakım gereksinimlerini bilmeleri gerekmektedir (Maurer ve Smith 2009).

Yaşla birlikte artan kronik hastalık prevalansı ve yetersizlikler, yaşlıların sağlık bakım gereksinimlerinin sayısını da arttırmaktadır.

Kronik hastalıkların neden olduğu yetersizlikler; fonksiyonel bozukluk, fizyolojik ve anatomik fonksiyonlarda yetersizlik ve kayıplar, buna bağlı yaşam aktivitelerini gerçekleştirilmede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (Konak ve Çiğdem 2005). Yine yaşlılarda ölüm sebeplerinin de en fazla kronik hastalıklar nedeniyle olduğu ortaya konmuştur (Ulusal Hastalık Yükü Araştırması 2004). Dünyada 60 yaş ve üstü yaşlarda kronik hastalıklar sebebiyle ölüm nedenleri; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonları, akciğer kanseri, diyabetes mellitus, hipertansiyona bağlı kalp hastalıkları, mide kanseri, tüberküloz ve kolon ve rektum kanserleridir (WHO 2003). Ülkemizde fonksiyonel bağımlılık ve işlev kaybına yol açtıkları için yaşlılık döneminde sakatlığa bağlı yaşam yıllarından kayba neden olan ilk 10 hastalık arasında ise iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabetes mellitus, alzheimer ve diğer demanslar, osteoartrit ilk sıralarda yer almaktadır (Dişçigil 2009; Ulusal hastalık yükü araştırması 2004). Ülkemizde yapılan yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli çalışma raporu verilerine göre ise, en sık karşılaşılan hastalıklar olarak hipertansiyon, osteoartrit, kalp yetmezliği ve diyabetes mellitus saptanmıştır (Arslan ve Gökçe Kutsal 1999).

Yaşlı bireylerde sık görülen sağlık sorunları başka bir sınıflama ile ifade ve İngilizce baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın yedi I' sı olarak adlandırılmaktadır (Gökçe Kutsal, 2007). Bunlar;

1. Bilişsel yetersizlik (Intellectual failure)
2. Hareketsizlik (Immobility)
3. Dengesizlik (Instability)
4. İnkontinans (Incontinence)
5. Uykusuzluk (Insomnia)
6. İyatrojenik problemler (Iatrojenik problems)
7. Ailelerin katılımı (Involvement of families)

Yaşlılık dönemi özellikleri ve sorunlarını üç başlıkta altında incelemek mümkündür. Bu başlıklar; yaşlılığın fiziksel, psikososyal ve toplumsal özellikleri ve sorunlarıdır.

### 2.2.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri ve Sorunları

Yaşın ilerlemesiyle hücrelerde meydana gelen değişiklikler bedendeki tüm sistemleri etkilediği gibi fonksiyonel, bilişsel ve psikososyal değişikliklere yol açar (Erdil 2010). Bireyde biyolojik, fizyolojik ve ruhsal gerilemeler görülür. Buna bağlı olarak fiziksel ve ruhsal işlevlerde belirgin yetersizlikler ortaya çıkmakta ve günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta ve giderek engellenmektedir (Büyükcoşkun 1998). Bireyde meydana gelen bu değişiklikleri etkileyen faktörler bireysel ya da çevresel olabilir. Yaşlanmayla birlikte görülen değişikliklerin çoğu bireysel faktörlere bağlıdır ve genellikle önlenemez. Çevresel faktörler çoğunlukla; sigara içme, egzersiz yapamama, güneş ışınlarına maruz kalma gibi bireyin yaşam tarzına ilişkindir. Yaşlanmaya bağlı değişikliklerin en önemli üç sonucu arasında; (1) kompensasyon rezervinin azalması ya da kaybolması, (2) bedenin harap olan dokuları onarmadaki etkinliğinin giderek azalması ve (3) bağışıklık yanıtının azalması gelmektedir (Erdil 2010).

Yaşlanmanın ilk göstergeleri; deri, saç ve tırnaklarda oluşan değişikliklerdir. Hemen hemen tüm duyu sistemlerinde yaşla birlikte azalma görülür. Görme, işitme, dokunma, basınç, ağrı, ısı, titreşim gibi duylarda meydana gelen değişikliklerde bireyin korunması ve günlük işlevlerini en üst düzeyde sürdürebilmesi için duruma uygun bakım planlamaları yapılması çok önemlidir (Karadakovan 2010). Yaşlanmanın en belirgin olarak hissedildiği organ gözdür ve gözle ilgili glokom, retinopati, maküler dejenerasyon ve katarakt gelişiminde artış olur (Nalbant 2007). Duyma kalitesi de yaşla birlikte azalır ve yaşlılıkta işitme kaybı için 'presbiakuzi' terimi kullanılır. Bu terim işitme sisteminde yaşam boyu meydana gelen hasarların tümünü kapsar (Ağbaht ve Cankurtaran 2006). Her iki duyu kaybı ya da azalmasında, bireyi kaza ve yaralanmalardan koruyucu önlemler alınmalıdır. Yaşlı bireyde tat duyusunda azalma; dildeki tat alma tomurcuklarının sayısının azalmasıyla olur ve dişlerde de kayıpların meydana gelmesiyle de yaşlılarda beslenme sorunları ve iştahsızlık ortaya çıkar. Tat ve koku alma duyusunun azalması ile tuz ve şeker tüketim eğilimi artar ve hipertansiyon ve diyabeti olan yaşlı bireylerde sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştıracağı için gerekli önlemler alınmalıdır. (Nalbant 2007; Karadakovan 2010). Dokunma, ağrı, basınç, ısı duyusunda azalma; yanık, travma, yaralanma ve yatağa bağımlı bireylerde basınç yaralarının oluşmasında artışa neden olmaktadır.

Yaşın artmasıyla birlikte kemik yoğunluğu ve kas kitlesinde azalma hızlanır. Kemik yoğunluğunun azalmasıyla kemikler daha zayıf ve kırılabilir olur, kas kitlesi lif sayılarının azalmasıyla fiziksel aktiviteler etkilenir. Fiziksel aktivitenin azalması özellikle hastalık sırasında bu kas kitlesinin daha da azalmasına yol açar. Fonksiyon yetisi etkilenen yaşlının yaşam kalitesini düşürebilmektedir ( Erdil 2010; Nalbant 2007; Çakar ve Cankurtaran 2006).

Yaşlanmayla birlikte beyindeki hücre sayısı giderek azalmaya başlar. Kelime hazinesi, kısa süreli hafıza, yeni bilgiler öğrenmek, kelimeleri hatırlamak gibi bazı mental fonksiyonlar da geriler. Sinir ileti hızı yavaşladıkça duyu kayıpları, darbelere karşı cevapta azalma meydana gelir. Dolayısıyla yaşlı bireyler darbelere karşı daha hassas ve kırılındırlar ( Nalbant 2007; Şahin 2006).

Kardiyovasküler hastalıklar, yaşlıda mortalite ve morbiditeyi en çok etkileyen hastalıklardandır. Kalp ile ilgili meydana gelen başlıca değişiklikler; miyokardın ve kan damarlarının sertleşmesi, kalp hızının otonomik kontrolünün bozulmasıdır. Yaşlıda kalbin ve damar duvarlarının sertleşmesi, kalbin daha yavaş dolmasını ve bu durum sırasıyla kalp yükünün artmasına, sol ventrikül geometrisini, istirahat halindeki sol ventrikül foksionlarını da etkiler. Bu değişimler, egzersiz sırasında yaşlının toleransını ve kan basınç düzeylerini etkiler (Erdil 2010; Yavuz ve Nazlı 2006).

Solunum sisteminde meydana gelen değişiklikler; akciğer elastikiyetinde azalmaya, göğüs duvarı sertliği artarken solunum kaslarının gücü azalır. Bu değişiklikler, vital kapasitede, difuzyon kapasitesinde, gaz değişiminde, ventilasyonda ve respiratuar duyarlılıkta progresif azalmalara neden olur. Solunum kaslarının zayıflaması ve absorpsiyon kapasitesi de azalarak kana daha az oksijen geçer ve aşırı egzersizlerde nefes almakta zorlanırlar (Nalbant 2007).

Sindirim sistemi yaşlanma nedeniyle oluşan değişikliklerden etkilenirken bu değişikliklerin hiçbiri sindirim fonksiyonlarını etkilemez. Özofagus kasları daha az kasılır, mide daha yavaş boşalır ve daha az yiyecek tutabilir çünkü mide elastikiyeti azalmıştır. Kalın barsakların da hareketleri yavaşlamıştır ve bunu yaşlılar kabızlık olarak hissedebilirler. Karaciğer enzimleri de hücre miktarındaki azalmayla birlikte azalır ve bazı ilaçların emilimi bozulur, dolayısıyla özellikle bazı ilaçlar daha uzun süre etkili olabilir (Nalbant 2007).

Böbreklerde nefron kayıpları, böbrek kitlesinin azalması, idrarı konsantre etme yetisindeki kayıp, beden sıvılarının düzenlenmesinde ve sıvı dengesini sürdürme yetisinde değişikliğe yol açabilir. Mesane kasları zayıflayarak mesanede kalan idrar miktarının artmasına neden olurken bu durum yaşlılarda sıklığı artan inkontinans sebeplerinden biridir (Yılmaz ve Altun 2006).

Yaşlılıkta bağışıklık sistemi fonksiyonundaki azalmalar enfeksiyonlara karşı hassasiyetin artmasına ve enfeksiyonların daha ciddi seyretmesine neden olmaktadır. Yaşlılarda; immün hücrelerin kanser hücrelerini, bakteri ve diğer yabancı cisimleri temizleme hızları azalmıştır. Bu yavaşlama yaşlılarda kanser sıklığındaki artışın sebeplerinden biridir. Ayrıca pnömoni ve grip enfeksiyonları da bağışıklık sistemi fonksiyonundaki azalmalar nedeniyle yaşlılarda daha ölümcül olmaktadır (Halil 2006; Nalbant 2007).

### **2.2.2. Yaşlılık Döneminin Psikososyal Özellikleri ve Sorunları**

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (Er 2009).

Yaşlanmayla birlikte bireyin biyo-psiko-sosyal sistemlerindeki yetersizlikler ve bozulmalar yaşlının psikososyal yaşamını dolayısıyla da günlük ve sosyal yaşam aktivitelerini olumsuz etkiler. Psikososyal yetersizlikler bilişsel, duyuşsal, emosyonel alanlarda kendini gösterir. Psikososyal yaşlanmada bireyler, kazanımlardan çok kayıpları gözden geçirir (Aştı 2004). Sadece yaşlı insanlara özgü olmasa da kayıp ya da yaşla ilgili sorunlar (örneğin, depresyon gibi) yaşlılık döneminde daha sık ortaya çıkar. Kayıp yaşlanmanın önemli bir parçasıdır. İş kayıpları (örneğin, emeklilik gibi), toplumsal konumda ve rollerde azalma, gelir düzeyinin düşmesi yaşlanan bireyin sosyoekonomik düzeyde başa çıkması gereken yeni durumlardır. Bunların yanında, aile üyelerinin ve arkadaşların ölümü, sağlığın bozulması ve bir yetişkin olarak bağımsız

olarak hareket edebilme gücünün zaman içinde azalması yaşlanma sürecinin beklenen sonuçlarıdır (Uluç ve Cangöz 2006).

Yaşlılıkta psikolojik bağlamda en sık rastlanılan sorunlardan birisi de depresyondur ve en sık gözden kaçırılan sorunlardan biridir. Yaşlı insanlardaki tipik depresif belirtiler, çoğu kez uyku bozuklukları, eklem ağrıları, cinsel işlevlerde bozulma, iştah azalması ve fiziksel yakınmalar gibi normal yaşlanma süreciyle ilişkili değişikliklerle örtüşür ve gözden kaçmasına sebep olur (Er 2009; Uluç ve Cangöz 2006). Yaşlılıkta en sık karşılaşılan diğer psikiyatrik bozukluklar ise; anksiyete, demans, deliryum gibi bozukluklardır. Yaşlılıkta tüm bu biyo-psiko-sosyal bozulmalara bağlı olarak, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen beslenme, boşaltım, hijyen, uyku ve dinlenme, hareket ve iletişim sorunları en fazla görülen geriatrik bakım sorunları arasında yer alır (Aştı 2004).

Yaşlılık, fiziksel ve psikolojik bakımdan birtakım değişikliklerin yaşandığı bir dönem olarak tanımlanabileceği gibi, bu değişimlere karşı toplumun geliştirdiği tutum ve değerleri de içine alan bir dönem olarak değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Toplumda kimin yaşlı olduğu, yaşlı insanların toplumdaki rolü ve önemi, yaşlı insanlarla çevresi arasındaki iletişim gibi hususlar yaşlılığı açıklamada önemlidir. Toplumsal açıdan yaşlanmanın anlamı ve yaşlıya karşı tutum ve davranışlar hususunda toplumlar arasında farklılıklar görülmektedir. Geleneksel toplumlarda yaşlılar, ikinci kuşağın yetiştirilmesinde ve kültürün korunmasında ciddi toplumsal roller üstlenen, görmüş, geçirmiş ya da birikmiş görgülere sahip 'kültür bekçileri' bireyler olarak konumlandırılırken; modern toplumlarda, üretkenliği bitmiş, aileye yük olan birey olarak değerlendirilmektedir (Er 2009).

Türk toplumunda yaşlılar ailenin vazgeçilmez bir unsurudur ve genel olarak ülkemizde yaşlının gereksinimlerinin karşılanması aileye düşmektedir. Yaşlı açısından değerlendirildiğinde aile, başlıca psikolojik ve toplumsal nitelikli bir destek sistemi olmaya devam etmektedir (Emiroğlu 1995; Öz 2000). Yaşlılık sadece yaşlının değil, aynı zamanda onun yakın çevresinin de problemidir. Yaşlanan ebeveynin hastalanması ve bakıma muhtaç hale gelmesiyle ona bakım verme görevinin kimin üstleneceği bir sorun haline gelmektedir. Bu sorunun nedenleri ise; duygusal bağların zayıflamasından çok, ardında ekonomik, sosyal ve psikolojik sebeplerin olması ve bunların aynı anda kişiler üzerinde baskı yaratmasıdır (Hazer 2010). Yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlık



hayatın diğer evreleri gibi çoğu zaman olağan ve kaçınılmaz bir olgudur (Danış 2004). Bakıma muhtaç duruma gelmiş yaşlılar, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarının fiziki yardımına ihtiyaç duyarlar. Bu yönüyle bakıma muhtaçlık kişinin bedensel hareketlerinin engellenmesi veya kısıtlanması sonucunda gerek beden temizliği, gerek beslenmede, gerekse ev idaresinde değişik sıklık ve yoğunlukta, evde veya kurumda düzenli ve sürekli bakıma ihtiyaç duyma halidir (Seyyar 2005). Yetişkin çocukların anne, babalarına bakması onlara psikolojik bir tatmin sağlayabilir ancak kurduğu ailesiyle ilişkilerinde ya da bireysel anlamda bazı sorunlara yol açabilir. Özellikle sağlığı bozulmuş ileri yaştaki yaşlıların bakımının evlat ya da evlatlar tarafından yapılması yetişkin evladın da sosyal ve psikolojik sorunlar yaşamasına yol açabilmektedir. Literatürde ‘manevi yük’ olarak kavramsallaştırılan bu durum yetişkin evladın işine, eşine, çocuklarına ve kendisine ayırabileceği zamanın yeterli olmamasına neden olmaktadır. Yetişkin evladın yaşamı ailesi ve baktığı yaşlı arasında sıkışık kalmaktadır. Bu bağlamda ailenin dışarıdan profesyonel destek alması, formal bakım sağlayan kuruluşlarla işbirliği içinde olması kaçınılmaz görülmektedir (İçli 2008).

### **2.3. TÜRKİYE’DE YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE SORUNLARI**

Türkiye’ de ilk defa her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve özürhükümlerinin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanununun 17.maddesine istinaden 225 sayılı kanunun 4.maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur (SHÇEK 2010).

1982 Anayasasının 61.maddesi sosyal hizmetler alanına giren grupları açık bir şekilde belirlemiş, korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç çocuk, sakat ve yaşlılara öncelik tanıyarak, devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmünü getirmiştir. Böylece kurulan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) 'Ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olan özel ihtiyaç gruplarının (aile, çocuk, sakat, muhtaç yaşlı ve diğer kişiler) ihtiyaçlarının karşılanmasını, çeşitli sorunların önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını, hayat standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü

olarak mahalli ve ulusal düzeyde planlama, yönetim ve denetleme görevini üstlenmiştir (SHÇEK 2010).

Günümüzde yaşlı hizmetleri, SHÇEK bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı' na bağlı olarak yürütülmektedir. SHÇEK bünyesinde huzurevleri, özel bakım ünitesi olan huzurevi, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi, huzurevi rehabilitasyon merkezi gibi hizmet sunulan alanlar bulunmaktadır. SHÇEK bünyesinde 2010 itibariyle 156 huzurevinde 8694 yaşlı, 96 özel huzurevinde 9103 yaşlı ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki 28 huzurevinde 4557 yaşlı kapasitesi vardır (SHÇEK 2010).

Dünyada yaşlı sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesinde, yaşlılara buldukları doğal ortamda hizmetin verilmesi başlıca öneriler arasındadır. Bu bağlamda SHÇEK bünyesinde yatılı bakıma gereksinim duymayan, ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole edilmelerini önlemek amacıyla mevcut yaşlı dayanışma merkezleri iyileştirilmiştir (Akgün ve ark. 2004).

Türkiye' de yaşlı sağlığı ile ilgili sorunların başında bugüne kadar bu grubun önemsenmemesi gelmektedir. Geriatri konusunda uzmanlaşma yetersizdir, eğitim almış personel yetersizliği yaşlının yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaşlıya yönelik birinci basamakta, evde veya ayakta hizmet verebilecek personel ve hizmet bulunmamaktadır. Ülkemizde, birinci basamak sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi, görüş ve uygulamalarını içeren bir araştırmada; yaşlı bireylerin tespitini yapmak, sağlık ölçütlerini değerlendirmek, sağlık risklerini ve önceliklerini belirleme görevlerinin bilinme ve uygulanma oranlarının %40 dolaylarında olduğu, 'ilerde bu görevim olmalı yapabilirim' yanıtını verenlerin de %50-60 dolaylarında olduğu düşünüldüğünde sağlık personelinin yaşlı nüfusunu ve bu görevleri yeterince önemsemediği söylenebilir (Gözüm ve Tan 2003). Sağlık Bakanlığı' nın önümüzde ki 20 yılın hedefleri arasında yaşlılara yönelik şu amaçlar yer almıştır; yaşlıların birinci basamak hizmetlerde rutin izleme kapsamına alınması, yaşlıların uzun süre bakım alabilecekleri sağlık tesislerinin kurulması, hastanelerden kolay hizmet almalarını sağlayacak düzenlemelerin yapılması, evde bakım olanaklarının ve uygun çevre düzenlemelerinin geliştirilmesidir (Akgün ve ark. 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı 2007).

## 2.4. YAŞLI BAKIMI VE TİPLERİ

Sağlık açısından bağımlılık dönemi olarak ele alınan yaşlılık döneminde yaşanan en önemli sosyal sorunlardan biri yaşlı bakımıdır (Bilir ve Subaşı 2006; Öztop ve ark. 2008). Yaş ilerledikçe özellikle 75 yaş ve üstü yaşlılarda kronik hastalıklar ve sakatlıkların görülme sıklığının arttığı ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına muhtaç ve bağımlı hale geldikleri bilinmektedir (Öztop ve ark. 2008).

Yaşlılara sunulan hizmetler çok çeşitli alanlarda farklı hizmet tipleriyle olabilmektedir. Yaşlının bağımlılık düzeyi, bakım ihtiyacının süresi, bakımın yoğunluğu, bakımın karmaşıklığı, kişisel faktörler, sosyal ve çevresel faktörler başlıca bakımın tipini belirlemektedir. Yaşlı bakımı; hastanede, toplumda ve uzun dönem bakımevlerinde bakımı gibi üç bölümde gruplandırılmaktadır.

Yaşlının hastanede bakımının temel amaçları, hastanede yatma nedeniyle oluşabilecek fonksiyonel bozulmanın risklerini belirlemek, önleyebilmek, bağımsızlığı ve yaşam kalitesini sürdürmektir. Yaşlının akut bakım ünitelerinde tıbbi tedavi almasının yanında multidisipliner işbirliği ile fonksiyonel bağımsızlığın devamını sağlamak ve çok yönlü bir taburculuk planı çizmek gibi amaçları da vardır (Cankurtaran ve Arioğul 2008).

Toplumda yaşlı bakımının hedefleri, fonksiyonel yeterliğin korunması, bilişsel durumun takibi, hayat kalitesinin yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasıdır. Toplumda; evde bakım, ev ziyaretleri, destekli yaşam, grup evleri gibi bakım seçenekleri vardır. Gelişmiş ülkelerde eskiden hastanelerde yapılması gereken birçok aktivite artık topluma kaymıştır. Ülkemizde ise huzurevleri sayısında belli rakamlara ulaşılırken, uzun dönem bakım ve evde bakım sistemleri henüz tam olarak gelişmemiştir (Cankurtaran ve Arioğul 2008; Okumuş 2002).

Uzun dönem bakımevlerinde tanımlanan bakım tipleri arasında subakut bakım, uzun süreli bakım ve özel bakım yer almaktadır. Subakut bakım, kısa dönemde taburculuğu planlanan; rehabilitasyon, karmaşık tıbbi bakım, yara bakımı alması gereken hastalara uygulanır. Uzun dönem bakım, çoklu kronik hastalığı olan ve toplumda yaşamayı başaramayan yaşlılar içindir. Özel bakım ise taburculuk planı

olmayan, demans hastalarının bakımı, diyaliz, hospis gibi bakım türleridir. Ülkemizde bakımevlerinin sayısı az olmasına rağmen, huzurevleri zaman içerisinde bakımevi gibi hizmet vermeye başlamıştır (Cankurtaran ve Arıoğul 2008). Uzun dönem bakım hizmetlerinin sunulduğu alanlar çok çeşitlidir ve bakım alan bireyin bakım ihtiyaçlarına ve tercihinine, aile desteğinin varlığına, finansal kaynak durumuna göre değişir (Stone, milbank).

#### **2.4.1. Uzun Dönem Bakım ve Bakımevi**

Uzun dönem bakım geleneksel olarak bakım evlerini çağrıştırırsa da, tam bağımlı yaşlılara yönelik ev ve toplum temelli bakım hizmetlerini de kapsar. Ev ve toplum temelli uzun dönem bakım hizmeti sağlayan ve kurumsal olmayan hizmetler; evde bakım, evde ziyaret, günlük bakım, toplum temelli sunulan hizmetlerdir (Hing ve Bloom 1991).

Bakımevleri, uzun dönem bakım sağlamada rolü olan ve en fazla kurumsal bakım sağlayan yerlerdir (Stone, milbank). Bakımevleri, üç ya da daha fazla yataklı bakım ünitesinden oluşan rutin olarak hemşirelik hizmeti sunan kurumlardır. Kuzey Amerika Hastalık Kontrol Merkezi (CDC)' nin 2009 Ulusal bakımevleri araştırmasına göre 16.100 bakımevinde 1.5 milyon yaşlı bulunmaktadır.

Bakım evlerinde kalan yaşlıların % 88.3' ü 65 yaş ve üstü, % 45. 2' si 85 yaş ve üstüdür. Bu yaşlıların bakım evinde kalış süresi ortalama 835 gündür ve yarıdan fazlası günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlıdır (CDC 2009).

Bakımevlerine kabul edilecek bireyler için, ülkelerin sağlık politikaları, hizmet sunan kurumların yapıları, yaşlı bireylerin ve ailelerin gereksinim ve tercihleri, ödeme güçlükleri göz önüne alınarak kabul kriterleri belirlenir (Okumuş 2002). Bakımevlerine kabul sırasında, tıbbi hikaye, akut tıbbi durumlar, eşlik eden hastalıklar, laboratuvar sonuçları, kullanılan ilaçlar, fonksiyonel değerlendirme, günlük yaşam aktiviteleri, rehabilitasyon ihtiyacının değerlendirmesi, sosyal destekler, odyolojik, oftalmolojik, diş taraması, bağışıklama ve bakım planları dikkate alınmalıdır. Bakımevlerine kabul sırasında en fazla görülen sağlık sorunları arasında; dolaşım sistemi hastalıkları (% 23), mental bozukluklar (% 16), sinir sistemi hastalıkları ve duyu organ bozuklukları (% 14) yer alır. Sık görülen diğer bakım sorunları ise bası yaraları, çoklu ilaç kullanımı, inkontinans, ağrı ve düşmelerdir (CDC 2009). Bakımevlerinde psikiyatrik

problemlerden demans, bilişsel işlev kaybına yol açan hastalıklar arasında en sık görülen hastalıklardandır ve 80 yaş üzerindeki toplumun yaklaşık yarısını etkilediği bildirilmektedir (Dişcigil 2009). Tüm bu sorunlar ve hastalıklar yaşlıların yaşamında kısıtlanmaya ve yeti yitimine yol açar. İşlevselliği ve toplumsal uyumu bozulan yaşlının yaşam kalitesi azalır ve verilen hizmetlerin yaşam kalitesini yükseltme amacıyla hareket etmesi önemlidir (Soygür 2000). Bakımevlerinde temel amaç fonksiyonel kapasite, yaşam kalitesi, konforlu bakımın artırılması olmakla birlikte diğer amaçlar şöyle sıralanabilir:

- Yaşlı bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini tanımlamak ve bakım vermek,
- Bireyin rehabilitasyonunu ve aktivitelerini düzenlemek,
- Kronik hastalığı olan veya minimal sorunları olan, bağımsız, yarı bağımlı, tam bağımlı olan yaşlı bireylere bakım vermek,
- Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek,
- Yaşam sonu bakım için bireyin huzurlu ve onurlu bir şekilde ölmesini sağlamaktır (Okumuş 2002).

Bakımevlerinde yaşayan bireylerin bakımında önemli olan diğer hizmetler; yaşlılara koruma amaçlı influenza, pnömokok aşılarının uygulanması, hipertansiyon kontrolü, fonksiyonel durum değerlendirmesi, hayat kalitesinin korunması, işitme problemlerinin taranması, bilişsel durumun değerlendirilmesi, beslenme bozukluğu taraması, inkontinans sorgulaması, hareketin sağlanması, ağız-diş bakımı, bulaşıcı hastalıkların önlenmesidir (Cankurtaran ve Arıoğul 2008).

Bakımevindeki kişi ve ailesine bir bütün olarak yaşam sonu bakımını sağlayabilmek mümkündür. Bakımevlerinde özellikle palyatif bakımda disiplinlerarası bir takım yaklaşımı ile terminal dönem hastalarının ve ailelerin psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması ve hastaların semptom kontrolü üzerine yoğunlaşmıştır. (Cankurtaran ve Arıoğul 2008).

Bu kurumlarda bakım ve hizmet verenler başlıca; hemşireler, fizyoterapistler, iş-uğraşı terapistleri, sosyal hizmet uzmanlarıdır. Bu kurumlarda çalışan hemşirelerin eğitim düzeyine bakıldığında her eğitim düzeyinden hemşirenin olduğu görülmektedir (Akin ve ark. 2001).

## 2.5. GERONTOLOJİ HEMŞİRELİĞİ VE OMAHA SİSTEMİ

Hemşirelik bir bakım disiplini ve yaşlıların bakımında önemli bir sağlık ekibi üyesidir. Yaşlı sağlığı ve bakımında özelleşmiş hemşireler için gerontoloji ve geriatri hemşireliği kavramları kullanılmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği 1976' dan bu yana hemşirelik uygulamalarının kapsamını daha iyi yansıttığı için "gerontoloji hemşireliği" teriminin kullanılmasını uygun görmüştür (Miller 1999). Gerontoloji hemşireliği, yaşlı bireylerin bakımı alanında uzmanlaşmış hemşireleri tanımlamak üzere kullanılır. Daha geniş bir tanımla gerontoloji hemşireliği; yaşlıların gereksinimlerini anlayan ve yaşlı bakımı ve rehabilitasyonu planlamada beceri sahibi hemşirelerin bakım etkinliklerini kapsar. Bu bakımın herhangi bir hastalıktan önce sahip olunan fonksiyon düzeyinin kazandırılması kadar herhangi bir patolojik sürecin çözümlenmesini de içerir. Ayrıca bakım etkinliklerinin yaşlının bakımından sorumlu kişilerin gereksinim ve isteklerini de yansıtmaları çok önemlidir (Akın ve ark. 2001).

Yaşlı bakımındaki amaç; hastalıkların tedavisinin yanı sıra, yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal fonksiyonel kapasitesini en üst düzeyde tutmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttırmada hemşirenin rolü önemlidir. Hemşire, yaşlı bireyin duygularını ifade etmesini, kendi kararlarını kendisi vermesini ve becerilerini sergilemesini destekleyerek daha bağımsız hareket etmesine yardımcı olmalıdır (Bıyıklı 2006). Amerikan Hemşireler Birliği 1973 yılında yaşlı bireyin bakım standartlarını belirlemiş, bu standartlar 1976' da ve 1987' de yeniden gözden geçirilmiştir. Gerontoloji hemşireliği standartları; hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, teori kullanma ve geliştirme, veri toplama, hemşirelik tanımlarını belirleme, hemşirelik uygulamaları, değerlendirme, disiplinler arası iş birliği, araştırma, etik, mesleki gelişim konularını içermektedir (Akdemir 2004).

Yaşlıların sağlık gereksinimlerinin kendine özgü yanları vardır. Yaşlı bakımı alanında çalışan hemşirelerin yaşlılara özgü fiziksel, psikososyal, yasal, etik ve ekonomik konular ile yaşlılar ile ilgili ulusal ve yerel yardım kaynakları konusunda bilgi sahibi olması gerekir (Akın ve ark. 2001). Hemşirelerin yaşlı bireylerin gereksinimlerine yanıt verebilmeleri için normal yaşlanma sürecini anlamaları ve akut ya da kronik sorunları olan yaşlıların bakımı için hazırlıklı olmaları gerekir (Erdil 2010; Akın ve ark. 2001).

Yaşlı hastanın tüm bakımı ve tedavi sürecinde hemşirelik bakım planları ve değerlendirmeleri çok değerli verilerdir (Lifrieri ve LaMonica 2003). Yaşlılarda bakımın sürekli ve etkin bir şekilde sürdürülmesi hasta gereksinimlerinin iyi tanılanıp sistemli bir şekilde ele alınmasını gerektirir. Sağlık sorunlarıyla ilgili verilerin sistematik biçimde toplanması, analizi ve ortak bir dil oluşumunda iletişimi sağlamak hemşirelik sınıflandırma sistemlerinin kullanılmasıyla mümkündür (CNA 2003). Hemşirelik sınıflandırma sistemlerinden biri olan omaha sistemi, problem çözme ve hemşirelik süreci yaklaşımlarına dayalı olup bireye odaklı temel bilgileri bir araya getirir ve inceler (Erdoğan ve Esin 2006; Erdoğan ve ark. 2005). Bu sistem bireyin sağlık gereksinimlerini gruplandırarak buna göre bakım vermeyi ve probleme odaklanmayı kolaylaştırır. Problemin çözüm sürecinde bireyin durumunu aynı dil ile değerlendiren problem değerlendirme ölçeği bireyin sağlık izleminin sürekli olmasını sağlar (Erdoğan ve ark. 2006).

### **2.5.1. Omaha Sistemi**

“Omaha Sistemi” Omaha Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından halk sağlığı hemşireleri için geliştirilen, problem çözme ve hemşirelik süreci yaklaşımlarına dayalı olarak bireye odaklı temel bilgileri bir araya getiren ve inceleyen bir sınıflama sistemidir. Omaha sistemi 1970'li yıllarda Amerika'da kullanılmaya başlamış olup günümüze kadar devam etmektedir. Farklı kültürlerde hemşirelik uygulama alanlarında ve hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinde kullanılmıştır. ABD’de çok disiplinli sağlık çalışanları tarafından, toplum sağlığı, evde bakım ve okul sağlığı birimlerinde kullanılmaktadır (Martin 2005; Erdoğan ve ark. 2005). Türkiye’de Omaha sistemi ilk olarak halk sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılmaya başlanmıştır (Erdoğan ve ark. 1996; Erdoğan ve Esin 2006 ).

Hemşirelik sınıflandırma sistemlerinin kullanması, hemşirelerin iletişim kurabilecekleri ortak ve yaygın bir dil kullanmalarını sağlar. Birey, aile ve toplum gruplarına verilen bakımı tanımlar. Elde edilen verilerin birey ve gruplara, çalışma alanlarına, zamana ve bölgelere göre karşılaştırılmasını ve araştırma verilerinde kullanılmasını sağlar. Ayrıca sunulan raporlar sağlık politikalarını etkileyebilir (Erdoğan ve ark. 2005).

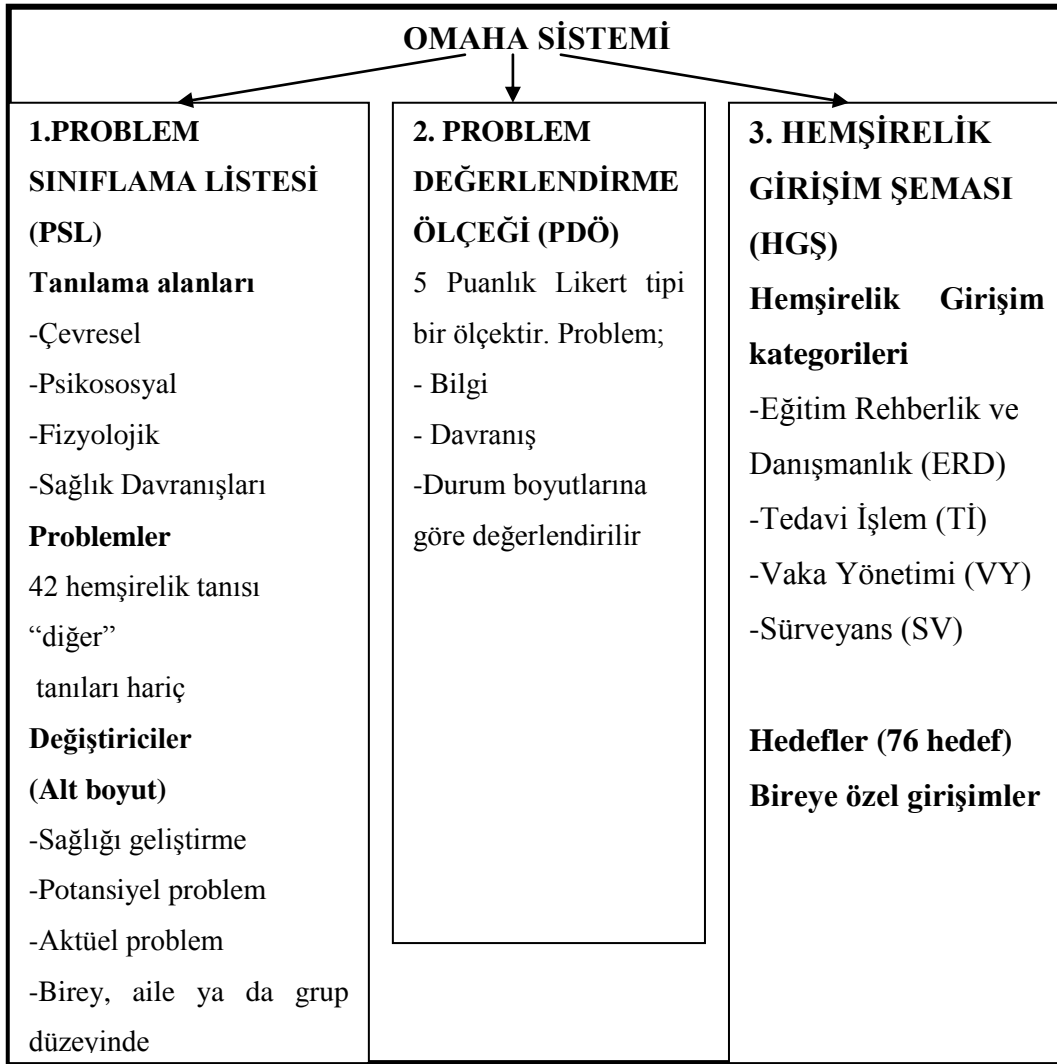
Omaha sistemi kullanımının yararları; uygulama, eğitim ve araştırma gibi sistemin kullanıldığı alanlarda görülmektedir. Sistemin kullanıldığı tüm alanlarda

kanıta dayalı uygulamalar, raporlar ve bilgi yönetimi sağlamak daha kolay olmaktadır. Bu sınıflandırma sisteminin kullanımıyla, sağlık bakım alanında çalışan diğer disiplinlere, sosyal hizmet alanında çalışanlara ve öğrencilere, bireylerin problemlerini, problemlere yönelik girişimleri ve bakım sonuçlarını standart bir şekilde tanıtmak daha anlaşılabilir olmaktadır. Tüm uygulayıcılar için Omaha sistemi, bireylerin olası veya aktüel problemlerini tanılamada, ipuçları sunar ve verilen bakımın değerlendirmesinde yol göstericidir. Uygulamaları en iyi şekilde yapmada tanımlamalar sunarak bir köprü vazifesi görür. Omaha sisteminden elde edilen temel veriler; sağlık bakım uygulamalarını geliştirme, çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırma, toplum ihtiyaçlarını belirleme, akreditasyon programlarının gereklerini yerine getirme, hizmetlerin planlanması ve yönetilmesinde kullanılır (Martin 2005).

Omaha sisteminin yapısı; problem sınıflama listesi, problem değerlendirme ölçeği, hemşirelik girişim şeması olmak üzere üç bölümden oluşur (Şekil 1).

**(1) Problem Sınıflama Listesi:** Bireye odaklı hemşirelik tanılarını tanımlayan listedir. Listede bireyin problemleri ve hemşirelik tanısı eş anlamlı kullanılır. Problem sınıflama listesinde çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanları bulunmaktadır ve bu alanların altında 42 adet problem yer almaktadır. Problemler; aktüel (mevcut bulunan), potansiyel (risk faktörleri) ve sağlığı geliştirme olarak sınıflandırılır. Tanılanan problem birey, aile ya da grup düzeyinde planlanabilir. Her probleme ait standart belirti- bulgular bulunmakla birlikte yine her problem için diğer seçeneği de bulunmaktadır.





**Şekil 1 : Omaha Sistemi**

(Kaynak: Erdoğan ve ark. (2005). Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayın no:4588, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları)

**(2) Problem Değerlendirme Ölçeği:** Problemin düzeyini ve bakımın sonuçlarını değerlendiren likert tipi bir ölçektir. Problem bilgi, davranış ve durum düzeyinde 1' den 5' e kadar tek bir puan ile değerlendirilir (Tablo 2.1). Ölçek, problemler arasındaki farklılıkları, problemin büyüklüğünü, öncelikleri, problemin şiddetini ve bakımın sonuçlarını değerlendirmeye yardım eder. Problem değerlendirme ölçeği, bakımın etkinliğini, kalitesini ve maliyet sonuçlarını yansıttığı için hem yöneticiler hem de uygulayıcılar için gerekli bir araçtır (Erdoğan ve ark. 2005).

**Tablo 2.1: Problem Değerlendirme Ölçeği**

<b>Kavram</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><u>Bilgi</u></b> Bireyin bilgiyi hatırlama ve yorumlama yeteneği	Bilgisi yok	Çok az	Temel Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Üst düzeyde
<b><u>Davranış</u></b> Bireyde gözlenebilen yanıtlar , harekete dönüşen aktiviteler	Uygun değil	Nadiren Uygun	Tutarsız	Genellikle Uygun	Her zaman uygun
<b><u>Durum</u></b> Bireyin objektif /subjektif bulgularına dayandırılan durumu	Çok ciddi	Ciddi	Orta düzeyde	Çok az Düzeyde	Yok

**(3) Hemşirelik Girişim Şeması:** Her probleme yönelik planlanan hemşirelik girişimleri 4 kategoride düzenlenir. Bu kategoriler; eğitim, rehberlik ve danışmanlık (ERD); tedavi ve işlemler (Tİ), vaka yönetimi (VY) ve sürveyanstır (SV). Girişimler standart hedefler seçilerek bireye özel girişimler planlanıp uygulanır. Hedefler 75 adet ve bir tane de diğer seçeneği ile birlikte toplam 76 adet hedef bulunmaktadır (Erdoğan ve ark. 2005; Martin 2005).

### **2.5.2. Omaha Sınıflandırma Sisteminin Elektronik Ortamda Kullanımı**

Omaha sistemi 1980' lerin başında, Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından yazılımı yapılmış ve daha sonra her uygulayıcı grup kendi yazılımını geliştirip kullanmaya başlamıştır. Yazılım türleri ve sayıları hızla yayılmaya devam etmektedir (Martin 2005). Günümüzde birçok alanda kullanılan, standart bir yapısı olan Omaha sistemi; uygulamaları, dokümantasyonu ve bilgi yönetimini düzenleyip bu konuda gelişimi sağlamak için tasarlanmıştır. Son yıllarda elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı artmakta olup bu kayıtların içerdikleri standart ifadeler, birlikte işlerliği ve bilgi alışverişini de kolaylaştırmaktadır (Garwin ve ark. 2008). Yapılandırılmış sistematik klinik veriler, depolanmış ya da kaydedilmiş dosya niteliğinde değil; değerli raporlar sağlayan yapılar olarak adlandırılabilir. Omaha sistemini öğrenmek; veri toplamaya yol gösteren, bu konuda yeni bakış açıları sunan bir dokümantasyon sürecini de beraberinde getirir. Elektronik sağlık kayıt sistemlerinde, kaliteli veri elde etmek ve uygulayıcıların iş akış sürecini geliştirmesi bilgi yönetiminde dikkatle odaklanılması gereken bir amaçtır. Standart dilin teknolojide kullanımı; iletişimi, bilgi paylaşımını, kaydedilen verilerin sonuç olarak ne demek istediğini anlamayı kolaylaştırır. Ayrıca otomasyona girilen veriler, araştırmacı ya da klinisyeni bu verileri farklı alanlarda tekrar kullanılması konusunda destekler. Omaha sistemi, objektif olarak bilgiye odaklanmayı, problemleri, girişimleri ve sonuçlarını uygulamada, eğitimde ve araştırma alanlarında kayıt edip değerlendirmeye yardım eder (Garwin ve ark. 2008).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Bu araştırma, bakımevinde kalan yaşlıların bakım gereksinimleri, bu gereksinimlere yönelik hemşirelik uygulamaları ve bakım sonuçlarını omaha hemşirelik sistemi ile belirlemek amacıyla *tanımlayıcı tipte* planlandı.

Araştırmada yanıt aranan başlıca sorular şunlardır:

- Bakım merkezinde kalan yaşlıların Omaha sistemi problem sınıflama listesine göre tanımlanan sağlık problemleri nelerdir?
- Bakım merkezinde kalan yaşlılarda tanımlanan problemlere yönelik planlanan girişim kategorileri ve hedefler nelerdir?
- Bakım merkezinde kalan yaşlılarda bakım sonuçları bilgi, davranış, durum düzeylerinde nasıldır?

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi

Bu araştırma; İstanbul' da özel bir yaşlı bakım merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın tek bir kurumda yapılmış olmasının nedeni, Omaha sisteminin hemşirelik bakımında henüz bireysel ve kurumsal düzeyde yeterli düzeyde bilinmemesi ve uygulanmamasıdır. Araştırmanın uygulamasının planlandığı yer olan yaşlı bakım merkezi, 2008 yılında kurulmuştur. Yaşlı Bakım Merkezi adı altında kurulan ve 24 yatak kapasitesi olan kurum, bünyesinde 24 saat doktor, hemşire ve sağlık destek personeli bulundurmaktadır. Her 12 saatlik nöbette yaklaşık 3 hemşire ve 4 sağlık destek personeli hizmet vermektedir. Bir hemşireye düşen hasta sayısı 5-8 arasında değişmektedir. Verilen hizmetler uzun süreli bakım niteliğinde olup içinde rehabilitatif hizmetleri de kapsamaktadır. Bakım verilen hasta grupları; terminal dönem hastalar, birden fazla kronik hastalıklara sahip yatağa bağımlı hastalar, rehabilitasyon amaçlı kalan hastalar ve demanslı hastalardır.

Araştırmanın örneklemini Şubat-Ağustos 2010 tarihleri arasında özel yaşlı bakım merkezinde kalan ve tedavisi bu kurumda süren (1 hafta-2 yıl) 60 yaş ve üstü bireylerden 32 yaşlı oluşturdu.

### **Örneklem Seçim Kriterleri:**

- Bireylerin 60 yaş ve üstünde olması,
- Çalışmanın başladığı tarihten itibaren bireyin yaşlı bakım merkezinde 1 hafta veya daha fazla kalmış olması,
- Araştırmacının çalışma günleri dahilinde bakım verdiği bireyler olması.

Araştırmada amaçlı örneklem kullanılmış olup; çalışmanın uygulandığı tarihten itibaren ilgili bakım merkezinde hizmet alan ve araştırmacının bakım verdiği 60 yaş üstü 32 yaşlı oluşturmuştur.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler; yaşlı hastaların tanımlayıcı bilgilerini ve Omaha hemşirelik sistemine dayalı bilgileri içeren ‘Kayıt formu’ ile toplanmıştır (Ek-1; Ek-2). Bu kayıt formu iki bölümden oluşmaktadır. Formun ilk bölümü yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumuyla ilgili verileri (*adı- soyadı, cinsiyeti, yaşı, ailedeki konumu, eğitim durumu, medeni durumu, primer ve sekonder tıbbi tanıları, bakım merkezinde kalış süresi*); ikinci bölümü ise Omaha sisteminin bölümlerini (*Problem sınıflama listesi, Problem değerlendirme ölçeği ve Hemşirelik girişimleri ve değerlendirmeleri*) içermektedir. Daha sonra toplanan bilgiler elektronik ortamda Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi’ ne (OHEBİS) geçirilmiştir. Verilerin elektronik ortamda OHEBİS'e kaydedilmesi ile hemşirelik uygulamalarının toplanması, saklanması, raporlanması ve iletişimi kolaylaştırması hedeflenmiştir.

#### **3.3.1. Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi (OHEBİS)**

OHEBİS, Omaha Hemşirelik Sınıflama Sisteminin Türkçe otomasyona geçirilmiş yazılımıdır. Erdoğan ve ark. (1996)’nın 1996 yılında başlayan çalışmaları ile Türkçe’ye uyarlaması yapılan sistem, 2005 yılında yine Erdoğan ve ark. tarafından güncellenmiştir. Omaha sisteminin 2005 yılında yapılan orijinal revizyonunu takiben Türkçe’ye revizyonu yapılarak otomasyona geçirilme çalışmaları İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanları tarafından yürütülmektedir. İlgili anabilim dalı, omaha sistemini farklı halk sağlığı hemşireliği uygulama alanlarında kullanmak amacıyla Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi (OHEBİS) adı altında 2 yıldır hemşirelik eğitiminde

uygulamaya geçirilmiştir. OHEBİS'e birey bilgileri, problemler, değerlendirmeler ve girişimler kaydedilirken izlenen yol aşağıdaki gibidir;

### 3.3.1.1. Birey Bilgi Kartı

Birey bilgi kartı OHEBİS' te bireyi tanımlayan bilgileri içeren bölümdür. Bireyin sosyodemografik özellikleri ( adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, ailede ki konumu, mesleği, eğitim durumu, sosyal güvencesi), yanı sıra aile öyküsü, tıbbi özgeçmiş, laboratuvar sonuçları, yaşam bulguları, antropometrik ölçüler, aşılama, üreme sağlığı, gebelik/loğusa gibi bilgileri de içerir. Birey ile ilgili ek bilgileri de (epikriz, rapor, fotoğraf vb.) birey bilgi kartına eklemek mümkündür. Birey bilgi kartı, bireysel işlemler bölümünde 'yeni birey ekle' sekmesinde karşımıza çıkar.

The screenshot shows the 'Birey Bilgi Kartı' (Individual Information Card) window in the OHEBİS software. The window is divided into several sections:

- Özlık bilgileri (Personal Information):** Fields for Adı, Soyadı, Ailede Konumu, Grup, Doğum tarihi, Eğitim durumu, Medeni durum, Ev/cep tel, Ev adresi, İlçe/Şehir, Oturma Süresi, Birey No #, TC Kimlik #, Cinsiyeti, Ana adı, Baba adı, Meslek, Kan grubu, E-posta adresi, Özel Notlar, Sosyal güvencesi, Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz.
- Aile Öyküsü (Family History):** A table with columns for tip, S/D, Cinsiyet, Ad Soyad, Ölüm Nedeni, A.Ç, tarih, Hastalık tanısı.

tip	S/D	Cinsiyet	Ad Soyad	Ölüm Nedeni	A.Ç	tarih	Hastalık tanısı
Baba	sag	Erikek			öz		
Anne	sag	Kadin			öz		
Cocuk	sag	Kadin			öz		

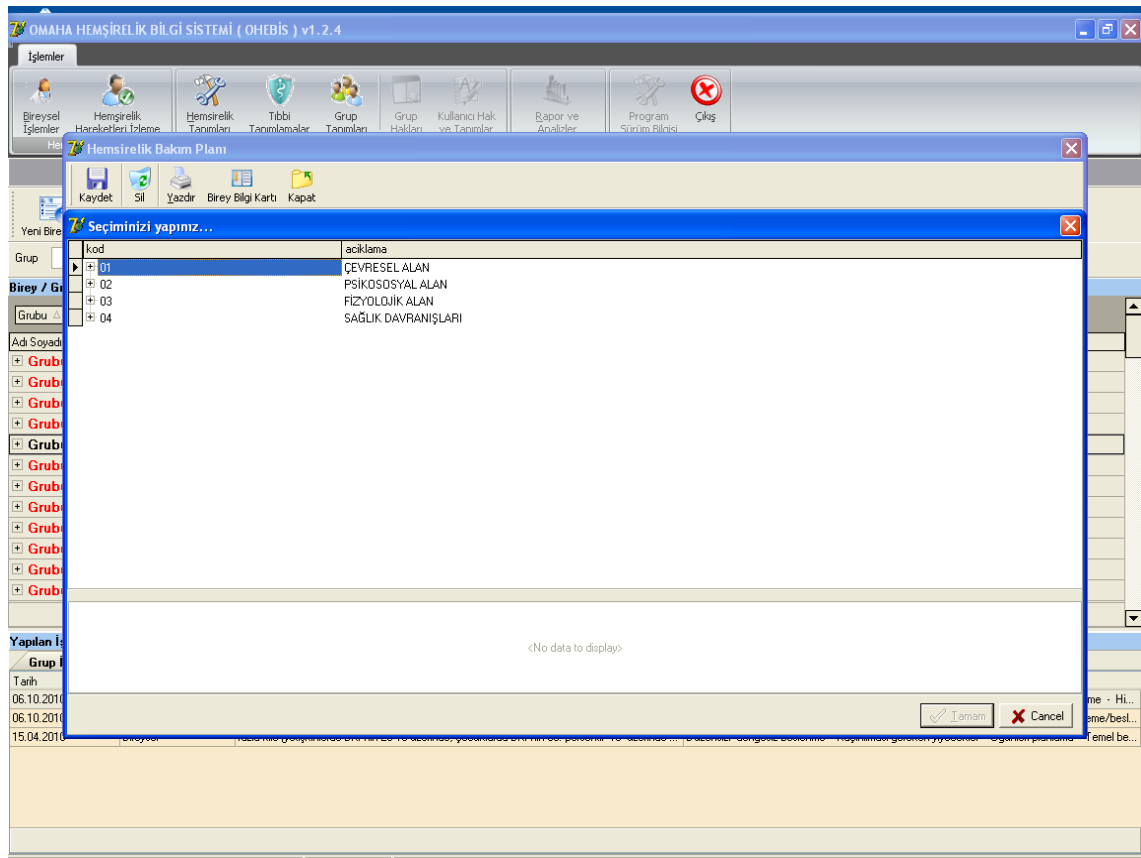
Şekil 2: Birey Bilgi Kartı Ekranı

### 3.3.1.2. Problem Alanları

Problem alanları; çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları olmak üzere 4 alanda tanımlanır ve Omaha sisteminin ilk bölümünü oluşturur. Dört tanı alanı kapsamında toplam 42 problem/hemşirelik tanısını içerir.

- Çevresel Alan: Birey/ailenin yakın ve uzak çevresi ile ilgili fiziksel özellikleri tanımlar.
- Psikososyal Alan: Davranış, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri tanımlar.
- Fizyolojik alan: Yaşamı sürdüren fonksiyonları tanımlar
- Sağlık Davranışları Alanı: Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktiviteleri tanımlar.

Bireysel işlemler bölümünde ‘Hemşirelik bakım planı’ sekmesinden sonra Problem sınıflama listesinde ilk seçim yapmamız gereken problem alanıdır. Problem alanını seçtikten sonra alt gruplarında problemlerin isimleri görünmektedir.

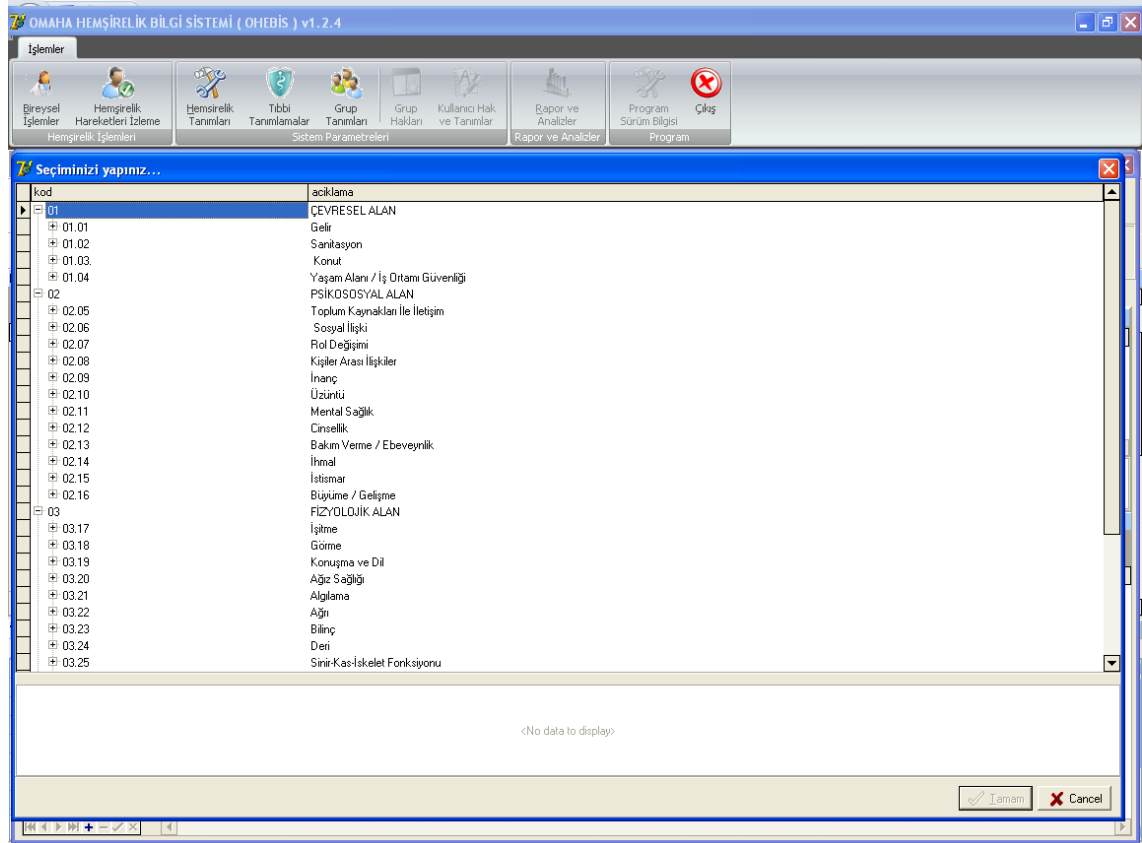


Şekil 3: Problem Alanları Ekranı

### 3.3.1.3. Problem Sınıflama Listesi (PSL)

Problem sınıflama listesinde 42 adet problem ve bu problemlere ait belirti bulgular bulunmaktadır. Her problem sağlığı geliştirme, potansiyel ve aktüel problem başlıkları altında değerlendirilir.

- Aktüel problem: Bireyin algıladığı veya deneyimlediği gerçek (aktüel) problemlerdir. Her problem bireyin bozulmuş sağlık durumunu gösteren belirti/ bulguları tanımlar. Sadece bu kategoride olan problemlerin belirti/ bulguları işaretlenir, bir ya da daha fazla belirti/ bulgu olabilir.
- Potansiyel problem: Belirti ve bulguların olmadığı, ancak sağlığın en iyi düzeyde olmasını engelleyen risk faktörlerini ya da riskli davranışları tanımlar.
- Sağlığı geliştirme: Problem ile ilişkili belirti/ bulguların ve risk faktörlerinin olmadığı, en yüksek iyilik halini devam ettiren sağlık bilgisi ve davranışların artması ile ilgili bir sağlık beklentisi durumunu tanımlar.



Şekil 4: Problem Sınıflama Listesi Ekranı



Bireye uygun problem ve alt kategorileri seçildikten sonra eğer aktüel problem mevcutsa belirti/ bulgular bir veya daha fazla seçilebilir. Seçilen her başlık tamam tuşuna basıldıktan sonra birey bakım planındaki yerini alır.

Problem Alanı - Değiştirici	Belirti - Bulgu	Öncelik	Notlar	Tarih	Bİ	DA	DU
FIZYOLOJİK ALAN - Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu - Aktüel	hareketlerde sınırlılık	yüksek		09.02.2010	--	--	2 Ciddi
FIZYOLOJİK ALAN - Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu - Aktüel	kas gücünde azalma	yüksek		08.06.2010	--	--	2 Ciddi

Kategori	Hedef	Bireye Özel Girişimler	Notlar
VY Vaka Yönetimi	33. Fizik tedavi bakımı	Hizmet verenler arası koordinasyonu sağlama	Fizyoterapist ve SDP koordinasyonu ve zaman ayarlaması yapm
SV Surveysans	58. Pozisyon verme	Uygun/ doğru beden duruşu	Yatak içi uygun beden duruşu sağlama
SV Surveysans	58. Pozisyon verme	Rahallama için pozisyon değiştirme	Yatak içi pozisyon verme rahallama
SV Surveysans	33. Fizik tedavi bakımı	Diğer	planlanan hizmetin zamanında alınması

Şekil 5: Hemşirelik Bakım Planı Ekranı

### 3.3.1.4. Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ)

Problem değerlendirme ölçeği, problemin düzeyini ve bakım sonuçlarını 'bilgi, davranış, durum' düzeylerinde değerlendiren bir ölçme aracıdır. Beş maddeli likert tipi bir ölçektir. Ölçek; problemler arasındaki farklılıkları, problemin büyüklüğünü, öncelikleri, problemin şiddetini ve bakımın sonuçlarını değerlendirmeye yardım eder. Değerlendirme, birey ile ilk karşılaşmada, bakım süresince düzenli aralıklarla ve bakım sonunda yapılır. Problem değerlendirme ölçeği, hemşirelik bakım planı sayfasında satır açarak ve değerlendirilen tarih yazılarak bireyin bilgi, davranış, durumları değerlendirilir.

Gerekli olan açıklamalar yapılan her tarihteki değerlendirmeler için notlar bölümüne ayrı ayrı yazılır. Ara değerlendirmelerde, PDÖ değerlendirmeleri görülmek istendiğın de her hasta için yapılan değerlendirmeler hemşirelik değerlendirmeleri bölümünden görülebilir.

Hemşirelik Değerlendirmeleri						
Hasta Adı Soyadı		Naciye Seyhan				
Kapat						
Tarih	BI	DA	DU	Yapılan Girişimler		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Dolaşım - Aktüel -</b>						
11.03.2010	0	0	0	4 Ekstremitelerin yük sehlmesi - [ Sağ hemiplejik-sağ kolu elevasyona alıyor] ]. Pozisyonu sürdürmek için yastık yada diğer c		
11.03.2010	0	0	0	2 Ekstremitelerin yük sehlmesi - [ Sağ hemiplejik-sağ kolu elevasyona alıyor] ]. Pozisyonu sürdürmek için yastık yada diğer c		
09.11.2010	0	0	0	2 Ekstremitelerin yük sehlmesi - [ sağ kolu eleve ediyor ]. Aldığı- çıkarıldığı/sını dengesi - [ 24 saatlik AÇT yapılıyor ]. Asit/ öde		
09.11.2010	0	0	0	2 Ekstremitelerin yük sehlmesi - [ sağ kolu eleve ediyor ]. Aldığı- çıkarıldığı/sını dengesi - [ 24 saatlik AÇT yapılıyor ]. Asit/ öde		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Konuşma ve Dil - Aktüel -</b>						
20.12.2010	0	0	0	2 Destekleyici teknikler - [ İletişim kurabilmek için destekleme ]. İstekleri ileme yolları - [ İletişim kurma biçimleri ]. Sözsüz yanı		
20.12.2010	0	0	0	2 Destekleyici teknikler - [ İletişim kurabilmek için destekleme ]. İstekleri ileme yolları - [ İletişim kurma biçimleri ]. Sözsüz yanı		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Sindirim- Hidrasyon - Aktüel -</b>						
09.11.2010	0	0	0	3 Tüple besleme, bakım - [ Peg ile besleniyor ]. Yutma güçlüğü - [ Aralıklı su verilip yutkunma durumu izleniyor ].		
09.11.2010	0	0	0	2 Tüple besleme, bakım - [ Peg ile besleniyor ]. Yutma güçlüğü - [ Aralıklı su verilip yutkunma durumu izleniyor ].		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu - Aktüel -</b>						
09.11.2010	0	0	0	2 Hizmet verenler arası koordinasyonu sağlama - [ Fizyoterapist ve SDP koordinasyon ve zaman ayarlaması yapma ]. Uygun/		
09.11.2010	0	0	0	2 Hizmet verenler arası koordinasyonu sağlama - [ Fizyoterapist ve SDP koordinasyon ve zaman ayarlaması yapma ]. Uygun/		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Solunum - Aktüel -</b>						
09.11.2010	0	0	0	2 Yaşam bulguları (ateş, nabız, kan basıncı, solunum) - [ Yaşam bulguları günde 6 kere alınıyor ]. Pulsooksimetre kayıtlarının sı		
09.11.2010	0	0	0	2 Yaşam bulguları (ateş, nabız, kan basıncı, solunum) - [ Yaşam bulguları günde 6 kere alınıyor ]. Pulsooksimetre kayıtlarının sı		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Üriner Fonksiyon - Aktüel -</b>						
09.11.2010	0	0	0	2 Kateter uygulama, çıkarma, değiştirme - [ 15 günde bir mesane sondası değişimi ]. Kateter temizliği ve bakımı - [ Her bakım		
09.11.2010	0	0	0	2 Kateter uygulama, çıkarma, değiştirme - [ 15 günde bir mesane sondası değişimi ]. Kateter temizliği ve bakımı - [ Her bakım		
<b>PSIKOSOSYAL ALAN - Mental Sağlık - Aktüel -</b>						
09.11.2010	0	0	0	2 Oral tedaviler - [ Psikotik ilaçların kullanımı ]. Diğer - [ kısıtlama banlarının kullanılması (sol kolunum bağlanması) ].		
09.11.2010	0	0	0	2 Oral tedaviler - [ Psikotik ilaçların kullanımı ]. Diğer - [ kısıtlama banlarının kullanılması (sol kolunum bağlanması) ].		
<b>SAĞLIK DAVRANIŞLARI - Kişisel Bakım - Aktüel -</b>						
11.03.2010	0	0	0	2 Cilt bakımı - [ Günlük ve banyoda ]. Banyo yapma - [ 3 günde bir tam banyosu yaptırılıyor ]. Ağız bakımı - [ Günde 4 kez		
11.03.2010	0	0	0	2 Cilt bakımı - [ Günlük ve banyoda ]. Banyo yapma - [ 3 günde bir tam banyosu yaptırılıyor ]. Ağız bakımı - [ Günde 4 kez		
<b>KAVRAM</b>						
		1	2	3	4	5
BİLGİ	Bilgiyi Hatırlama Bilgiyi Yorumlama	BİLGİSİ YOK	ÇOK AZ DÜZEYDE	TEMEL DÜZEYDE	YETERLİ DÜZEYDE	ÜST DÜZEYDE
DAVRANIŞ	Gözlene Yanıt Hareket Dönüş	UYGUN DEĞİL	NADİREN UYGUN	TUTARSIZ	GENELLİKLE UYGUN	HER ZAMAN UYGUN
DURUM	Varolan Objektif Subjektif Belitler / Bulgular	ÇOK CİDDİ	CİDDİ	ORTA DÜZEYDE	ÇOK AZ DÜZEYDE	YOK

Şekil 6: Hemşirelik Değerlendirmeleri Ekranı

### 3.3.1.5. Hemşirelik Girişimleri

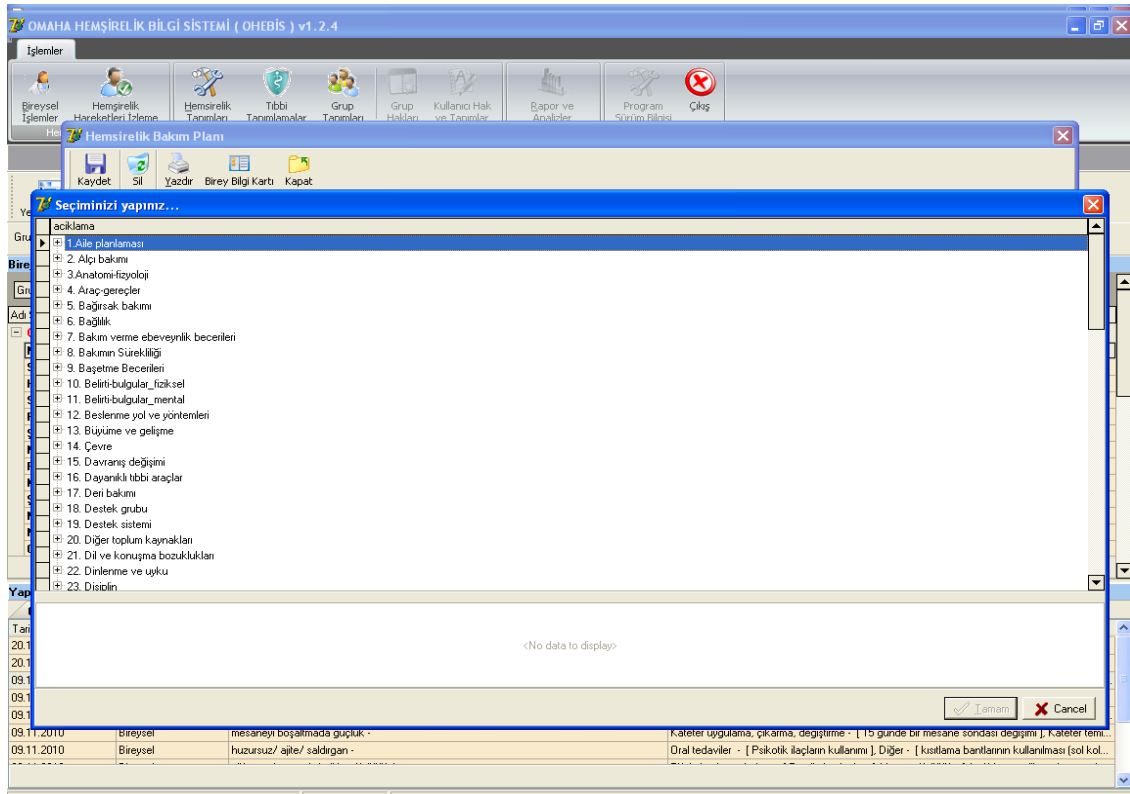
Hemşirelik girişimlerinin belirli bir düzene göre seçildiği; girişimlerin bazı kategorilere göre uygulandığı, hedefler ve bu hedeflerin altında yer alan bireye özel girişimlerden oluşan bölümdür. İlk yapılması gereken bireyin problemine yönelik yapılacak girişimlerin kategorisini seçmektir.

Bu kategoriler;

- **Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD):** Bireylerin bilgilenmesini sağlayan aktiviteleri, özbakım ve başa çıkma konusunda sorumluluk almasını sağlayan girişimleri ve bireyi- aileyi-toplumunu karar verme ve problem çözümünde desteklemeyi içerir.
- **Tedavi ve İşlem (Tİ):** Risk faktörlerini ve belirti/ bulguları erken dönemde tanılamak, önlemek, azaltmak için uygulanan teknik girişimlerdir.
- **Vaka Yönetimi (VY):** Koordinasyon aktivitelerini içerir. Bireyler için sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlar ile iletişim kurmak, sağlık bakımı alma haklarını savunmak, bireyin uygun toplumsal kaynakları kullanması için rehberlik etmek olarak tanımlanır.
- **Sürveyans (SV):** Mevcut durum ile ilgili periyodik gözlem yapmak, veri toplamak, analiz ve değerlendirme yapmak ve izlemektir.

İkinci olarak yapılması gereken hedefler listesinden uygun hedefi seçmektir.

Bu hedefler; Alfabetik listeye göre sıralanmış 75 hedef ve bir tane de 'diğer' seçeneği olmak üzere toplam 76 adettir. Bu 76 hedeflerin altında bireye özel girişimler seçilmekle birlikte hiçbir tanıma uymayan girişimler 'diğer' seçeneği işaretlenerek uygun girişimler açıklamalarıyla birlikte yazılmaktadır. Her bireye özel girişimler seçildikten sonra notlar bölümüne bireye yapılan girişimlerin ayrıntılı cümlelerle her satırda yer alan açıklamalar bölümüne yazılması gerekmektedir. Böylelikle yapılan her girişim ayrıntılı şekilde okuyan herkes tarafından anlaşılmaktadır. Yapılan tüm bu işlemler bittikten sonra bireyin bilgilerini kaydetmek için 'kaydet ve kapa' butonuna basmak gerekmektedir.



**Şekil 7: Hedefler Listesi Ekranı**

### 3.4. Verilerin Toplanması

Bireylerin verileri oluşturulan kayıt formuna göre araştırmacı tarafından tek elden toplandı ve daha sonrasında elektronik ortamda OHEBİS' e girişleri yapıldı. Hastalara ait veriler ilgili 'dosya kayıtlarından, bireylerin durumlarının her iki saatte bir yazıldığı hemşirelik izlem kayıtlarından ve gün içinde yapılan rutin hemşirelik girişimleri kayıt edilerek' elde edilmiştir. Hastaların girişimler sonunda zaman içinde değerlendirmesi yapılarak bilgi, davranış, durum düzeyinde izlemleri yapılmıştır.

### 3.5. Etik Konular

Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili yaşlı bakım merkezinden kurum izni alındı (Ek-4). Araştırmaya dahil edilecek bireyler ve yakınları sözlü olarak bilgilendirildi ve onamları alındı. Omaha sisteminin elektronik ortamda kullanılması için ilgili anabilim dalından gerekli izinler alındı.

Verilerin toplanmasında kullanılan OHEBİS' e veri girişlerinde kullanılmak üzere araştırmacıya Őifre verilerek verilerin güvenliği ve gizliliği sağlandı.

### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın örneklemini tek bir yaşlı bakım merkezinde bakım alan hastaların oluşturması;
- Araştırma sırasında hasta bilgilerinin takip edildiği hasta dosyalarındaki hemşirelik işlev ve sonuçlarının eksik yazılması veya yazılmaması;
- Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan omaha hemşirelik sisteminin ilk defa elektronik ortamda kullanılması, araştırmanın başlıca sınırlılıklarıdır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayar ortamında, OHEBİS raporlama olanakları ile değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik, ortalama...) kullanıldı. OHEBİS raporlama olanakları dışında bakım sonuçlarına ilişkin bazı veriler Excel ve SPSS programları kullanılarak değerlendirildi. Anlamlılık değerisi olarak  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

#### **4. BULGULAR**

Yaşlı bakım merkezinde yaşayan bir grup yaşlıda bakım gereksinimleri/ problemlerini, hemşirelik uygulamalarını ve bakım sonuçlarını belirlemeye yönelik yapılan bu araştırmanın bulguları 4 bölümde sunuldu.

Bu bölümler;

1. Tanımlayıcı bulgular
2. Yaşlılardaki sağlık problemleri/hemşirelik tanıları
3. Sağlık problemlerine yönelik hemşirelik girişimleri
4. Hemşirelik değerlendirmeleri ve bakım sonuçları

#### 4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

- **Sosyo-demografik Özellikler**

Araştırma kapsamındaki 32 yaşlı bireyin yaş ortalaması 79,3 (max – min= 60-98); % 62,5’u kadın, % 37,5’u erkektir. Çoğunluğu üniversite mezunu (% 53,2) ve lise mezunu (%34,4); dul (% 56,2) ve evlidir (% 40,6) (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1 : Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri**

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	20	62,5
	Erkek	12	37,5
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	2	6,2
	Ortaokul mezunu	2	6,2
	Lise mezunu	11	34,4
	Lisans mezunu	17	53,2
Medeni durum	Evli	13	40,6
	Bekar	1	3,2
	Dul	18	56,2

- **Yaşlıların Tıbbi Tanıları**

Bakımevinde kalan yaşlıların tıbbi tanıları Tablo 4.2’ de gösterildi. Tıbbi sorunlar en fazla oranda sırasıyla; kas ve iskelet sisteminin diğer bozuklukları (kırıklar ve protezler) (%22,9), serebrovasküler hastalıklar (%18,7), sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları (%18,7), parkinson (%6,2), Kronik Alt Solunum Yolu Hastalıkları (KOA) (% 6,2), göz, beyin, merkezi sinir sistemi kanserleri (% 6,2) olarak bulundu.

**Tablo 4.2: Yaşlı Bireylerin Tıbbi Tanıları (n=32)**

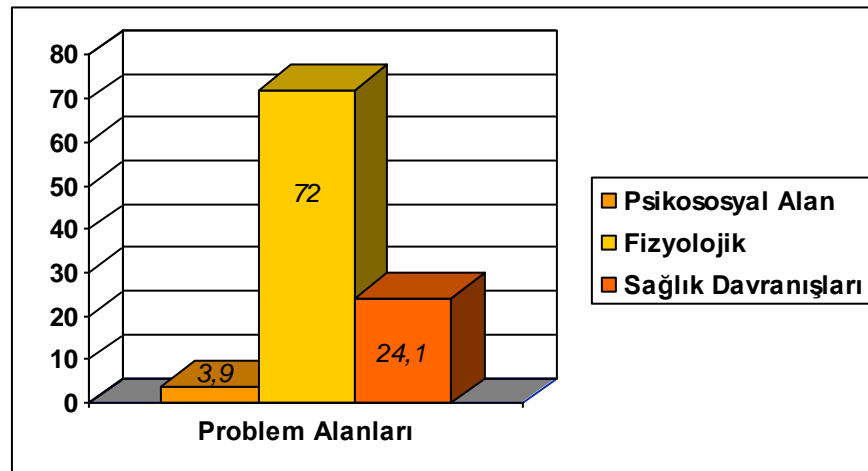
Tıbbi Tanılar	n*	%
Serebrovasküler Hastalıklar	9	18,7
Sinir Sisteminin Dejeneratif Hastalıkları (Demans)	9	18,7
Kas ve iskelet sisteminin diğer bozuklukları (Kırıklar, protezler)	11	22,9
Parkinson	3	6,2
İskemik Kalp Hastalığı	2	4,2
Böbrek yetmezliği	2	4,2
Kronik Alt Solunum Yolu Hastalıkları (KOAİ)	3	6,2
Göz, beyin, merkezi sinir sistemi kanserleri	3	6,2
Hipertansif hastalıklar	2	4,2
Erkek genital organ kanserleri (Prostat kanseri)	1	2,1
Beslenme yetersizlikleri	2	4,2
Sindirim organları kanserleri	1	2,1
Toplam	48	100

\* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

#### 4.2. YAŞLILARDAKİ SAĞLIK PROBLEMLERİ/HEMŞİRELİK TANILARI

- **Problem Alanları**

Omaha sınıflandırma sistemine dayalı olarak bakımevinde kalan 32 yaşlı bireyde toplam 207 problem/hemşirelik tanısı belirlendi. Omaha sisteminin problem alanlarından çevresel alana ilişkin herhangi bir problem tanımlanmadı. Her birey için ortalama problem sayısı 6,5 (min-max=2-9) olarak belirlendi. Tanı konulan problem alanları en fazla oranda sırasıyla; fizyolojik alan (% 72), sağlık davranışları alanı (% 24,1), psikososyal alandır (% 3,8) (Şekil 8).



**Şekil 8: Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler**



Fizyolojik alanda belirlenen problemler en fazla oranda *sinir-kas-iskelet fonksiyonu* (% 20,3), *deri* (% 10,1), *solunum* (% 9,7), *sindirim-hidrasyon* (% 7,7), *dolaşım* (% 6,3), *bağırsak fonksiyonu* (% 5,8), *ağrı* (% 4,3) ve *üriner fonksiyon* (% 3,4) olarak belirlendi. Sağlık davranışları alanındaki problemler en fazla oranda *kişisel bakım* (% 20,3) ve *beslenme* (% 2,3) olarak bulundu. Psikososyal alanda *mental sağlık* problemi (%1,9) ilk sırada yer aldı (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3 : Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler**

<b>Problem Alanları</b>	<b>Problem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Psikososyal</b> n = 8 (% 3,9)	11.Mental sağlık	4	1,9
	10.Üzüntü	3	1,4
	08.Kişiler arası ilişkiler	1	0,5
<b>Fizyolojik</b> n = 149 (%72)	25.Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	42	20,3
	24.Deri	21	10,1
	26.Solunum	20	9,7
	28.Sindirim-hidrasyon	16	7,7
	27.Dolaşım	13	6,3
	29.Bağırsak fonksiyonu	12	5,8
	22.Ağrı	9	4,3
	30.Üriner fonksiyon	7	3,4
	19.Konuşma ve dil	3	1,4
	23.Bilinç	2	1,0
	34.Bulaşıcı/Enfeksiyon durumu	2	1,0
	21.Algılama	1	0,5
17.İşitme	1	0,5	
<b>Sağlık Davranışları</b> n = 50 (% 24,1)	38.Kişisel bakım	42	20,3
	35.Beslenme	5	2,4
	36.Uyku ve dinlenme düzeni	3	1,4
	<b>Toplam</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

Problem kategorilerine göre tanılanan problemlerin çoğunluğunu aktüel problemler oluşturdu (n=195; %94,2). Potansiyel problem kategorisinde belirlenen sadece deri problemi idi (n=12; % 5,8).

- **Psikososyal Alan Problemleri (Belirti-bulgular)**

Psikososyal alan problemlerine yönelik belirlenen belirti-bulgular Tablo 4.4' de sunuldu. Bu alanda problemlere yönelik belirlenen belirti-bulgular sırasıyla *huzursuz/ajite/saldırgan* (% 1,5), *üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük* (% 1,5), *öz bakım aktivitelerini yapmada ilgi kaybı* (% 0,5), *ilişkiye başlama / sürdürmede güçlük* (% 0,5) olarak belirlendi.

**Tablo 4.4 : Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Seçilen Belirti-Bulgular**

<b>Psikososyal Alan Problemleri</b>	<b>Belirti-bulgular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mental sağlık	Huzursuz / ajite / saldırgan	3	1,5
	Öz bakım aktivitelerini yapmada ilgi kaybı	1	0,5
Üzüntü	Üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük	3	1,5
Kişiler arası ilişkiler	İlişkiye başlama / sürdürmede güçlük	1	0,5

\*Toplam n=195 Aktüel problemlerin belirti-bulgu sayısına göre yüzdeler alındı.

- **Fizyolojik Alan Problemleri (Belirti-bulgular)**

Fizyolojik alana yönelik belirti-bulgular Tablo 4.5' de sunulmuştur. Bu alanda belirlenen problemlere yönelik belirti-bulgular en fazla oranda sırasıyla; *hareketlerde sınırlılık* (% 9,2), *yürüme/hareket etme güçlüğü* (% 5,1), *öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama* (% 5,1), *çiğneme / yutma / sindirim güçlüğü / yapamama* (% 4,1), *defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik* (% 4,6), *rahatsızlık / ağrı ifade etme* (% 4,6), *ödem* (% 4,1), *lezyon / bası yarası* (% 4,1), *mesaneyi boşaltmada güçlük* (% 2,6) olarak belirlendi.

**Tablo 4.5 : Fizyolojik Alan Problemlerine Yönelik Tanılanan Belirti-Bulgular**

<b>Fizyolojik Alan Problemleri (n=137)</b>	<b>Belirti-bulgular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	Hareketlerde sınırlılık	18	9,2
	Yürüme /hareket etme güçlüğü	10	5,1
	Kas gücünde azalma	5	2,6
	kas tonüsüne azalma	3	1,5
	Kas tonüsünde artma	2	1,0
	Kırıklar	2	1,0
	Dengede bozukluk	1	0,5
	Duyuda azalma	1	0,5
Solunum	Öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama	10	5,1
	Siyanoz	4	2,0
	Anormal solunum tipleri	3	1,5
	Bağımsız olarak nefes alamama	2	1,0
	Öksürme	1	0,5
Sindirim – Hidrasyon	Çiğneme/yutma/sindirim güçlüğü/yapamama	10	5,1
	İştahsızlık	2	1,0
	Bulantı/kusma	2	1,0
	Dudak çatlaması/ağız kuruluğu	1	0,5
	Elektrolit dengesizliği	1	0,5
Dolaşım	Ödem	8	4,1
	Anormal kan basıncı ölçümleri	4	2,0
	Kalp ritminde düzensizlik	1	0,5
Bağırsak Fonksiyonu	Defekasyon sıklığında/dışkı kıvamında anormallik	9	4,6
	Bağırsak seslerinde azalma	1	0,5
	Dışkıda kan	1	0,5
	Dışkıda renk değişikliği	1	0,5
Ağrı	Rahatsızlık / ağrı ifade etme	9	4,6
Deri	Lezyon / bası yarası	8	4,1
	Çürük-ezik	1	0,5
Üriner Fonksiyon	Mesaneyi boşaltmada güçlük	5	2,6
	İdrar yapmada güçlük	1	0,5
	İdrar kaçırma	1	0,5
Konuşma ve dil	Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik	3	1,5
Bulaşıcı/enfeksiyon durumu	Tarama / kültür / laboratuvar sonuçlarında pozitiflik	2	1,0
Bilinç	Uykulu (stupor)	2	1,0
İşitme	Normal konuşma ses tonunu duymada güçlük	1	0,5
Algılama	Zaman /kişi/ yer oryantasyonunda bozulma	1	0,5

\*Toplam n=195 Aktüel problemlerin belirti-bulgu sayısına göre yüzde alındı.

• **Sağlık Davranışları Alan Problemleri (Belirti-bulgular)**

Sağlık davranışları alanına yönelik belirti-bulgular Tablo 4.6' de sunuldu. Bu alanda belirtilen belirti-bulgular en fazla oranda sırasıyla; *bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe / yapamama* (% 13,8 ), *giyim kuşam aktivitelerinde güçlük* (% 3,1), *banyo yapmada güçlük* (% 2), *ağız bakımı / diş fırçalama / diş ipi kullanımında güçlük* (% 1,5), *düşük kilo* (% 1), *kötü vücut kokusu* (% 1), *gece sık sık uyanma* (% 1), *uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi* (% 0,5) olarak bulundu..

**Tablo 4.6 : Sağlık Davranışları Alanına Yönelik Seçilen Belirti-Bulgular**

<b>Sağlık Davranışları Alanı Problemleri (n=50)</b>	<b>Belirti-bulgular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kişisel bakım	Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma/yapmayı istememe/yapamama	27	13,8
	Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük	6	3,1
	Banyo yapmada güçlük	4	2,0
	Ağız bakımı/diş fırçalama/diş ipi kullanımında güçlük	3	1,5
	Kötü vücut kokusu	2	1,0
Beslenme	Düşük kilo (BKİ<18,5)	2	1,0
	Günlük kalori/sıvı alımının istenilen düzeyde olmaması	1	0,5
	Hiperglisemi	1	0,5
	Hipoglisemi	1	0,5
Uyku ve dinlenme düzeni	Gece sık sık uyanma	2	1,0
	Uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi	1	0,5

\*Toplam n=195 Aktüel problemlerin belirti-bulgu sayısına göre yüzde alındı.

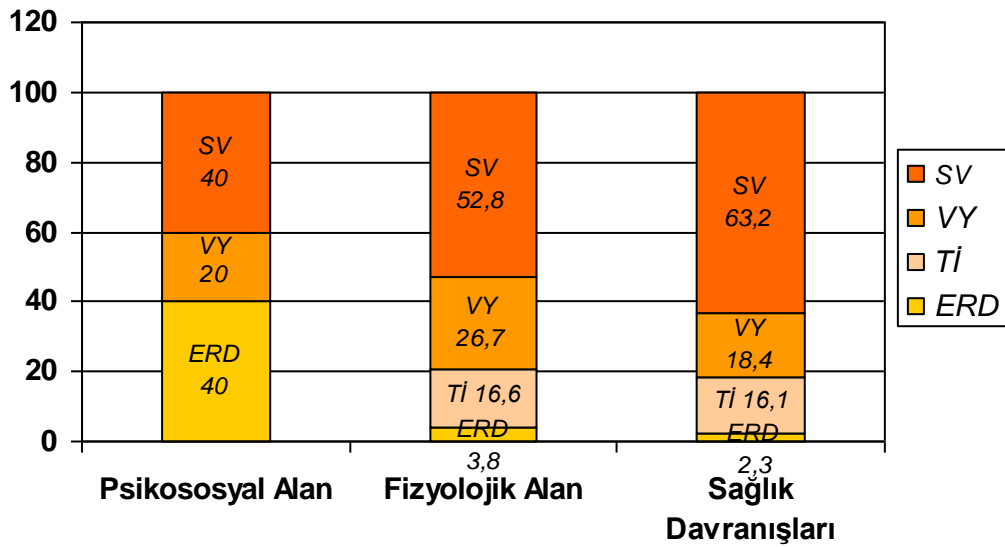
### 4.3. HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

- **Problem Alanlarına Göre Hemşirelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

Yaşlılarda toplam üç alanda tanımlanan 207 probleme yönelik hemşirelik girişim kategorileri Tablo 4.7’ da gösterildi. Hemşirelik girişim kategorileri tüm alanlarda en fazla oranda sırasıyla; *sürveyans (SV)*, *vaka yönetimi (VY)*, *tedavi ve işlem (Tİ)*, *eğitim, rehberlik ve danışmanlık (ERD)* olarak belirlendi. Psikososyal alanda en fazla oranda ERD (% 40) ve SV (%40); fizyolojik alanda en fazla SV (% 52,8)ve VY (% 26,7); sağlık davranışları alanında ise SV (% 63,2) ve VY (%18,4) girişim kategorilerinin seçildiği bulundu (Tablo 4.7; Şekil 9).

**Tablo 4.7 : Problem Alanlarına Göre Hemşirelik Girişim Kategorileri**

Girişim Kategorileri Problem Alanları	ERD		Tİ		VY		SV		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n(%)
<b>Psikososyal</b>	8	40	-	-	4	20	8	40	20 (100)
<b>Fizyolojik</b>	16	3,8	70	16,6	113	26,7	223	52,8	422 (100)
<b>Sağlık davranışları</b>	4	2,3	28	16,1	32	18,4	110	63,2	174 (100)



**Şekil 9: Problem Alanlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri**

- **Psikososyal Alan Problemleri için Hemşirelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

Psikososyal alanda tanımlanan üç probleme yönelik hemşirelik girişim kategorileri ve hedefler Tablo 4.8’ de sunuldu. Tablo 4.8 incelendiğinde, *mental sağlık* problemi için ERD, VY ve SV hemşirelik girişim kategorilerinin seçildiği belirlendi. *Üzüntü* probleminin çözümünde yaşam sonu bakımı desteklemek için sadece ERD kategorisinin seçildiği bulundu (% 35). *Kişilerarası ilişkiler* probleminin çözümünde ise iletişimi desteklemek için SV kategorisi seçildi (% 10).

**Tablo 4.8: Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Problem</b>	<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mental Sağlık	ERD	19.Destek sistemi	1	5
	VY	45.İlaç yönetimi	2	10
		36.Günlük bakım/sürekli bakım	1	5
19.Destek sistemi		1	5	
	SV	11.Belirti-bulgular mental	2	10
		46.İletişim	2	10
		4.Araç gereçler	2	10
Üzüntü	ERD	74.Yaşam sonu bakım	7	35
Kişilerarası İlişkiler	SV	46.İletişim	2	10

\*Toplam n=20 Tanımlanan psikososyal problemler içinde değerlendirildi.

- **Fizyolojik Alan Problemleri için Hemşirelik Girişimleri ve Hedefler**

Fizyolojik alanda tanımlanan problemlere yönelik hemşirelik girişim kategorileri ve hedefler Tablo 4.9 – Tablo 4.21’ de sunuldu. Tablo 4.9 incelendiğinde; sinir-kas-iskelet fonksiyonuna yönelik VY ve SV kategorileri bu problemin çözümünde seçildi.

**Tablo 4.9: “Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu” Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vaka yönetimi	33.Fizik tedavi bakımı	23	5,4
	16.Dayanıklı tıbbi araçlar	3	0,7
	4.Araç-gereçler	1	0,2
Sürveyans	58.Pozisyon verme	26	6,2
	38.Hareket/Transfer	8	1,9
	33.Fizik tedavi ve bakımı	6	1,4
	37.Güvenlik	2	0,5
	16.Dayanıklı tıbbi araçlar	1	0,2

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.10 incelendiğinde Tİ, VY ve SV kategorileri, deri problemlerinin çözümünde seçildiği görüldü. Tedavi ve işlem kategorisi en fazla yara bakımı, pansuman değişiminde belirlendi (% 1,4), vaka yönetimi en fazla dayanıklı tıbbi araçların temininde (% 2,4), sürveyans kategorisi en fazla oranda pozisyon verme girişiminin takibinde (% 8,5) belirlendi.

**Tablo 4.10: “Deri Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tedavi & İşlem	72.Yara bakımı pansuman değişimi	6	1,4
	17. Deri bakımı	5	1,2
Vaka yönetimi	16.Dayanıklı tıbbi araçlar	10	2,4
	58.Pozisyon verme	8	1,9
	72.Yara bakımı pansuman değişimi	5	1,2
Sürveyans	58.Pozisyon verme	36	8,5
	17.Deri bakımı	14	3,3
	10.Belirti-bulgular-fiziksel	8	1,9
	72.Yara bakımı pansuman değişimi	6	1,4

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.11 incelendiğinde, solunum problemine yönelik Tİ, VY, SV, kategorileri seçildi. Solunum bakımına yönelik en fazla oranda seçilen tedavi ve işlem kategorisi olduğu (% 6,6) belirlendi.

**Tablo 4.11: “Solunum Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tedavi & İşlem	61.Solunum bakımı	28	6,6
Vaka yönetimi	16.Dayanıklı tıbbi araçlar	11	2,6
	67.Tıbbi/diş bakımı	6	1,4
	62.Solunum terapisi bakımı	5	1,2
	38.Hareket/transfer	3	0,7
Sürveyans	10.Belirti-bulgular-fiziksel	22	5,2
	61.Solunum bakımı	4	0,9

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.12 incelendiğinde; ERD, Tİ, VY, SV, kategorileri sindirim-hidrasyon problemine yönelik seçildi. Kategoriler arasında en fazla oranda VY seçildiği ve girişim uygulanan hedefin beslenme yol ve yöntemleri (% 1,6) olduğu bulundu.

**Tablo 4.12: “Sindirim-Hidrasyon Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eğitim rehberlik danışmanlık	24.Diyet yönetimi	5	1,2
	12.Beslenme yol ve yöntemleri	2	0,5
Tedavi & İşlem	12.Beslenme yol ve yöntemleri	8	1,9
	26.Egzersiz	1	0,2
Vaka yönetimi	12.Beslenme yol ve yöntemleri	7	1,6
	67.Tıbbi/diş bakımı	3	0,7
	16.Dayanıklı tıbbi araçlar	1	0,2
Sürveyans	10.Belirti-bulgular-fiziksel	5	1,2
	24.Diyet yönetimi	1	0,2
	58.Pozisyon verme	1	0,2
	50.Labaratuar bulguları	1	0,2
	67.Tıbbi / diş bakımı	1	0,2

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.



Tablo 4.13 incelendiğinde, tanılanan dolaşım problemlerine yönelik; Tİ, VY, SV kategorileri seçildiği bulundu. Dolaşım probleminde en fazla oranda fiziksel belirti-bulgular izlendiği saptandı (% 4,7).

**Tablo 4.13: “Dolaşım Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

Girişim kategorisi	Hedefler	n	%
Tedavi & işlem	57.Örnek toplama	1	0,2
	67.Tıbbi//diş bakımı	1	0,2
Vaka yönetimi	67.Tıbbi/diş bakımı	9	2,1
	43.İlaç tedavisinin düzenlenmesi	1	0,2
	38.Hareket/transfer	1	0,2
Sürveyans	10.Belirti-bulgular-fiziksel	20	4,7
	58.Pozisyon verme	8	1,9
	41.İlaç etkisi/yan etkisi	3	0,7
	50.Laboratuar bulguları	2	0,4

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.14 incelendiğinde; bağırsak problemine yönelik, ERD, Tİ, VY, SV kategorilerinin seçildiği bulundu. Bu probleme yönelik fazla oranda fiziksel belirti-bulguların izlendiği saptandı (% 2,1).

**Tablo 4.14: “Bağırsak bakımına” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

Girişim kategorisi	Hedefler	n	%
Eğitim rehberlik danışmanlık	5.Bağırsak bakımı	4	0,9
Tedavi & işlem	5. Bağırsak bakımı	7	1,6
Vaka yönetimi	43.İlaç tedavisinin düzenlenmesi	4	0,9
Sürveyans	10.Belirti-bulgular-fiziksel	9	2,1
	41.ilaç etkisi/yan etkisi	2	0,5
	50.Laboratuar bulguları	1	0,2

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.15 incelendiğinde, ağrı problemine yönelik VY ve SV hemşirelik girişim kategorilerinin seçildiği bulundu. Bu probleme yönelik çoğunlukla belirti-bulguların izleminin yapıldığı ve tıbbi bakımda vaka yönetimi yapıldığı görüldü.

**Tablo 4.15: “Ağrı Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vaka yönetimi	67.Tıbbi/diş bakımı	8	1,9
Sürveyans	10.Belirti-bulgular-fiziksel	9	2,1
	59.Profesyonel olmayan bakım yardımı	4	0,9
	58.Pozisyon verme	2	0,5
	41.ilâç etkisi/yan etkisi	1	0,2

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.16 incelendiğinde, üriner fonksiyon problemine yönelik Tİ ve SV girişim kategorileri seçildiği bulundu. En fazla oranda Tİ kategorisi mesane bakımına (% 2,4) yönelik girişimlerde seçildi.

**Tablo 4.16: “Üriner Fonksiyon” Problemine Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tedavi & İşlem	54.Mesane bakımı	10	2,4
Sürveyans	10.Belirti-bulgular-fiziksel	3	0,7
	54.Mesane bakımı	1	0,2

Tablo 4.17 incelendiğinde konuşma ve dil problemine yönelik Tİ, VY ve SV girişim kategorileri seçildi. Çoğunlukla bireylerin iletişim durumunun izlendiği ve konuşma ve dil problemine yönelik egzersizlerin yapıldığı bulundu.

**Tablo 4.17: “Konuşma ve Dil Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

Girişim kategorisi	Hedefler	n	%
Tedavi & İşlem	26.Egzersiz	3	0,7
Vaka Yönetimi	21.Dil ve konuşma bozuklukları	2	0,5
Sürveyans	46.İletişim	5	1,2

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.18 incelendiğinde, bilinç problemine yönelik en fazla sürveyans kategorisi seçildi ve bu kategoride çoğunlukla fiziksel belirti-bulgular izlendi.

**Tablo 4.18: Bilinç Problemine Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

Girişim kategorisi	Hedefler	n	%
Sürveyans	10.Belirti-bulgular fiziksel	2	0,5
	11.Belirti-bulgular mental	1	0,2
	59.Profesyonel olmayan bakım yardımı	1	0,2

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.19 incelendiğinde, bulaşıcı/enfeksiyon durumu probleminin çözümünde SV kategorisi seçilmiştir. Bu probleme yönelik enfeksiyon kontrolü (%1,4) ve laboratuvar bulguları (% 0,5) yönelik izlem yapıldığı bulundu.

**Tablo 4.19: “Bulaşıcı / Enfeksiyon Durumu Problemine” Yönelik girişim Kategorileri ve Hedefler**

Girişim kategorisi	Hedefler	n	%
Sürveyans	28. Enfeksiyon kontrolü	6	1,4
	50.Laboratuvar bulguları	2	0,5

Tablo 4.20 incelendiğinde, ERD ve VY girişim kategorilerinin işitme problemine yönelik seçildiği görüldü. ERD kategorisinde iletişim konusunda yaşlıya destek olabilecek iletişim yolları öğretildi .

**Tablo 4.20: “İşitme Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eğitim rehberlik danışmanlık	46. İletişim	2	0,5
Vaka yönetimi	16.Dayanıklı tıbbi araçlar	2	0,5

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.21 incelendiğinde, algılama problemine yönelik girişimlerde, ERD kategorisi seçildi ve iletişim kurma yolları ile ilgiliydi.

**Tablo 4.21: “Algılama Problemine” Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eğitim rehberlik danışmanlık	46.İletişim	2	0,5

\*Toplam n=422 Tanılanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

- **Sağlık Davranışları Alanındaki Problemler için Hemşirelik Girişimleri ve Hedefler**

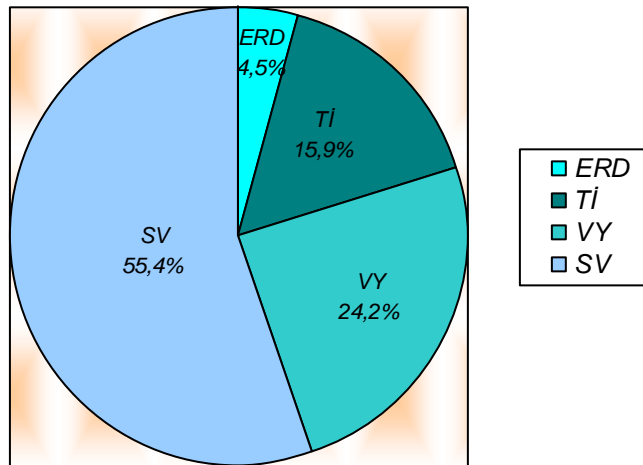
Sağlık davranışları alanında tanılanan üç probleme yönelik hemşirelik girişim kategorileri ve hedefler Tablo 4.22’ de sunulmuştur. Tablo 4.22 incelendiğinde, kişisel bakım problemlerine yönelik Tİ, VY, SV girişim kategorilerinin seçildiği bulundu. Kişisel bakım probleminde en fazla sürveyans kategorisi seçilerek kişisel hijyen durumunun izlemi (% 58,6) ve vaka yönetimi kategorisi ile profesyonel olmayan bakım yardımının koordinasyonun sağlandığı belirlendi. Beslenme problemine yönelik çoğunlukla ERD kategorisi (%2,3), uyku ve dinlenme düzeni problemine yönelik en fazla SV kategorisi (% 2,9) seçilerek girişimlerin planlandığı bulundu.

**Tablo 4.22: Sağlık Davranışları Alanında Tanımlanan Problemlere Yönelik Hemşirelik Girişimleri ve Hedefler**

Problem	Girişim kategorisi	Hedefler	n	%
Kişisel Hijyen	Tİ	Profesyonel olmayan bakım yardımı	28	16,1
	VY	Profesyonel olmayan bakım yardımı	30	17,2
	SV	Kişisel hijyen	102	58,6
Beslenme	ERD	24.Diyet yönetimi	4	2,3
	VY	67.Tıbbi/diş bakımı	1	0,6
	SV	10.Belirti-bulgular-fiziksel 24.Diyet yönetimi 59.Profesyonel olmayan bakım yardımı	2 1 1	1,1 0,6 0,6
Uyku ve dinlenme Düzeni	VY	67.Tıbbi / diş bakımı	1	0,6
	SV	22.Dinlenme ve uyku 59.Profesyonel olmayan bakım yardımı	3 1	1,7 0,6

\*Toplam n=174 Tanımlanan sağlık davranışları alan problemleri içinde değerlendirildi.

Şekil 10'da tüm problemlere yönelik planlanan girişimlerin kategorilere göre dağılımı görülmektedir. Buna göre yaşlılarda problemlere yönelik yapılan girişimlerde en fazla oranda sırasıyla; SV (% 55,4), VY (% 24,2), Tİ (% 15,9), ERD (%4,5) kategorileri seçildi.



**Şekil 10: Tüm Problemlere Yönelik Girişim Kategorilerinin Dağılımı**

4 girişim kategorisi için çoğunlukla seçilen hedefler sırasıyla; sürveyans kategorisinde kişisel hijyen (% 16,6), vaka yönetiminde profesyonel olmayan bakım yardımı (% 4,9), tedavi ve işlemde solunum bakımı (% 4,5), eğitim, rehberlik ve danışmanlık kategorisinde diyet yönetimi ile ilgili olarak bulundu (% 1,5) (Tablo 4.23).

**Tablo 4.23: Hemşirelik Girişim Kategorilerine Yönelik En fazla Seçilen Hedefler**

<b>Girişim kategorisi</b>	<b>Hedef</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Eğitim, rehberlik ve danışmanlık</b> (n=28; % 4,5)	24.Diyet yönetimi	9	1,5
	74.Yaşam sonu bakım	7	1,1
	46.İletişim	4	0,6
	54.Bağırsak bakımı	4	0,6
<b>Tedavi &amp; işlem</b> (n=98; % 15,9)	61. Solunum bakımı	28	4,5
	59.Profesyonel olmayan bakım yardımı	28	4,5
	54.Mesane bakımı	10	1,6
	72.Yara bakımı pansuman değişimi	6	1,0
<b>Vaka yönetimi</b> (n=149; % 24,2)	59.Profesyonel olmayan bakım yardımı	30	4,9
	67.Tıbbi/diş bakımı	28	4,5
	16.Dayanıklı tıbbi araçlar	27	4,4
	33.Fizik tedavi bakımı	23	3,7
<b>Sürveyans</b> (n=341; % 55,4)	49.Kişisel hijyen	102	16,6
	10.Belirti-bulgular fiziksel	80	13,0
	58.Pozisyon verme	73	11,9
	17.Deri bakımı	14	2,3

\*Toplam n=616 Tüm Problemlere Yönelik Uygulanan Girişimler İçinde Değerlendirildi.

#### 4.4. BAKIM SONUÇLARINA YÖNELİK BULGULAR

- **BİLGİ: Tüm Problemler İçin İlk ve Son PDÖ Puanları**

Bakımevindeki yaşlıların problemlerine yönelik yapılan hemşirelik girişimleri problem değerlendirme ölçeğine (PDÖ) göre değerlendirildi ve sonuçları, Tablo 4.24, Tablo 4.25 ve Tablo 4.26' de gösterildi. Buna göre yaşlılardaki tüm problemler için başlangıçtaki bilgi değerlendirmelerinin puan ortalaması 3,2; son değerlendirmelerin ise 3,53 bulundu.

**Tablo 4.24: Bilgi Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri**

BİLGİ	Değerlendirme	
	İlk	Son
Puan		
1	3	2
2	1	0
3	13	9
4	13	18
5	0	1
Toplam	30	30
<b>Ortalama Puan</b>	<b>3,2</b>	<b>3,53</b>

- **DAVRANIŞ: Tüm Problemler için İlk ve Son PDÖ Puanları**

Tüm problemler için yapılan başlangıçtaki davranış değerlendirmelerinin puan ortalaması 3,27, son değerlendirmelerin ise puan ortalaması 3,46 bulundu (Tablo 4.25).

**Tablo 4.25: Davranış Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri**

DAVRANIŞ	Değerlendirme	
	İlk	Son
Puan		
1	4	5
2	7	5
3	6	4
4	25	23
5	1	6
Toplam	43	43
<b>Ortalama Puan</b>	<b>3,27</b>	<b>3,46</b>

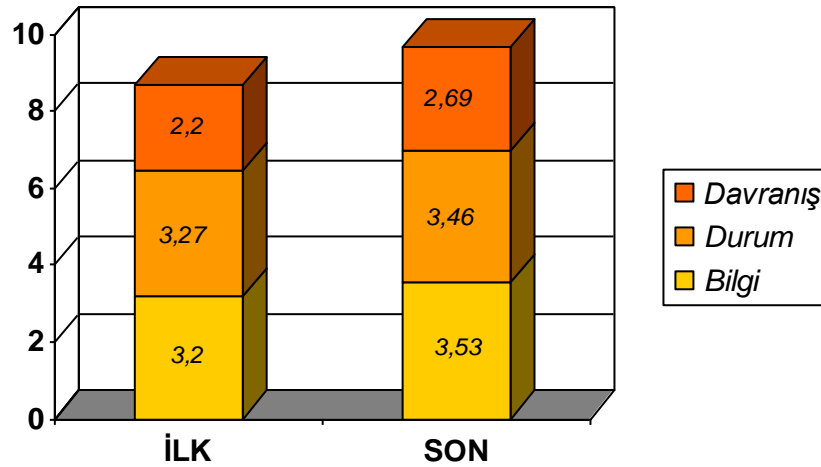
- **DURUM: Tüm Problemler için İlk ve Son PDÖ Puanları**

Tüm problemler için yapılan başlangıçtaki durum değerlendirmelerinin puan ortalaması 2,2, son değerlendirmelerin ise 2,69 bulundu (Tablo 4.26).

**Tablo 4.26: Durumu Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri**

DURUM	Değerlendirme		
	Puan	İlk	Son
1		20	14
2		99	65
3		30	45
4		5	23
5		4	11
Toplam		158	158
<b>Ortalama Puan</b>		<b>2,2</b>	<b>2,69</b>

Şekil 11’de tüm problemlere yönelik bilgi, davranış ve durum düzeyindeki ilk ve son PDÖ puan ortalamaları gösterilmiştir.



**Şekil 11: Tüm Problemlere Yönelik Hemşirelik Değerlendirmeleri**



• **Problemlere Yönelik Bilgi, Davranış ve Durum Değerlendirmeleri**

Bakımevinde girişim uygulanan her probleme yönelik bilgi, davranış ve durum düzeyinde değerlendirmeleri Tablo 4.27’ da gösterildi. Belirlenen problemlere yönelik istatistiksel olarak değerlendirilebilen veriler için tablo oluşturuldu. Her problem için yapılan istatistiksel değerlendirmelerde  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyine göre analizleri yapıldı. *Ağrı, deri, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu ve kişisel bakım* problemlerinin değerlendirmeleri durum düzeyinde anlamlı olarak bulundu.

**Tablo 4.27: Problemlere Yönelik İLK ve SON Hemşirelik Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması**

Problem		İLK		SON		İstatistik
		Ortalama±SD	Medyan	Ortalama±SD	Medyan	
<b>Psikososyal Alan</b>						
Üzüntü	Du	1,33±0,57	1	2,33±0,57	2	t=0 df=2 p=0,083
Mental sağlık	Da	1,67±0,57	2	3,67±1,53	4	t=3,46 df=2 p=0,109
	Du	2,25±0,5	2	2,75±0,95	2,5	t=1,73 df=3 p=0,157
<b>Fizyolojik Alan</b>						
Konuşma ve dil	Du	2,00±0	2	2,67±0,57	1	t=2,00 df=2 p=0,157
Ağrı	Bi	3,40±0,54	3	3,60±0,54	4	t=1,00 df=4 p=0,317
	Du	2,11±0,33	2	3,56±0,52	4	t=8,22 df=8 <b>p=0,006</b>
Deri	Du	2,92±1,61	3	3,54±1,39	4	t=3,41 df=12 <b>p=0,011</b>
Sinir-kas-iskelet fonk.	Da	3,30±1,16	4	3,30±1,49	4	t=0 df=9 p=1,0
	Du	2,20±0,70	2	2,56±0,71	3	t=3,67 df=24 <b>p=0,021</b>
Solunum	Du	1,94±0,77	2	2,12±1,15	2	t=1,38 df=15 p=0,18
Dolaşım	Du	2,15±0,55	2	2,92±1,04	3	t=4,63 df=12 <b>p=0,004</b>
Sindirim-hidrasyon	Da	2,67±1,53	3	3,00±1,73	4	t=1,00 df=2 p=0,317
	Du	2,14±0,53	2	2,64±0,92	2	t=2,88 df=13 <b>p=0,034</b>
Bağırsak fonksiyonu	Bi	3,20±0,44	3	3,40±0,54	3	t=1,00 df=4 p=0,317
	Du	2,20±0,63	2	3,70±1,25	4	t=6,71 df=9 <b>p=0,006</b>
<b>Sağlık Davranışları Alanı</b>						
Kişisel bakım	Bi	3,25±1,16	4	3,50±1,07	4	t=1,53 df=7 p=0,157
	Da	3,20±1,23	3,5	3,40±1,26	4	t=1,50 df=9 p=0,157
	Du	2,13±0,71	2	2,29±0,82	2	t=2,40 df=30 <b>p=0,025</b>
Beslenme	Du	2,00±0	2	3,00±1,00	3	t=1,73 df=2 p=0,225

\* $p < 0,005$ , Eşleşmiş t-testi, Wilcoxon işaret testi, Bi: Bilgi, Da: Davranış, Du: Durum

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada yaşlı bakımevinde bakılan bir grup yaşlı hastanın sağlık problemleri, hastalara uygulanan hemşirelik girişimleri ve bakım sonuçları Omaha sınıflandırma sistemini kullanılarak değerlendirildi. Elde edilen çalışma bulguları 3 bölümde tartışıldı:

- **Bakımevindeki yaşlıların sağlık problemleri**

Omaha sınıflandırma sistemine göre bakımevinde bakılan 32 yaşlı hastada Şubat-Ağustos 2010 tarihleri arasında, toplam 207 sağlık problemi tanındı. Birey başına düşen problem ortalaması 6,5 (min-max:2-9) olarak bulundu. Tanılanan problemler Omaha sistemindeki tüm problemlerin % 45'ini (n=19) oluşturdu. Yaşlıların tıbbi tanıları çoğunlukla, kas iskelet sisteminin diğer bozuklukları (kırıklar, protezler) (%22,9), serebrovasküler hastalıklar (%18,2) ve sinir sisteminin dejeneratif hastalıklarıydı (demans) (%18,2). Ülkemizde Ulusal hastalık yükü araştırmasına (2004) göre fonksiyonel bağımlılık ve işlev kaybına neden olan ilk 10 hastalık arasında ise iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, alzheimer ve diğer demanslar, osteoartrit ilk sıralarda yer almaktadır. Bu durum bakımevinde kalan yaşlılarda da beklenen bir sonuç olarak yorumlandı.

Omaha sisteminde problem sınıflama listesinde dört alan yer almaktadır (Martin 2005). Bu çalışmada dört problem alanının üçünde (fizyolojik, psikosoyal ve sağlık davranışları) problemler tanılanmış olup tanılanan problemler arasında en fazla oranda fizyolojik alan (% 72), sağlık davranışları (% 24,1) ve psikososyal alan (% 3,8) problemleri gelmekteydi. Çevresel alanda problem belirlenmemesinin nedeni yaşlıların bakımevi ortamında kalması olarak açıklandı. Yaşlılarda tanılanan fizyolojik alandaki problemlerin ilk onunu “sinir-kas iskelet fonksiyonu (% 20,3), deri (% 10,1), solunum (% 9,7), sindirim-hidrasyon (% 7,7), dolaşım (% 6,3), bağırsak fonksiyonu (% 5,8), ağrı (% 4,3), üriner fonksiyon (% 3,4), konuşma ve dil (% 1,4) oluşturmaktaydı. Brooten ve arkadaşlarının (2003), 5 hasta grubu üzerinde yaptığı çalışmada, yaşlı grupta dolaşım problemi ilk sırada yer alırken, sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemi ikinci sırada bulunmuştur. Yu ve Lang (2008) bilişsel olarak yetersizliği olan ve olmayan, ayaktan rehabilitasyon alan yaşlı gruplarında yaptıkları çalışmada; her iki grupta da

sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemleri en fazla tanılanmıştır. Bu çalışmada, sinir-kas-iskelet fonksiyonu ile ilgili problemlerin ilk sırada yer alması, bakımevinde kalan hastaların çoğunlukla yatağa bağımlı ve hareket kısıtlılığı olması ve bu örnekteki yaşlılarda kas-iskelet sistemine ilişkin tıbbi tanı oranının en fazla olması ile açıklanabilir.

Fizyolojik alanda tanılanan ve ikinci sırada yer alan deri problemi, aynı şekilde yaşlıların yatağa bağımlı olması ve basınç yarası riskinin yüksek olması ile ilgilidir. Naylor ve arkadaşlarının (2000), cerrahi ve dahiliye hastalarından oluşan iki yaşlı grubunda omaha sistemini kullanarak yaptıkları çalışmalarında; dahiliye grubunda en fazla “beslenme, görme ve işitme, sağlık bakım denetimi ve gelir” problemlerini belirlemişlerdir. Cerrahi grubunda ise en fazla “ağrı, uyku ve dinlenme, bağırsak fonksiyonları ve sidirim-hidrasyon problemleri” belirlenmiştir. Fizyolojik alanda problemlerin fazla olması bakımevindeki yaşlıların sağlıklı bireyler değil, bir ya da birden fazla kronik hastalığa sahip sağlığı bozulmuş bireyler olması ile açıklanabilir.

Sağlık davranışları alanında, “kişisel bakım, beslenme ve uyku-dinlenme düzeni” olmak üzere 3 problem tanılandı. Bu alan içinde çoğunlukla “kişisel bakım problemi” tüm seçilen problemlerin % 20,3’ ünü oluşturdu. Yaşlılarda belirlenen, bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/yapmayı istememe/yapamama, kişisel bakım problemlerinde en sık seçilen belirti-bulguydu. Bu bulgu, bakımevlerinde kişisel hijyene yönelik bakım gereksinimlerinin çoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Psikososyal alanda ise, “mental sağlık, üzüntü ve kişilerarası ilişkiler problemleri” olmak üzere 3 problem tanılandı. Üzüntü probleminin son dönem hasta bakımında en fazla oranda seçildiği ve üzüntü tepkileri ile başetmede günlük belirti-bulgusuna yönelik girişimlerin planlandığı bulunmuştur.

- **Sağlık problemlerine yönelik hemşirelik girişimleri**

Bu çalışmada yaşlı bakımevi hastalarında tanılanan 207 probleme yönelik 616 hemşirelik girişimi planlandığı bulgulanı. Psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarının tümü için hemşirelik girişim kategorileri incelendiğinde, en fazla oranda sırasıyla (1) sürveyans (% 55,4), (2) vaka yönetimi (% 24,1), (3) tedavi ve işlem (% 15,9), ve (4) eğitim, rehberlik ve danışmanlık (% 4,5) kategorilerinin seçildiği görüldü. Problem alanlarına göre seçilen hemşirelik girişim kategorileri

incelendiğinde, psikososyal alanda en fazla eğitim, rehberlik ve danışmanlık kategorisi seçilirken, fizyolojik ve sağlık davranışları alanında en fazla sürveyans kategorisinin seçildiği ve bu kategorilere göre planlama yapıldığı belirlendi.

Bu çalışma bulgularıyla benzer olarak Brooten ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, yaşlılara yönelik girişimlerde en fazla sürveyans (% 64,8) kategorisinin seçildiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada, sürveyans girişimlerinin en fazla fiziksel belirti-bulguların izlenmesi (%14,8) ve ilaç yönetimi (%8,6) ilgili olduğunu belirlemişlerdir ve diğer girişim kategorileri ERD % 17,9 ve VY % 17,3 oranlarında bulunmuştur. Martin ve arkadaşları (1993), evde bakım hizmeti alan ve çoğunluğunu yaşlı grubun oluşturduğu 2403 birey üzerinde yaptıkları çalışmada en fazla bulunan girişim kategorisinin sürveyans ve diğerlerinin sırasıyla ERD, Tİ ve VY olduğunu belirtmişlerdir. Bu hasta grubunda en fazla dolaşım ve sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemi belirlenmiştir.

Bakımevinde, sürveyansın en fazla uygulandığı problemler; kişisel bakım, solunum ve sinir-kas-iskelet fonksiyonu olarak bulundu. Kişisel bakım probleminde yapılan sürveyans girişimlerinin amacı bireylerin kişisel hijyen durumlarının takibi ve bakımının sağlanmasıydı. Kişisel hijyen durumlarının sürveyansı; çoğunlukla genel vücut hijyeni, giysilerin durumu, günlük bakım ihtiyaçlarının takibini içeriyordu.

Solunum probleminde yapılan sürveyans girişimlerinde en fazla fiziksel belirti-bulgular izlendi. Fiziksel belirti-bulguların izlenmesi; çoğunlukla oksijen saturasyon durumlarının ve yaşam bulgularının izlenmesini içeriyordu. Bu duruma bakıldığında, bakımevindeki yaşlı bireylerin nefes alıp vermede problemlerinin çoğunlukta olması ile açıklanabilir.

Sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemlerinde sürveyans girişimlerinde en fazla pozisyon verme zamanı ve uygunluğunun kontrolü ve takibi yapıldı. Çoğunlukla yatağa bağımlı olan hastaları kapsayan bu çalışma grubunda, pozisyon verilme sıklığının ve uygunluğunun kontrol edilmesi yaşlı bireyin bakım kalitesinin sürdürülmesinde önemliydi.

Bakımevinde çoğunlukla uygulanan girişim kategorilerinden bir diğeride vaka yönetimiydi. Vaka yönetiminin en sık uygulandığı problemler; kişisel bakım, ağrı, deri ve sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemlerine yönelikti. Kişisel bakım problemlerinde

en fazla vaka yönetimi yapılan girişim, profesyonel olmayan bakım yardımının koordinasyonunun sağlanması idi. Profesyonel olmayan bakım yardımı, bakımevinde çalışan bakım destek personellerinin bu probleme yönelik koordinasyonunun sağlanması bakımevinde hemşirenin sıklıkla yaptığı bir uygulamaydı.

Bakımevinde ağrı ve dolaşım problemlerinde en fazla vaka yönetimi yapılan girişim, tıbbi bakımın düzenlenmesiydi. Tıbbi bakımın düzenlenmesi, hasta ile ilgili hekimle iletişime geçip hastada varolan belirti-bulguya göre tedavisinin düzenlenip uygulanmasını içeriyordu. Deri problemiyle ilgili yapılan vaka yönetimi, dayanıklı tıbbi cihazların temini ve koordinasyonu ile ilgili olup, havalı yatakların temini, bakımı ve sorunlarının giderilmesi girişimlerini içeriyordu.

Sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemlerinde en fazla vaka yönetimi yapılan girişim ise fizik tedavi bakımı ile ilgili koordinasyonunun sağlanmasıydı. Fizik tedavi bakımının koordinasyonu kurum bünyesinde hizmet veren fizyoterapistler, bakım destek personeli ve bununla ilişkili bakım aktivitelerinin koordinasyonunu içeriyordu. Sürekli fizyoterapistlerle iş birliği içinde olunması hastaların rehabilitasyonunda önemli bir faktördü. Martin ve arkadaşları (1993) evde bakım hastalarında yaptıkları çalışmada, sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemine yönelik en fazla sürveyans kategorisini belirlemişlerdir. Bakımevinde ise hasta yaşlılarda sinir kas-iskelet fonksiyonu problemine yönelik en fazla vaka yönetimi girişimlerinin belirlenmesi, bu kurumda sürekli fizyoterapi hizmetlerinin bulunması ve buna yönelik girişimlerin sıklıkla uygulanması olarak açıklanabilir.

Yaşlı bireylere bakımevinde yapılan tedavi ve işlem kategorisindeki girişimler tüm girişimler içinde üçüncü sırada bulundu. Tedavi ve işlemin en sık uygulandığı problemler; solunum fonksiyonu, kişisel bakım ve üriner fonksiyondu. Solunum fonksiyonu problemlerinde tedavi ve işlem kategorisinde sıklıkla uygulanan girişimler aspirasyon ve nebulizatör uygulamasıydı.

Kişisel bakım problemlerinde tedavi ve işlem kategorisinde en sık uygulanan girişimler uygun kişisel bakım hizmetlerinin sunulmasıydı. Uygun kişisel bakım hizmetleri, hemşire ve bakım destek personelinin kişisel hijyen bakımıyla ilgili uyguladığı tüm girişimleri kapsıyordu. Her bireyin gereksinimine uygun sunulan kişisel

bakım hizmetleri; günlük bakım gereksinimleri, saç bakımı, vücut banyosu, ağız bakımı gibi bireyin tüm hijyenik bakımıyla ilgiliydi.

Üriner fonksiyon problemiyle ilgili tedavi ve işlem kategorisinde en sık uygulanan girişimler mesane bakımıydı. Mesane bakımı; kateter uygulama, çıkarma, değiştirme ve kateter bakımı uygulamalarını içeriyordu.

Bakımevinde uygulanan eğitim, rehberlik ve danışmanlık kategorisindeki girişimler tüm girişimler içinde en az oranda bulundu. Bu durum bakımevindeki yaşlıların çoğunluğunun bilinci yerinde olmayan bireyler olmasıydı.

Yapılan ERD girişimleri çoğunlukla hasta yakınlarına yönelikti. ERD kategorinde en fazla girişim yapılan problemler; beslenme, sindirim-hidrasyon ve üzüntü problemiydi. Beslenme ve sindirim-hidrasyon problemlerine yönelik ERD kategorisindeki girişimler sıklıkla diyet yönetimi ile ilgiliydi. Diyet yönetimi; en fazla yaşa ve fiziksel duruma uygun beslenme gereksinimleri, temel beslenme planına uyma, yiyeceklerin yapısı ve özelliği ile ilgili ERD girişimlerini içerdi.

Üzüntü problemine yönelik en sık uygulanan ERD girişimleri son dönem hastaların yakınlarına sunulan hizmetleri içerdi. Bu hizmetler, üzüntü tepkileri ile başetmede güçlük yaşayan hasta yakınlarına, hastanın durumu ve uygulanan girişimler hakkında bilgi verilmesiydi. Ayrıca yaşamı bakımevinde sonlanan hastalarla ilgili izlenecek yol hakkında yakınlarına yönelik yönlendirme ve danışmanlık işlemleride bu problemle ilgili idi.

- **Bakım sonuçlarına yönelik bulgular**

Yaşlılara yönelik olarak hemşirelik girişimleri ve bakım sonuçları Omaha sisteminde problem değerlendirme ölçeği kullanılarak yapıldı. Beş maddeli likert tipi ölçek olan bu değerlendirme aracı, tüm problemlere yönelik 1'den 5'e kadar puan verilerek bilgi, davranış ve durum düzeyinde değerlendirme yapmaya imkan sağlamaktadır.

Problemlerin istatistiksel olarak değerlendirmelerinde ilk ve son puan ortalamaları eşlenmiş t-testi ve wilcoxon işaret testi ile karşılaştırıldı. Bakım sonuçlarındaki gelişmeler 7 problemde anlamlı düzeyde bulundu. Yaşlılara yönelik girişimlerde ilk ve son hemşirelik değerlendirmelerinin; ağrı, deri, sinir-kas-iskelet

fonksiyonu, dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, kişisel bakım problemlerinde anlamlı düzeyde gelişme olduğu bulundu. Anlamlı bulunan sonuçların tümü durum düzeyindeki değerlendirmelerde oldu. Problem değerlendirme ölçeğinde sadece durum düzeyindeki değerlendirmelerde gelişme olması yaşlılara yönelik davranış ve bilgi düzeyindeki girişimlerin etkili olmadığı veya bu düzeyde değerlendirme yapılamaması ile ilgili olduğu düşünüldü.

Bakımevinde, çalışma grubundaki hasta özellikleri değerlendirildiğinde çoklu kronik hastalığı olan, çoğunlukla yatağa bağımlı ve son dönem hastalarının olduğu düşünülürse bakım sonuçlarında sadece durum düzeyinde iyileşme olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Çalışma bulguları, bağımlılık düzeyi yüksek ve yatağa bağımlı hastalara yönelik uygun hemşirelik girişimleri planlanıp uygulandığında, bu grupta olumlu değişimlerin olabileceğini de göstermiştir. Bakım sonuçları, bakımevinde bu grup hastalara yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin daha çok ağrı, basınç yarası, hareket, sindirim, boşaltım ve kişisel hijyen problemlerinde daha başarılı olduğunu göstermektedir. Ayrıca bakım verilen yaşlı grubunda bakım sonuçlarının değerlendirilebilmesi ve sonuçların olumlu olması Omaha sisteminin bu alanda kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışma kapsamında, bakımevinde kalan yaşlıların bakım sorunları/gereksinimlerinin en fazla *fizyolojik alanda* olduğu, bakım gereksinimlerine yönelik çoğunlukla *sürveyans ve vaka yönetimine* ilişkin hemşirelik girişimlerinin seçildiği ve planlandığı, bakım sonuçlarındaki istatistiksel değerlendirmelerde uygulanan girişimler sonucunda ağrı, deri, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, kişisel bakım problemlerinde anlamlı düzeyde gelişme olduğu bulundu.

Bu çalışma, bakımevlerinde çalışan sağlık profesyonellerine yaşlı bakımı konusunda, kurumlarda çalışan yöneticilere; iş gücünün planlanmasında ve bakımın kalitesinin ölçülmesinde önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda başlıca öneriler şunlardır;

- Kurumsal bakım hizmeti sağlayan kurumlardan biri olarak bakımevlerinde bakım alan hastaların sağlık sorunları/gereksinimlerini, hemşirelik girişimleri ve bakım sonuçlarını değerlendirmek için omaha hemşirelik sınıflama sistemi kullanılabilir ve OHEBİS bu sistemi kullanmada profesyonellere kolaylık sağlayabilir.
- Bakımevlerinde kalan yaşlılarda bakım gereksinimlerini, hemşirelik girişimleri ve sonuçları farklı örneklem gruplarında daha ayrıntılı incelenmelidir



## 7. KAYNAKLAR

Ağbaht, K., Cankurtaran, M. (2006). Yaşlıda Tinnitus, İşitme Azlığı, Vertigo. İçinde; Arıoğul, S. (Edt.), Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal & Nobel yayın basım.

Akdemir, N. (2004). Gerontoloji ve Geriatri Hemşireliği Eğitimi. 3. Ulusal Geriatri Kongresi, 1-15 Eylül, Marmaris.

Akdemir, N., Özdemir, L. (2006). Evde bakım sistemleri ve ülkemizde yaşlı sağlığı hizmetleri. S. İçinde; Arıoğul (Edt.), Geriatri ve Gerontoloji, MN Medikal&Nobel yayınları, 1. baskı, Ankara, 25-35.

Akgün, S. , Bakar, C. , Budakoğlu, İ. (2004). Dünyada ve Türkiye’ de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri, *Türk Geriatri Dergisi*, 7(2), 105-110.

Akın, B., Seviş, Ü., Karataş, N. (2001). Türkiye'de Gerontoloji Eğitimi: Bir Sertifika Eğitim Programı Geliştirme Çalışması-Programın Dayandığı Temeller, Deneyimler Ve Eğitim Programı Önerisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1), 33-39.

Arslan, Ş. , Gökçe Kutsal, Y. (1999). Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma. *Türk geriatri dergisi*, 2(3); 103-113.

Aştı, N. (2004). Yaşlı Ruh Sağlığı ve Bakımı. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Yaşlı bireyin bakımı paneli. Erişim: 12.11.2010  
<http://www.medimagazin.com.tr/authors/nesrin-asti/tr-yasli-ruh-sagligi-ve-bakimi-I--72-37-583.html>

Bıyıklı, K. (2006). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda düşme ile ilişkili faktörler: demografik özellikler, sağlık sorunları ve kullanılan ilaçlar. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul.

Bilir, N. , Subaşı, P.N. (2006). Yaşlılık Sorunları. İçinde Akın, L. & Güler, Ç. (Edt.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler (s.1020-1031). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Büyükcoşkun, A. (1998). Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımları. Erefe, İ. (Edt). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları.

Brooten, D., Youngblut, J.M., Deatrick, J., Naylor, M., York, R. (2003). Patient Problems, Advanced Practice Nurse (APN) Interventions, Time and Contacts Among Five Patient Groups. *Journal of Nursing Scholarship*. 35 (1):73-79.

Centers for disease control and prevention [CDC] (2009). The National Nursing Home Survey: 2004 Overview, Vital and Health Statistics. Erişim tarihi :12.06.09, <http://www.cdc.gov/nchs/nnhs.htm>

Canadian Nurses Association (CNA) (2003). International Classification for Nursing Practice: Documenting Nursing Care and Client Outcomes. *Nursing Now*, 14, 1-4.

Cankurtaran, M., Arıoğul, S. (2008). Yaşlının Bakımı. İçinde Arıoğul, S. (Edt.) İç Hastalıkları, 15. Bölüm. 1. Baskı, Ankara: MN Medikal & Nobel kitap.

Çakar, M., Cankurtaran, M. (2006). Geriatrik popülasyonda kas-iskelet sistemindeki Fizyolojik değişimler, İçinde Arıoğul, S. (Edt.), Geriatri ve Gerontoloji Ankara : MN medikal & Nobel yayın basım.

Danış, M. Z. (2004). Yaşlıların evde bakım gereksinimleri ve evde bakıma ilişkin düşünceleri, Güç-vak yayınları, Ankara.

Dişçigil, G. (2009). Geriatrie sık karşılaşılan sorunlar. *Sağlıklı yaşam tarzı dergisi*, 3: 7-13. Erişim: 27.11.2010, [http://www.sytd.org/Dergi/Sayi\\_3/Makale\\_2/2-geriatrie.pdf](http://www.sytd.org/Dergi/Sayi_3/Makale_2/2-geriatrie.pdf)

Er, D. (2009). Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat sağlık hizmetleri dergisi*, 4(11). Erişim:22.12.2010, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltdortsayionbir/131-144%20er11.pdf>

Erdil, F. (2010). Yaşlanma nedeniyle gelişen fiziksel, fonksiyonel, bilişsel ve psikososyal değişiklikler, 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Geriatri hemşireliği kursu, İzmir.

Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. ve ark. (2005). Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayın no:4588, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Erdoğan, S., Esin, N. (2006). The Turkish version of the omaha system: Its use in practice- based family nursing education. *Nurse education today*, 26, 396-402.

Erdoğan, S., Nahcivan, Ö.N., Esin, M.N., Çalışkan, M., Demirezen, E., Coşansu, G. (1996). Omaha sistemi hemşirelik sınıflandırma modelinin halk sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılması. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Erzurum, 22-24 Haziran, 122-129.

Emiroğlu, V. (1995). Yaşlılık ve yaşlının sosyal uyumu, Ankara: Şafak matbaacılık.

Garces, J., Rodenas,F., Sanjose, V. (2004). Care needs among the dependent population in Spain: an emprical aproach, *Health and social care in the community*, 12(6), 466-474.

Garvin, J.H., Martin, K.S., Stassen, D.L, Bowles, K.H. (2008) "Omaha System: Coded Data That Describe Patient Care." *Journal of AHIMA* 79(3) : 44-49. Erişim: 13.04.2010,[http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1\\_036867.hcsp?dDocName=bok1\\_036867](http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_036867.hcsp?dDocName=bok1_036867)

Gökçe-Kutsal, Y. (2007). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları Bölüm 1. İçinde: Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve uygulama merkezi.

Gözüm, S., Tan, M. (2003). Birinci basamak sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları, *Türk Geriatri Dergisi*, 6(1): 14-21.

Halil, M.G. (2006). Yaşlılık ve İmmun Sistem. İçinde Arıoğul, S. (Edt.), Geriatri ve Gerontoloji. Ankara : MN Medikal & Nobel yayın basım.

Hazer, O. (...). Yaşlanan nüfusta yaşlılık ve ailede bakım. Erişim:25.12.2010. [http://yaslilikplatformu.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1242:yaşlanan-nufusta-yaslilik-ve-ailede-bakim&catid=109:makaleler&Itemid=621](http://yaslilikplatformu.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1242:yaşlanan-nufusta-yaslilik-ve-ailede-bakim&catid=109:makaleler&Itemid=621)

Hing, E., Bloom, B. (1991). Long term care for the functionally dependent elderly. *American Journal of Public Health*, 81(2).

İçli, G. (2008). Yaşlılar ve Yetişkin Çocuklar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1): 29.

Karadakovan, A. (2010). Yaşlanma Nedeniyle Gelişen Değişikliklere ve Yaşlılarda Sık Görülen Kronik Hastalıklara Yönelik Bakım. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Geriatri hemşireliği kursu, İzmir.

Konak, A., Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1) :23-63.

Lifrieri, R., LaMonica, S.D. (2003). Geriatric Nursing. In T.S. Dharmarajan & R.A. Norman (Eds.) , *Clinical Geriatrics* (pp. 193-201), UK: A.CRC Press company.

Martin, K. S. (2005). The Omaha System: A Key to Practice Documentation and Information Management. 2nd edition. USA: Elsevier.

Martin, K. S. (1993). Home Health Clients: Characteristics, Outcomes of care and Nursing Interventions. *American Journal of Public Health*; 83 (11): 1730-1734.

Maurer, F.A., Smith, C.M. (2009). Older Adults in the Community. Community and Public Health Nursing Practice. (4. edition). Canada: Saunders Elsevier.

Miller, C. A. (1999). Nursing Care of Older Adults Theory & Practice. (3. edition). Philadelphia: Lippincott.

Nalbant, S. (2007). Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. *Medicus Online Dergi*, Erişim: 22.12.2010, <http://www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm>

Naylor, M.D., Bowles, K.H., Brooten, D. (2000). Patient Problems and Advanced Nurse Interventions During Transitional Care. *Public Health Nursing*, 17(2), Blackwell Science.

Okumuş, H. (2002). 3. Basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı bakımı. 1. Ulusal Geriatri Kongresi. 30 Ekim- 3 Kasım 2002. Belek, Antalya.

Öz, F. (2000). Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açından Gözden Geçirme. *Kriz dergisi*, 10 (2): 17-28.

Öztop, H. , Şener, A. , Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*; (1):39-49

Seyyar, A. (2005). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri. *Öz veri dergisi*: 2(1): 377- 503.  
<http://www.ozida.gov.tr/?menu=ozveri&sayfa=ov3/ov3yaslibakim>

Soygür, H. (2000). Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psikolojik değerlendirme. *Demans Dizini*, 1:32-40

Stone, I. R. , Milbank. ‘ Long term care for the elderly with disabilities. Current policy, Emerging trends and implications fort the twenty first century’.

Şahin, G. (2006). Yaşlıda nörolojik muayene. İçinde Arıoğul, S. (Edt.), *Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara : MN Medikal & Nobel yayın basım.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). Hıfzısıhha mektebi müdürlüğü, 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, Erişim: 23.07.2010.  
<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200801212206080.hedef.pdf>

Tekin, N. (2010). Yaşlı Bakım ve Dinlenme Evlerinde Güncel Durum. 4. Ulusal Geriatri Kongresi. 1-4 Nisan: İzmir.

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), Yaşlı Hizmetleri, Erişim: 20.11.2010, <http://www.shcek.gov.tr/yasli liga-genel-bakis.aspx>

Türkiye istatistik kurumu, Demografi ve nüfus projeksiyonları (2008) Erişim: 19.06.09, [http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=39&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11)

TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim: 18.06.09.

<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm>.

Uluç, S., Cangöz, B. (2006) Yaşlının psikolog tarafından değerlendirmesi. İçinde; Arıoğul, S. (Edt.), Geriatri ve Gerontoloji. Ankara : MN Medikal & Nobel yayım basım.

United Nations (UN) (2009). World Population Aging, Erişim: 04.03.2010.

<http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>

Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Araştırması, Hastalık Yüğü Final Rapor – (2004). T. C. Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Erişim: 02.06.2010.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>.

Westley, C., Fletcher, K.R. (2004). Health of older adults. Stanhope, M., Lancaster, J. (Eds.), Community & Public health nursing ( pp. 700-715). USA: Mosby.

World Health Organization [WHO] (1998). World Health Report , Life in the 21st century, Avision for all. Geneva.

World Health Organization [WHO] (2001). Definition of an older or elderly person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Erişim: 27.12.2010.

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> .

World Health Organization [WHO] (2003). World Health Report, Shaping the future, Geneva.

World Health Organization [WHO] (2009). The world is ageing fast - Have we noticed? Erişim: 27.12.2010. <http://www.who.int/ageing/en/i444ndex.html>.

Yavuz, B. , Nazlı, N. (2006) Yaşlanmaya bağlı Kardiyovasküler sistemde meydana gelen yapısal, fizyolojik değişiklikler ve genel özellikler. İçinde; Arıoğul, S. (Edt.), Geriatri ve Gerontoloji. Ankara : MN Medikal & Nobel yayın basım.

Yılmaz, R. , Altun, B. (2006). Brek ve yaşlanma. İçinde; Arıoğul, S. (Edt.), Geriatri ve Gerontoloji. Ankara : MN Medikal & Nobel yayın basım.

Yu, F., Lang, N.M. (2008). Using the Omaha System to Examine Outpatient Rehabilitation Problems, Interventions and Outcomes Between Clients With and Without Cognitive Impairment. *Rehabilitation Nursing*, 33 (3): 124-131.



## **8. EKLER**

**Ek-1: Yaşlı Bakım Merkezi Kayıt Formu**

**Ek-2: Omaha Veri Toplama Formu**

**Ek-3-11: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri**

**Ek-4: Kurum İzni**

**Ek-1: Kayıt Formu****Bireyin adı-soyadı:****Cinsiyet:** Kadın  Erkek**Ailedeki konumu:** Anne  Baba  Diğer.....**Doğum tarihi:** ...../...../.....**Eğitim Durumu:** Okur-yazar  Lise mezunu  
 İlkokul mezunu  Üniversite ve üstü  
 Ortaokul mezunu**Medeni Durumu:** Evli  Bekar  Dul**Sağlık sigortası:** Var  Yok**Primer tıbbi tanısı :****Sekonder tıbbi tanıları:****Bakım merkezinde kalış süresi:****Yaşam bulguları:**

Tarih	Ateş	Tansiyon	Nabız	Solunum
.../.../....				
.../.../....				
.../.../....				



### Ek-3.1: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Kart Tarihi :</b> 26.11.2010	<b>Birey No :</b> 31	<b>Tarih</b> 26.11.2010
<b>Doğum Tarihi :</b> 01.07.1934	<b>Erkek</b>	<b>Medeni Durumu :</b> Dul	
<b>Cinsiyet :</b> Erkek			

#### 1. PSL TANILAMA

<b>Alan :</b> FIZYOLOJİK ALAN
-------------------------------

<b>Problem</b> Bağırsak Fonksiyonu
------------------------------------

<b>Problem Sınıflama Listesi</b>	<b>Yüksek Öncelikli</b>
defekasyon sıklığında/ dışkı kıvamında anormallik	

#### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

3	4	2	Du 2 ciddi: 4 gündür def. çıkamıyor, konstipe
3	4	4	Du 4 çok az düzeyde: hasta uygun girişimden sonra

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

<b>Kategori :</b> TI	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	5. Bağırsak bakımı	Lavman
<b>Kategori :</b> ERD	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	5. Bağırsak bakımı	Konstipasyonu önleme
<b>Kategori :</b> SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	10. Belirti-bulgular_fiziksel	Dışkının rengi, sıklığı ve kıvamında değişiklik

## Ek-3.2: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Kart Tarihi :</b> 23.11.2010	<b>Birey No :</b> 15	<b>Tarih</b> 23.11.2010
<b>Doğum Tarihi :</b> 01.01.1938	<b>Medeni Durumu :</b> Evli		
<b>Cinsiyet :</b> Erkek			

### 1.PSL TANILAMA

Alan : SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Problem : *Kişisel Bakım*

Problem Sınıflama Listesi

Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/yapmayı istememe/yapam Yüksek Öncelikli

### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

--	--	2	DU2 ciddi: hijyenik gereksinimleri tam bağımlı
--	--	2	DU2 ciddi: hijyenik gereksinimleri tam bağımlı

### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

Kategori : VY

Hedefler  
59. Profesyonel olmayan b Bakım verenlerin koordinasyonu

Kategori : T1

Hedefler  
59. Profesyonel olmayan b Uygun kişisel bakım hizmetleri sunma

Kategori : SV

Hedefler  
49. Kişisel hijyen Vücut temizliği  
49. Kişisel hijyen Vücut kokusu  
49. Kişisel hijyen Giysilerin durumu

Kategori : T1

Hedefler  
49. Kişisel hijyen Bireye Özel Girişimler  
Ağız bakımı

### Ek-3.3: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı</b> : [REDACTED]	<b>Kart Tarihi</b> : 23.11.2010	<b>Birey No</b> : 15	<b>Tarih</b> : 23.11.2010
<b>Doğum Tarihi</b> : 01.01.1938	<b>Medeni Durumu</b> : Evli		
<b>Cinsiyet</b> : Erkek			

<b>1. PSL TANILAMA</b>	
<b>Alan</b> : FIZYOLOJİK ALAN	
<b>Problem</b> : Deri	
<b>Problem Sınıflama Listesi</b> : lezyon / bası yarası	Yüksek Öncelikli

<b>2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği</b>			
--	--	1	DU1 çok ciddi: Evre 4 bası yarası var
--	--	4	DU4 Çok az düzeyde: Evre 1 bası yarası var

<b>3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA</b>		
<b>Kategori</b> : SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	17. Deri bakımı	Cilt (yapısı, bütünlüğünün bozulmasını önlemek/ cildi kuru)
	17. Deri bakımı	Bölgeyi temiz ve kuru tutmak
<b>Kategori</b> : TI	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	17. Deri bakımı	Losyon/krem/ yağ
<b>Kategori</b> : SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	58. Pozisyon verme	Bası maruziyetini azaltmak ve fonksiyonu geliştirmek için
	58. Pozisyon verme	Pozisyonu sürdürmek için yastık yada diğer destekleyicilerle
	72. Yara Bakımı Pansumal	Yara bölgesinin değerlendirilmesi
<b>Kategori</b> : VY	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	72. Yara Bakımı Pansumal	Diğer

### Ek-3.4: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Tarih</b> 23.11.2010
<b>Doğum Tarihi :</b> 25.02.1949	<b>Kart Tarihi :</b> 23.11.2010
<b>Cinsiyet :</b> Kadın	<b>Birey No :</b> 16
	<b>Medeni Durumu :</b> Evli

#### 1. PSL TANILAMA

**Alan :** FIZYOLOJİK ALAN

**Problem** Konuşma ve Dil

Problem Sınıflama Listesi  
konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik / konuşamama Yüksek Öncelikli

#### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

--	3	2	DU2 ciddi: Hasta konuşamaması, isteklerini iletemer
--	4	3	DU3 orta düzeyde: Hasta sözsüz iletişimi öğrendi dal

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

**Kategori :** TI

**Bireye Özel Girişimler**

26. Egzersiz	Konuşma egzersizleri
26. Egzersiz	Ağız -yüz egzersizleri

**Kategori :** VY

**Bireye Özel Girişimler**

21. Dil ve konuşma bozukluğu	Dil ve konuşma bozukluğu hizmetleri
------------------------------	-------------------------------------

**Kategori :** SV

**Bireye Özel Girişimler**

46. İletişim	Dili kavrama ve konuşma
--------------	-------------------------

### Ek-3.5: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Tarih</b> 23.11.2010	
<b>Doğum Tarihi :</b> 25.02.1949	<b>Kart Tarihi :</b> 23.11.2010	<b>Birey No :</b> 16
<b>Cinsiyet :</b> Kadın	<b>Medeni Durumu :</b> Evli	

#### 1. PSL TANILAMA

**Alan :** SAĞLIK DAVRANIŞLARI

**Problem** Uyku ve Dinlenme Düzeni

<b>Problem Sınıflama Listesi</b>	<b>Yüksek Öncelikli</b>
uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi	
<b>2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği</b>	
-- 3 DU3 orta düzey:	
-- 5	

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

**Kategori :** SV

**Hedefler** **Bireye Özel Girişimler**

- |                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| 22. Dinlenme ve uyku | Gündüz/ gece düzeni            |
| 22. Dinlenme ve uyku | Rahatlık/ konfor için pozisyon |
| 22. Dinlenme ve uyku | Uygun çevre                    |



### Ek-3.6: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

Hasta Adı Soyadı : [REDACTED]	Tarih 23.11.2010	
Doğum Tarihi : 25.02.1949	Kart Tarihi : 23.11.2010	Birey No : 16
Cinsiyet : Kadın	Medeni Durumu : Evli	

#### 1. PSL TANILAMA

Alan : FIZYOLOJİK ALAN

Problem Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu

Problem Sınıflama Listesi

yürüme / hareket etme güçlüğü

Yüksek Öncelikli

#### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

--	4	2	DU2 ciddi : Sadece yatak içi hareket edebiliyor	<input type="checkbox"/>	DA
--	5	3	Du3 Orta düzey:Hasta destekle ve özel aparatlarla yi		

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

Kategori : VY

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- 33. Fizik tedavi bakımı Hizmet verenler arası koordinasyonu sağlama
- 4. Araç-gereçler Kişiyi uyumlaştırılmış giysi ve ayakkabı
- 16. Dayanıklı tıbbi araçlar Egzersiz/ hareket araçları

Kategori : SV

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- 38. Hareket/transfer Yatak içi hareketleri

## Ek-3.7: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Tarih</b> 26.11.2010
<b>Doğum Tarihi :</b> 01.02.1933	<b>Kart Tarihi :</b> 11.03.2010
<b>Cinsiyet :</b> Kadın	<b>Birey No :</b> 3
	<b>Medeni Durumu :</b> Evi

**1.PSL TANILAMA**Alan : **PSIKOSOSYAL ALAN**

Problem

Mental Sağlık

Problem Sınıflama Listesi  
huzursuz/ ajite/ saldırgan

Yüksek Öncelikli

**2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği**

--	1	2
--	4	4

**3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA**

Kategori : VY

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

36. Günlük bakım/sürekli b Sürekli günlük bakımı planlama  
19. Destek sistemi Aile/ arkadaşlar

Kategori : SV

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

11. Belirti-bulgular\_mental Semptomların ciddiyeti/ sıklığı  
4. Araç-gereçler Diğer

### Ek-3.8: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Kart Tarihi :</b> 25.11.2010	<b>Birey No :</b> 17	<b>Tarih</b> 25.11.2010
<b>Doğum Tarihi :</b> 22.04.1923	<b>Medeni Durumu :</b> Dul		
<b>Cinsiyet :</b> Kadın			

#### 1. PSL TANILAMA

**Alan :** FIZYOLOJİK ALAN

**Problem** Ağrı

Problem Sınıflama Listesi rahatsızlık/ağrı ifade etme		Yüksek Öncelikli
--	--	------------------

#### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

--	--	2	DU2 Ciddi : Ağrı yakınması şiddeti
--	--	3	DU3 Orta Düzey : Ağrısı orta düzeyde ifade ediyor

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

<b>Kategori :</b> VY	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	67. Tıbbi /Diş bakımı	Tedavi planı

<b>Kategori :</b> SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	58. Pozisyon verme	Rahatlama için pozisyon değiştirme
	10. Belirti-bulgular_fiziksel Ağrı (yeri, süresi, sıklığı, şiddeti, ağrı kontrolü)	

### Ek-3.9: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

Hasta Adı Soyadı : [REDACTED]	Tarih 25.11.2010	
Doğum Tarihi : 15.07.1939	Kart Tarihi : 25.11.2010	Birey No : 22
Cinsiyet : Kadın	Medeni Durumu : Dul	

#### 1. PSL TANILAMA

Alan : SAĞLIK DAVRANIŞLARI
Problem Beslenme

Problem Sınıflama Listesi
düşük kilo (yelişkinlerde BKI'nin 18.5 ve altında, çocuklarda BKI'nin 5. pe Yüksek Öncelikli
<b>2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği</b>
3 2 2
3 4 3

<b>3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA</b>		
Kategori : SV	Hedefler	Bireye Özel Girişimler
	10. Beliri-bulgular_fiziksel	Antropometrik değerler (boy, tartı, bel çevresi, BKİvb.)
Kategori : ERD	Hedefler	Bireye Özel Girişimler
	24. Diyet yönetimi	Temel beslenme planına uyma
	24. Diyet yönetimi	Yiyeceklerin yapısı, özelliği

## Ek-3.10: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	Tarih	20.12.2010
<b>Doğum Tarihi :</b> 10.03.1914	<b>Kart Tarihi :</b> 25.11.2010	<b>Birey No :</b> 24
<b>Cinsiyet :</b> Erkek	<b>Medeni Durumu :</b> Evli	

**1. PSL TANILAMA**

Alan : PSIKOSOSYAL ALAN

Problem Üzüntü

Problem Sınıflama Listesi  
 Üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük

Yüksek Öncelikli

**2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği**

--	--	2
--	--	3

**3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA**

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

74. Yaşam Sonu Bakımı Morg/ cenaze/ cenaze töreni/ mezarlık işlemleri

74. Yaşam Sonu Bakımı Diğer

## Ek-3.11: OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> ██████████	<b>Tarih</b> 26.11.2010
<b>Doğum Tarihi :</b> 01.01.1925	<b>Kart Tarihi :</b> 26.11.2010
<b>Cinsiyet :</b> Kadın	<b>Birey No :</b> 29
	<b>Medeni Durumu :</b> Dul

### 1. PSL TANILAMA

**Alan :** FIZYOLOJİK ALAN

**Problem** Dolaşım

Problem Sınıflama Listesi  
ödem

Yüksek Öncelikli

### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

--	--	3	Du 3 orta düzey: Hasta hareketsiz ve idrar çıkışları iy
--	--	4	Du 3 orta düzey: Hasta hareketsiz ve idrar çıkışları iy

### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

**Kategori :** SV

**Hedefler** **Bireye Özel Girişimler**

10. Belirti-bulgular\_fiziksel Asit/ ödem

10. Belirti-bulgular\_fiziksel Aldığı- çıkardığı/sıvı dengesi

**Kategori :** VY

**Hedefler** **Bireye Özel Girişimler**

67. Tıbbi /Diş bakımı Tedavi planı

**Kategori :** SV

**Hedefler** **Bireye Özel Girişimler**

58. Pozisyon verme Ekstremitelerin yükseltilmesi

**EK 4: Kurum İzni**

Sayın Seda Dilli,

15 Aralık 2009

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda Halk Sağlığı ve Hemşireliği alanında yaptığınız yüksek lisans programında, "Bir Bakım Merkezinde Kalan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Sonuçları: Omaha Sistemine Dayalı Bir Çalışma" konulu tezinizi kuruluşumuzda yapmanız tarafımızdan uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Saygılarımızla,

Etem Alnigeniş  
Genel Müdür

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Seda	<b>Soyadı</b>	Dilli
<b>Doğ.Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğ.Tar.</b>	21.06.1985
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	39728035322
<b>Email</b>	<a href="mailto:seda.d34@hotmail.com">seda.d34@hotmail.com</a>	<b>Tel</b>	0555 2637133

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Lisans</b>	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2007
<b>Lise</b>	Kadıköy Lisesi	2003

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
<b>1.</b>	Hemşire	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	2008-.....
<b>2.</b>	Genel Yoğun Bakım Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	2007-2008

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	76.250	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	59.3	65.0	68.8
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows Office (Word,Excel,Powerpoint)	İyi



## **Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri**

### **Poster Bildirileri**

- Özbaş, A.,Tüfek, F., Yılmaz, Dilli, S., Çetinkaya, F., Özdursun, T. (2005). Üniversitede okuyan kız öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) konusunda duyarlılıklarının saptanması. 4. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 3-5 Mayıs 2005, Ordu.
- Çavdar, İ., Dilli, S., Tüfek, F., Özdursun, T., Çetinkaya, F., Yılmaz, S. (2005). Üniversitede okuyan erkek öğrencilerin kendi kendine testis muayenesi (KKTMM) konusunda duyarlılıklarının saptanması. 4. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 3-5 Mayıs 2005, Ordu.
- Demirezen, E., Dilli, S., Çetinkaya, F., Özdursun, T. (2007). Okullarda Şiddet: Adölesanlar Arasında Uygulanan Şiddet Türleri, Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 26-29 Haziran 2007, İstanbul.

### **Sözel Bildiriler**

Dilli, S., Değişim Programlarına İlişkin Öğrenci Deneyimleri Paneli, Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 26-29 Haziran 2007, İstanbul.

### **Sertifikaları**

- 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Katılım Sertifikası, 1-4 Nisan 2010, İzmir.
- 14. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi Katılım Sertifikası, 23-27 Nisan 2008, Ankara.
- Kasımpaşa Askeri Hastanesi, Tıbbi İleri Yaş Sorunları Sempozyumu Katılım Belgesi, 7 Kasım 2008, İstanbul.
- 3M Sağlık Ürünleri Grubu, İleri Yara Bakımı Eğitimi Katılım Sertifikası, 30 Nisan 2009, İstanbul.
- Anadolu Sağlık Merkezi Konferansları, Hastalık Yönetimi Sempozyumu Katılım Belgesi, 1 Ekim 2009, Kocaeli.
- 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Katılım Sertifikası, 20-23 Nisan 2008, İstanbul.
- 19. Kalp Haftası Kardiyoloji ve Kalp Cerrahisi Hemşireliği Katılım Sertifikası, 8 Nisan 2007, İstanbul.

### **Katıldığı Programlar**

Erasmus Öğrenci Değişim Programı, 18 Ağustos- 22 Kasım 2005, Bergen, Norveç.

### **Kurslar**

Geriatri Hemşireliği Kursu, 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, 1-4 Nisan 2010, İzmir.

### **Ödülleri**

Prof. Dr. Perihan Velioğlu Hemşirelik Fonu Teşvik Ödülü, 16 Mayıs 2005.

#### **Özel İlgi Alanları (Hobileri):**

İnternette araştırma yapmak, gezilere katılmak, scuba diving.