



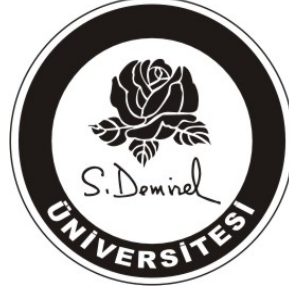
T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ISPARTA İLİ KEÇİBORLU İLÇESİNDEKİ YAŞLILARDA  
EV KAZALARI SIKLIĞI VE KONUT DURUMUNUN  
BUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**EYLEM DÜNDER BUDAK  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. MUSTAFA ÖZTÜRK**

**Tez No:  
2008 – ISPARTA**



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ISPARTA İLİ KEÇİBORLU İLÇESİNDEKİ YAŞLILARDA  
EV KAZALARI SIKLIĞI VE KONUT DURUMUNUN  
BUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**EYLEM DÜNDER BUDAK  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. MUSTAFA ÖZTÜRK**

**Tez No:  
2008 – ISPARTA**

Kabul onay sayfası

## ÖNSÖZ

Yaşlı bireylerin yaşadıkları sorunların önemli bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır. Bu çalışmada 60 yaş ve üstü yaş grubu olarak kabul edilen yaşlı bireylerin sağlık-sosyal durumları, bağımlılık durumları, ev kazası sıklığı ve ev kazası ile ilgili olabilecek konut faktörlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince; bilgi ve deneyimleri ile bana yardımcı olan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK'e teşekkür ederim.

Halk Sağlığı öğretim üyelerinden Sayın Doç. Dr. A.Nesimi KİŞİOĞLU'na ve Sayın Doç. Dr. Ersin USKUN'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamda değerli bilgilerini benimle paylaşan Sayın Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ'e yardımlarından dolayı teşekkürler.

Hayatımın her döneminde beni yalnız bırakmayan, benden desteklerini esirgemeyen, hep yanımda olduğunu hissettiren ve bana katlanan; dünyanın en iyi annesi canım anneme, babama ve kardeşime ne kadar teşekkür etsem azdır.

Ayrıca tam tez döneminde evlendiğim ve destekleri ile hep yanımda olan eşime sonsuz teşekkürler....

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
Kabul ve Onay.....	ii
Önsöz.....	ii
İçindekiler.....	iii
Tablo Dizini.....	vii
Şekil Dizini.....	x
Kısaltmalar.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.YAŞLILIK.....	2
2.1.1.Toplum Yaşlanması.....	3
2.1.1.1. Toplum Yaşlanmasının Göstergeleri.....	3
2.1.1.2. Dünyada Yaşlı Nüfus.....	4
2.1.1.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus.....	6
2.1.2. Yaşlıların Sorunları.....	8
2.1.2.1. Yaşlıların Sağlık Sorunları.....	9
2.1.2.1.1. Kronik Hastalıklar.....	10
2.1.2.1.2. İlaç Kullanımı.....	10
2.1.2.1.3. Bağımlılık.....	11
2.1.2.1.4. Beslenme Yetersizlikleri.....	11
2.1.2.1.5. Kazalar.....	12
2.1.2.2. Yaşlıların Sosyal Sorunları.....	12
2.1.2.2.1. Yalnızlık.....	12
2.1.2.2.2. Fizik Çevre.....	12
2.1.2.2.3. Sosyal Çevre.....	12
2.1.2.2.4. Emeklilik.....	13
2.1.2.2.5. Sosyal Güvenlik.....	13
2.2. KAZALAR.....	13
2.2.1. Kazaların Sınıflandırılması.....	14

2.3. EV KAZALARI.....	15
2.3.1. Yaşlılık ve Ev Kazaları.....	15
2.3.2. Ev Kazalarının Sınıflandırılması.....	16
2.3.2.1. Düşmeler.....	17
2.3.2.2. Yanmalar.....	20
2.3.2.3. Zehirlenmeler.....	20
2.3.2.4. Kesikler.....	20
2.3.2.5. Elektrik Çarpması.....	21
2.3.2.6. Boğulmalar.....	21
2.3.3. Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri.....	21
2.3.3.1. Ev Kazalarının Görülme Sıklığı.....	21
2.3.3.1.1. Dünyada Ev Kazalarının Görülme Sıklığı.....	21
2.3.3.1.2. Türkiye’de Ev Kazalarının Görülme Sıklığı.....	22
2.3.3.2. Kişi Özellikleri.....	22
2.3.3.2.1. Yaş.....	22
2.3.3.2.2. Cinsiyet.....	22
2.3.3.2.3. Eğitim Durumu.....	23
2.3.3.2.4. Meslek.....	23
2.3.3.2.5. Diğer Özellikler.....	23
2.3.3.3. Yer Özellikleri.....	24
2.3.3.4. Zaman Özellikleri.....	24
2.3.4. Ev Kazalarından Korunma.....	25
2.3.4.1. Genel Önlemler.....	25
2.3.4.2. Yatak Odalarında Alınabilecek Önlemler.....	26
2.3.4.3. Oturma Odalarında Alınabilecek Önlemler.....	27
2.3.4.4. Mutfakta Alınabilecek Önlemler.....	27
2.3.4.5. Banyo ve Tuvaletlerde Alınabilecek Önlemler.....	28
2.3.4.6. Yer Döşemelerinde Alınabilecek Önlemler.....	28
2.3.4.7. Merdiven ve Basamaklarda Alınabilecek Önlemler.....	29
3. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	30
4. MATERYAL ve METOD.....	31
4.1. Araştırmanın Tipi.....	31

4.2. Araştırmanın Bölgesi.....	31
4.2.1. Araştırma Bölgesinin Coğrafi Özellikleri.....	31
4.2.2. Araştırma Bölgesinin Demografik Özellikleri.....	32
4.3. Araştırmanın Evreni/Örnek Seçimi.....	33
4.4. Örneğe Ulaşma Oranı.....	33
4.5. Araştırmada Kullanılan Değişkenler.....	34
4.5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasındaki Değişkenler.....	34
4.5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasındaki Değişkenler.....	37
4.6. Veri Toplama Yöntemi.....	40
4.7. Veri Analizi.....	40
4.8. Araştırmanın Zaman Düzeni.....	41
4.9. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....	42
5. BULGULAR.....	43
5.1. Araştırmanın Birinci Aşaması.....	43
5.1.1. Yaşlıların Sosyo-demografik, Sosyo-ekonomik, Konut ve Sağlık Durumlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	43
5.1.2. Yaşlıların Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	49
5.1.3. Yaşlıların Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumunu Etkileyen Etmenlere İlişkin Analitik Bulgular.....	51
5.1.4. Yaşlıların Kaza Geçirme Durumları, Geçirilen Kazanın ve Ev Kazasının Türüne İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	63
5.2. Araştırmanın İkinci Aşaması.....	64
5.2.1. Vaka Grubunun Ev Kazası İle İlişkili Tanımlayıcı Bulguları.....	64
5.2.2. Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik, Sosyo-ekonomik ve Sağlık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	67
5.2.3. Vaka ve Kontrollerin Konut Özelliklerinin ve Konut Risk Durumlarının Karşılaştırılması.....	72
6. TARTIŞMA.....	75
6.1. Araştırmanın Birinci Aşaması.....	75
6.1.1. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik, Sosyo-ekonomik ve Konut Durumlarına İlişkin Özellikler.....	75

6.1.2. Araştırma Grubunun Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikler.....	78
6.1.3. Araştırma Grubunun Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumları.....	80
6.1.4. Araştırma Grubunun Ev Kazası Geçirme Durumu ve Ev Kazasının Türüne İlişkin Özellikler.....	84
6.2. Araştırmanın İkinci Aşaması.....	85
6.2.1. Vaka Grubundaki Yaşlıların Geçirdikleri Ev Kazası İle İlgili Özellikler.....	85
6.2.2. Yaşlılarda Ev Kazaları Geçirme Sıklığını Etkileyebilecek Özellikler .....	86
6.2.3. Ev Kazası Geçirme İle Yaşlıların Yaşadıkları Konuta İlişkin Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ..	90
7. SONUÇ.....	92
8. ÖNERİLER.....	94
ÖZET.....	96
ABSTRACT.....	98
KAYNAKLAR.....	100
EKLER.....	107
EK 1. Isparta İli Keçiborlu İlçesi Merkez ve Kırsal Bölgesindeki 60 Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlık ve Sosyal Durumlarının Belirlenmesi Veri Toplama Formu .....	107
EK 2. Araştırmanın İkinci Aşamasında Vaka ve Kontrol Grubuna Uygulanan Ev Kazası-Konut Durumunu Değerlendirme, Genel Sağlık Anketi, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Mini Mental Test Veri Toplama Formu .....	109



## TABLO DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1. Bazı ülkelerdeki doğumda beklenen yaşam süreleri.....	5
Tablo 2. Bazı ülkelerdeki toplam nüfus ve yaşlı nüfus oranları.....	5
Tablo 3. Türkiye’de yıllara göre nüfusun çeşitli yaş gruplarına göre dağılımı (%).....	7
Tablo 4. Yaş grubuna göre nüfusun dağılımı, Türkiye 1990-2003 (%).....	8
Tablo 5. Türkiye’de değişik dönemlerde doğumda beklenen yaşam süresi.....	8
Tablo 6. 2005 yılı Keçiborlu temel sağlık göstergeleri.....	32
Tablo 7. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre Dağılımı.....	44
Tablo 8. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı.....	45
Tablo 9. Araştırma grubunun yaşadığı konutun mülkiyeti ve ayrı odasının varlığına göre dağılımı.....	46
Tablo 10. Araştırma grubunun sağlık algısı, sigara ve alkol kullanma Durumuna göre dağılımı.....	46
Tablo 11. Araştırma grubunun kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımına göre dağılımı.....	47
Tablo 12. Araştırma grubunun son on yıl içinde kırık öyküsü, protez ve yardımcı cihaz kullanma ve özür durumuna göre dağılımı .....	48
Tablo 13. Araştırma grubunun temel günlük yaşam aktivitelerinde (TGYA) bağımlılık durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	48
Tablo 14. Araştırma grubunun yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde (YGYA) bağımlılık durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	50
Tablo 15. Araştırma grubunun sosyo - demografik özelliklerine göre TGYA puanları.....	51
Tablo 16. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre YGYA puanları.....	52
Tablo 17. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerine göre TGYA	

puanları .....	53
Tablo 18. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerine göre YGYA puanları.....	54
Tablo 19. Araştırma grubunun bazı sağlık özelliklerine göre TGYA puanları .....	55
Tablo 20. Araştırma grubunun son on yıl içerisinde kırık geçirme, protez ve yardımcı cihaz kullanma, özür durumuna göre TGYA puanları .....	56
Tablo 21. Araştırma grubunun bazı sağlık özelliklerine göre YGYA puanları .....	57
Tablo 22. Araştırma grubunun son on yıl içerisinde kırık geçirme, protez ve yardımcı cihaz kullanma, özür durumuna göre YGYA puanları .....	58
Tablo 23. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre temel ve yardımcı günlük yaşam aktivite puan ortalamasını etkileyen etmenler.....	60
Tablo 24. Araştırma grubunun son bir yıl içerisinde ev kazası geçirme durumuna göre TGYA ve YGYA puanları .....	60
Tablo 25. Araştırma grubunun TGYA'daki bağımlılık düzeylerine göre ev kazası geçirme durumları .....	61
Tablo 26. Araştırma grubunun YGYA'daki bağımlılık düzeylerine göre ev kazası geçirme durumları .....	62
Tablo 27. Araştırma grubunun kaza geçirme durumuna göre dağılımı.....	63
Tablo 28. Araştırma grubunun geçirdikleri kaza türüne göre dağılımı .....	63
Tablo 29. Araştırma grubunun ev kazası geçirme durumuna göre dağılımı .....	64
Tablo 30. Araştırma grubundaki yaşlıların geçirdikleri ev kazalarının dağılımı .....	64
Tablo 31. Ev kazasının türü, yeri, gün ve yıl içindeki oluşma zamanına göre dağılımı.....	65
Tablo 32. Ev kazasının sonucunun çeşitli özelliklere göre dağılımı.....	66
Tablo 33. Vaka ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	67
Tablo 34. Vaka ve kontrol grubunun sosyo-ekonomik özelliklerinin karşılaştırılması .....	68

Tablo 35. Vaka ve kontrol grubunun kronik hastalık varlığı, HT varlığı, ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, sağlık algısı, sigara alışkanlığı açısından karşılaştırılması.....	69
Tablo 36. Vaka ve kontrol grubunun kullandığı ilaç sayısı, TGYA, YGYA, GDÖ, MMT ve GSA puanları açısından karşılaştırılması.....	70
Tablo 37. Vaka ve kontrol grubunun özür durumu, protez, yardımcı cihaz kullanma, kırık geçirme açısından karşılaştırılması.....	71
Tablo 38. Vaka ve kontrol grubunun konut tipi, konut yapısı ve oda sayısı açısından karşılaştırılması.....	72
Tablo 39. Vaka ve kontrol grubunun konut risk durumlarına göre karşılaştırılması.....	73

**ŞEKİL DİZİNİ**

	<b>Sayfa No</b>
Şekil 1. Türkiye’de kaba ölüm hızı (binde), 1955-1995.....	6
Şekil 2. Türkiye’de bebek ölüm hızı (binde), 1973-2003.....	7

**KISALTMALAR**

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>ES</b>	: Emekli Sandığı
<b>BK</b>	: Bağ-kur
<b>YK</b>	: Yeşil Kart
<b>GSA</b>	: Genel Sağlık Anketi
<b>GDÖ</b>	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
<b>SMMT</b>	: Standardize Mini Mental Test
<b>TGYA</b>	: Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>YGYA</b>	: Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>TSE</b>	: Türk Standartları Enstitüsü

## 1. GİRİŞ

Yaşlılık, insan yaşamının en duyarlı ve kaçınılmaz bir dönemidir. Ortalama insan ömrünün uzamasının sonucu olarak, toplumda yaşlı nüfusunda görülen artış, yaşlıların sorunlarına önem verilmesi gerektiğini göstermektedir (1).

Yaşlıların karşılaştığı sorunların önemli bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır (1). Yaşla meydana gelen fizyolojik değişiklikler, bazı kronik hastalıkların ve unutkanlığın sık görülmesi vb. nedenlerle yaşlıların ev kazaları açısından riskli bir grup olmalarına neden olmaktadır (2). Beyin yaşlanması sonucunda nörooftalmolojik bulgular, progresif işitme kaybı, duyu değişiklikleri, postür, denge ve yürüme bozuklukları, bellek bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler de kaza riskinin artmasına katkıda bulunmaktadır (3).

Yaşlılığın bireysel özellikleri dışında, yaşadığı ev ortamı da kazaların oluşmasında önem taşımaktadır (1).

Ev kazaları her yaş grubunda görülmekle birlikte, yapılan araştırmalarda evde geçirdikleri zamanları daha fazla olduğu için, yaşlılarda diğer kazalara göre, ev kazaları daha çok görülmektedir (4).

Kazalar dünyada ve ülkemizde yüksek morbidite, mortalite, sakatlık ve iş gücü kayıplarına neden olduğu için, halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Kazalar insan sağlığı, sağlık hizmetleri, işgücü ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, maddi külfeti ve “korunabilir” olma özellikleri nedeniyle günümüzde halk sağlığının öncelikli konuları arasına girmiş, özellikle yaşlılar için ihmal edilmeyi veya yetersiz kontrolü affetmeyecek bir sağlık problemi haline gelmiştir (5).

Bu araştırma Isparta ili Keçiborlu ilçesindeki yaşlı bireylerin sağlık ve sosyal durumlarının belirlenmesi, yaşlı bireylerin son bir yıl içerisinde ev kazası geçirme sıklığının belirlenmesi ve konut durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. YAŞLILIK

Yaşlılık, 60 yaşın başlangıç olarak kabul edildiği kronolojik bir kavramdır (6). Yaşlılık, fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelemeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde de tanımlanabilir (7).

Yaşlanma; zamanın geçişine bağlı olarak, bireyde görülen anatomik ve fizyolojik değişiklikleri tanımlar (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaşlı sağlığı ile ilgili hazırlanan raporunda, 1980 yılında Birleşmiş Milletler'in bireylerin toplumun yaşlı dilimine geçiş yaşı olarak kabul ettiği 60 yaş sınır olarak kullanılmış ve bu yaş üzerindeki yaşlı olarak tanımlanmıştır (9). Yaşlılık dönemini belirleyen yaş sınırı için kaynaklarda farklılık görülmekle birlikte, çoğunlukla kullanılan 60 veya 65 yaştır (9).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) yaşlılığı; 'Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması' olarak tanımlamıştır.

**Normal yaşlanma** terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır.

**Biyolojik yaşlanma** yumurtanın dölleniyle başlar ve tüm yaşam boyu süren bir olgudur.

**Sosyal yaşlanma** ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır.

**Modern tanımda yaşlanma** kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da birikimleriyle yaşadığı dönemin adıdır.

**Kronolojik yaşlılık** geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı yaştır (10,11).

Yaşlılığın biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyolojik sorunlar gibi tıbbi olmayan sorunlarıyla **gerontoloji** ilgilenmekte, tıbbi ve sağlık sorunları ile de **geriatri** bilimi uğraşmaktadır (10).

1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü Kiev’de yaptığı bir seminer sonrası yaşlanma ile ilgili şu sınıflamayı kabul etmiştir.

1. 45-59 yaşlar arası orta yaş,
2. 60-74 arası yaşlılık,
3. 75-89 arası ihtiyarlık,
4. 90 yaş ve üzeri ise ilerlemiş ihtiyarlık dönemidir (12,13,14).

Yaşlılık sadece insanlar için değil toplumlar içinde geçerlidir. Toplumlar yaşlı popülasyon açısından 4 gruba ayrılmıştır.

- 1- Genç Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 4’den azdır.
- 2- Erişkin Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 4-7 arasındadır.
- 3- Yaşlı Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 7-10 arasındadır.
- 4- Çok Yaşlı Toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 10 üzerindedir (6,15,16).

### **2.1.1. Toplum Yaşlanması**

#### **2.1.1.1. Toplum Yaşlanmasının Göstergeleri**

Bir toplumda yaşlı nüfusun artması sosyo-ekonomik gelişmenin bir göstergesidir ve sağlık hizmetlerinin başarısıdır. Ekonomik gelişme, eğitimin artması, beslenmenin daha iyi hale gelmesi, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve gelişmiş teknolojiye sahip olma sonucunda; başlıca erken dönemdeki **bebek ölümleri** azaltılabilir ve bunun sonucu olarak da yaşlı nüfusta artma olur.

Yaşlı nüfusun artışında **doğumların azalmasının** önemli etkisi vardır. Doğan bebek sayısı az olunca, bir süre sonra toplumda bebek ve çocuk nüfusu oransal olarak azalır, buna karşılık yaşlı nüfus oranı artar. Doğurganlığın yüksek olduğu toplumlarda çocukların sayısı fazladır. Buna karşılık doğumların az olduğu toplumlarda çocuk nüfusu az, yaşlı nüfus oranı ise yüksektir. Böylelikle yaşlı nüfus oranı ile çocuk nüfusu arasında tersine ilişki vardır.

Yaşlılığın değerlendirilmesinde sık kullanılan bir değişkende, **doğumda**



**beklen yaşam süresidir.** Toplumdaki ölüm olasılıklarından yararlanılarak, koşullar sabit kaldığı takdirde yeni doğmuş olan bir bebeğin kaç yıl yaşama olasılığı olduğu hesaplanabilir. Yaşlılık değerlendirilmesinde bir diğer yaklaşım da toplumun **ortalama ve ortanca yaşlarıdır.** Ortalama yaş, toplumdaki bireylerin yaşlarının toplamının kişi sayısına bölünmesi şeklinde hesaplanır. Ortanca yaş ise, toplumdaki bireylerin yaşları küçükten büyük yaşa doğru sıralandığında, dizinin ortasında bulunan yaş anlamındadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı daha çabuk değişebilmekle birlikte, ortalama ve ortanca yaşların değişmesi daha yavaş olur (17).

### 2.1.1.2. Dünyada Yaşlı Nüfus

Antik çağda sadece 100 insandan bir tanesi 60 yaşına ulaşabiliyordu. Romalı bir askerın ortalama ömrü 22 yıl idi. Yirminci yüzyılın başlarına kadar dünyanın hiçbir ülkesinde uzun bir yaşam için gereken ortam yoktu. Avrupa’da ortalama yaşam süresi 50 yıl idi, ölüm genellikle gençlik yıllarına rastlıyor, iyi koşullarda yaşayıp yaşlanabilenlerin sadece devlet adamları, krallar, filozoflar ve yüksek rütbeli subaylar olduğu dikkati çekiyordu. Ortalama yaşam süreleri 1797’de 25 yıl, 1897’de 48 yıl, 1947’de 65 yıl, 1997’de ise 76 yıl olarak bildirilmektedir. Yirminci yüzyılda tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmelere paralel olarak, dünya nüfusundaki artış hızlanmış; 1900’de 1.650 milyar iken 1950’de 2.520 milyara ulaşmıştır. Ölüm oranlarında, 1950’lerden sonra belirgin azalma ile birlikte dünya nüfusu hızla artmaya devam etmiştir. Mevcut artış hızının projeksiyonu ile 2050 yılında dünya nüfusunun 8.909 milyara ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yine projeksiyonlara dayanarak, 2050 yılında nüfusun %59.1’inin Asya kıtasında, %19.8’inin Afrika’da, %7’sinin ise Avrupa’da yerleşim göstermesi beklenmektedir. Birleşmiş Milletlerin istatistiklerine göre 2050 yılında Türkiye nüfusu 100.664.000 olacaktır. Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğum hızının azalması ile, dünya nüfusu bir önceki elli yıla göre daha hızlı yaşlanmıştır. Yaşlı bireylerin sayısı 1998’de 580 milyon iken, 2050 yılında 1.97 milyara ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yaşlı bireylerin oranı 1998 yılında ilk defa çocukların oranını geçmiştir (%19.1’e karşın %18.8). Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusunun artışı daha fazla olmaktadır. Altmış yaş ve üzerindeki nüfusun 1998-2050 yılları arasında 9 kattan daha fazla artacağı düşünülmektedir.

Aynı dönemlerde ortanca yaş 37.1 yıldan 47.4 yıla ulaşacaktır. Önümüzdeki yıllarda dünyadaki 600 milyon yaşlı bireyin yaklaşık 2/3'ü gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Bu oran 1960'larda yaklaşık %50 olarak bulunmuştur. İleriki yıllarda yaşlı nüfustaki bu artışın özellikle Asya'da belirgin olacağı ifade edilmektedir. Gelişmekte olan bazı ülkelerde 60 yaş ve üzerindeki popülasyon tüm nüfustan daha hızlı artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin, 1998-2020 yılları arasında, tüm nüfusunun %95 oranında, yaşlı popülasyonun ise yaklaşık %240 oranında artması öngörülmektedir (18). Bazı ülkelerdeki 1970 ve 2003 yıllarındaki doğumda beklenen yaşam süreleri Tablo 1'de verilmiştir (19).

**Tablo 1. Bazı ülkelerdeki doğumda beklenen yaşam süreleri**

Ülkeler	1970	2003
İsveç	74	80
Kanada	73	79
Japonya	72	82
Yunanistan	72	78
A.B.D	71	77
İran	54	70
Afganistan	38	43
Pakistan	48	61

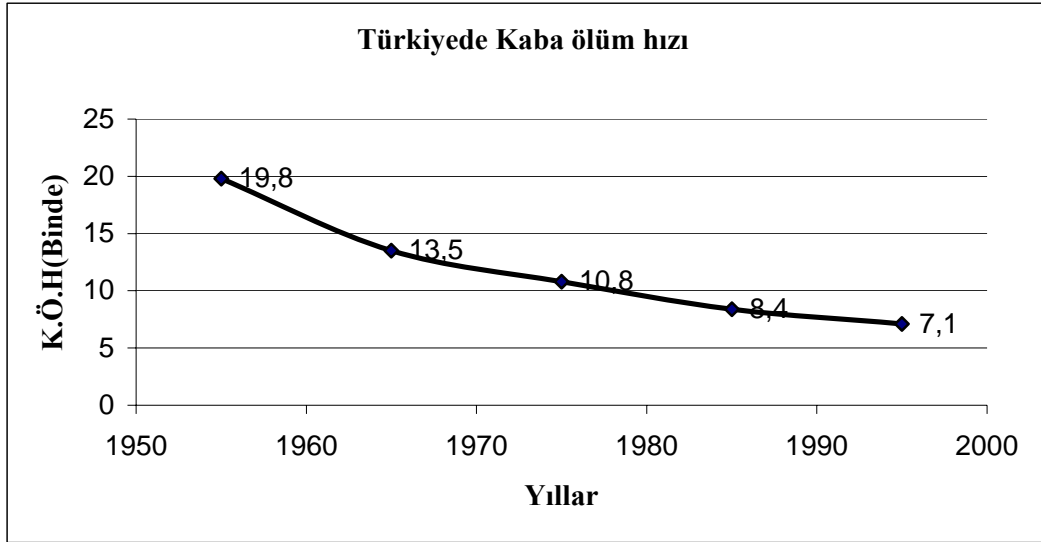
**Tablo 2. Bazı ülkelerdeki toplam nüfus ve yaşlı nüfus oranları**

Ülkeler	T.Nüfus(000) 2003	60+ yaş(%) 1993	60+ yaş(%) 2003
Kuveyt	2521	2.1	2.9
Yeni Zelanda	3875	15.3	16.1
Norveç	4533	20.4	19.8
Pakistan	153578	5.6	5.7
Romanya	22334	16.7	18.9
Suudi Arabistan	24217	3.3	4.4
İsveç	8876	22.2	23.2
Türkiye	71325	7.3	8.2
ABD	294043	16.3	16.3
Afganistan	23897	4.7	4.7
Avustralya	19731	15.7	16.9
Avusturya	8116	19.8	21.6
Azerbaycan	8370	7.8	9.1
Belçika	10318	21.0	22.3
Fransa	60144	19.7	20.5
Almanya	82476	20.5	24.4
Hindistan	1065462	7.0	7.8
Japonya	127654	19.3	25.0

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü Raporu-2005

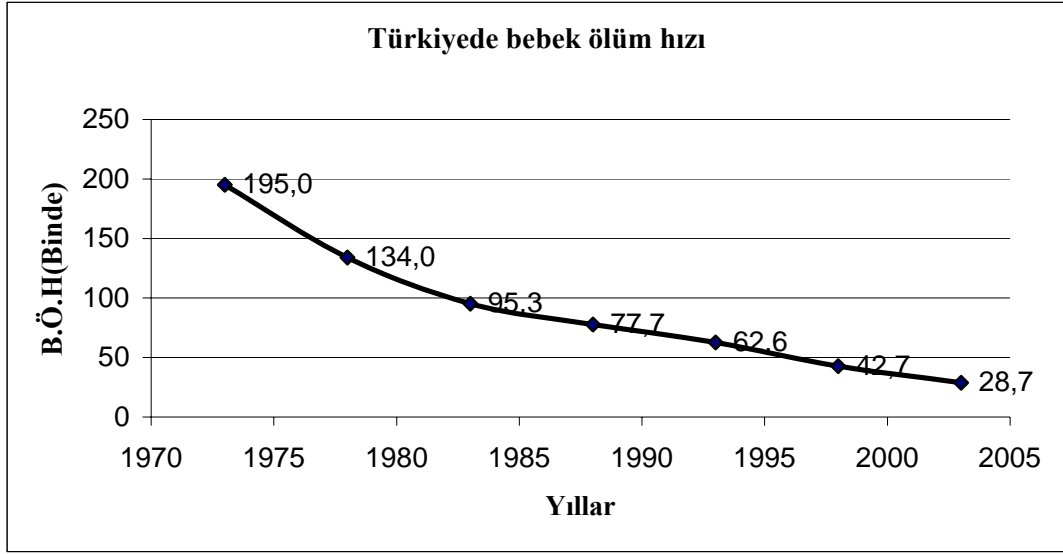
### 2.1.1.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Türkiye’de geçtiğimiz yüzyıl boyunca hem bütün ölümlerde hem de bebek ölümlerinde önemli azalma kaydedilmiştir. Bu azalma bir yandan tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıkların tedavisinde ve kontrolünde sağlanan başarılarla, diğer taraftan da çevre koşullarının daha olumlu hale gelmesine, sağlıklı su teminindeki gelişmelere ve genel anlamda yaşam standardının yükselmesine bağlıdır. Özellikle enfeksiyon hastalıklarından korunmada ve bu hastalıkların tedavisinde sağlanan başarılar bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki ölümlerde azalma sağlamak suretiyle beklenen yaşam süresinin uzamasında önemli rol oynamıştır. Ayrıca kanser, kalp hastalığı, diyabet gibi hastalıkların tedavisinde ve kontrolünde sağlanan gelişmeler de yetişkin yaşta bu hastalıklara yakalanan bireylere daha uzun yaşama olanağı sağlamıştır. Hastalıklar alanında sağlanan bu gelişmelerin yanı sıra doğurganlıktaki azalma da çocuk nüfusundaki belirgin fazlalığı ortadan kaldırmıştır. Bütün bunların sonucu olarak insan ömrü uzamış, yaşlı nüfus artmıştır. Ülkemizde son 40-50 yıllık süre içinde hem kaba ölüm hızında hem de bebek ölüm hızında meydana gelen değişiklikler Şekil 1 ve Şekil 2’de görülmektedir (17).



Kaynak:Yeni Türkiye 2001/39 , Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)

**Şekil 1. Türkiye’de kaba ölüm hızı (binde), 1955-1995**



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)

**Şekil 2. Türkiye’de bebek ölüm hızı (binde), 1973-2003**

Ülkemizde 1950-2000 yılları arasındaki 50 yıllık dönemde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı %3.3'ten %5.5'e yükselmiştir. Önceleri yapılmış olan nüfus projeksiyonlarında Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfustaki payının 2025 yılında %5.8 olacağı hesaplanmışsa da 2002 yılı itibariyle bu değer %6.1 olmuştur. TNSA-2003 verilerine göre bu oran %6.9 olmuştur.

**Tablo 3. Türkiye’de yıllara göre nüfusun çeşitli yaş gruplarına göre dağılımı (%)**

Yaş Dağılımı	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2025 (tahmin)
0-14	38.3	41.2	41.8	39.0	35.0	30.0	27.6
15-64	58.4	55.1	53.8	55.9	60.7	64.5	66.6
65,+	3.3	3.7	4.4	5.1	4.3	5.5	5.8
<b>Toplam</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Doğumda beklenen yaşam süresi bakımından da Türkiye'de son 50 yıllık dönemde 20 yıl dolayında artış olmuştur. Halen ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi 71 yıl dolayındadır. Bu gelişmelere paralel olarak yaşlı nüfus sayısında artma olmuştur. Halen 4 milyon dolayında olan yaşlı nüfus sayısının 2010 yılında 5 milyona, 2020 yılında 7-8 milyona ve 2050 yılında da 12 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (17).

**Tablo 4. Yaş grubuna göre nüfusun dağılımı, Türkiye 1990-2003(%)**

Yaş grubu	GNS-1990	TNSA-1993	TNSA-1998	GNS-2000	TNSA-2003
>15	35.0	33.1	31.5	29.8	29.1
15-64	60.7	61.4	62.6	64.5	64.0
65 ve +	4.3	5.5	5.9	5.7	6.9
<b>Toplam</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Ortanca yaş</b>	22.2	23.1	24.3	24.8	24.7
<b>Bağımlılık oranı</b>	64.7	62.7	59.7	55.1	56.0

Kaynaklar: 1990 ve 2000 Genel Nüfus Sayımı(GNS), TNSA-1993, TNSA-1998 ve TNSA-2003

**Tablo 5. Türkiye’de değişik dönemlerde doğumda beklenen yaşam süresi**

Dönem	Erkek	Kadın	Toplam
1955-1960	46.5	49.8	48.1
1965-1970	53.4	56.5	54.9
1975-1980	58.0	62.5	60.3
1985-1990	62.2	66.4	64.2
1995-2000	66.5	71.7	69.0
2005-2010	69.2	74.4	71.7
2015-2020	71.4	73.6	73.9
2020-2025	73.4	78.4	75.8

### 2.1.2. Yaşlıların Sorunları

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin 25.maddesinde “Herkes kendisinin iyi olması ve sağlık için yeterli hayat standartlarına; yaşlılıkta da gıda, giyim, ev, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler ve güvenlik haklarına sahiptir” denilmektedir (20).

DSÖ’ ye göre “Sağlık; sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil; fiziksel, mental ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir”. Sağlığın tanımının DSÖ tarafından yapıldığı şekilde yaşlı içinde temin edilmesi, onun kişisel hakkıdır. Alma-

Ata Konferansı'nda belirtilen temel sağlık bakımının tüm elementlerine yaşlının da ihtiyacı vardır (21).

### 2.1.2.1. Yaşlıların Sağlık Sorunları

Yaşlanma ile birtakım fizyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu değişikliklerden bazıları şu şekilde sıralanabilir.

**1- Vücut bileşiminde:** Total vücut suyunda, plazma hacminde ve kas dokusunda azalmaya karşılık yağ dokusunda artma görülür.

**2- Kardiovasküler sistemde:** Kalp kasında hipertrofi ve lif kaybı olur, kardiyak akımda ve streslere cevapta azalma meydana gelir. Dolaşım sisteminde, damar duvarı kalınlığında ve periferik damarların rezistansında artma ve damar esnekliğinde azalma sonucunda böbrek, karaciğer, beyin ve kas gibi organların kanlanması azalma görülür.

**3- Böbrekler:** Renal kan akımı ile beraber, fonksiyon gören nefron sayısı, glomerüler filtrasyon hızı ve böbreğin bir takım fonksiyonlarında azalma meydana gelir.

**4- Sindirim sistemi:** Başta tükürük, mide suyu vb. sekresyonlarda olmak üzere mide boşalma hızında, özafagus peristaltik hareketlerinde ve absorpsiyonda azalma ortaya çıkar.

**5- Nörolojik sistem:** Beyinde serebral kan akımında ve koordinasyon kabiliyetinde azalma ve yeni hafıza kaybı görülürken, periferde yaşlanma ile birlikte iletim hızında azalma ve reflekslerde yavaşlama ortaya çıkar.

**6- Solunum sistemi ve akciğerler:** Genellikle göğüs kafesinin boyutları değişir, kollojen liflerin esnekliğinde azalma ve rijiditesinde artma ortaya çıkar, zorlu ekspiratuar kapasitede, siliaların sayı ve aktivitesinde azalma olur, fonksiyonel rezidüel kapasite, rezidüel hacim ve ölü boşluk artar.

**7- Endokrin sistem:** Hormon sekresyonlarında azalma ortaya çıkar (21,22,23).

Yaşlanma ile birlikte insan vücudunda çeşitli değişiklikler meydana gelmekte (yukarıda ayrıntılı olarak değinilmiştir) ve bunun sonucu olarak da bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu konuda yapılmış olan çeşitli araştırmalar yaşlılarda en çok görülen sağlık sorunlarının hareket sistemi ile ilgili sorunlar, görme ve işitme problemleri gibi fizyolojik değişimlerin yol açtığı sorunların yanı sıra hipertansiyon,

kalp-damar sistemi hastalıkları, bazı kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi daha ciddi hastalıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sağlık sorunları bir yandan insan ömrünü kısaltırken, diğer taraftan da yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (24).

#### **2.1.2.1.1. Kronik Hastalıklar**

Konuya ilişkin ülkemizde yapılan araştırmalardan bazı örnekler verecek olursak; Başkent Üniversitesi'nde yapılmış bir araştırmada; araştırmaya katılan yaşlıların %31.9'unun kalp-damar, %26.4'ünün diyabet, %30.8'inin hipertansiyon, %8.8'inin böbrek yetmezliği, %5.5'inin kanser problemi, %14.3'ünün sindirim sistemi problemi, %17.7'sinin ortopedik problemi, %6.6'sının nörolojik problemi ve %5.5'inde KOAH'ın bulunduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada %26.4'ünün çok sık uykusuzluk çektiği belirtilmiştir (25).

Afyon Huzurevi'nde yapılan bir araştırmada; araştırmaya katılan yaşlıların %12.3'ünde kardiovasküler, %3.0'ında diyabet, %3.0'ında solunum sistemi hastalıklarının bulunduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada yaşlıların %58.8'inin görme, %53.6'sının işitme, %44.3'ünün diş problemi, %50.5'inde uyku problemi olduğu belirtilmiştir (26).

Trabzon'da yapılan bir araştırmada; 65 yaş ve üzeri grupta hipertansiyon prevalansı erkeklerde %33.6, kadınlarda %37.9 olarak, koroner kalp hastalığı prevalansı erkeklerde %22.5, kadınlarda %16.1 olarak bulunmuştur (27).

#### **2.1.2.1.2. İlaç kullanımı**

Kronik hastalıkların prevalansının artması sonucunda yaşlı birey giderek daha fazla ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır. İlaçların farmokokinetik özellikleri yaşla birlikte değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaçlara verilen yanıt yaşlı bireylerde farklılık göstermektedir (28).

Yaşlıların ilaç kullanımı ile ilgili sorunları şu şekilde sıralanabilir;

- Çoklu ilaç kullanımı,
- Endikasyon olmaksızın ilaç kullanımı,

- Tanıya göre yanlış ilacın kullanılması,
- Gereken dozun altında/üstünde ilaç kullanılması,
- Yanlış ilaç kullanımı,
- İlacın düzenli kullanılmaması (29).

#### **2.1.2.1.3. Bağımlılık**

Yıllar geçtikçe günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlikler de hızla artmaktadır (30). Günlük yaşam aktivitelerinin çoğunun fiziksel ve bilişsel bileşenleri olduğundan, bir işlevdeki bozulma fiziksel, bilişsel veya psikolojik bir nedene bağlı olabilir. Yaşlılarda bağımlılık için çok sayıda risk etmeni tanımlanmıştır. Bunlar demografik özellikler (kadınlar, ileri yaşta kişiler, az eğitilmişler, evli olmayanlar, düşük gelirli, kol gücü isteyen işlerde çalışanlar, güvenliksiz ev ortamı) ve tıbbi durumlar (yürüme/denge bozuklukları, demans, depresyon, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, idrar inkontinansı, görme sorunu, kötü sağlık algısı, düşük/yüksek beden kütle indeksi vb.) dir (31).

#### **2.1.2.1.4. Beslenme Yetersizlikleri**

Yaşlanan organların hücre kapasitelerinde, dolayısıyla metabolizmalarında azalma görülmektedir. İleri yaşlarda yaşlanma ile birlikte fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak enerji ihtiyacı da azalmakta ve ihtiyaçla karşılaştırıldığında alınan gıdaların besin değeri artmaktadır.

DSÖ' nün bir çalışmasında, beslenme yönünden riskli yaşlılar şu şekilde sıralanmıştır;

- 1- Yalnız yaşayanlar,
- 2- Fiziksel rahatsızlıkları nedeniyle alış-veriş ve yemek pişirmede zorluk çekenler,
- 3- Mental problemi olanlar,
- 4- Son zamanlarda sık sık ölüm korkusundan bahsedenler,
- 5- Yaşlılar evinde kalanlar.

Yaşlıların yetersiz beslenmesine yol açan önemli nedenler arasında tat duyusunda azalma, kötü diş durumu, kültürel ve geleneksel faktörler, yemeğe karşı



isteksizlik, sosyal aktivite eksikliği, yaşlının yalnız başına yemek zorunda oluşu, hareket kısıklılığı, bağırsaktan emiliminde azalma vb. sayılabilir (32).

#### **2.1.2.1.5. Kazalar**

Konumuz gereği daha sonra ayrıntılı olarak anlatılmıştır (2.2.).

#### **2.1.2.2. Yaşlıların Sosyal Sorunları**

##### **2.1.2.2.1. Yalnızlık**

Yaşlılarda yalnızlık duygusunu artıran faktörlerin;

1-Kötü sağlık,

2-Yoksulluk,

3-Çevreye karşı ilgisizlik ve çevreyle uyum bozukluğu ,

4-Daha önce birlikte yaşanan kişilerin ölmesi olduğu bildirilmiştir.

##### **2.1.2.2.2. Fizik Çevre**

Yaşlının fizik çevresi ile ilgili olarak konut durumunun ayrı bir yeri vardır. Konutun havalanma durumu, aydınlanması, gürültü vb. yaşlılar için daha fazla önemlidir. Konutun yanında, ulaşım, temiz hava vb. de yaşlı için önemlidir.

##### **2.1.2.2.3. Sosyal Çevre**

Yaşlılık aileden ayrı olarak ele alınamaz. Aile kurumu her yaş grubu için koruyucu, eğitici, sosyal güvenlik temin edici, psikolojik ve sosyal açıdan üyelerine güvenlik sağlayıcı hizmetler sunmaktadır. Aile; üyelerinin birbirlerine deneyimlerini aktardığı kuşaklar arası kültürel alışverişin bulunduğu bir kurumdur. Böyle bir kurumda yaşlılar kendi yerlerini daha güvenli ve anlamlı bulmaktadırlar. Türk toplumunda, bilhassa kırsal kesimde, yaşlı bakımı ile ilgili davranış ve tutumları, törelerin ve dini inançların biçimlendirdiği gözlenmiştir.Yaşlıların en fazla katıldıkları sosyal aktivelerin aile toplantıları, dini toplantılar ve ülke için seyahatler olduğu gösterilmiştir.

#### 2.1.2.2.4. Emeklilik

Çağdaş endüstrileşmiş bir toplumun bir sonucudur. Endüstrinin gelişmesi ve toplumsal düzenin karmaşıklaşması sonucunda çalışma hayatında bazı değişiklikler meydana gelmiştir.

#### 2.1.2.2.5. Sosyal Güvenlik

Yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetler sıkı iş birliği halinde olmalıdır. Ekonomik durum sağlığı belirleyen önemli bir faktör olup, ulusal bir çapta yapılan pek çok çalışmada, gelir yetersizliği ile gerekli hizmetleri alamama ve sonucunda sağlık düzeyi arasında, sıkı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle yaşlılara gelir temin edilmesi gerekmektedir. Gelir sağlama ile birlikte yerleşme, gıda masrafı, taşınma, tıbbi ve farmasotik hizmetler daha esnek emeklilik imkanı ve değişik yaşlarda emekliliğe imkan sağlayacak çalışma şartları da yaşlılar için sağlanmalıdır (21).

## 2.2. KAZALAR

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir toplumda en önemli sağlık sorunu o toplumda sık görülen, sık öldüren ve sık sakat bırakan hastalıklardır. Bu kriterlere göre kazalar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorununu oluşturmaktadır (33).

DSÖ tarafından yapılan tanıma göre **kaza**; insanın kontrolü dışında ani gelişen, dış güçlerin etkisi ile ortaya çıkarak, insanın o andaki kapasitesi ile baş edemediği, fiziksel ve akılsal zarara yol açan olaylardır (4,5). Bir başka tanıma göre kaza; ne zaman, ne şiddetle ve nasıl meydana geleceği, ne şekilde sonuçlanacağı ve ne kadar hasar vereceği önceden bilinmeyen ve beklenmeyen bir olay olarak kabul edilmektedir. Kaza beş N ile özetlenebilir, ne zaman, nasıl olacağı, ne şiddetle, ne kadar hasar yapacağı, nerelerin yaralanabileceği önceden bilinmeyen ve beklenmeyen olaydır (34).

### 2.2.1. Kazaların Sınıflandırılması

Kazalar **kasıtlı olmayan** kazalar ve **kasıtlı** kazalar olarak ikiye ayrılır. Kasıtlı kazalar intiharlar, cinayetler ve savaş zararlanmalarını içerir. Kasıtlı olmayan kazalar ise oluş yeri ve nedenine göre 5'e ayrılır. Bunlar;

- 1- Trafik kazaları,
- 2- İş kazaları,
- 3- Endüstriyel kazalar,
- 4- Spor kazaları, okul kazaları,
- 5- Ev kazalarıdır (4,35).

**Trafik Kazaları**, trafik; yayaların, hayvanların ve araçların karayolu üzerinde hal ve hareketleridir. Bu hareketlerin dikkatsizlik, bilgisizlik, olumsuz hava şartları ve teknik yetersizlikler sonucu ölüm ve yaralanmalara neden olması ile ortaya çıkan yeni teknik hastalığın adı ‘‘Trafik kazaları’’dır (34). Bir olayın trafik kazası olarak kabul edilebilmesi için şu koşulların bulunması gerekir.

- 1- Olayın karayolunda meydana gelmesi,
- 2- Olaya en az bir aracın karışmış olması,
- 3- En azından bir aracın hareket halinde olması,
- 4- Olayın ölüm, yaralanma veya zararlı sonuçlanmış olması (36).

**İş Kazaları**, çalışma yaşamında birdenbire veya hiç değilse kısa bir zaman parçası içinde, meydana gelmiş zarar verici olaydır (34).

Sosyal Sigortalar Kanunu hükümlerine göre;

- 1- Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- 2- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla,
- 3- Sigortalının işveren tarafından görevle başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- 4- Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrıldığı zamanlarda,
- 5- Sigortalıların işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaya **iş kazası** denilmektedir. Olayın iş kazası sayılabilmesi için, bu beş durumdan birinde meydana gelmesi yeterlidir (37). İş kazası nedenleri güvencesiz koşullar ve güvencesiz davranışlar olmak üzere iki temel nedenden meydana gelmektedir.

**Güvencesiz koşullar şöyle sıralanabilir:** Yetersiz ve uygun olmayan aydınlatma (parıltı, pırıltı), aşırı gürültü, aşırı sıcak veya soğuk, makine koruyucularının olmayışı, kişisel koruyucuların olmayışı, makineler arası mesafenin uygun olmayışı, çalışanın iş giysilerinin uygun olmayışı, yetersiz ve uygun olmayan havalandırma. **Güvencesiz davranışlar şöyle sıralanabilir:** Çalışanların çalışma koşullarının risklerini belirten bir eğitimden geçmemiş olması, kişisel koruyucuları ve makine koruyucularını nasıl kullanacağını bilmemesi, çalışanın mesleki deneyiminin az olması, heyecanlı asabi olması, sensomotor ve psikomotor aktivitesinin düşük olması (beceriksiz ve sakar), kazaya neden olabilecek nitelikte bir hastalığının ( epilepsi, diyabet gibi) bulunması, çalışanda aşırı fizyolojik yorgunluk veya kronik yorgunluk oluşması, çalışanın sensomotor aktivitesinin bazı alışkanlıkları (alkol ve sigara gibi) nedeniyle geçici olarak zarar görmesi (34).

### **2.3. EV KAZALARI**

Önemi gittikçe artan ev kazaları D.S.Ö tanımına göre; evde veya evin bulunduğu çevrede meydana gelen kazalardır (38,39). Ev kazaları; evin içinde veya avlu, bahçe, garaj, teras gibi eve bağlı olan diğer mekanlarda meydana gelen herhangi bir kaza veya yaralanmayı belirtmek için kullanılır (40).

#### **2.3.1. Yaşlılık ve Ev Kazaları**

Eskiye göre evde geçirdikleri zamanı daha fazla olan yaşlılar özellikle diğer kaza tiplerine göre ev kazalarına daha fazla maruz kalmaktadırlar (4,41,42). Çünkü yaşlanma ile birlikte, fonksiyonlar ve vücut boyutlarındaki değişikliklere ek olarak, engeller ve zayıflıklarda belirgin biçimde artmaktadır.

Fizyolojik yaşlanma ile ilgili olarak yaşlılardaki en belirgin değişiklik dış görünümde meydana gelmektedir. Yaşlanma ile birlikte fiziksel hareketler durgunlaşır ve kas hareketleri yavaşlar. Buna bağlı olarak da çeşitli nesnelere tutamama veya düşmeler görülebilir. Yaş ilerledikçe artrit ve buna benzer kas hareketlerini sınırlayıcı hastalıkların artması, vücut duruşundaki değişimler nedeniyle erişimde zorlanmalar gözlenebilir. Özellikle de artrit daha çok el ve parmak eklemleri üzerinde etkili olduğundan yaşlılar yaşamın gerektirdiği basit

faaliyetleri yaparken zorlanabilir veya bazı hareketleri yapamamaları sonucu ev kazaları ile karşılaşabilirler. Ayrıca yaşlılıkta alıcı sinir uçlarındaki duyarlılık kaybı sıcak ve soğuk hissedememe ve ağrıları algılayamamaya neden olduğundan yanık görülme sıklığı artabilir. Ayrıca çeşitli sağlık sorunlarına bağlı olarak kullanılan ilaçların etkisi de yaşlıların ev kazalarına maruz kalmalarına neden olmaktadır.

Yaşlıların karşılaştıkları kazaların özellikle yanlış tasarımlardan, yanlış kullanımdan ya da yaşının kendisinden kaynaklandığı dikkate alınır, evde emniyeti sağlayıp kazaları önlemek dolayısıyla da verimliliği artırmak için yaşlı birey ile evdeki ortamın uyumlu olması gerekmektedir. Ergonomik açıdan uygun bir ev ortamı yaşlıların evde karşılaşabilecekleri kazaları önleyici bir faktör olacaktır. Yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken, karşılaşabilecekleri kazaların önlenmesi için ihtiyaçları doğrultusunda fiziksel çevrenin dizaynının oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde tıbbi bakıma gereksinim duyulan vakalar sağlık kuruluşuna götürülürken, hafif vakalar evde tedavi edilmekte ve kayıtlara geçmemektedir. Bu nedenle yaşlılıkta ev kazaları ile buna bağlı ölümleri bildiren yeterli veri yoktur (38). Yabancı ülkelerde yapılan çeşitli araştırmalara göre; 65 ve üzeri yaşta bireylerin %43'ünün evde ölüme sebep olan çeşitli kazalarla karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu kazalar arasında en çok merdivenden, zemin ve banyoda düşme, haşlanma, tıbbi ilaç kullanımı sonucu ortaya çıkan zehirlenmelerin ağırlık kazandığı bulunmuştur (41).

### **2.3.2. Ev Kazalarının Sınıflandırılması**

Yaşlıların evde karşılaştıkları kazalar;

- 1- Düşmeler,
- 2- Yanmalar,
- 3- Zehirlenmeler,
- 4- Kesikler,
- 5- Elektrik çarpmaları ve
- 6-Boğulmalar olmak üzere altı grup altında toplanabilir (38).

### 2.3.2.1. Düşmeler

Düşmeler, yaşlılar arasında önemli sağlık sorunlarından biridir (43). Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 ve üzeri yaştakilerin her yıl üçte birinin düştüğü belirtilmektedir (44). Düşmeler yaşlı bireylerin evde sıklıkla karşılaştıkları kazalar arasında ilk sırayı almaktadır. Bu nedenle düşmelere daha ayrıntılı değinilmiştir. Evde sıklıkla meydana gelen düşmeler sadece ölüm sebebi olmamakta, yaşlı bireylerin hem çeşitli sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına hem de özürlü olmalarına sebep olabilmektedir (34,38).

Carter ve arkadaşları yaşlıların evde karşılaştıkları kazaları incelemişlerdir, en sık kazalarla karşılaşılan alanların başında banyoların geldiği, bunu eşit oranlarda mutfak ve merdivenlerde karşılaşılan kazaların izlediğini bulmuşlardır (45).

#### Yaşlı Bireylerde Düşme Nedenleri:

##### 1- Bireye Ait Faktörler

1. Postür Kontrolündeki Değişiklikler
  - Derin duyuda azalma
  - Reflekslerde azalma
  - Kas tonüsü ve gerginliğinde azalma
  - Duruş sırasında sallanmanın artması
2. Yürümede Değişiklikler
  - Adımların yüksekliğinin azalması
  - Yavaş yürüme
3. Görme Yetisinde Değişiklikler
  - Derin algıda azalma
  - Netlikte (açık seçik görebilme) azalma
  - Karanlık adaptasyonunda azalma
  - Renk hassasiyetinde azalma
  - Görme alanında azalma
  - Hassasiyet artışı

#### Yaşlı Bireylerde Düşmelere Yatkınlığı Arttıran Patolojik Durumlar:

1. Artrit

2. Felç
3. Kalça kırığı
4. Periferik nöropati
5. Demans
6. Amputasyon
7. Parkinson
8. Ayak rahatsızlıkları ve deformateleri (5).

## **2- Çevreye Ait Faktörler**

Kazalar analiz edildiğinde dışsal faktörler, yaşlı bireylerdeki düşmelerde önemli rol oynamaktadır. Yaşlı bireylerin evleri, çoğu kazalara neden olabilecek faktörleri içermektedir.

### **Yaşlı Bireylerde Düşme İle İlgili Çevresel Faktörler:**

1. Zayıf aydınlatma
2. Kaygan ya da düzensiz zemin
3. Çok alçak ya da çok yüksek mobilyalar
4. Güvensiz merdivenler
5. Çok alçak ya da çok yüksek banyo gereçleri
6. Kol destek düzeneklerinin yokluğu.

En yaygın olanları; gelişigüzel konmuş küçük paspaslar, kaygan koridorlar ve kapı eşiklerinde bulunan tümseklerdir. Yaşla birlikte olan görme sorunlarına, bir de evlerdeki zayıf aydınlatma etki etmektedir. Banyo malzemeleri ve ev mobilyaları da genellikle yüksek ya da alçak olup, destek alabilecekleri yapılarda değildir. Düşmelerin yaklaşık %10'u da merdivenler sebebiyle olmaktadır. Merdivenlerden düşmelerin nedeni de; merdivenlerde uygun tutunacak ve destek alacak bölümlerin olmayışı, görme zayıflıkları, zayıf alt ekstremiter kasları ve bunların bir arada bulunması olarak sıralanmaktadır. Bu faktörlerin gözden geçirilmesi, evdeki güvenliğin sağlanması açısından yardımcı olacak, aynı zamanda düşme nedenlerini ayrıntılarıyla açığa çıkaracaktır.

Çalışmaların büyük çoğunluğunda düşme nedenlerinin yaklaşık %50'sini çevresel faktörler oluşturmaktadır. Bu düşmeler genellikle etrafa tehlike oluşturan objeler nedeniyle oluşsa da, yaşa bağlı değişiklikler ya da hastalıklar, yaşlı bireyleri

bu duruma elverişli kılmaktadır.

Kalan %50'lik kısmı için, tıbbi durumlar neden olarak gösterilebilmektedir. Alt ekstremitte zayıflıkları, yaşlı bireylerde büyük sıklıkta ve yaygın bir biçimde görülmekte, aynı zamanda düşme nedenleri arasında 2. önemli sırayı almaktadır. Bazı çalışmalarda, alt ekstremitte zayıflıkları görülen bireylerde risk 5 kat artarken, yürüme ve denge bozukluklarında risk 3 kat artmaktadır. Hareket kısıtlılığı ise aynı risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Düşmeler, bazen hastadaki üriner sistem enfeksiyonları, pnömoni, miyokard enfarktüsü ya da aritmi gibi ciddi tıbbi sorunları ortaya çıkarıcı özelliktedir. Bunlar "haber verici düşmeler" şeklinde adlandırılıp, kayıtlarda %20'lik alanı kapsamaktadır.

Tıbbi tedaviler, düşme patofizyolojisinin önemli bir kısmını teşkil eder. Sedatifler, anksiyolitikler, antidepresanlar ve antihipertansif ilaçlar; hipotansiyon, sedasyon, reflekslerde azalma ve bilişsel aktivitenin azalması gibi durumlarla düşmelere direkt olarak önderlik etmektedir. Bu tip ilaçları alan vakalarda düşme riski daha yüksek olup, psikotropik ilaçlar tekrarlayan düşmelerde; depresyonu azaltmaları veya diğer risk faktörlerini kontrol altına almalarına rağmen, çifte risk oluşturmaktadırlar. Yaşa bağlı gelişen kardiyovasküler değişiklikler antihipertansif tedavilerde özellikle hipotansiyon gibi ters etki riskini artırmaktadır. Ortostatik ve ilaç alımına bağlı hipotansiyon yaşlı kişilerdeki düşmelerin %3-23'ünü oluşturmaktadır. Farklı kategorilerden bir çok ilacın aynı zamanda kullanılması yaşlı hastalardaki düşme riskini arttırmaktadır.

Yaşlı bireylerde yaş, düşme nedenleri için oldukça etkili bir faktördür. 75 yaşından daha genç olanlardaki düşmeler, yaşın getirdiği değişikliklerle birlikte çevresel koşullar nedeniyle olmaktadır. 85 yaşın üzerindeki bireylerde ise tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar düşme etyolojisinin önemli bir kısmını teşkil etmektedir. Ayrıca yaşlılarda düşünülmesi gereken; kardiyak aritmi, kalp kapak hastalıkları, senkop ve lomber stenoz gibi başka nedenler de vardır. Düşmenin ardından hasta değerlendirilirken, düşme nedenleri geniş bir biçimde ele alınmalıdır.

Son olarak, yaşlı bireylerde düşmeler büyük sıklıkla görülmesine rağmen hastanın bir sonraki düşmesine engel olmak amacıyla yapılabilecek koruyucu çalışmalar bulunmaktadır. Bu tür hastalara yönelik organize yaklaşımlar hasta



kaynaklı ve çevresel faktörlerin azaltılmasına veya mümkünse giderilmesine yönelik tedavi ve girişimleri içermektedir (5).

### **2.3.2.2. Yanmalar**

Yaşlılıkta görme ve hafızanın zayıflaması, dengelerini korumadaki güçlük ve dikkatsizlik yanık riskini ve ölümlerinin ikinci sırada yer almasına sebep olmaktadır.

Yaşlıların karşılaştıkları yanma tipleri arasında;

- Sigara içme,
- Yemek pişirme,
- Ocak üzerinde yemek unutma,
- Yemek pişirme sırasında bol uzun kollu ve uzun etekli elbiselerin giyilmesi,
- Kazara açılan fakat kapatılması başarısız olan araçlar,
- Banyo sırasında sıcak sudan meydana gelen haşlanmalar başta gelmektedir (38,46).

### **2.3.2.3. Zehirlenmeler**

Yaşlı bireyler arasında uygun olmayan şekilde ilaç kullanımı sonucu olan zehirlenmeler ev kazaları içerisinde yaygın olarak yer almaktadır.

Yaşlı bireylerin zehirlenme sebepleri arasında;

- Tıbbi ilaç kullanımı,
- Ev temizlik ürünlerinin yanlış kullanımı,
- Gıdalardan kaynaklanan zehirlenmeler,
- Çeşitli gazlar ve karbon monoksit sonucu oluşan zehirlenmeler sayılabilir (38).

### **2.3.2.4. Kesikler**

Yaşlı bireyler arasında kesik kazalarına sıklıkla rastlanmaktadır. Genellikle mutfakta bıçak kullanımı veya banyoda çeşitli sebeplerden dolayı kesikler oluşabilmektedir (38).

### **2.3.2.5. Elektrik Çarpması**

Yaşlı bireylerin elektrik sistemindeki aksaklıkları kendilerinin gidermeye çalışmaları, karmaşık yapıdaki araçların kullanımını bilmemeleri, banyoda herhangi bir elektrikli araç kullanımı, hasarlı kablolar vb. faktörler bireylerin elektrik çarpmaları sonucu yaralanmalarına veya ölümlerine sebep olabilmektedir. Ayrıca eski evlerde yeni evlere oranla elektrik sisteminden yangın çıkma olasılığı 3 kat daha fazladır. Bu durum elektrik sisteminin kapasitesinin yeni araç-gereçleri emniyet içinde çalıştırmaya yetmemesi ve güvenlik sisteminin günün şartlarına uygun olarak değiştirilmemesinden kaynaklanmaktadır (38).

### **2.3.2.6. Boğulmalar**

Evde yaşlı bireyler arasında boğulma kazalarına sıklıkla rastlanmamaktadır. Ancak solunum borusuna herhangi bir cismin kaçması sonucu oluşan boğulmalar en çok görülen boğulma sebepleri arasındadır (38).

## **2.3.3. Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri**

### **2.3.3.1. Ev Kazalarının Görülme Sıklığı**

#### **2.3.3.1.1. Dünyada Ev Kazalarının Görülme Sıklığı**

Ev kazaları Dünya’da ve Türkiye’de diğer kaza türlerine göre daha sık görülmektedir. Bunun nedeni evde ev kazasına maruz kalabilecek nüfusun çokluğu ve kazayla karşılaşma süresinin bir günde 24 saatin tamamını kapsamasıdır (34).

Tüm dünyada ülkelerle ve yaş gruplarına göre değişmekle beraber, travmalar içinde ev kazalarının oranı % 25’tir (34,47,48).

İngiltere’de kaza sonucu ölümlerin yaklaşık %40’ı ev kazalarından olmaktadır. ABD’de 1990 yılında hastanede tedavi olan olguların on binde 33’ünü ev kazaları oluşturmuş ve bu kazaların %40’ı ölümlle sonuçlanmıştır. İngiltere’de 1960’da zehirlenmeler ilk sırada yer alırken, İtalya’da ve ülkemizde düşmeler ilk sırada yer almaktadır (34).

### **2.3.3.1.2. Türkiye’de Ev Kazalarının Görülme Sıklığı**

Türkiye gelişmekte olan bir ülkedir. Türkiye’de ev kazalarına ilişkin kesin bir sayı olmamakla birlikte, tüm kazaların %18-25’ini ev kazalarının oluşturduğu sanılmaktadır (34,48). Ülkemizde kaza sonucu düşmeler ve buna bağlı ölümler yıllar içinde artarak devam etmektedir. 1997’de ev kazaları nedeniyle hastaneye yatanlarda ilk sırada kaza sonucu düşme, ikinci sırada delici-kesici aletlerle yaralanma, üçüncü sırada zehirlenmeler yer almaktadır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %65.3’ü son bir yıl içinde ev kazası geçirmiştir. Kaza tipine göre sırasıyla %67.6 oranla düşme, %12.2 oranla çarpma ve %7.9 ile yanıklar görülmektedir (5). 2004 yılında İzmir İnönü Sağlık Ocağı bölgesindeki yaşlılarda ev içi kazaları belirlemek için yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan yaşlıların %38.3’ünün son altı ayda kaza geçirdiği, kazaların 2/3’ünün kayma ve düşme olduğu belirlenmiştir (4). 2005 yılında Kırıkkale’de 65 yaş üzeri kişilerde yapılan bir araştırmada 137 yaşlıdan 38’inin (%27.7) son bir yıl içerisinde ev kazası geçirdiği, en fazla görülen ev kazasının (%60.5) düşme olduğu bildirilmiştir (1). Antalya’da yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üstü yaşlılarda son bir yılda geçirilen kaza sıklığı %19.4 olarak bulunmuştur (49). Aydın’da yapılan bir çalışmada ise 60 yaş ve üstü yaşlıların %38.6’sının son bir yıl içerisinde ev kazası geçirdiği bildirilmiştir (50).

### **2.3.3.2. Kişi Özellikleri**

#### **2.3.3.2.1. Yaş**

Önemli bir sorun olan ev kazaları hayatın her döneminde özellikle pediatrik ve geriatric yaş grubunda önemli yaralanma ve ölüm nedeni olmuş, ihmal edilmesi veya yetersiz kontrolü affetmeyecek önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (33,34,47). Yaşlı bireylerde yaş, düşme nedenleri için oldukça etkili bir faktördür (5).

#### **2.3.3.2.2. Cinsiyet**

Ev kazalarıyla çoğunlukla kadınların karşılaştığı bulunmuştur (34).

### 2.3.3.2.3. Eğitim Durumu

Eğitim durumu arttıkça ev kazasına maruz kalma oranının düşmesi beklenirken; ülkemizde yapılan bir araştırmada bu durumun tersi sonuçlarla karşılaşılmıştır (34).

### 2.3.3.2.4. Meslek

Acil servise ev kazası nedeniyle başvuranların çoğunluğunu 0-14 yaş grubu çocukların (%26.2), işçilerin (%25.6), işsizlerin (%16.6) ve ev kadınlarının (%16.0) oluşturduğu bildirilmiştir (33).

### 2.3.3.2.5. Diğer Özellikler

Ev kazaları bölge, ulaşım, aile yapısı, sosyo-ekonomik-kültürel durum, psikososyal durum gibi değişkenlerle yakından ilişkilidir. Ailenin sosyo- kültürel ve ekonomik durumuna göre görülme sıklığı değişmektedir. Sosyo-kültürel ve ekonomik durumu düşük olanlarda daha fazla, orta olanlarda az, yüksek olanlarda ise daha az görülmektedir. Ülkemizde yapılan bazı araştırmalarda bu durumun tersi sonuçlara ulaşılmış ve sonuçta sosyo-kültürel ve ekonomik durumu yüksek olanların kaza ve yaralanmalarda sağlık kuruluşlarına daha çok başvurması ve daha sağlıklı kayıtlar tutulması nedeniyle, bu grupta kaza görülme sıklığının yüksek bulunduğu yorumu getirilmiştir.

Ev kazaları ailenin yapısına göre de değişiklik göstermektedir. Özellikle çocuk kazaları çekirdek ailede daha çok, kalabalık ailelerde daha azdır. Çünkü çocuğa bakan kişi sayısı çekirdek ailede az iken, diğerinde fazladır. Bu da kaza olasılığını azaltmaktadır. Genç ve çalışan annesi olan, çok sayıda kardeşi olan çocuklar daha fazla ev kazası geçirmektedir.

Kazalar duygusallıkla da ilgilidir. Duygusallık kazaları artırmaktadır. Ani, aceleci, heyecanlı ve kızgınlıkla yapılan hareketler çoğunlukla kaza ile sonuçlanmaktadır. Dikkatsizlik, duygusal durum bozuklukları, bireyin kullandığı ilaçlar, fiziksel güçte azalma kazaların sık görüldüğü durumları oluşturmaktadır (34).

Ev kazalarının meydana gelmesinde; konut ve çevrenin uygun olmayan koşulları, evde kullanılan her türlü ürün standardının yeterince geliştirilmemesi, bu

ürünün kullanım yönergelerindeki yetersizlik ve giderek artan sanayi ve tüketim mallarının bilinçsizce kullanılması rol oynamaktadır. Ayrıca konut ve bina planlarının kazaları önleyici şekilde yapılmaması ve konutlardaki yapım hataları da etkili olmaktadır (5).

Kazalarda en çok yaralanan vücut bölgesi baş-boyun (%41.3) ile kol ve bacaklardır (%38.0). En önemli komplikasyon kafa travmasıdır. Kafa travmalarına en sık neden olan faktör ise yüksekten düşmelerdir (34).

### **2.3.3.3. Yer Özellikleri**

Evin bazı bölümlerinde daha sıklıkla ev kazalarının olduğu görülmektedir. Evin en tehlikeli bölümünün banyo olduğu söylenebilir. Banyo küvetleri ve su ısıtıcıları (elektrikli veya gazlı) risk artırıcı faktörlerdir. Gaz kullanılan ortamlarda CO zehirlenmesi de oluşabilir. Depo olarak kullanılan yerler, kesici aletler, zehirler ve bahçe makinelerinin saklandığı odalar da tehlike potansiyeli yüksek ev alanlarıdır.

Mutfaklar özellikle bıçak gibi kesici aletlerin sık kullanılması, yemek pişirilmesi sırasında oluşabilen yanık olguları açısından tehlikeli yerlerdir. Buzdolabı, fırın, mikser gibi aletlerin yanlış kullanımı ya da bozukluğunun elektrik çarpmasına yol açabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca kola-gazoz gibi içecekleri açarken aşırı gaz sonucu patlama şeklinde açılmaları, deri lezyonları hatta göz lezyonlarına neden olabilir.

Düşmeler ise yaşlılarda evin her bölümünde olabilmektedir (5).

### **2.3.3.4. Zaman Özellikleri**

Ev kazaları mevsime göre değişiklik göstermektedir. Kış döneminde yanıklar daha sık görülürken, ilkbahar ve yaz mevsiminde düşmeler, zehirlenmeler ve boğulmalar artmaktadır.

Yoğun iş saatleri olan sabah ve akşam saatlerinde daha sık, diğer saatlerde daha az kaza görülmektedir (34).

### 2.3.4. Ev Kazalarından Korunma

Ev kazalarından korunma, kaza tiplerinin ve nedenlerinin bilinmesi ile gerçekleşmektedir.

Kazaların oluşmasında bireysel ve çevresel faktörler etkili olmaktadır. Kazaların ortaya çıkmasındaki bireysel faktörler; psikolojik, fizyolojik ve eğitime ilişkin durumlardır. Yapılan araştırmalar, ev kazalarının bazen çevredeki tehlikeli durumlardan, bazen de hatalı davranışlardan, fakat genellikle her ikisinin birleşmesinden ileri geldiğini göstermektedir (5).

Sağlıklı ve güvenli bir çevrede olmak tüm insanların hakkıdır. 2002 yılında gerçekleşen 2. Dünya Yaşlılık Asamblesi sonrasında yayınlanan Yaşlanma 2002 “Uluslararası Eylem Planı’nın” amacı “ her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumda bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek” şeklinde ifade etmektedir (51).

Dünya Sağlık Örgütü'nün ev kazalarının önlenmesinde başarılı olabilmek için sunduğu yaklaşımlar şunlardır :

1. Çevresel koşulların iyileştirilmesi, kaza riski yaratan durumların ortadan kaldırılması veya azaltılması,
2. Risk altındaki kişiler ve yakınları başta olmak üzere tüm toplumun kaza riskleri, nedenleri, sonuçları ve korunma yöntemleri konusunda yalın, açık ve uygun şekilde eğitilmelerinin sağlanması, bu amaçla kitle iletişim araçlarının kullanılması ve sektörler arası işbirliğinin sağlanması,
3. Ev kazaları konusunda epidemiyolojik araştırmalar ve sürekli sörveyans yapılması, etiyolojik ajanların belirlenmesi, risk gruplarının tespiti ve korunma yollarının belirlenmesi önem taşımaktadır (5).

Evde yürütülen faaliyetlerde ergonomi kurallarının uygulanması; özellikle yaşlı bireylerin işi daha az zaman ve sürede, daha verimli ve emniyetli bir şekilde yapmalarını sağlanması ile, bireylerin evdeki yaşam tatmini en üst düzeye çıkarılabilir (38).

#### 2.3.4.1. Genel Önlemler

- Acil durumlar için ev adresi ve acil aranabilecek numaralar (polis,jandarma, acil servis gibi) evdeki her telefonun yanına konmalı,

- Telefonlar evde rahatlıkla ulaşılabilecek yerlerde olmalı,
- Kapılar içten ve dıştan rahatlıkla açılabilir şekilde olmalı, ayrıca kapı kolları ve tokmakları rahatlıkla kullanılabilir,
- Pencere, içeriden kolaylıkla açılabilir, pencereden dışarıya sarkmaları ve düşmeleri önleyecek yapıda olmalı,
- Odalarda geliş-gidiş alanlarının geniş olması için mobilyalar düzenli bir şekilde yerleştirilmeli. Geliş-gidişlerin olduğu alanın içinde mobilyalar olmamalı,
- Tıbbi ilaçlar, ambalajlarının ya da kutusunun etiketindeki bilgilere uygun bir şekilde emniyetli bir yerde depolanmalı,
- Elektrikli araçlar ve lambalar çalışır durumda tutulmalı, aşırı elektrik yüklenmelerini önlemek için elektrik sigortaları yerleştirilmeli,
- Elektrik sistemi evin tüm ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli kapasitede olmalı,
- Elektrik kabloları geliş-gidişlerin olduğu alanların dışında olmalı ve kilim ya da mobilyaların altından geçirilmemeli,
- Evde yangın alarmı olmalı ve çalışır durumda olmalı,
- Satın alınan tüm elektrikli araçların Türk Standartları Enstitüsü (TSE) belgesi olup olmadığına dikkat etmelidir (3,38,51,52).
- Kapı genişlikleri en fazla 100 cm, en az 80 cm olmalıdır. Örneğin, tekerlekli sandalye kullanan bir yaşlının evinde kapılar sandalyenin geçebileceği genişlikte olmalıdır (51).

#### **2.3.4.2. Yatak Odalarında Alınabilecek Önlemler**

- Yatağın yanına mutlaka lamba konulmalı,
- Telefon, gece lambası, elektrik düğmeleri yataktan kalkıldığında güvenli bir şekilde ulaşılabilecek yerde olmalı,
- Kullanılan gece lambası banyoyu aydınlatmalı,
- Yatak odasında yatağın çevresinde dolaşılabilecek kadar yeterli alan olmalı,
- Giysi dolabında raflar çok yüksek olmamalı, kişinin ihtiyacı olan yüksekliğe ayarlanabilir çıtalar yerleştirilmeli,
- Çekmeceler ve dolap kapakları kullanıldıktan sonra kapatılmalı, oturarak giyinebilmek için sağlam kollukları olan bir sandalye olmalı (3,38,51,52).

### 2.3.4.3. Oturma Odalarında Alınabilecek Önlemler

- Elektrik kabloları duvardan geçirilmeli, duvara sabitlenmeli (kilimlerin altından değil) gidiş-gelişlerin olduğu alanlardan uzak olmalı,
- Elektrik düğmeleri kapının yanına yerleştirilmeli,
- Sandalye ve kanepeler alçak ve derin olmamalı, oturmak ve kalkmak kolay olmalı,
- Sandalye ve kanepelerin otururken ve kalkarken yardımcı olması açısından kollukları olmalı,
- Kullanılan mobilyalar sabit olmalı, destek almak için tutulduğunda eğilmemeli,
- Mobilyaların aralarında odaların içinde ve odalar arasında yürüyebilmek için yeterli alan bırakılmalıdır (38,52).

### 2.3.4.4. Mutfakta Alınabilecek Önlemler

- Mutfak iyi aydınlatılmalı,
- Eğer gaz ocağı varsa, otomatik ateşleme yanmalı, alev saçılmasına karşın otomatik kapatma düğmesi olmalı,
- Ocak kontrol düğmeleri ocağın ön tarafına ya da üst düzeyinde olmalı,
- Perdeler tutuşabileceğinden, ocaklar pencere altında yerleştirilmemeli,
- Yemek pişirme sırasında yemek kaplarının sapları, emniyetli olan tarafa çevrilmeli,
- Mutfakta duvar dolapları ve raflar yüksek olmamalı, rahatlıkla ulaşılabilirliği,
- Yemek hazırlamak için tezgah üzerinde yeterli aydınlatma sağlanmış olmalı,
- Çekmeceler ve dolaplar kapalı tutulmalı,
- Bıçaklar, bıçak raflarında veya çekmecelerde saklanmalı,
- Tezgah yüzeyleri ve çalışma alanlarında gereksinim olmayan tüm objeler ortadan kaldırılmalı,
- Yüksek dolaplardan herhangi bir obje alınırken emniyetli ve sağlam bir sandalye tercih edilmeli,
- Musluklar tek elle rahatlıkla kullanılabilir şekilde planlanmış olmalı,
- Zeminler emniyetli olmalı ve kaymamalı, herhangi bir şey döküldüğünde



hemen temizlenmeli,

- Keskin kenarlı aletlerin keskin olan tarafları emniyetli bir yöne çevrilmeli,
- Yemek pişirme sırasında uzun kollu elbise giymekten kaçınmalı,
- Tencere tutmada kullanılan tutacak sapları ocağın yanında saklanmalı,
- Küçük elektrikli araçlar kullanılmadığında fişten çekilmeli,
- Elektrik düğmesi kapının yanına yerleştirilmeli, içeri girildiğinde

kolaylıkla ulaşılabilecek bir yerde olmalıdır (38,52).

#### **2.3.4.5. Banyo ve Tuvaletlerde Alınabilecek Önlemler**

- Banyo ve tuvalet zeminlerinin kaygan olmamasına dikkat edilmeli,
- Banyo küveti ve duşlarda kaymayan paspas ya da kendinden yapışkanlı kaymayan lastikler kullanılmalı,

- Yerler ıslak bırakılmamalı,

- Kaymayan terlikler kullanılmalı,

- Banyo küveti ya da duşların kapılarına güvenli cam ya da plastik takılmalı,

- Banyo küveti, duş ve tuvalet duvarlarına tutunabilecek barlar yerleştirilmeli,

- Duştaki havlu çubukları ve sabunlukları dayanıklı bir metalden yapılmış olmalı ve sağlam bir şekilde yerleştirilmeli,

- Banyo kapıları dışarıya doğru açılmalı,

- Banyodaki sıcak kaynağı (kazan/soba) güvenli olmalı,

- Elektrik düğmelerine rahatlıkla ulaşabilmek için kapının yanında olmalı, parlak olmayan ışık tercih edilmeli,

- Lavabo rahatlıkla kullanılabilmesi,

- Gece banyoya rahatlıkla ulaşabilmek için gece aydınlatması konulmalıdır (38,52,53).

#### **2.3.4.6. Yer Döşemelerinde Alınabilecek Önlemler**

- Zemin üzerinde bulunan halılar kaymayacak kadar ağır olmalı; yere yapışan halılar ya da duvardan duvara halılar kullanılmalı,

- Kaymaya sebep olabilecek materyaller zeminden hemen temizlenmeli,
- Düşmelere sebebiyet vermesinin yanı sıra sıcaklıkla aşınabileceğinden ve yangın çıkarabileceğinden dolayı; elektrik kabloları halı ya da kilimlerin altından asla geçirilmemeli,
- Zemin üzerinde herhangi bir obje bırakılmamalı,
- Acele edildiğinde kayma olasılığı yüksek olduğundan ev içerisinde asla koşulmamalıdır (38,52).

#### **2.3.4.7. Merdiven ve Basamaklarda Alınabilecek Önlemler**

- Merdivenler iyi aydınlatılmış olmalı,
- Merdivenlerde aydınlatma yetersiz ise mutlaka bir el feneri kullanılmalı,
- Merdivenlerde mutlaka tırabzanlar olmalı ve sağlam olmalı,
- Merdivenlerden inerken ve çıkarken acele edilmemeli,
- Geçici bir süre içinde olsa merdivenlere kutu vb. araç-gereç konulmamalı, basamaklarda dağınıklık karmaşıklık olmamalı,
- Merdivenlere kaygan yolluk ya da halı serilmemeli,
- Yüksek topuklu ayakkabı, uzun elbise ya da sabahlık vb. giysiler ile merdivenlerden inip çıkarken özellikle dikkat edilmeli,
- Hasarlı olan basamaklar hemen onarılmalı,
- Elektrik düğmeleri merdivenlerin en altında ve en üstünde ulaşılacak yerlerde olmalıdır (38,51).

### 3.ARAŞTIRMANIN AMACI

#### **Araştırmanın temel amacı;**

1. Ev kazası sıklığıının ve diğer tanımlayıcı özelliklerin belirlenmesi,
2. Ev kazası geçirme ile yaşlıların yaşadıkları konuta ilişkin risk faktörleri ve diğer özelliklerin belirlenmesidir.

#### **Bu amaca ek olarak (ikincil amaçlar);**

3. Isparta ili Keçiborlu ilçesinde yaşayan 60 yaş ve üstü yaşlı bireylerin sağlık ve sosyal durumları ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumlarının,
4. Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumlarını etkileyen etmenlerin,
5. Son bir yıl içerisindeki genel olarak kaza ve bunların içinde ev kazası geçirme sıklığıının belirlenmesi ve geçirilen ev kazasının türünün tanımlanmasıdır.

## 4. MATERYAL METOT

### 4.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşaması kesitsel tiptedir. Araştırmanın ikinci aşaması ise; kesitsel araştırma sonucunda saptanan kaza geçiren ve buna karşılık oluşturulan kaza geçirmeyen bireylerin kazalarla ilgili nedensel faktörlerin incelenmesiyle kesitsel araştırma üzerine kurgulanmış bir vaka-kontrol çalışmasıdır.

### 4.2. Araştırmanın Bölgesi

Araştırma Isparta İli Keçiborlu İlçesi'nde yapılmıştır.

#### 4.2.1. Araştırma Bölgesinin Coğrafi Özellikleri

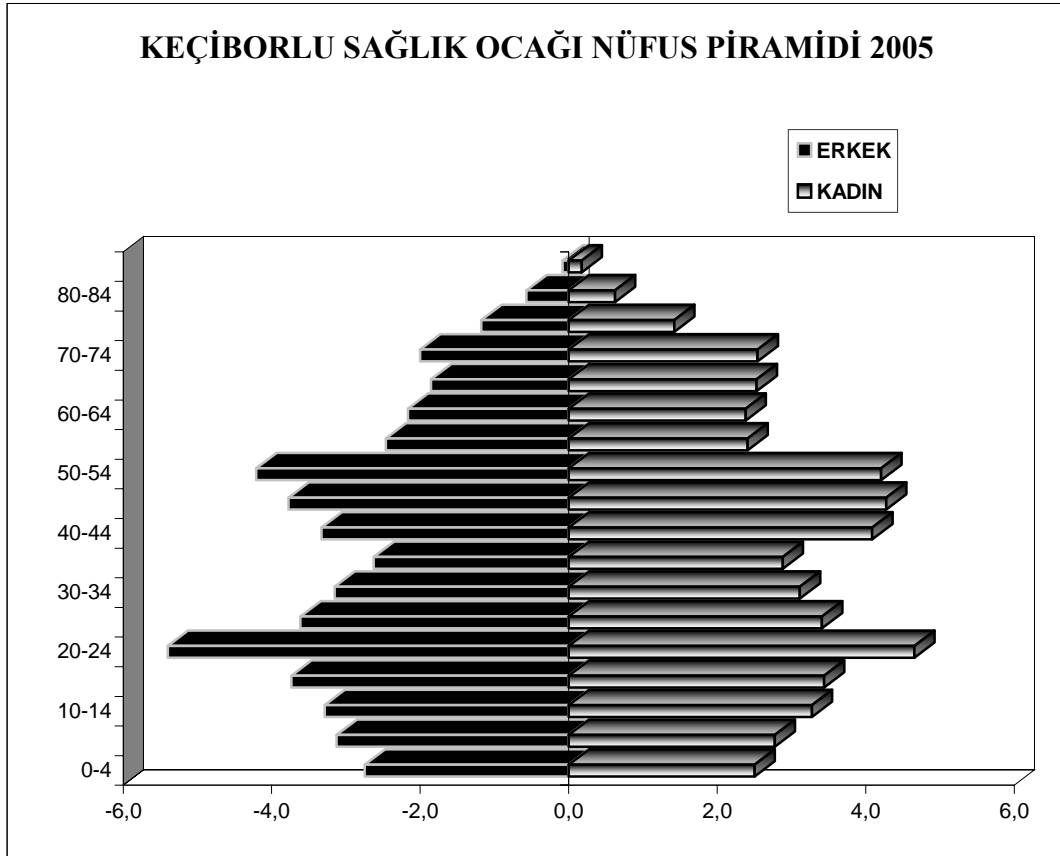
Keçiborlu İlçesi 30 derece 12 dakika doğu boylamı ve 37 derece 00 dakika kuzey enlemi üzerinde yer almaktadır. Akdeniz Bölgesinin Antalya bölümünün kuzeyinde yer alan Göller Yöresi'nin içerisinde yer almaktadır. Doğusu Isparta ili Gönen ilçesi, güneyi Burdur il merkezi, kuzeyi Isparta ili Uluborlu ilçesi ve batısı Afyon ili Dinar ve Sandıklı ilçeleri ile çevrilidir.

Ortalama 1010 metre rakıma sahip olan ilçe Akdeniz Bölgesi'nin sıra dağları olan Toroslar'ın genç serpintilerinin yer aldığı dağlar arasında bulunmaktadır. Arazi yapısı yer yer engebeli olup düzlükler azdır. İlçe Akdeniz Bölgesinde yer almakla birlikte ne Akdeniz ne de İç Anadolu İklimini yansıtmaktadır. Göller Yöresinin tipik geçiş iklimi olarak adlandırılan kışları Akdeniz İklimi ortalamasından daha az sıcaklıkta, fakat İç Anadolu'da görülen karasal iklimin ortalamasından daha yukarı sıcaklıkta bulunmaktadır. Yazlar ise her iki iklimde olduğu gibi sıcak ve kurak geçmektedir. En çok baharlarda görülen yağışlar kış aylarında kar şeklinde olmaktadır.

Keçiborlu Akdeniz Bölgesi'nde olmasına rağmen Batı Toroslar, ılıman iklimin iç bölgelere girmesini engellediği için bitki karakteri açısından İç Anadolu Bölgesi

özelliklerini taşımaktadır. Eskiden ormanlarla çevrili olduğu bilinen ilçe bugün bitki örtüsü bakımından fazla zengin değildir. Bozuk karakterli mevcut orman ve korular genellikle Akdeniz ikliminin karakteristik iğne yapraklı ağaçlarından ve çalı, pınar gibi soğuğa dayanıklı bodur ağaç çeşitlerinden oluşmaktadır (54).

#### 4.2.2. Araştırma Bölgesinin Demografik Özellikleri



2005 yılı Merkez Sağlık Ocağı yıl ortası tespitlerine göre ilçenin (merkez) nüfusu toplam 7391'dir. Bunun 3644'ü erkek, 3747'si kadındır. 60 ve üstü yaşta kilerin toplamı 1295'tir (580'i erkek, 715'i kadın).

**Tablo 6. 2005 yılı Keçiborlu temel sağlık göstergeleri**

TEMEL GÖSTERGELER	İLÇE 2005
Nüfus	7391
Nüfus Artış Hızı %	4,09
Kaba Doğum Hızı ‰	10,28
Kaba Ölüm Hızı ‰	5,85
Bebek Ölüm Hızı ‰	6,54

### 4.3. Araştırmanın Evreni/Örnek Seçimi

**Araştırmanın birinci aşamasında**, araştırmanın evrenini Keçiöorlu ilçesinde yaşayan (merkez ve kırsal bölge) 60 yaş ve üzeri bireyler oluşturdu. Keçiöorlu Merkez Sağlık Ocağı 2005 Yıl Ortası Nüfus Tespitleri'ne göre Keçiöorlu'da merkezde 1295, kasabalarında 1525 olmak üzere 60 yaş ve üzeri toplam 2820 kişi yaşamaktadır. Araştırma evreninin %20'sini oluşturan 564 kişi araştırmanın örnek büyüklüğü olarak belirlendi. Örneğe çıkacak bireylerin belirlenmesi amacıyla olasılıklı örnek seçimi yöntemlerinden tabakalı rasgele örnekleme kullanıldı.

Keçiöorlu İlçesi kentsel ve kırsal bölge olarak tabakalandıktan sonra yaşlı nüfuslarına göre oranlanarak örnek büyüklüğünün %45'i merkezden (225 kişi), %55'i (339) kasabadan seçildi. Keçiöorlu İlçesi'nin kentsel ve kırsal alanı kendi içinde homojen özellik göstermesi nedeniyle ilçe merkezinden iki mahalle ve kırsal bölge olarak da Senir Kasabası rasgele olarak belirlendi. Senir Kasabası'nın tamamına gidilirken, kentsel iki mahalle kendi içerisinde nüfuslarına göre oranlanarak ulaşılması gereken yaşlı sayısı hesaplandı ve rasgele seçilen sokaklara gidildi.

**Araştırmanın ikinci aşamasında** ise 87 vaka, 87 kontrol olmak üzere 174 kişi ulaşılması hedeflendi.

Araştırmanın birinci aşamasında son bir yıl içerisinde ev kazası geçirdiği tespit edilen 87 kişi vaka grubunu, buna karşılık benzer yaş, cinsiyette olma, aynı bölgede oturuyor olma özellikleri gözetilerek ev kazası geçirmediği belirlenen 87 kişi de kontrol grubunu oluşturdu.

### 4.4. Örneğe Ulaşma Oranı

**Araştırmanın birinci aşamasında** Keçiöorlu Merkez'den 15, Senir Kasabası'ndan 23 kişiye ulaşılammış olup Keçiöorlu'dan 210, Senir Kasabası'ndan 316 kişi olmak üzere toplam 526 kişiye ulaşıldı (%93.3).

**Araştırmanın ikinci aşamasında** vaka grubundan 9 kişiye (8 kişi vefat, 1 kişi şehir dışında olma), kontrol grubundan 2 kişiye (1 kişi vefat, 1 kişi hastanede yatıyor olma) olmak üzere toplam 11 kişiye ulaşılammadı. Vaka grubunda 78, kontrol grubunda 85 olmak üzere toplam 163 kişiye ulaşıldı (%93.7).

## 4.5. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

### 4.5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasındaki Değişkenler

#### Sosyo-demografik, sosyo-ekonomik ve konutla ilişkili değişkenler:

**Yaş:** Doğum tarihi açık uçlu sorgulanarak araştırmacı tarafından, bitirilen yaş hesaplanmıştır. Daha sonra yaş araştırmacı tarafından gruplandırılmıştır.

**Cinsiyet:** Erkek ve kadın şeklinde gruplandırılmıştır.

**Medeni durum:** Evli, eşi ölmüş, ayrılmış, hiç evlenmemiş şeklinde sorgulanmıştır. Daha sonra evli ve diğer olarak gruplandırılmıştır.

**Öğrenim durum:** Veriler okur yazar değil, okur yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu şeklinde toplanmıştır. Analizlerde OYD ve diğer şeklinde gruplandırılmıştır.

**Meslek:** Ev hanımı, memur, işçi, emekli, işsiz, serbest meslek, çiftçi şeklinde toplanmıştır. Analizlerde ev hanımı ve diğer şeklinde gruplandırılmıştır.

**Sosyal güvence:** Yok, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı (ES), Bağ-kur (BK), Yeşil Kart (YK), Yurtdışı şeklinde toplanmıştır. Analizlerde sağlık güvencesi var/yok olarak değerlendirilmiştir.

**Oturduğu yer:** Keçiborlu merkez ve Senir Kasabası olarak gruplandırılmıştır.

**Kiminle birlikte yaşadığı:** Yalnız yaşıyor, eşi ile birlikte yaşıyor, diğer şeklinde gruplandırılmıştır. Diğer şeklinde ifade edenlerden açıklaması istenmiştir.

**Halen çalışıp çalışmadığı:** Halen çalışıyor, çalışmıyor şeklinde gruplandırılmıştır.

**Aylık gelirinin varlığı:** Yok/var şeklinde toplanıp var olanlara açık uçlu olarak aylık gelir çeşidi sorulmuştur.

**Algılanan ekonomik durumu:** Yaşlıya ekonomik durumunu nasıl algıladığı sorulup, kötü, orta, iyi şeklinde gruplandırılmıştır.

**Geçimini kimin sağladığı:** Kendisi, eşi, çocuğu, diğer şeklinde toplanıp diğer şeklinde ifade edenlerden açıklaması istenmiştir.

**Evde oturan kişi sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

**Konutun mülkiyeti:** Kendisinin, kira, çocuğunun ve diğer şeklinde sorgulanmıştır. Diğerinin ne olduğu ayrıntılı olarak belirlenmiştir.

**Ayrı odasının olup olmaması:** Yalnız ya da eşiyile birlikte yaşayanlar dışındaki bireylere sorulmuştur. Var/Yok şeklinde gruplandırılmıştır.

**Yaşlı bireyin sağlığı ile ilgili değişkenler:**

**Sağlık durumu algısı:** Yaşlıya sağlık durumunu nasıl algıladığı sorulup, çok kötü, kötü, orta, iyi, çok iyi şeklinde gruplandırılmıştır. Analizlerde çok kötü/kötü ve orta/iyi/çok iyi şeklinde değerlendirilmiştir.

**Sigara kullanma durumu:** Hiç içmemiş, içip bırakmış, içiyor şeklinde gruplandırıldı. Analizlerde içiyor ve hiç içmemiş/içip bırakmış şeklinde değerlendirilmiştir.

**Alkol kullanma durumu:** Hiç kullanmamış, bırakmış, kullanıyor şeklinde gruplandırılmıştır. Analizlerde kullanıyor ve hiç kullanmamış/kullanıp bırakmış şeklinde değerlendirilmiştir.

**Kronik hastalık varlığı:** Açık uçlu olarak sorulup, var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

**Sürekli kullanılan ilaçların varlığı:** Açık uçlu olarak sorulup, ilaç kullanımı var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

**Son 10 yılda kırık geçirme öyküsü:** Evet/hayır şeklinde gruplandırılıp, son on yılda kırık geçirenlere kırık bölgesi sorulup, analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

**Protez kullanma durumu:** Evet/hayır şeklinde gruplandırılıp, protez kullananların , kullandığı protez ismi sorulup, analizlerde protez kullanma durumu var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

**Yardımcı cihaz kullanma durumu:** Evet/hayır şeklinde toplanıp, yardımcı cihaz kullanması durumunda, tekerlekli sandalye, yürüteç, baston, koltuk değneği, işitme cihazı şeklinde sorgulanmıştır. Analizlerde yardımcı cihaz kullanma durumu var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

**Mevcut bir özrünün olup olması:** Var (evet), yok (hayır) şeklinde toplanıp, mevcut bir özrün varlığında; ortopedik özür, nörolojik özür, ruhsal veya duygusal özür, dil veya konuşma özrü, görme özrü, zihinsel özür, işitme özrü şeklinde sorgulanmıştır. Analizlerde mevcut özür durumu var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.



**Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu:**

**Temel günlük yaşam aktiviteleri:** Bireyin;

- Yemek yeme,
- Yatağa yatma ve kalkma,
- Tuvalete gitme,
- Giyinme,
- Banyo yapmada bağımlı olup olmadığı araştırıldı.

“Yapamıyorum” 0 puan, “Yardımla yapabiliyorum” 1 puan, “Tek başıma yapabiliyorum” 2 puan olarak gruplandırıldı.

En düşük puan 0, en yüksek puan 10 olabilirdi.

**Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri:** Bireyin;

- Yemek hazırlama,
- Ev temizliği,
- Telefon kullanma,
- Alışveriş yapma,
- Seyahat etme,
- Parasal işlerin idaresi,
- İlaçlarını almada bağımlı olup olmadığı araştırıldı.

“Yapamıyorum” 0 puan , “Yardımla yapabiliyorum” 1 puan , “Tek başıma yapabiliyorum” 2 puan olarak gruplandırıldı.

En düşük puan 0, en yüksek puan 14 olabilirdi. Analizlerde puanlar ölçüm verisi olarak kullanılmıştır.

**Kaza/Ev kazası geçirme durumu ve ev kazasının türü:**

**Herhangi bir kaza geçirip geçirmemek:** Son bir yıl içerisinde kaza ve yaralanma geçirme durumu evet/hayır şeklinde sorgulandı.

**Saptanan kazanın türü:** Kaza, trafik kazası, iş kazası, ev kazası, diğer şeklinde sorgulandı. Diğer şeklinde ifade edenlerden açıklaması istendi.

**Ev kazasının türü:** Ev kazası, kesici- delici aletlerle yaralanma, kaygan zeminde düşme, yüksekten düşme, soba zehirlenmesi, kimyasal madde ( deterjan vb.) ve ilaçla zehirlenme, elektrik çarpması, ateşle yanma, sıcak su ile yanma, ütü gibi kızgın maddelerle yanma, şofben zehirlenmesi, diğer şeklinde sorgulandı. Diğer şeklinde ifade edenlerden açıklaması istendi.

#### 4.5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasındaki Değişkenler

##### Sosyo-demografik ve sağlığa ilişkin değişkenler:

- Medeni durumu,
- Öğrenim durumu,
- Mesleği,
- Sosyal güvencesi,
- Sağlık durumu algısı,
- Sigara kullanma durumu,
- Alkol kullanma durumu,
- Kronik hastalık varlığı,
- Sürekli kullanılan ilaçların varlığı,
- Son 10 yılda kırık öyküsü,
- Protez kullanma durumu,
- Yardımcı cihaz kullanma durumu,
- Mevcut bir özrünün olup olmaması.

##### Ev kazasına ilişkin tanımlayıcı değişkenler:

**Ev kazasının zamanı:** Araştırmanın ikinci aşamasında, kazanın yılın hangi ayında olduğu sorgulanmış, sonrasında mevsim olarak gruplandırılmıştır.

**Ev kazasının günün hangi diliminde olduğu:** Araştırmanın ikinci aşamasında, kazanın evin hangi bölümünde olduğu açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

**Ev kazasının evin hangi bölümünde olduğu:** Araştırmanın ikinci aşamasında, kazanın evin hangi bölümünde olduğu açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

**Ev kazasından sonra ilk yardım/müdahale yapılıp yapılmadığı:** Kazadan sonra ilk yarım saat içerisinde ilkyardım/müdahale yapılıp yapılmama durumu evet/hayır şeklinde gruplandırılmıştır.

**Ev kazası sonucu sağlık kurumuna başvuru:** Evet/hayır şeklinde gruplandırılmıştır.

**Ev kazası sonucu hastanede yatıp yatmama:** Evet/hayır şeklinde gruplandırılmıştır.

**Ev kazası sonucu tekrarını önlemeye yönelik tedbir alıp almama durumu:** Evet/hayır şeklinde gruplandırılmıştır.

**Konuta ilişkin özellikler:**

**Konutun mülkiyeti:** Kendisinin, kira, çocuğunun, diğer şeklinde gruplandırılmıştır. Diğer şeklinde ifade edenlerden açıklaması istenmiştir.

**Konutun tipi:** Apartman, müstakil ev, gece kondu şeklinde gruplandırılmıştır.

**Konut yapısı:** Betonarme, ahşap, kerpiç, taş olarak sorgulandı. Analitik tablolarda betonarme ve diğer olarak gruplandırıldı.

**Oda sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

**Konut Risk Durumu:** Güner ve Güler'in hazırlamış olduğu "Ev Denetim Listesi"nden faydalanarak "**Konut Risk Durumu Listesi**" hazırlandı (3). Bununla ilgili olarak yaşlının yaşadığı ev ortamında ev kazasına neden olabilecek faktörleri değerlendirmek için 34 soruluk liste yaşlılara sorulup, araştırmacı tarafından da değerlendirildi. Riskli durum için "1" puan, risksiz durum için "0" puan verildi. Her bir konut için konut risk puanı hesaplandı. Konut risk puanı en düşük "0", en yüksek "34" olabilirdi. Puanın yüksek olması ev kazası geçirmek için risk olduğunun göstergesidir. Konut risk puanı, analizlerde ölçüm verisi olarak kullanılmıştır. Konut risk durumu listesi Ek-2'de verilmiştir

**Araştırmada kullanılan ölçekler:**

• **Genel Sağlık Anketi:** 1972 yılında Goldberg tarafından 60 maddelik olarak geliştirilen Genel Sağlık Anketi (GSA), son haftalarda ortaya çıkmış ruhsal sorunların araştırılması ya da taranması amacıyla birçok dil ve kültüre uyarlanmıştır. GSA; kısa, uygulanması kolay bir ölçektir ve ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılır. Psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabilceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda kullanılmaması önerilmemektedir. Daha kısa bir anket elde etmek için yapılan çalışmalar sonucu 30, 28, 12 maddelik GSA'lar ortaya çıkmıştır. Türkçe'ye çevrilerek geçerlik güvenilirlik çalışması Kılıç tarafından yapılmış ve iç tutarlılığı .84, tekrar test korelasyonu .67 olarak bulunmuştur. Goldberg, iç tutarlılığı .94, tekrar test korelasyonunu .90 bulmuştur. 12 maddelik GSA'da her madde, araştırmanın ikinci aşamasında, yaşlının son zamanlarda belirli bir yakınmasının olup olmadığına ilişkin bir sorudan ve "her zamankinden çok az"dan "her zamankinden çok fazla"ya uzanan dördü yanıtlanmalardan oluşmaktadır. Ülkemizde yapılan

araştırmalar ruhsal rahatsızlık tanısı için GSA-12'nin kesme noktasının 1 ve 2 arasında olduğunu göstermektedir ( Kılıç C 1996 ). Araştırmada cevaplar; ‘‘her zamankinden çok az’’ 3 puan, ‘‘ her zamankinden az’’ 2 puan, ‘‘her zamanki kadar’’ 1 puan, ‘‘her zamankinden daha iyi’’ 0 puan şeklinde gruplandırılmıştır. Analizlerde her zamankinden daha iyi ve her zamanki kadar ‘‘0’’puan olarak her zamankinden az ve her zamankinden çok az ‘‘1’’ puan olarak değerlendirilmiştir. En yüksek puan 12'dir. Puan yükseldikçe psikiyatrik rahatsızlık olasılığı artmaktadır (55,56,57). Analizlerde GSA'dan alınan puan ölçüm verisi olarak kullanılmıştır. Genel sağlık anketi soruları Ek-2'de verilmiştir.

• **Geriatrik Depresyon Ölçeği:** Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ); Yesavage, Brink ve arkadaşları tarafından oluşturulup, 1983 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, yaşlı nüfusa yönelik bir depresyon ölçeğidir. Ölçeğin lkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. GDÖ öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenen bir ölçektir. Ölçek EK-2'de verilmiştir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır (58).

Türkçe geçerlik ve güvenilirliği test-tekrar tutarlılığı  $r = 0.77$ ; iç tutarlılığı  $a = 0.92$  bulunmuştur. Bu ölçeğin Türkçe versiyonunda en yüksek duyarlılık ve özgüllük değerlerinin saptandığı optimum kesme noktalar 13/14 olarak belirlenmiştir (59).

Araştırmada 14 puan ve üzeri olanlar depresyon var olarak kabul edilmiştir. Tanımlayıcı veri olarak depresyon var/yok şeklinde sunulmuş, analizlerde depresyon puanı ölçüm verisi olarak kullanılmıştır.

• **Standardize Mini Mental Test:** Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen ölçek, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren özelliktedir. Oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan bölümlerinden oluşan testte her soru bir puan değerindedir. Standardize Mini Mental Test ve Eğitimsizler İçin Türkçe Standardize Mini Mental Test (SMMT-E) , Ertan ve arkadaşları (1999) tarafından değiştirilerek oluşturulmuştur. Toplamı 30 puan olan testte, 23 ve daha az puanın bilişsel bozukluğu gösterdiği, demansın erken evrelerinde bilişsel işlevlerin güvenli ve duyarlı şekilde araştırılmasında yardımcı

olacağı belirtilmektedir (60). Diğer tüm testlerde olduğu gibi bu testin de bazı kısıtlamaları vardır. Folstein'in mini mental testinde % 39.4 gibi bir yalancı pozitiflik vardır. Yani hasta tamamen normal olsa bile yorgun, tedirgin veya zorlanmışsa yaklaşık % 40 gibi bir oranda yetersiz olabilir (15).

Araştırmanın ikinci aşamasında; her yaşlıya okur-yazar olanlara Standardize Mini Mental Test (SMMT), okur-yazar olmayanlara Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT-E) uygulanmıştır. Test puanları oryantasyon (10 puan), kayıt hafızası (3 puan), dikkat ve hesap yapma (5 puan) , hatırlama (3 puan), lisan (9 puan) şeklinde gruplandırılmıştır.

Araştırmada 23 puan ve altında alanlarda demans var kabul edilmiştir. Tanımlayıcı veri olarak demans var/yok şeklinde sunulmuş, analizlerde puanlar kullanılmıştır. Standardize mini mental test Ek-2'de verilmiştir.

#### **4.6. Veri Toplama Yöntemi**

Veri toplama, bilgilendirme sonrasında araştırmayı kabul eden yaşlı bireylerin aydınlatılmış onamları alındıktan sonra, önceden oluşturulup ön denemesi yapılmış anket aracılığıyla, araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir (Ek-1,Ek-2). Adres bilgilerine muhtarlık ve ETF aracılığıyla ulaşılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasındaki konut durumunun değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yaşlıların her birinin evine gidilerek değerlendirilmiştir.

#### **4.7. Veri Analizi**

Veriler SPSS 11.0 paket programında değerlendirildi.

**Araştırmanın birinci aşamasında** tanımlayıcı istatistik olarak ortalama±standart sapma, sayı, yüzde değerler kullanıldı. Bağımlılığı etkileyen etmenleri belirlemek için bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi ve çoklu regresyon analizi uygulandı. Anlamlılık için  $p < 0.05$  alındı.

**Araştırmanın ikinci aşamasında** vakaları tanımlamak için sayı ve yüzde değerler kullanıldı. Diğer tanımlayıcı istatistikler için ortalama±standart sapma kullanıldı. Konuta ilişkin risklerin ev kazası geçirme üzerine etkisi bağımsız gruplarda t testi ve ki-kare ile değerlendirildi. Ev kazası geçirme üzerine etkili olabilecek sosyo-demografik, ekonomik, sağlık özellikleri ile ev kazası geçirme

arasındaki nedensel ilişki ise ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildi. Anlamlılık için  $p < 0.05$  alındı.

#### 4.8. Araştırmanın Zaman Düzeni

Konu seçimi Şubat 2006 tarihinde yapılmış, üç aylık ön çalışmanın ardından, Haziran 2006-Ağustos 2006 tarihleri arasında araştırmanın birinci aşamasının verileri toplanmıştır. Aralık 2006-Ocak 2007 tarihleri arasında araştırmanın ikinci aşamasının verileri toplanmıştır. Araştırmanın birinci aşamasının veri girişine Eylül 2006'da başlanmış olup Kasım 2006'da tamamlanmıştır, Şubat 2007-Nisan 2007 tarihleri arasında araştırmanın ikinci aşamasının verileri girilmiştir. Verinin analizi Temmuz 2007- Eylül 2007 tarihleri arasında yapılmış, tezin yazım aşaması da Aralık 2007'de bitirilmiştir.

	Konu seçimi	Kaynak inceleme	Hazırlık-ön çalışma	Veri toplama	Veri girişi-değerlendirme	Analiz	Yazım
2/2006							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
1/2007							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

#### **4.9. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları**

Araştırma grubundaki yaşlılara ulaşma oranı yüksektir (araştırmanın birinci aşamasında %93.3, ikinci aşamasında %93.7). Bu durum araştırmanın güçlü bir yanı olarak düşünölmektedir.

Araştırmanın birinci aşaması ardından bazı nedenlerden dolayı yaklaşık altı aylık bir süre sonra ikinci aşama verinin toplanmış olması tüm vaka ve kontrollere ulaşmayı engellemiştir. Bu durum araştırmanın bir kısıtlılığı olarak düşünölmektedir.

Yapılan araştırmanın geriye yönelik olması yaşlı ve/veya yakınından alınan bilgiye dayalı olması araştırmanın bir başka kısıtlılığı olarak düşünölmektedir.

## 5. BULGULAR

### 5.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

#### 5.1.1. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik, Sosyo-ekonomik, Konut ve Sağlık Durumlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Yaşlıların, yaş ortalaması  $70.5 \pm 7.3$  (en az 60, en çok 97) olup diğer sosyo-demografik özellikler Tablo 7’de görülmektedir.

En sık gözlenen yaş grubu %26.2 ile 65-69 yaş grubudur. Yaşlıların yarısından fazlası (%57.2) kadındır. Yaşlıların %60.1’i Senir Kasabası’nda, %39.9’u Keçiborlu’da oturmaktadır. Yaşlıların %73.0’ı evli, %26.0’ının eşi ölmüştür. Yaşlıların yarısından fazlası (%58.2) ilkokul mezunu iken, %19.2’si okuma-yazma bilmemektedir. Okur-yazar olmayanların %5.9’u erkektir. Yaşlıların çoğu (%67.1) eşi ile birlikte yaşamaktadır (Tablo 7).

Araştırma grubundaki yaşlıların çoğunluğunun (%56.7) ev hanımı olduğu, %14.4’ünün sağlık güvencesinin olmadığı, sağlık güvencesi olmayanların %64.5’ini kadınların oluşturduğu, sağlık güvencesi olanlar içerisinde en fazla SSK’lı (%39.5) olduğu, %9.9’unun halen çalıştığı, %38.0’nın aylık geliri olmadığı, aylık geliri olanlar içerisinde en fazla (%41.7) SSK aylığı aldığı bulunmuştur. Yaşlılara ekonomik durumunu nasıl algıladığı sorulduğunda %70.2’sinin orta olarak algıladığı, yaşlıların çoğunluğunun %61.2’sinin gelirini kendisinin sağladığı görülmektedir. Evde oturan kişi sayısı çoğunlukla 2 kişi ve altıdır (%84.8). Evde oturan kişi sayısı ortalaması  $2.1 \pm 1.2$  (en az 1 kişi, en fazla 8 kişi) (Tablo 8).



**Tablo 7. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>Yaş grubu</b>		
60-64	118	22.4
65-69	138	26.2
70-74	126	24.0
75-79	87	16.5
80-84	27	5.1
85 ve üstü	30	5.7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	301	57.2
Erkek	225	42.8
<b>Oturulan yer</b>		
Senir	316	60.1
Keçiborlu	210	39.9
<b>Medeni durumu</b>		
Evli	384	73.0
Eşi ölmüş	137	26.0
Ayrılmış	5	1.0
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okur-yazar değil	101	19.2
Okur-yazar	79	15.0
İlkokul mezunu	306	58.2
Ortaokul mezunu	24	4.6
Lise mezunu	13	2.5
Yüksekokul/Ünv. mezunu	3	0.6
<b>Kiminle yaşadığı</b>		
Eşi ile birlikte	353	67.1
Yalnız	104	19.8
Diğer(çocukları,torunları vb.)	69	13.1
<b>Toplam</b>	<b>526</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 8. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>İş durumu</b>		
Ev hanımı	298	56.7
Emekli	112	21.3
Çiftçi	62	11.8
İşçi	23	4.4
Serbest meslek	23	4.4
Memur	5	1.0
İşsiz	3	0.6
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Yok	76	14.4
SSK	208	39.5
Bağ-kur	115	21.9
Emekli sandığı	91	17.3
Yeşil kart	20	3.8
Yurt dışı	16	3.0
<b>Halen çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	474	90.1
Çalışıyor	52	9.9
<b>Aylık gelir varlığı</b>		
Var	326	62.0
Yok	200	38.0
<b>Aylık gelir çeşidi*</b>		
SSK	136	25.9
Bağ-kur	79	15.0
Emekli sandığı	57	10.8
65 yaş aylığı	40	7.6
Yurtdışı	11	2.1
Diğer	2	0.4
Gazi aylığı	1	0.2
<b>Algılanan ekn.durumu</b>		
Orta	369	70.2
İyi	97	18.4
Kötü	60	11.4
<b>Geçimini kimin sağladığı</b>		
Kendisi	322	61.2
Eşi	164	31.2
Çocuğu	38	7.2
Diğer**	2	0.4
<b>Evde oturan kişi sayısı</b>		
2 kişi ve altı	446	84.8
2 +	80	15.2
<b>Toplam</b>	<b>526</b>	<b>100.0</b>

\* Aylık geliri olan 326 kişi üzerinden yüzde alınmıştır. \*\* Torunları, akrabaları

**Tablo 9. Araştırma grubunun yaşadığı konutun mülkiyeti ve ayrı odasının varlığına göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>Konutun mülkiyeti</b>		
Kendisinin	488	92.8
Çocuğunun	26	4.9
Kira	12	2.3
<b>Ayrı odasının varlığı</b>		
Var	477	90.7
Yok	49	9.3
<b>Toplam</b>	<b>526</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubundaki yaşlıların büyük çoğunluğunun (%92.8) kendisine ait evde oturduğu ve yine yaşlıların büyük çoğunluğunun (%90.7) ayrı odasının olduğu görülmektedir (Tablo 9).

**Tablo 10. Araştırma grubunun sağlık algısı, sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>Algılanan sağlık durumu</b>		
Çok kötü	12	2.3
Kötü	76	14.4
Orta	255	48.5
İyi	162	30.8
Çok iyi	21	4.0
<b>Sigara kullanımı</b>		
Hiç kullanmamış	375	71.3
Kullanıp bırakmış	88	16.7
Kullanıyor	63	12.0
<b>Alkol kullanımı</b>		
Hiç kullanmamış	459	87.3
Kullanıp bırakmış	55	10.5
Kullanıyor	12	2.3
<b>Toplam</b>	<b>526</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubundaki yaşlılara, sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorulmuştur. Yaşlıların %48.5'inin "orta" olarak algıladığı görülmektedir. Yaşlıların %12.0'mın sigara kullandığı, %2.3'ünün alkol kullandığı görülmektedir (Tablo 10).

**Tablo 11. Araştırma grubunun kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımına göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>Mevcut kronik hastalık</b>		
Var	349	66.3
Yok	177	33.7
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>		
Evet	304	57.8
Hayır	222	42.2
<b>Toplam</b>	<b>526</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubundaki yaşlıların 349'unun (%66.3) mevcut bir kronik hastalığının olduğu, 304'ünün (%57.8) sürekli ilaç kullandığı görülmektedir (Tablo 11). Kronik hastalığa sahip olanların %62.5'ini kadınlar oluşturmaktadır.

Kronik hastalıklarının içinde en fazla hipertansiyonun bulunduğu (%62.3), bunu sırasıyla diabetes mellitusun (%26.1), kalp hastalıklarının (%22.9), KOAH'ın ( kronik obstruktif akciğer hastalığı) (%21.2), osteoporozun (%13.7) izlediği bulunmuştur. Araştırma grubundaki yaşlılarda hipertansiyon görülme sıklığı %44.9 olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda mevcut kronik hastalığı olan yaşlılardan 49 kişinin (%14.0) üç ve daha fazla sayıda hastalığı olduğu bulunmuştur.

Sürekli kullanılan ilaçların içerisinde en fazla antihipertansiflerin kullanıldığı (%69.4), bunu sırasıyla antidiabetiklerin (%28), kalp ilaçlarının (%19.4) izlediği bulunmuştur.

Araştırma grubunda sürekli ilaç kullanan yaşlılardan 33 kişinin (%10.9) üç ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı bulunmuştur.

**Tablo 12. Araştırma grubunun son on yıl içinde kırık öyküsü, protez ve yardımcı cihaz kullanma ve özür durumuna göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>Kırık geçirme durumu</b>		
Evet	44	8.4
Hayır	482	91.6
<b>Protez kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	137	26.0
Kullanmıyor	389	74.0
<b>Yardımcı cihaz kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	140	26.6
Kullanmıyor	386	73.4
<b>Özür durumu</b>		
Var	37	7.0
Yok	489	93.0
<b>Toplam</b>	<b>526</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubundaki yaşlıların %8.4'ünün son on yıl içerisinde kırık geçirdiği görülmektedir (Tablo 12). Geçirilen kırıkların içerisinde en fazla ekstremitte kırıklarının bulunduğu (%84.1), bunu sırasıyla kalça kırıkları (%11.4), bel kırıkları (%6.8) ve kaburga (%4.4) kırıklarının izlediği bulunmuştur.

Araştırma grubundaki yaşlıların %26.0'ının protez kullandığı görülmektedir (Tablo12). Kullanılan protezler içerisinde en fazla takma dişin bulunduğu (%94.9), bunu sırasıyla ekstremitte protezleri (%3.6) ve kalça protezinin (%1.5) izlediği bulunmuştur.

Araştırma grubundaki yaşlıların %26.6'sının yardımcı cihaz kullandığı görülmektedir (Tablo12). Kullanılan yardımcı cihazlar içerisinde en fazla bastonun bulunduğu (%54.2), bunu sırasıyla gözlüğün (%52.1), işitme cihazının (%2.1), koltuk değneğinin (%1.4) ve tekerlekli sandalyenin (%0.7) izlediği bulunmuştur.

Araştırma grubundaki yaşlıların %7'sinin mevcut bir özrünün bulunduğu görülmektedir (Tablo12). Mevcut özürler içerisinde en fazla ortopedik (% 32.4) ve

görme özrünün (% 32.4) bulunduğu, bunu sırasıyla işitme (% 24.3), nörolojik (% 18.9) ve zihinsel özrün (% 2.7) izlediği bulunmuştur.

### 5.1.2. Araştırma Grubunun Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

**Tablo 13. Araştırma grubunun temel günlük yaşam aktivitelerinde (TG YA) bağımlılık durumunun cinsiyete göre dağılımı**

TG YA	Kendisi Yapıyor			Yardımla		Yapamıyor	
		n	%	n	%	n	%
Yemek yeme	K=301	295	98.0	5	1.7	1	0.3
	E=225	219	97.3	6	2.7	-	0.0
	T=526	514	97.7	11	2.1	1	0.2
Yatağa yatma ve kalkma	K=301	290	96.3	7	2.3	4	1.3
	E=225	217	96.4	7	3.1	1	0.4
	T=526	507	96.4	14	2.7	5	1.0
Tuvalete gitme	K=301	290	96.3	6	2.0	5	1.7
	E=225	216	96.0	8	3.6	1	0.4
	T=526	506	96.2	14	2.7	6	1.1
Giyinme	K=301	289	96.0	8	2.7	4	1.3
	E=225	215	95.6	9	4.0	1	0.4
	T=526	504	95.8	17	3.2	5	1.0
Banyo yapma	K=301	277	92.0	17	5.6	7	2.3
	E=225	212	94.2	12	5.3	1	0.4
	T=526	489	93.0	29	5.5	8	1.5

Araştırma grubundaki yaşlı kadınların temel günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başına yapamadıkları aktivitenin banyo yapma olduğu (%7.9) görülürken, bunu sırasıyla giyinme (%4.0), tuvalete gitme (%3.7), yatağa yatma ve kalkma (%3.6) ve yemek yemenin (%2.0) izlediği görülmektedir (Tablo13).

Araştırma grubundaki yaşlı erkeklerin temel günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başına yapamadıkları aktivitenin banyo yapma olduğu (%5.7) görülürken, bunu sırasıyla giyinme (%4.4), tuvalete gitme (%4.0), yatağa yatma ve kalkma (%3.5) ve yemek yemenin (%2.7) izlediği görülmektedir ( (Tablo13).

Araştırma grubundaki yaşlıların toplamının da temel günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başına yapamadıkları aktivitenin banyo yapma olduğu (%7.0) görülmektedir (Tablo13).

**Tablo 14. Araştırma grubunun yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde (YGYA) bağımlılık durumunun cinsiyete göre dağılımı**

YGYA	Kendisi yapıyor			Yardımla		Yapamıyor	
		n	%	n	%	n	%
Yemek hazırlama	K=301	262	87.0	26	8.6	13	4.3
	E=225	147	65.3	15	6.7	63	28.0
	T=526	409	77.8	41	7.8	76	14.4
Ev temizliği	K=301	243	80.7	36	12.0	22	7.3
	E=225	145	64.4	18	8.0	62	27.6
	T=526	388	73.8	54	10.3	84	16.0
Telefon kullanma	K=301	212	70.4	58	19.3	31	10.3
	E=225	195	86.7	20	8.9	10	4.4
	T=526	407	77.4	78	14.8	41	7.8
Alışveriş yapma	K=301	202	67.1	64	21.3	35	11.6
	E=225	193	85.8	18	8.0	14	6.2
	T=526	395	75.1	82	15.6	49	9.3
Seyahat etme	K=301	191	63.5	72	23.9	38	12.6
	E=225	190	84.4	23	10.2	12	5.3
	T=526	381	72.4	95	18.1	50	9.5
Parasal işlerin idaresi	K=301	195	64.8	62	20.6	44	14.6
	E=225	198	88.0	15	6.7	12	5.3
	T=526	393	74.7	77	14.6	56	10.6
İlaçlarını alma	K=301	263	87.4	23	7.6	15	5.0
	E=225	203	90.2	15	6.7	7	3.1
	T=526	466	88.6	38	7.2	22	4.2

Araştırma grubundaki yaşlı kadınların yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başına yapamadıkları aktivitenin seyahat etme (%36.5) olduğu görülürken, bunu sırasıyla parasal işlerin idaresi (%35.2), alışveriş yapma (%32.9), telefon kullanma (%29.6), ev temizliği (%19.3), yemek hazırlama (%12.9) ve ilaçlarını almanın (%12.6) izlediği görülmektedir (Tablo14).

Araştırma grubundaki yaşlı erkeklerin yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başına yapamadıkları aktivitenin ev temizliği (%35.6) olduğu görülürken, bunu sırasıyla yemek hazırlama (%34.7), seyahat etme (%15.5), alışveriş yapma (%14.2), telefon kullanma (%13.3), parasal işlerin idaresi (%12.0) ve ilaçlarını almanın (%9.8) izlediği görülmektedir (Tablo14).

Araştırma grubundaki yaşlıların toplamının da yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başına yapamadıkları aktivitenin seyahat etme olduğu (%27.6) görülmektedir (Tablo14).

### 5.1.3. Araştırma Grubunun Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumunu Etkileyen Etmenlere İlişkin Analitik Bulgular

**Tablo 15. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre TGYA puanları**

	n=526	TGYA Puanı	P*
		Ortalama±Standart Sapma	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	301	9.6±1.3	0.411
Erkek	225	9.7±1.0	
<b>Yaş grubu</b>			
60-74	382	9.8±0.8	0.008
75,+	144	9.4±1.7	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	384	9.8±0.9	0.043
Diğer	142	9.5±1.7	
<b>Öğrenim durumu</b>			
OYD	101	9.3±1.9	0.018
Diğer	425	9.8±0.8	
<b>Kiminle yaşadığı</b>			
Yalnız	104	9.5±1.5	0.209
Diğer	422	9.7±1.0	

\* Bağımsız gruplarda t testi



Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile TGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; kadınların TGYA puan ortalaması erkeklere göre daha düşük bulunmakla birlikte, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.411$ ). 75 yaş ve üzerinde olanlarda 65-74 yaş grubuna göre TGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.008$ ). Evli olan yaşlıların, evli olmayan yaşlılara göre (dul, eşinden ayrılmış) TGYA puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.043$ ). Okur yazar olmayanların, okur yazar olanlara, ilköğretim, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.018$ ). Yalnız yaşayan yaşlıların, yalnız yaşamayan yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.209$ ) (Tablo15).

**Tablo 16. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre YGYA puanları**

	n=526	YGYA Puanı	P*
		Ortalama±Standart Sapma	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	301	11.5±3.5	0.310
Erkek	225	11.8±3.4	
<b>Yaş grubu</b>			
60-74	382	12.1±3.0	0.000
75,+	144	10.4±4.2	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	384	11.9±3.2	0.015
Diğer	142	11.0±4.1	
<b>Öğrenim durumu</b>			
OYD	101	9.8±4.2	0.000
Diğer	425	12.1±3.1	
<b>Kiminle yaşadığı</b>			
Yalnız	104	11.3±3.8	0.271
Diğer	422	11.7±3.4	

\* Bağımsız gruplarda t testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile YGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; kadınların YGYA puan ortalaması erkeklere göre daha düşük bulunmakla birlikte, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.310$ ). 75 yaş ve üzerinde olanlarda 65-74 yaş grubuna göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Evli olan yaşlıların, evli olmayan yaşlılara göre dul, eşinden ayrılmış) YGYA puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.015$ ). Okur yazar olmayanların, okur yazar olanlara, ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre YGYA puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.000$ ). Yalnız yaşayan yaşlıların, yalnız yaşamayan yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.271$ ) (Tablo16).

**Tablo 17. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerine göre TGYA puanları**

	n=526	TGYA Puanı	
		Ortalama±Standart Sapma	P*
<b>İş durumu</b>			
Ev hanımı	298	9.7±1.2	0.714
Diğer	228	9.7±1.0	
<b>Sağlık güvencesi</b>			
Var	450	9.7±1.0	0.077
Yok	76	9.3±1.9	
<b>Halen çalışma durumu</b>			
Çalışıyor	51	9.9±0.3	0.001
Çalışmıyor	475	9.7±1.2	
<b>Aylık geliri</b>			
Var	326	9.7±1.2	0.743
Yok	200	9.7±1.1	
<b>Ekonomik durumu</b>			
İyi/orta	466	9.7±1.2	0.514
Kötü	60	9.6±1.1	

\* Bağımsız gruplarda t testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin sosyo-ekonomik özellikleri ile TGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; ev hanımları ile diğerleri (emekli, çiftçi, işçi, serbest meslek, memur, işsiz) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.714$ ). Herhangi bir sağlık güvencesi bulunan yaşlı bireylerin, sağlık güvencesi bulunmayanlara göre TGYA puan ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.077$ ). Halen çalışan yaşlıların, çalışmayanlara göre TGYA puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Aylık geliri olan ve olmayan yaşlılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.743$ ). Ekonomik durumlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.514$ ) (Tablo17).

**Tablo 18. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerine göre YGYA puanları**

	n=526	YGYA Puanı	
		Ortalama±Standart Sapma	P*
<b>İş durumu</b>			
Ev hanımı	298	11.5±3.5	0.431
Diğer	228	11.8±3.4	
<b>Sağlık güvencesi</b>			
Yok	76	10.7±4.5	0.045
Var	450	11.8±3.2	
<b>Halen çalışma durumu</b>			
Çalışıyor	51	13.2±1.6	0.000
Çalışmıyor	475	11.5±3.6	
<b>Aylık geliri</b>			
Var	326	11.6±3.5	0.844
Yok	200	11.7±3.4	
<b>Ekonomik durumu</b>			
İyi/orta	466	11.8±3.3	0.018
Kötü	60	10.4±4.2	

\* Bağımsız gruplarda t testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin sosyo-ekonomik özellikleri ile YGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; ev hanımları ile diğerleri (emekli, çiftçi, işçi, serbest meslek, memur, işsiz) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.431$ ). Herhangi bir sağlık güvencesi bulunan yaşlı bireylerin, sağlık güvencesi bulunmayanlara göre YGYA puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.045$ ). Halen çalışan yaşlıların, çalışmayanlara göre YGYA puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Aylık geliri olan ve olmayan yaşlılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.844$ ). Ekonomik durumlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.018$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19. Araştırma grubunun bazı sağlık özelliklerine göre TGYA puanları**

	n=526	TG YA Puanı	
		Ortalama±Standart Sapma	P
<b>Algılanan sağlık durumu</b>			
Çok kötü/kötü	88	8.8±2.4	<b>0.000*</b>
Orta/iyi/çok iyi	438	9.9±9.9	
<b>Sigara kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	63	9.8±0.8	0.565*
Kullanmıyor/bırakmış	463	9.7±1.2	
<b>Alkol kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	12	10.0±0.0	0.297**
Kullanmıyor/bırakmış	514	9.7±1.2	
<b>Kronik hastalık durumu</b>			
Var	349	9.6±1.3	0.155*
Yok	177	9.8±0.8	
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>			
Var	304	9.6±1.3	0.445*
Yok	222	9.7±1.0	

\* Bağımsız gruplarda t testi \*\*Mann Whitney U testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin bazı sağlık özellikleri ile TG YA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; algılanan sağlık durumu çok kötü ve kötü olanların, orta, iyi ve çok iyi olanlara göre TG YA puan ortalaması daha düşüktür ve algılanan sağlık durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Sigara kullanan yaşlıların, hiç sigara kullanmamış ve daha önce kullanıp bırakmış yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.565$ ). Alkol kullanan yaşlıların, hiç alkol kullanmamış ve daha önce kullanıp bırakmış yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.297$ ). Herhangi bir kronik hastalığı bulunan yaşlıların, kronik hastalığı bulunmayanlara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.155$ ). Sürekli ilaç kullanan yaşlıların, sürekli ilaç kullanmayan yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.455$ ) (Tablo19).

**Tablo 20. Araştırma grubunun son on yıl içerisinde kırık geçirme, protez ve yardımcı cihaz kullanma, özür durumuna göre TGYA puanları**

	n=526	TGYA Puanı	
		Ortalama±Standart Sapma	P*
<b>Kırık geçirme durumu</b>			
Var	44	9.3±1.8	0.169
Yok	482	9.7±1.1	
<b>Protez kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	137	9.5±1.6	0.069
Kullanmıyor	389	9.7±0.9	
<b>Yardımcı cihaz kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	140	9.5±1.5	0.088
Kullanmıyor	386	9.7±1.0	
<b>Mevcut özür durumu</b>			
Var	37	9.2±2.0	0.113
Yok	489	9.7±1.0	

\* Bağımsız gruplarda t testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin son on yıl içerisinde kırık geçirme, protez ve yardımcı cihaz kullanma, özür durumu ile TGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; son on yıl içerisinde kırık geçirenlerin, kırık geçirmeyenlere göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte

aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.169$ ). Protez kullanan yaşlıların, protez kullanmayan yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.069$ ). Yardımcı cihaz kullanan yaşlıların, yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.088$ ). Mevcut bir özrü bulunan yaşlıların, özrü bulunmayan yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.113$ ) (Tablo20).

**Tablo 21. Araştırma grubunun bazı sağlık özelliklerine göre YGYA puanları**

	n=526	YGYA Puanı	
		Ortalama±Standart Sapma	P
<b>Algılanan sağlık durumu</b>			
Çok kötü/kötü	88	8.2±4.9	<b>0.000*</b>
Orta/iyi/çok iyi	438	12.3±2.6	
<b>Sigara kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	63	11.9±3.3	0.548*
Kullanmıyor/bırakmış	463	11.6±3.5	
<b>Alkol kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	12	13.5±1.7	<b>0.022**</b>
Kullanmıyor/bırakmış	514	11.6±3.5	
<b>Kronik hastalık durumu</b>			
Var	349	11.4±3.7	<b>0.005*</b>
Yok	177	12.2±2.9	
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>			
Var	304	11.5±3.6	0.179*
Yok	222	11.9±3.3	

\* Bağımsız gruplarda t testi \*\*Mann Whitney U testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin bazı sağlık özellikleri ile YGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; algılanan sağlık durumu çok kötü ve kötü olanların, orta, iyi ve çok iyi olanlara göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve algılanan sağlık durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Sigara kullanan yaşlıların, hiç sigara kullanmamış ve daha önce kullanıp bırakmış yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha yüksek

bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.548$ ). Alkol kullanan yaşlıların, hiç alkol kullanmamış ve daha önce kullanıp bırakmış yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.022$ ). Herhangi bir kronik hastalığı bulunan yaşlıların, kronik hastalığı bulunmayanlara göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.005$ ). Sürekli ilaç kullanan yaşlıların, sürekli ilaç kullanmayan yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.179$ ) (Tablo 21).

**Tablo 22. Araştırma grubunun son on yıl içerisinde kırık geçirme, protez ve yardımcı cihaz kullanma, özür durumuna göre YGYA puanları**

	n=526	YGYA Puanı	
		Ortalama±Standart Sapma	P*
<b>Kırık geçirme durumu</b>			
Var	44	11.4±4.2	0.617
Yok	482	11.7±3.4	
<b>Protez kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	137	11.6±4.0	0.756
Kullanmıyor	389	11.7±3.3	
<b>Yardımcı cihaz kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	140	10.7±4.1	<b>0.001</b>
Kullanmıyor	386	12.0±3.1	
<b>Mevcut özür durumu</b>			
Var	37	8.8±5.0	<b>0.001</b>
Yok	489	11.9±3.2	

\* Bağımsız gruplarda t testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin son on yıl içerisinde kırık geçirme, protez ve yardımcı cihaz kullanma, özür durumu ile YGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; son on yıl içerisinde kırık geçirenlerin, kırık geçirmeyenlere göre YGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.617$ ). Protez kullanan yaşlıların, protez kullanmayan yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha düşük

bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.756$ ). Yardımcı cihaz kullanan yaşlıların, yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Mevcut bir özürlü bulunan yaşlıların, özürlü bulunmayan yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (Tablo22).

Yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; yaşın, eğitimin, algılanan sağlık durumunun temel günlük yaşam aktivite puan ortalamasını, yaşın, eğitim, algılanan sağlık durumunun ve özür varlığının yardımcı günlük yaşam aktivite puan ortalamasını etkilediği görülmektedir (Tablo23).

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin son bir yıl içerisinde ev kazası geçirme durumu ile TGYA ve YGYA puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; ev kazası geçirenlerin, kaza geçirmeyenlere göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.278$ ). Ev kazası geçirenlerin, kaza geçirmeyenlere göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.003$ ) (Tablo24).



**Tablo 23. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre temel ve yardımcı günlük yaşam aktivite puan ortalamasını etkileyen etmenler**

	TGYA				YGYA			
	$\beta$	%95 Güven Aralığı		p	$\beta$	%95 Güven Aralığı		p
Yaş	-0.16	-0.04	0.01	<0.001	-0.21	-0.14	-0.06	<0.001
Cins	-0.04	-0.14	0.32	0.434	0.07	-0.14	1.11	0.126
Eğitim	-0.13	-0.65	-0.13	0.003	-0.21	-2.59	-1.19	<0.001
Medeni durum	-0.04	-0.34	0.14	0.409	-0.02	-0.50	0.78	0.668
Çalışma durumu	0.02	-0.26	0.42	0.643	-0.05	-1.57	0.29	0.177
Algılanan sağlık durumu	-0.30	-1.22	-0.70	<0.001	-0.36	-4.06	-2.62	<0.001
Sağlık güvencesi					-0.04	-1.16	0.43	0.366
Ekonomik durum					-0.02	-1.05	0.72	0.715
Alkol kullanımı					-0.03	-2.39	1.07	0.453
Kronik hastalık					-0.01	-6.45	0.49	0.791
Yardımcı cihaz kullanımı					-0.06	-1.08	0.14	0.130
Özür varlığı					-0.11	-2.60	-0.53	0.003
R <sup>2</sup>	0.159				0.323			

**Tablo 24. Araştırma grubunun son bir yıl içerisinde ev kazası geçirme durumuna göre TGYA ve YGYA puanları**

n=526	TGYA Puanı		p
	Ortalama±Standart Sapma		
Ev kazası geçirme durumu			
Var	9.5±1.4		0.278
Yok	9.7±1.1		
	YGYA Puanı		p
	Ortalama±Standart Sapma		
Ev kazası geçirme durumu			
Var	10.4±4.2		0.003
Yok	11.9±3.2		

**Tablo 25. Araştırma grubunun TGYA'daki bağımlılık düzeylerine göre ev kazası geçirme durumları**

TGYA	Ev kazası geçiren N=87		Ev kazası geçirmeyen N=439		P*
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yemek yeme</b>					
Kendisi yapıyor	83	16.1	431	83.9	0.113
Yardımla yapıyor/yapamıyor	4	33.3	8	66.7	
<b>Yatağa yatma ve kalkma</b>					
Kendisi yapıyor	82	16.2	425	83.8	0.243
Yardımla yapıyor/yapamıyor	5	26.3	24	73.7	
<b>Tuvalete gitme</b>					
Kendisi yapıyor	82	16.2	424	83.8	0.299
Yardımla yapıyor/yapamıyor	5	25.0	15	75.0	
<b>Giyinme</b>					
Kendisi yapıyor	81	16.1	423	83.9	0.166
Yardımla yapıyor/yapamıyor	6	27.3	16	72.7	
<b>Banyo yapma</b>					
Kendisi yapıyor	77	15.7	412	84.3	0.075
Yardımla yapıyor/yapamıyor	10	27.0	27	73.0	

\* Ki-kare Testi

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin temel günlük yaşam aktivitelerindeki her bir aktivite ile ev kazası geçirme durumu karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat her bir aktivitede bağımlı olanların bağımsız olanlara göre daha fazla ev kazası geçirdiği bulunmuştur (Tablo 25).

**Tablo 26. Araştırma grubunun YGYA'daki bağımlılık düzeylerine göre ev kazası geçirme durumları**

YGYA	Ev kazası geçiren N=87		Ev kazası geçirmeyen N=439		P*
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yemek hazırlama</b>					
Kendisi yapıyor	62	15.1	348	84.9	0.100
Yardımla yapıyor/yapamıyor	25	21.6	91	78.4	
<b>Ev temizliği</b>					
Kendisi yapıyor	58	14.9	331	85.1	0.090
Yardımla yapıyor/yapamıyor	29	21.2	108	78.8	
<b>Telefon kullanma</b>					
Kendisi yapıyor	56	13.8	351	86.2	0.002
Yardımla yapıyor/yapamıyor	31	26.1	88	73.9	
<b>Alışveriş yapma</b>					
Kendisi yapıyor	54	13.7	341	86.3	0.002
Yardımla yapıyor/yapamıyor	33	25.2	98	74.8	
<b>Seyahat etme</b>					
Kendisi yapıyor	53	13.9	328	86.1	0.009
Yardımla yapıyor/yapamıyor	34	23.4	111	76.6	
<b>Parasal işlerin idaresi</b>					
Kendisi yapıyor	50	12.7	343	87.3	0.000
Yardımla yapıyor/yapamıyor	37	27.8	96	72.2	
<b>İlaçlarını alma</b>					
Kendisi yapıyor	69	14.8	397	85.2	0.003
Yardımla yapıyor/yapamıyor	18	30.0	42	70.0	

\* Ki-kare Testi

Araştırma grubundaki yaşlılardan en az bir işlevi tek başına yapamayanlar günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olarak kabul edildiğinde araştırma grubunun %8.0'ı temel günlük yaşam aktivitelerinde, %43.7'si yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlıdır.

Araştırma grubundaki yaşlı bireylerin yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki her bir aktivite ile ev kazası geçirme durumu karşılaştırılmıştır. Yemek hazırlama ve ev

temizliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat telefon kullanma, alışveriş yapma, seyahat etme, parasal işlerin idaresi ve ilaçlarını almada bağımlı olanların bağımsız olanlara (tek başına yapabilenlere) göre daha fazla ev kazası geçirdiği bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 26).

#### 5.1.4. Araştırma Grubunun Kaza Geçirme Durumları, Geçirilen Kazanın ve Ev Kazasının Türüne İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

**Tablo 27. Araştırma grubunun kaza geçirme durumuna göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>Kaza geçirme durumu</b>		
Evet	97	18.4
Hayır	429	81.6
<b>Toplam</b>	526	100.0

Araştırma grubundaki yaşlıların 97'si (%18.4) son bir yıl içerisinde kaza-yaralanma geçirmiştir ( Tablo 27 ).

**Tablo 28. Araştırma grubunun geçirdikleri kaza türüne göre dağılımı**

	Sayı* ( n )	%
<b>Kazanın türü</b>		
Trafik kazası	5	5.1
İş kazası	6	6.1
Ev kazası	87	87.9
Diğer	1	1.0
<b>Toplam</b>	99	100.0

\*2 kişi hem trafik hem ev kazası geçirmiştir.

Geçirilen kazaların çoğunluğunu (%87.9) ev kazası oluşturmaktadır( Tablo28 ).

**Tablo 29. Araştırma grubunun ev kazası geçirme durumuna göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>Ev kazası geçirme durumu</b>		
Ev kazası geçiren	87	16.5
Ev kazası geçirmeyen	439	83.5
<b>Toplam</b>	526	100.0

Araştırma grubundaki yaşlıların 87'si (%16.5) son bir yıl içerisinde ev kazası geçirmiştir ( Tablo 29).

**Tablo 30. Araştırma grubundaki yaşlıların geçirdikleri ev kazalarının dağılımı**

	Sayı* ( n )	%
<b>Ev kaza türü</b>		
Kaygan zeminde düşme	49	53.8
Kesici delici aletlerle yar.	18	19.8
Sıcak su ile yanma	10	11.0
Yüksekten düşme	9	9.9
Ateşle yanma	2	2.2
Elektrik çarpması	1	1.1
Ütü ve kızgın maddelerle yanma	1	1.1
Diğer	1	1.1
<b>Toplam</b>	91	100.0

\* 4 kişi hem kesici delici aletle yaralanma hem kaygan zeminde düşme türünde ev kazası geçirmiştir.

Ev kazaları içerisinde en fazla (%53.8) kaygan zeminde düşme görülmektedir (Tablo 30).

## 5.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

### 5.2.1. Vaka Grubunun Ev Kazası İle İlişkili Tanımlayıcı Bulguları

**Tablo 31. Ev kazasının türü, yeri, gün ve yıl içindeki oluşma zamanına göre dağılımı**

	Sayı* ( n )	%
<b>Kazanın türü**</b>		
Kaygan zeminde düşme	45	54.9
Kesici delici aletlerle yar.	16	19.5
Sıcak su ile yanma	9	11.0
Yüksekten düşme	8	9.8
Ateşle yanma	1	1.2
Elektrik çarpması	1	1.2
Ütü ve kızgın maddelerle yanma	1	1.2
Diğer	1	1.2
<b>Kaza yeri</b>		
Banyo/lavabo	18	23.0
Mutfak	15	19.2
Evin çevresinde	13	16.7
Kapı girişi	10	12.8
Odalarda	8	10.3
Merdiven ve koridor	7	9.0
Avlu ve ahır	7	9.0
<b>Günün hangi saatinde</b>		
Sabah	28	35.9
Öğle	29	37.2
Öğleden sonra	5	6.4
Akşam ve gece	16	20.5
<b>Kaza zamanı</b>		
İlkbahar	13	16.7
Yaz	18	23.0
Sonbahar	6	7.7
Kış	41	52.6
<b>Toplam</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

\*Vaka grubundan 9 kişiye ulaşılammıştır.

\*\* Birden çok kaza geçiren vardır.

Geçirilen ev kazasının en çok kaygan zeminde düşme olduğu (%54.9), en çok kış mevsiminde (%52.6), en çok banyo veya lavaboda (%23.0) ve en çok gündüz saatlerinde geçirildiği görülmektedir ( Tablo 31).

**Tablo 32. Ev kazasının sonucunun çeşitli özelliklere göre dağılımı**

	Sayı ( n )	%
<b>İlkyardım/müdahale</b>		
Yapıldı	41	52.6
Yapılmadı	37	47.4
<b>İlkyrd/müd. yapan kişi*</b>		
Sağlık personeli	16	39.0
Ev halkından biri	14	34.2
Kendisi	11	26.8
<b>Sağlık kuruluşuna gitme</b>		
Gitti	24	30.8
Gitmedi	54	69.2
<b>Hastanede yatma**</b>		
Yattı	12	50.0
Yatmadı	12	50.0
<b>Tedbir alınma durumu</b>		
Tedbir aldı	17	21.8
Tedbir almadı	61	78.2
<b>Kazanın sonucunda</b>		
Tam iyileşme	60	76.9
Sakatlık	13	16.7
İz kalması	5	6.4
<b>Toplam</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

\* İlkyardım yapılan 41 kişi üzerinden yüzde alınmıştır.

\*\* Sağlık kuruluşuna başvuran 24 kişi üzerinden yüzde alınmıştır.

Ev kazası geçiren yaşlıların %52.6'sına ilkyardım/müdahale yapıldığı, %39.0'ına sağlık personelinin müdahale ettiği, %69.2'sinin sağlık kuruluşuna gitmediği, sağlık kuruluşuna başvuranlardan %50'sinin hastanede yattığı,

%78.2'sinin kazadan sonra tekrarını önlemeye yönelik tedbir almadığı, %16.7'sinin kaza sonucu sakatlandığı görülmektedir (Tablo 32).

### 5.2.2. Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik, Sosyo-ekonomik ve Sağlık Özelliklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 33. Vaka ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

	VAKA		KONTROL		P*
	n	%	n	%	
<b>Yaş grupları</b>					
60-69	33	42.3	34	40.0	0.904
70-79	34	43.6	37	43.5	
80 ve üstü	11	14.1	14	16.5	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	51	65.4	55	64.7	0.928
Erkek	27	34.6	30	35.3	
<b>Oturulan yer</b>					
Senir	55	70.5	56	65.9	0.526
Keçiborlu	23	29.5	29	34.1	
<b>Medeni durumu</b>					
Diğer	26	33.3	25	29.4	0.590
Evli	52	66.7	60	70.6	
<b>Öğrenim durumu</b>					
OYD/OY	28	35.9	34	40.0	0.731
İlkokul	45	57.7	44	51.8	
Ortaokul ve üstü	5	6.4	7	8.2	
<b>Kiminle birlikte yaşadığı</b>					
Yalnız yaşama	20	25.6	15	17.6	0.214
Diğer	58	74.4	70	82.4	
<b>Toplam</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	

\* Ki-kare Testi

Araştırma grubundaki vaka ve kontroller yaş, cinsiyet ve oturulan yer bakımından benzer olacak şekilde seçilmesinden dolayı gruplar arasında istatistiksel



olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Medeni durum, öğrenim durumu ve kiminle birlikte yaşadığı gibi sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılmışlardır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo33).

**Tablo 34. Vaka ve kontrol grubunun sosyo-ekonomik özelliklerinin karşılaştırılması**

	VAKA		KONTROL		P*
	n	%	n	%	
<b>Sağlık güvencesi</b>					
Var	63	80.8	76	89.4	0.120
Yok	15	19.2	9	10.6	
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	2	2.6	7	8.2	0.171**
Çalışmıyor	76	97.4	78	91.8	
<b>Aylık geliri</b>					
Var	46	59.0	53	62.4	0.659
Yok	32	41.0	32	37.6	
<b>Ekonomik durumu</b>					
Kötü	9	11.5	11	12.9	0.815
Orta	55	70.5	56	65.9	
İyi	14	17.9	18	21.2	
<b>Toplam</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	

\* Ki-kare Testi \*\* Fisher's Exact Test

Araştırma grubundaki vaka ve kontroller sağlık güvencesi, çalışma durumu, aylık geliri, ekonomik durumu gibi sosyo-ekonomik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo34).

Araştırma grubundaki vaka ve kontroller kronik hastalık varlığı, hipertansiyon varlığı, ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, sağlık algısı, sigara alışkanlığı açısından karşılaştırılmıştır. Kronik hastalık varlığı açısından vaka ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.007). Hipertansiyon varlığı vaka grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.590). İlaç kullanımı ve çoklu ilaç kullanımı vaka grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.056, p=0.467). Algılanan

sağlık durumu açısından vaka ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.009). Sağlık durumu algısı çok kötü/kötü olanlar daha fazla ev kazası geçirmiştir. Sigara içme durumu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.594) (Tablo35).

**Tablo 35. Vaka ve kontrol grubunun kronik hastalık varlığı, HT varlığı, ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, sağlık algısı, sigara alışkanlığı açısından karşılaştırılması**

	VAKA		KONTROL		P*
	n	%	n	%	
<b>Kronik hastalık</b>					
Var	65	83.3	55	64.7	<b>0.007</b>
Yok	13	16.7	30	35.3	
<b>HT varlığı</b>					
Var	40	51.3	40	47.1	0.590
Yok	38	48.7	45	52.9	
<b>İlaç kullanımı</b>					
Var	57	73.1	50	58.8	0.056
Yok	21	26.9	35	41.2	
<b>Çoklu ilaç kullanımı</b>					
3,+	8	10.3	6	7.1	0.467
0-2	70	89.7	79	92.9	
<b>Sağlık algısı</b>					
Çok kötü/kötü	23	29.5	11	12.9	<b>0.009</b>
Orta/iyi/çok iyi	55	70.5	74	87.1	
<b>Sigara içme durumu</b>					
İçiyor	8	10.3	11	12.9	0.594
Bırakmış/içmiyor	70	89.7	74	87.1	
<b>Toplam</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	

\* Ki-kare Testi

**Tablo 36. Vaka ve kontrol grubunun kullandığı ilaç sayısı, TGYA, YGYA, GDÖ, MMT ve GSA puanları açısından karşılaştırılması**

	VAKA	KONTROL	p
	n=78	n=85	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Kullanılan ilaç sayısı</b>	1.6±0.8	1.4±0.8	0.306
<b>TGYA puan</b>	9.5±1.5	9.9±0.4	<b>0.043</b>
<b>YGYA puan</b>	10.8±4.1	12.2±2.5	<b>0.009</b>
<b>GDÖ puan</b>	14.3±7.6	15.0±8.4	0.630
<b>MMT puan</b>	23.7±6.0	25.0±4.5	0.134
<b>GSA puan</b>	5.1±5.1	5.6±5.3	0.557

Araştırma grubundaki vaka ve kontroller kullanılan ilaç sayısı, TGYA, YGYA, GDÖ, MMT ve GSA puanları açısından karşılaştırılmıştır. Kullanılan ilaç sayısı ortalaması vaka grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.306$ ). TGYA puan ortalaması vaka grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.043$ ). YGYA puan ortalaması vaka grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.009$ ). GDÖ puan ortalaması açısından vaka ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.630$ ). MMT puan ortalaması vaka grubunda, kontrol grubuna göre daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.134$ ). GSA puan ortalaması açısından vaka ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.557$ ) (Tablo36). Ayrıca vaka ve kontrol grubunda depresyon sıklığı %53.4, demans sıklığı %34.4 olarak bulunmuştur.

**Tablo 37. Vaka ve kontrol grubunun özür durumu, protez, yardımcı cihaz kullanma, kırık geçirme açısından karşılaştırılması**

	VAKA		KONTROL		p
	n	%	n	%	
<b>Özür durumu</b>					
Var	9	11.5	4	4.7	0.108
Yok	69	88.5	81	95.3	
<b>Protez kullanımı</b>					
Kullanıyor	31	39.7	29	34.1	0.457
Kullanmıyor	47	60.3	56	65.9	
<b>Yardımcı cihaz kullanımı</b>					
Kullanıyor	36	46.2	29	34.1	0.117
Kullanmıyor	42	53.8	56	65.9	
<b>Kırık geçirme durumu</b>					
Kırık geçirmiş	16	20.5	8	9.4	<b>0.046</b>
Kırık geçirmemiş	62	79.5	77	90.6	
<b>Toplam</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	

Araştırma grubundaki vaka ve kontroller özür durumu, protez ve yardımcı cihaz kullanma, kırık geçirme açısından karşılaştırılmıştır. Vaka grubunda kontrol grubuna göre daha çok özür bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.108$ ). Vaka grubunda kontrol grubuna göre daha fazla kişinin protez kullandığı bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.457$ ). Vaka grubunda kontrol grubuna göre daha fazla kişinin yardımcı cihaz kullandığı bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.117$ ). Kırık geçirme durumu vaka grubunda kontrol grubuna göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.046$ ) (Tablo37).

### 5.2.3. Vaka ve Kontrol Grubunun Konut Özelliklerinin ve Konut Risk Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 38. Vaka ve kontrol grubunun konut tipi, konut yapısı ve oda sayısı açısından karşılaştırılması**

	VAKA		KONTROL		p
	n	%	n	%	
<b>Konut tipi</b>					
Apartman	8	10.3	9	10.6	0.945
Müstakil/Gecekondu	70	89.7	76	89.4	
<b>Konut yapısı</b>					
Betonarme	50	64.1	44	51.8	0.111
Diğer*	28	35.9	41	48.2	
<b>Oda sayısı (ort±standart sapma)</b>	3.1±1.1		3.2±0.8		0.365
<b>Toplam</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	

\* Ahşap, kerpiç ve taş evler diğer başlığı altında toplanmıştır.

Araştırma grubundaki vaka ve kontroller konut tipi, konut yapısı ve oda sayısı açısından karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo38).

Araştırma grubundaki vaka ve kontroller konut risk durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Islak alanları kolayca kayabilecek malzemeden yapılmış olanlar vaka grubunda kontrol grubuna göre daha fazladır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.004).Diğer özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte; tuvaleti dışarıda olanlar, mutfağı olmayanlar, mutfakta kullanılan ocağın düğmesi otomatik olmayanlar, ısınma aracı olarak sobayı kullananlar, halı kilim vb. yaygıların kenarları düşmeye neden olacak biçimde olanlar, banyoda düşmeyi önleyecek tutunma barları olmayanlar, koridorlarında çarpıp düşmeye neden olacak kutu vb. eşya bırakanlar, elektrik kablolarında aşınma,zedelenme olanlar, ocak,ısıtıcı vb. araçlarının düğmelerinin açık/kapalı konumu belli olmayanlar, telefonu kolayca uzanabileceği yerde olmayanlar, evde patlayıcı ve parlayıcı madde depolayanlar, evinin penceresinde korumalık olmayanlar vaka grubunda daha yüksektir (Tablo39). Ayrıca vaka ve kontroller konut risk puan ortalaması açısından karşılaştırılmıştır, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.489).

**Tablo 39. Vaka ve kontrol grubunun konut risk durumlarına göre karşılaştırılması**

	VAKA		KONTROL		p
	n	%	n	%	
Tuvaleti dışarıda olanlar	15	19.2	15	17.6	0.794
Banyosu olmayanlar	5	6.4	6	7.1	0.869
Mutfağı olmayanlar	1	1.3	1	1.2	0.951
Isınma aracı olarak sobayı kullananlar	74	94.9	76	89.4	0.199
Islak alanları kolayca kayabilecek malzemeden yapılmış olanlar	40	51.3	25	29.4	<b>0.004</b>
Zemine kayabilecek halı,kilim vb.sermiş olanlar	22	28.2	26	30.6	0.739
Halı kilim vb. yayguların kenarları düşmeye neden olacak biçimde olanlar	10	12.8	10	11.8	0.837
Banyoda düşmeyi önleyecek tutunma barları olmayanlar	75	96.2	77	90.6	0.157
Koridorlarında çarpıp düşmeye neden olacak kutu vb. eşya bırakanlar	14	17.9	15	17.6	0.960
Elektrik telefon vb. kabloları açıkta olanlar	4	5.1	5	5.9	1.000*
Elektrik kablolarında aşınma,zedelenme olanlar	3	3.8	2	2.4	0.671*
Isııcı ocakları sabit olmayanlar	11	14.1	15	17.6	0.537
Ocak,ısıtıcı vb. araçlarının düğmelerinin açık/kapalı konumu belli olmayanlar	24	30.8	24	28.2	0.723
Isıtıcı, elektrikli battaniye açıkken uyuyanlar	2	2.6	5	5.9	0.446*
Ocak,fırının yanında kolayca tutuşabilecek madde,cisim bırakanlar	4	5.1	6	7.1	0.748*
Mutfakta kullanılan ocağın düğmesi otomatik olmayanlar	59	75.6	61	71.8	0.575

\*Fisher's Exact Test

**Tablo 39 devamı. Vaka ve kontrol grubunun konut risk durumlarına göre karşılaştırılması**

	VAKA		KONTROL		p
	n	%	n	%	
Banyo,mutfakta etkin havalandırması olmayanlar	33	42.3	38	44.7	0.758
Telefonu kolayca uzanabileceği yerde olmayanlar	8	10.3	5	5.9	0.303
Yatakta sigara içenler	4	5.1	6	7.1	0.748*
Kül tablaları derin ve yanmayacak malzemeden olmayanlar	17	21.8	25	29.4	0.267
Elektriği otomatik sigorta olmayanlar	1	1.3	7	8.2	0.066*
Evde patlayıcı ve parlayıcı madde depolayanlar	6	7.7	2	2.4	0.154*
Merdivenleri eşit,uygun genişlik ve yükseklikte olmayanlar	22	28.2	33	38.8	0.152
İlaçları kendi kutularında tutmayanlar	13	16.7	16	18.8	0.719
Mutfak tezgahında yeterli ışıklandırması olmayanlar	7	9.0	13	15.3	0.219
Merdivenlerinin kaplaması iyi durumda olmayanlar	14	17.9	25	29.4	0.087
Merdiven kenarlarında tutunacak yeri olmayanlar	17	21.8	27	31.8	0.152
Banyo şofbeni banyoda olanlar	15	19.2	24	28.2	0.178
Evde yeterli aydınlatması olmayanlar	6	7.7	12	14.1	0.191
Mobilyalarının kenarı kesici ve sivri olanlar	1	1.3	3	3.5	0.622*
Mobilyalarının cam ve metal bölümü olanlar	6	7.7	7	8.2	0.898
Düzenli olarak evin bacasını temizlemeyenler	31	39.7	38	44.7	0.522
Balkon demirleri yeterince yüksekte ve aralıkları uygun olmayanlar	26	33.3	39	45.9	0.102
Evinin penceresinde korumalık olmayanlar	67	85.9	64	75.3	0.089

\*Fisher's Exact Test

## 6. TARTIŞMA

Isparta ili Keçiborlu ilçesinde (merkez ve kırsal bölgede) yapılan bu araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında 60 yaş ve üstü yaşlı bireylerin; sağlık ve sosyal durumları ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumlarının belirlenmesi, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumlarını etkileyen etmenlerin saptanması, son bir yıl içerisindeki genel olarak kaza ve bunların içinde ev kazası geçirme sıklığının belirlenmesi ve ev kazasının türünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise; ev kazasının tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi, ev kazası geçirme ile konuta ilişkin risk faktörleri ve diğer özelliklerin nedensel ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### 6.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

#### 6.1.1. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik, Sosyo-ekonomik ve Konut Durumlarına İlişkin Özellikler

Ülkemizde 2005-2010 yılları için doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 74.4, erkeklerde 69.2 ve genel olarak her iki cinsiyet için 71.7 yıldır (17). Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması  $70.5 \pm 7.3$  (min:60-max:97)'tür. Araştırma grubundaki yaşlıların yaş ortalamasının ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi ile benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı bölge yaşlı nüfusa sahiptir. Keçiborlu'da 60 yaş ve üstü nüfusun tüm nüfusa oranı %17.5, Türkiye'de ise %8.2'dir (The World Health Report-2005). Bu durumun bölgede bulunan kükürt işletmelerinin 1994 yılında kapatılmasından dolayı genç nüfusun dışarıya göç etmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Araştırmanın yapıldığı bölge yaşlı nüfusa sahiptir, sağlık hizmetleri planlanırken bu durumun göz önünde tutulması gerekir.

Araştırma grubundaki yaşlılar 5'er yıllık yaş gruplarına ayrıldığında; yaşlıların en fazla 65-69 yaş grubunda toplandığı bulunmuştur. Araştırma grubundaki yaşlıların %27.3'ü 75 ve üstü yaş grubundadır. Bu durum İzmir'de Keskinoğlu ve



arkadaşlarının yaptığı yaşlılarda ev içi kazalar çalışması ile benzerlik göstermektedir (4). Afyon Huzurevi yaşlılarında yapılan bir araştırmada 75 ve üstü yaş grubu %57.7 olarak bu araştırmadan çok yüksek bulunmuştur (26). Bu durum yaşamın daha ileriki dönemlerinde yaşlıların daha fazla desteğe ihtiyaç duyarak huzurevlerinde kalmalarından kaynaklanabilir.

Keçiborlu Merkez Sağlık Ocağı 2005 yıl ortası verilerine göre 60 yaş ve üstü nüfusun %55.2'si kadın, %44.8'i erkektir. Araştırma grubundaki kadınların oranı erkeklerden yüksektir. Araştırma grubundaki yaşlıların cinsiyete göre dağılımı, Keçiborlu'nun yaşayan nüfusunun cinsiyet dağılımına benzer özellik göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda yaşlılar arasında evli olan erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (27,61,62). Bu durum bizim araştırmamızda da benzerdir. Bu farklılığın erkekler için doğumda beklenen yaşam süresinin kadınlara göre daha kısa olmasından ve eşi ölen erkeklerin kadınlara göre daha çok yeniden evlenmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırma grubundaki yaşlılar öğrenim durumları açısından değerlendirildiğinde; tüm grubun yaklaşık olarak beşte biri okur-yazar değildir. Okur-yazar olmayan kadınların oranı erkeklerden daha fazladır. Araştırma grubundaki yaşlıların yarısından fazlası ilkokul mezunudur. Lise ve üniversite mezunu hiç kadın bulunmamaktadır. Erkeklerden ise 13 kişi lise mezunu ve sadece 3 kişi üniversite mezunudur. Türkiye'de huzurevlerinde kalan 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan çok merkezli bir çalışmada okur-yazar olmayanların oranı kadınlarda %54.2, erkeklerde %39.5 olarak bulunmuştur (63). Afyon'da yapılan bir araştırmada yaşlıların %57.7'si, İzmir'de yapılan bir araştırmada yaşlıların %52.9'u okur-yazar değildir (26,64). Bizim araştırmamızda okur-yazar olmayanların oranı diğer araştırmalara göre düşük bulunmuştur ve bu durum olumlu olarak değerlendirilmiştir. Bu farklılığın araştırmaların yapıldığı bölgelerden kaynaklandığı düşünülmüştür. Ancak bizim araştırmamızda ve diğer araştırmalarda okur-yazar olmayan kadınların oranı erkeklerden yüksektir bu da kadınlar açısından dezavantajlı bir durumdur. Bu durumun ülkemizde önceki yıllarda kız çocuklarının okula gönderilmemesi nedeniyle kaynaklandığı düşünülmüştür.

Meslek grupları değerlendirildiğinde en büyük grup ev hanımlarıdır. Kadınların %98.7 gibi yüksek oranı ev hanımıdır. Bu durum araştırma grubunun çoğunluğunun

kadınlardan oluşmasından ve kadınların eskiden çalışma hayatında çok fazla yer almamasından kaynaklanabilir. Erkeklerin ise yarıya yakın kısmı emekli olup, erkeklerden 3 kişi işsiz olduğunu ifade etmiştir. Araştırma grubundaki yaşlıların %9.7'si halen aktif olarak çalışmaktadır. Ayrancı ve arkadaşlarının Eskişehir'de yaptıkları araştırmada da bizim araştırmamızla benzer şekilde yaşlıların %8.0'ının halen aktif olarak çalıştıkları bulunmuştur (62). Araştırma grubundaki yaşlıların %14.4'ü herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir. Sağlık güvencesine sahip olmayan kadınların oranı erkeklerden daha yüksektir. Sağlık güvencesi olanlar ise, çoğunlukla kişilerin kendilerine ait veya eş ve çocuklarından hak sahibi oldukları Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı idi. Eskişehir'de ve Ankara'da 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılan araştırmalarda sağlık güvencesi olmayanların oranı bizim araştırmamızla benzerdir ve bu araştırmalarda da sağlık güvencesi olmayan kadınların oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (62,65). Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olma kişinin rahatça sağlık kurumuna başvurmasını sağlamaktadır.

Araştırmamızda kadınlarda yalnız yaşama oranının erkeklerden daha yüksek olduğu, tüm grupta yaşlıların yaklaşık olarak beşte birinin yalnız yaşadığı bulunmuştur. Malatya'da yapılmış olan bir çalışmada da yalnız yaşayanların oranları bizim araştırmamızla benzer bulunmuştur (66). Ortalama evde oturan kişi sayısı 2.2 olup bu durum yalnız yaşamama açısından olumlu olarak düşünülmüştür.

Araştırma grubundaki yaşlılar ekonomik durumları açısından değerlendirildiğinde; büyük çoğunluğunun düzenli olarak aylık gelirinin olduğu bulunmuştur. Günay ve arkadaşlarının Kayseri'de yaptıkları araştırmada yaşlıların %13.8'inin ekonomik durumunun kötü olduğu bulunmuştur (67). Bizim araştırmamızda da algılanan ekonomik durumları kötü olanlar benzer şekilde bulunmuştur. Yaşlıların geçimlerini büyük oranda kendilerinin sağladığı, geri kalan kısmının geçiminin ise eşi ve çocukları tarafından sağlandığı bulunmuştur.

Araştırma grubundaki yaşlıların yaşadığı konutların mülkiyeti değerlendirildiğinde, yaşlıların büyük çoğunluğunun kendisine ait bir evde oturdukları bulunmuştur. Keskinoglu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim araştırmamızla benzer şekilde yaşlıların %91.5'inin kendisine ait bir evde oturdukları

bulunmuştur (4). Yaşlıların çoğunluğunun evde kendilerine ait ayrı bir odasının olması olumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir.

### 6.1.2. Araştırma Grubunun Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikler

Araştırma grubundaki yaşlıların sağlık durumlarını algılama düzeyleri değerlendirildiğinde, yaklaşık olarak yarısının sağlık durumlarını orta olarak algıladıkları bulunmuştur. Bu durum Afyon'da huzurevinde yapılan çalışma ile benzer özellik göstermektedir (26).

Halen sigara kullananlar tüm grubun %12.0'ıdır. Ayrıca yaş ilerledikçe sigara içme sıklığının azaldığı bulunmuştur. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık döneminde sigara içme sıklığının saptandığı çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. İtalya, Finlandiya ve Hollanda'da 65-84 yaş arası 2170 yaşlı erkek üzerinde yapılan bir araştırmaya göre; sigara içme sıklığı Finlandiya'da %18.6, İtalya'da %26.3, Hollanda'da %30.4 bulunmuştur (68). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılan iki çalışmada sigara içme sıklığı Van'da %25.0, İzmir'de %9.0 bulunmuştur (69,70). Bizim araştırmamızdaki yaşlılarda sigara içme sıklığı İzmir'deki çalışma ile benzer, Van'daki çalışmadan düşüktür, bu durum olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamızda yaşlıların %16.7'si artık sigara içmemektedir. Sigara içme sıklığı erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan hastalıklar, sigaranın zararları ile medyadan veya toplumdan alınan mesajlar yaşlıların sigarayı bırakmasında etkili olmuş olabilir. Kayseri'de 65 yaş ve üstü yaşlılarda yapılan bir araştırmada yaşlıların %1.4'ünün alkol kullandığı belirtilmiştir (61). Alkol kullanma sıklığı bizim araştırmamızda da benzer şekilde bulunmuştur. Benzer şekilde alkol kullanma sıklığı erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Kadınlardan yalnızca bir kişi alkol kullanmış fakat şimdi bıraktığını belirtmiştir.

Araştırma grubundaki yaşlıların %66.3'ünde en az bir kronik hastalık olup, kadınlarda bu oran erkeklere göre daha yüksektir. Yaşlılarda yapılan çeşitli araştırmalarda bu sıklık; İzmir'de %69.3, İzmir Balçova'da %80.0, Kayseri'de %79.4, Eskişehir'de %76.0, Afyon Çay'da %52.8 olarak bulunmuştur (61,62,70,71,72). Bizim araştırmamızda kronik hastalık prevalansı Afyon Çay'daki araştırmadan yüksek, İzmir'deki araştırma ile benzer, İzmir Balçova, Eskişehir ve

Kayseri’de yapılan araştırmalardan daha dūřuk bulunmuştur. Bu durum veri toplama yōnteminden (ōrneęin, İzmir Balçova’da yapılan araştırmada ōykū almanın yanında yaşlıların kan basıncı ōlçūmū de yapılmıştır bizim araştırmamızda sadece ōykū alınmıştır), sorgulanan kronik hastalıkların farklılığından, yaşlı popūlasyonun yař ve cinsiyet dağılımından kaynaklanabilir. Araştırmamızda diğer araştırmalara benzer şekilde kadınlarda kronik hastalık sıklığı erkeklerden daha yūksək bulunmuştur. Araştırma grubundaki yaşlıların %14.0’nın 3 ve daha fazla sayıda hastalığı olduğu bulunmuştur. Kronik hastalıklar iğerisinde en fazla hipertansiyonun, bunu sırasıyla diabetes mellitus, kalp hastalıkları, KOAH ve osteoporozun izlediği bulunmuştur. Bu durum Trabzon’da 65 yař ve ūstū yaşlılarda yapılan bir ęalıřma ile benzerdir (27).

Arařtırma grubundaki yařlıların %57.8’i sūrekli ilaę kullanmaktadır. Sūrekli kullanılan ilaęların ięerisinde en fazla antihipertansif ilaęların, bunu sırasıyla antidiyabetik ilaęların ve kalp ilaęlarının izledięi bulunmuřtur. Arařtırma grubunda sūrekli ilaę kullanan yařlılardan %10.9’unun ūç ve daha fazla sayıda ilaę kullandıęı bulunmuřtur. Kronik hastalıklarla benzer olarak kadınlarda sūrekli ilaę kullanım sıklıęı erkeklerden yūksək bulunmuřtur. Tūrkiye’de huzurevlerinde kalan 1944 yařlıda yapılan çok merkezli bir ęalıřmada da çoklu ilaę kullanımının kadın olmak, depresyon, eęitim dūzeyi, artan yař, son altı ay ięerisinde hastanede yatarak tedavi gōrmek ve hayat memnuniyeti ile iliřkili olduęu bulunmuřtur (73).

Araştırma grubundaki yaşlıların son on yıl iğerisinde kırık geğirme durumu değerlendirildiğinde, araştırmamızdaki yaşlıların kırık geğirme oranı Ulusel’in ęalıřmasından daha dūřuk bulunmuştur. Bu oran bizim ęalıřmamızda %8.4, Ulusel’in ęalıřmasında %16.4’tūr (70). Bu durumun bizim ęalıřmamızda son on yıl iğerisinde kırık geğirme durumunun sorgulanmasından, diğer ęalıřmada 60 yaşından sonra kırık geğirme durumunun sorgulanmasından kaynaklanabilir. Geęirilen kırıkların iğerisinde en fazla ekstremite kırıklarının bulunduğu, bunu sırasıyla kalça kırıkları, bel kırıkları ve kaburga kırıklarının izlediği bulunmuştur. Kadınlarda kırık geğirme oranı erkeklerden daha yūksək bulunmuştur bu durum kadınlarda osteoporozun daha çok gōrūlmesinden kaynaklanabilir.

Araştırmamızda yaşlıların %26.0’nın protez, %26.6’sının yardımcı cihaz kullandığı bulunmuştur. Kullanılan protezler içerisinde en fazla takma dişin bulunduğu, bunu sırasıyla ekstremite protezleri ve kalça protezinin izlediği

bulunmuştur. Yardımcı cihazlar içerisinde en fazla bastonun kullanıldığı, bunu sırasıyla gözlüğün, işitme cihazının, koltuk değneğinin ve tekerlekli sandalyenin izlediği bulunmuştur. Türkiye’de 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan çok merkezli bir çalışmada baston kullanımı kadınlarda %25.2, erkeklerde %29.0, Konya’da yapılan bir çalışmada baston kullanımı kadınlarda %12.9, erkeklerde %8.3, Kayseri’de yapılan bir çalışmada baston kullanımı kadınlarda %11.1, erkeklerde %11.8 olarak bulunmuştur (30,61,63). Bizim araştırmamızda bu oran kadınlarda %17.6, erkeklerde %10.2 olup Kayseri ve Konya’da yapılan çalışma ile benzer Türkiye’de yapılan çok merkezli çalışmadan düşüktür. Bu durum çok merkezli çalışmanın huzurevlerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma grubundaki yaşlıların %7.0’ı özürlü olarak bulunmuştur. İstanbul’da özürlülük oranı ve özürlülerin durumu ile ilgili bir araştırmada özürlülük oranı tüm yaş gruplarında %9.7, 65 yaş üzeri bireylerde %12.0 olarak bulunmuştur (74). Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu’na göre, özürlülük oranı ( huzurevinde kalan 65 yaş ve üzeri bireylerde) %31.1 olup sırasıyla özürler içerisinde en fazla ortopedik sonra görme özrünün, bunu işitme, nörolojik, zihinsel ve dil-konuşma özrünün izlediği bulunmuştur (63). Bu sıralama bizim araştırmamızda da benzerdir. Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir araştırmada özürlülük oranı %18.5 bulunmuştur (75). Aydın il merkezinde tüm yaş gruplarında bu oran %4.9 olarak bulunmuştur (76). Araştırmalarda özürlü popülasyonun oranı %0.2 ve %20.9 arasında değişmektedir. Bu fark sadece özürlülük oranının farklı olmasına değil, aynı zamanda; istatistiksel değerlendirmelerdeki, tanımlardaki ve tarama için kullanılan araçlardaki farklılıklara bağlıdır (63).

### **6.1.3. Araştırma Grubunun Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık**

#### **Durumları**

Araştırma grubundaki yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ile değerlendirilmiştir. Yaşlanmayla birlikte bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumları büyük ölçüde değişmektedir. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumlarını inceleyen bir çok çalışmada, yaşın ilerlemesi ile birlikte bireylerde

TGYA ve YGYA'daki bağımlılık düzeyinin anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur (1,66,77). Bizim araştırmamızın sonuçları da bu durumu desteklemektedir. Araştırmamızdaki bireyler yaş grupları olarak 60-74 ve 75,+ şeklinde ikiye ayrılmıştır. 75,+ grupta TGYA ve YGYA puan ortalamaları anlamlı şekilde düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş ve üstü bireylerde yapılan bir çalışma da günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın 75,+ grupta 65-74 yaş grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuştur (78).

Araştırmamızda kadınların TGYA ve YGYA'daki bağımlılık durumlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların TGYA ve YGYA puan ortalaması erkeklerden daha düşüktür fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Konuyla ilgili benzer çalışmalarda da kadınlarda bağımlılık düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (1,26,77). Araştırmamıza katılan kadınların kronik hastalığa sahip olmaları erkeklerden daha yüksek, öğrenim düzeyleri ise erkeklerden daha düşüktür. Bu yüzden kadınların daha fazla bağımlılık yaşadıkları düşünülmektedir.

Yaşlıların temel günlük yaşam aktiviteleri içerisinde bağımsız olarak en düşük oranda banyo yapabildikleri en yüksek oranda yemek yiyebildikleri bulunmuştur. Keskinoglu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlıların temel günlük yaşam aktiviteleri içerisinde bağımsız olarak en düşük oranda banyo yapabildikleri (%82.7) en yüksek oranda yemek yiyebildikleri (%94.7) bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş ve üstü bireylerde yapılan bir çalışmada da yaşlıların en fazla banyo yapmada bağımlı oldukları bulunmuştur (79). Bu durum bizim çalışmamızda da benzerdir. Yaşlıların yardımcı günlük yaşam aktiviteleri içerisinde ise bağımsız olarak en düşük oranda seyahat edebildikleri en yüksek oranda ilaçlarını alabildikleri bulunmuştur. Araştırmamızda YGYA'nın cinsiyete göre değişiklik gösterdiği bulunmuşsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kadınların özellikle seyahat etme, parasal işlerin idaresi, alışveriş yapma, telefon etme gibi eğitim düzeyi ile yakından ilişkili aktiviteleri erkeklere göre daha fazla tek başlarına yapamadıkları görülürken, erkeklerin toplumsal roller açısından ağırlıklı olarak kadının yerine getirmesi beklenen ev temizliği, yemek hazırlama gibi aktiviteleri daha fazla tek başlarına yapamadıkları bulunmuştur. Şahbaz ve Tel'in evde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde yaptığı bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde

erkeklerin başta gelen bağımlılık alanı yemek hazırlama ve ev temizliği olarak bulunmuştur (77). Berberoğlu'nun yaptığı bir çalışmada ise yaşlıların yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde başta gelen bağımlılık alanının seyahat etme olduğu belirtilmiştir (80). Bu durum bizim çalışmamızla benzerdir.

Araştırma grubundaki yaşlıların yaklaşık 1/5 yalnız yaşamaktadır. Yalnız yaşayan yaşlılar arasında bağımsızlık oranı Malatya'da yapılan çalışma ile benzer şekilde yüksek bulunmuştur (66). Bu durum yaşlıların tek başına yaşadıkları için kendi kendilerine yetmek zorunda oldukları ya da halen kendilerine güvendikleri için başkasının yanında kalmadıkları ile açıklanabilir.

Araştırma grubundaki yaşlılar öğrenim durumlarına göre OYD ve diğer (OY, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu) şeklinde gruplandırılmıştır. Öğrenim durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Okur- yazar olmayanların TGYA ve YGYA puan ortalamaları diğer yaşlılara göre daha düşüktür. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre, öğrenim durumunun temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öğrenim düzeyi arttıkça temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması artmaktadır. Beştepe ve arkadaşlarının Afyon Huzurevi'nde yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde öğrenim durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve öğrenim durumu yükseldikçe yaşlıların telefonla arayabilme, tek başına alışveriş yapabilme, seyahat edebilme, parasal işlerini idare edebilme ve ilaçlarını alabilme artmaktadır (26). Malezya'da 60 yaş ve üstü 350 kişide yapılan bir çalışmada hiç eğitim almamış bireylerin en fazla toplu taşıma araçlarına binmede başkalarından yardım aldıkları daha sonrada parasal işlerin idaresi için yardım aldıkları bulunmuştur (81). En az bir işlevi tek başına yapamayan yaşlılar günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olarak kabul edildiğinde araştırma grubunun %8.0'ı temel günlük yaşam aktivitelerinde, %43.7'si yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlıdır ve öğrenim grupları içerisinde en fazla bağımlılık oranı okur-yazar olmayan gruptadır .

Araştırma grubundaki yaşlıların yaklaşık olarak yarısı sağlık durumunu orta olarak değerlendirmektedirler. Algılanan sağlık durumu çok kötü, kötü ve orta, iyi, çok iyi şeklinde gruplandırıldığında çok kötü ve kötü sağlık durumu olanların TGYA

ve YGYA puan ortalaması diğer gruba göre daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre, algılanan sağlık durumunun temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık durumunu çok kötü olarak değerlendiren yaşlıların hepsi, kötü olarak değerlendiren yaşlıların % 92.1'i en az bir kronik hastalığa sahiptir. Ulusel'in çalışmasında kötü sağlık algısının bağımlılık için risk etmenleri arasında yer aldığı gösterilmiştir (70). Herhangi bir kronik hastalığı bulunan yaşlıların, kronik hastalığı bulunmayanlara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Herhangi bir kronik hastalığı bulunan yaşlıların, kronik hastalığı bulunmayanlara göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre kronik hastalığa sahip olmanın yardımcı günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum farkın yaştan kaynaklandığı göstermektedir. Sürekli ilaç kullanan yaşlıların, sürekli ilaç kullanmayan yaşlılara göre TGYA ve YGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Son on yıl içerisinde kırık geçirenlerin, kırık geçirmeyenlere göre TGYA ve YGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Protez kullanan yaşlıların, protez kullanmayan yaşlılara göre TGYA ve YGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yardımcı cihaz kullanan yaşlıların, yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yardımcı cihaz kullanan yaşlıların, yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak çoklu regresyon analizi yapıldığında bu fark ortadan kaybolmuştur. Mevcut bir özrü bulunan yaşlıların, özrü bulunmayan yaşlılara göre TGYA puan ortalaması daha düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Mevcut bir özrü bulunan yaşlıların, özrü bulunmayan yaşlılara göre YGYA puan daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



Sigara kullanan yaşlıların, hiç sigara kullanmamış ve daha önce kullanıp bırakmış yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alkol kullanan yaşlıların, hiç alkol kullanmamış ve daha önce kullanıp bırakmış yaşlılara göre YGYA puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak çoklu regresyon analizi yapıldığında bu fark ortadan kaybolmuştur.

#### **6.1.4. Araştırma Grubunun Ev Kazası Geçirme Durumu ve Ev Kazasının Türüne İlişkin Özellikler**

Yaşlılarda ev içi kazalarla ilgili topluma dayalı olarak, prevalansı ve risk faktörlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmalar, koruyucu önlemlerin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (4).

Araştırma grubumuzdaki yaşlıların %16.5'inin son bir yıl içerisinde ev kazası geçirdiği bulunmuştur. Dönmez'in Antalya'da 60 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada (49) son bir yıl içindeki tüm kaza sıklığı %19.4, Doğan'ın Samsun ili Tekkeköy ilçesinde yaşlılarda yaptığı çalışmada son bir yıl içerisinde ev kaza sıklığı %20.6 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızla benzerdir (82). Erkal'ın Kırıkkale'de 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada (1) son bir yıl içindeki ev kazası sıklığı %27.7, Tortumluoğlu'nun Erzurum'da 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada (83) son bir yıl içindeki ev kazası sıklığı %29.0, Atman'ın Manisa'da 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada (84) son bir yıl içindeki ev kazası sıklığı %31.6, Şahbaz'ın Sivas'ta 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada (77) son üç ay içindeki ev kazası sıklığı %34.3, Keskinioğlu'nun İzmir'de 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada (4) son altı ay içindeki ev kazası sıklığı %38.3, Topaç'ın Ankara'da 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptığı çalışmada son bir yıl içindeki ev kazası sıklığı %65.3 olarak bulunmuştur (5). Araştırmamızda ev kazası sıklığı çalışmalardan daha düşüktür. Bunun sebebinin araştırma grubumuzun daha genç yaş grubunda (60 yaş), Sivas ve İzmir'deki çalışmadan daha uzun sürede (son bir yıl) ev kazası geçirme sıklığının araştırılması nedeniyle kazaların daha iyi hatırlanamamasından ya da yaşlıların geçirdiği her kazayı önemsememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Topaç'ın çalışmasında son bir yıl içerisinde ev kazası geçirme sıklığının bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmasının,

çalışmanın polikliniğe başvuran bireylerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma grubundaki ev kazası geçiren yaşlılara; geçirdikleri ev kazası türü, kesici- delici aletlerle yaralanma, kaygan zeminde düşme, yüksekten düşme, soba zehirlenmesi, kimyasal madde ( deterjan vb.) ve ilaçla zehirlenme, elektrik çarpması, ateşle yanma, sıcak su ile yanma, ütü gibi kızgın maddelerle yanma, şofben zehirlenmesi ve diğer şekilde sorgulandı. Yaşlıların geçirdiği en fazla ev kazası türünün kaygan zeminde düşme (%53.8), ikinci olarak kesici delici aletlerle yaralanma olduğu bulunmuştur. Manisa’da 65 ve üstü yaşlılarda yapılan çalışmada da en fazla görülen kaza tipi düşme (%49.2), ikinci olarak kesici delici aletlerle yaralanma (%22.2) olduğu bulunmuş olup bizim araştırmamızla benzerdir (84). Yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda da yaşlılar arasında düşmenin en çok yaralanma nedeni olduğu bildirilmiştir (85,86,87,88,89). Şenol ve arkadaşlarının acil servise başvuran ev kazalarını inceledikleri bir çalışmada da düşmelerin birinci, kesici delici aletlerle yaralanmaların ikinci sıklıkta görülen kaza türü olduğu belirtilmiştir (33).

## **6.2. Araştırmanın İkinci Aşaması**

### **6.2.1. Vaka Grubundaki Yaşlıların Geçirdikleri Ev Kazası İle İlgili Özellikler**

Vaka grubundaki yaşlılar arasında kış mevsiminde kaza geçirenlerin en yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Erkal’ın çalışmasında da yaşlılarda kazaların en çok kış mevsiminde görüldüğü belirtilmiştir (1). Kazaların özellikle kış mevsiminde olması, soğuk aylarda yaşlıların evde bulunma sürelerinin daha çok olduğundan düşünülmektedir.

Keskinoğlu’nun İzmir İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi’ndeki yaşlılarda yaptığı araştırmada geçirilen kazaların %42.6’sının öğle saatlerinde, %31.9’unun sabah %25.5’inin akşam ve gece gerçekleştiği belirtilmiştir (4). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde en çok öğle saatlerinde daha sonra sabah saatlerinde daha sonra akşam ve gece kaza geçirildiği bulunmuştur. Lehtola ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da yaşlılar arasındaki düşmelerin en fazla günün aktif saatlerinde olduğu belirtilmiştir (90).

Lee ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlılarda ev kazalarının %29.0'nın tuvalette, %18.0'nin oturma odasında ve %14.0'nin mutfakta olduğu belirtilmiştir (91). Gill ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlılarda düşmelerin en çok oturma odasında, daha sonra sırasıyla yatak odasında, mutfakta ve banyoda olduğu belirtilmiştir (92). Topaç'ın yaptığı bir çalışmada yaşlılarda ev kazalarının %30.9'unun antre, %19.4'ünün mutfak, %13.7'sinin banyoda olduğu belirtilmiştir (5). Bizim araştırmamızda da %23.0 ile banyo veya lavaboda kaza geçirenler en yüksek orandadır ve ikinci sırada mutfak yer almaktadır. Bu durumun banyoda yaşlıların elleriyle destek alabilecekleri düzeneklerin yokluğundan, ıslak alanların kolayca kayabilecek malzemedan yapılmış olmasından, mutfakta kazaya neden olabilecek araç-gereçlerin diğer alanlara göre daha fazla olmasından ya da mutfak zeminine kolayca kayabilecek halı, kilim serilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Yaşlıların yaklaşık olarak yarısına kaza geçirdikten sonra müdahale yapılmamıştır. %30'u sağlık kuruluşuna gitmiştir. Sağlık kuruluşuna giden yaşlıların yarısı yatarak tedavi olmuşlardır. Ev kazası geçiren yaşlıların çoğunluğu kazadan sonra tekrarını önlemeye yönelik tedbir almadıklarını belirtmişlerdir. Kaza sonucunda yaşlıların çoğunluğunda tam iyileşme görülürken, %16.7'sinde sakatlık meydana gelmiştir. Topaç'ın çalışmasında ev kazası geçiren yaşlıların %46.0'ına müdahale yapılmazken, %37.4'üne uygun müdahale yapıldığı belirtilmiştir (5). Tortumluoğlu'nun çalışmasında ev kazası geçiren yaşlıların %56.6'sının kaza oluştuktan sonra sağlık kuruluşuna başvurdukları, %52.1'inin kazadan sonra tekrarını önlemeye yönelik tedbir almadıkları belirtilmiştir (83). Erkal'ın çalışmasında ev kazası geçiren yaşlıların %71.1'inde tam iyileşme olduğu, %21.1'inde tedavinin devam ettiği, %7.8'inde sakatlığın olduğu belirtilmiştir (1). Yaşlıların geçirdikleri ev kazası kadar kazadan sonra müdahale yapılmaması, sağlık kuruluşuna başvurma oranının düşük olması, kazadan sonra tekrarını önlemeye yönelik tedbir alma oranını düşük olmasının da yaşlılar açısından önemli bir sorun olduğu düşünülmektedir.

### **6.2.2. Yaşlılarda Ev Kazaları Geçirme Sıklığını Etkileyebilecek Özellikler**

Yaşlılarda yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla ev kazası geçirdikleri belirtilmektedir (1,4,5). Araştırmamızda son bir yıl içerisinde ev kazası

geçirenler içerisinde kadınların oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun kadınların erkeklere göre evde daha fazla zaman geçirdiklerinden ve evle ilgili faaliyetlerde daha fazla sorumluluk aldıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Ev kazası geçirme ile yaş grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ev kazası geçirenlerin en fazla 70-79 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Erkal'ın araştırmasında yaş arttıkça ev kazası sıklığının istatistiksel olarak anlamlı arttığı, 80 ve üzeri yaş grubunda ev kazası geçirenlerin ilk sırada (%75.0) olduğu belirtilmiştir (1). Yapılan araştırmalarda da ileri yaşlarda yaşlılığın getirdiği fiziksel yetersizliklerin artmasıyla daha fazla ev kazası görüldüğü belirtilmektedir (1,5).

Ev kazası geçiren yaşlılarda; eşi ile birlikte yaşayanların, eşinden ayrılmış ve eşi ölenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Fakat yapılan araştırmalarda yalnız yaşayan yaşlılarda daha fazla ev kazası görüldüğü belirtilmektedir (1,4,5). Tortumluoğlu'nun Erzurum'da yaptığı araştırmada da bizim araştırmamızla benzer şekilde evlilerde ev kazası sıklığı daha yüksek bulunmuş ve bu durumun eşi ile birlikte yaşayan yaşlıların çocuklarının desteğinden daha yoksun kalmalarından kaynaklandığının düşünüldüğü belirtilmiştir (83).

Ev kazası geçiren yaşlılar içerisinde ilkokul mezunu olanların çoğunlukta olduğu, %6.4'ünün ortaokul ve üstü öğrenim aldığı bulunmuştur. Topaç'ın çalışmasında da ortaöğretim ve daha az öğrenimli yaşlılar ile lise ve üniversite mezunu yaşlılar arasında kaza geçirme açısından anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (5).

Ev kazası geçiren yaşlıların büyük çoğunluğu artık çalışmamaktadır. Çalışmayan grupta ev kazası geçirme sıklığının yüksek olması, çalışmayan yaşlıların evde daha fazla vakit geçirmeleri ile açıklanabilir.

Ev kazası geçiren yaşlıların ekonomik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Bu durum yaşlıların yalnızca %11.5'inin ekonomik durumunu kötü olarak belirtmesinden kaynaklanabilir. Ev kazası geçirenlerin %83.3'ü en az bir kronik hastalığa sahiptir. Ev kazası geçirme ile kronik hastalığa sahip olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Ankara Gölbaşı ilçesinde yaşlılarda yapılan bir çalışmada son altı ay içerisinde düşen yaşlılarda sadece hipertansiyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (93). Topaç'ın çalışmasında ise yaşlılarda hipertansiyon ve ev kazası geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve hipertansiyon tedavisinin; hipotansiyon, sedasyon, reflekslerde

azalma ve bilişsel aktivitenin azalması gibi yan etkilerle düşmelere direkt olarak önderlik ettiği belirtilmiştir (5). Bizim araştırmamızda da vaka grubunda hipertansiyon varlığı daha fazla bulunmuştur. Fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Ev kazası geçiren yaşlılarda sürekli ilaç kullananların oranı daha yüksek bulunmuştur. Vaka ve kontrol grubunda çoklu ilaç kullanımı değerlendirildiğinde; çoklu ilaç kullanımı vaka grubunda kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur, fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ev kazası geçirenlerin %73.1'i en az bir ilaç kullanmaktadır. Kullandıkları ilaçlar arasında en fazla antihipertansif ilaçlar yer almaktadır. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir araştırmada sürekli ilaç kullanan yaşlıların ilaç kullanmayanlara oranla daha fazla ev kazası geçirdikleri, antihipertansif ilaçlar kullanan yaşlılarda ev kazası yaşama sıklığının daha fazla olduğu ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan yaşlıların ev kazası geçirme sıklığı daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (77). Bizim araştırmamızda kadınlarda kronik hastalıkların erkeklere göre daha fazla olması, bununla bağlantılı olarak sürekli ilaç kullanımının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olması ve algılanan sağlık durumunun yine kadınlarda erkeklere göre daha kötü olmasının kadınlarda ev kazasının daha fazla görülmesine neden olduğu düşünülmüştür. İngiltere'de 60-79 yaşları arasındaki 4050 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların son bir yıl içerisinde geçirdikleri düşmeler ile kronik hastalık ve ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelenmiştir. Son bir yıl içerisinde düşme yaşayan kadınların düşme yaşamayanlara göre daha ileri yaşta, daha fazla kronik hastalığa sahip ve daha fazla ilaç kullandıkları belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada dolaşım sistemi hastalığı, KOAH'ı, artriti, depresyonu olan kadınlarda düşmelerin daha sık görüldüğü ve hipnotik ilaçların, anksiyolitik ilaçların, antidepresanların düşme sıklığını artırdığı belirtilmiştir (94).

Şahbaz ve Tel'in evde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde yaptığı bir araştırmada, TGYA ve YGYA'daki bağımlılık düzeyi arttıkça yaşlıların ev kazası yaşama sıklığının anlamlı şekilde arttığı belirtilmektedir (77). Bizim araştırmamızda da en az bir işlevi tek başına yapamayan yaşlılar günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olarak kabul edildiğinde araştırma grubunun %8.0'ı temel günlük yaşam aktivitelerinde, %43.7'si yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlıdır. Vaka

grubundaki yaşlıların TGYA ve YGYA puan ortalaması, kontrol grubundaki yaşlılardan daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Ayrıca yaşlıların temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri ile ev kazası geçirme durumları her bir aktivite ile değerlendirilmiştir. Ev kazası geçirenlerin her bir aktivitede daha bağımlı olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda telefon kullanma, alışveriş yapma, seyahat etme, parasal işlerin idaresi, ilaçlarını alma gibi yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri ile ev kazası geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmanın ikinci aşamasında, vaka ve kontrol grubunda (n=163) depresyon varlığı, Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin 30 soruluk formu ile değerlendirilmiştir. En yüksek 30 puan alınabilecek bu ölçekte 14 puan ve üzeri alanlar depresyon var olarak kabul edilmiştir. Yaşlıların %53.4'ünde depresyon olduğu kadınlarda bu oranın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ev kazası geçirenlerde ise bu oran %52.6'dır. Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılar Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin 30 soruluk formu kullanılarak değerlendirilmiş ve depresyon sıklığı %41.5 olarak bulunmuştur. Bizim araştırmamızla benzer şekilde kadınlarda depresyon sıklığı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (59). Depresyon sıklığının bizim araştırmamızdan daha düşük bulunmasının nedeni Ankara'da yapılan bu çalışmada bilişsel bozukluğu olan yaşlıların çalışmaya dahil edilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim araştırmamızla benzer şekilde Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin 30 soruluk formu kullanılarak yapılan bir araştırmada yaşlılarda depresyon sıklığının %56.6 olduğu belirtilmiştir (95). Depresyonun yaşlılarda bağımlılık için risk etmenleri arasında olduğu belirtilmektedir (96). Aynı zamanda bağımlılarda depresyonun daha fazla olduğu bulunmuştur (97). Araştırmamızda depresyon ile ev kazaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Samsun'da yapılan çalışmada da benzer şekilde depresyon açısından ev kazası geçiren ve geçirmeyenler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (82).

Araştırmanın ikinci aşamasında, vaka ve kontrol grubunda bilişsel işlevler Standardize Mini Mental Test ile değerlendirilmiştir. En yüksek 30 puan alınabilecek bu ölçekte 23 ve daha az puan alanlar demansı var olarak kabul edilmiştir. Vaka grubunun ortalaması 23.7, kontrol grubunun ortalaması 25.0 olarak bulunmuştur. Vaka grubunun mini mental test ortalaması kontrol grubuna göre daha

düşük tespit edilmişse de ev kazası geçirme ile demans arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmamıştır.

Araştırmamızda özür durumunun varlığı, yardımcı cihaz ve protez kullanma durumu ile ev kazası geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat özür durumu, yardımcı cihaz ve protez kullanma oranı vaka grubunda kontrol grubundan daha yüksektir. Bu durum Topaç'ın çalışmasında da benzer şekildedir (5). Manisa'da yapılan benzer bir çalışmada da özürlü olanlarda kaza sıklığının düşük olması; özürlü olanların sürekli başkaları tarafından gözetim altında tutulması ve daha sedanter yaşam sürmelerinden kaynaklandığı şeklinde belirtilmiştir (84).

### **6.2.3. Ev Kazası Geçirme İle Yaşlıların Yaşadıkları Konuta İlişkin Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın ikinci aşamasında, vaka ve kontrol grubunda yaşlının yaşadığı ev ortamında ev kazasına neden olabilecek faktörleri değerlendirmek için **Konut Risk Durumu Listesi** hazırlandı. Vaka ve kontrol grubu arasında konut risk puanı açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Fakat ıslak alanları kolayca kayabilecek malzemeden yapılmış olanlar vaka grubunda kontrol grubuna göre daha fazla saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Araştırmamızda kaygan zeminde düşmenin ilk sırada yer alan kaza tipi olduğunu hatırlayacak olursak bu bulgunun desteklendiği görülmektedir. Diğer özellikler açısından değerlendirildiğinde; tuvaleti dışarıda olanlar, mutfağı olmayanlar, mutfakta kullanılan ocağın düğmesi otomatik olmayanlar, ısınma aracı olarak sobayı kullananlar, halı kilim vb. yaygıların kenarları düşmeye neden olacak biçimde olanlar, banyoda düşmeyi önleyecek tutunma barları olmayanlar, koridorlarında çarpıp düşmeye neden olacak kutu vb. eşya bırakanlar, elektrik kablolarında aşınma, zedelenme olanlar, ocak, ısıtıcı vb. araçlarının düğmelerinin açık/kapalı konumu belli olmayanlar, telefonu kolayca uzanabileceği yerde olmayanlar, evde patlayıcı ve parlayıcı madde depolayanlar ve evinin penceresinde korumalık olmayanlar vaka grubunda daha yüksek oranda ise de tüm bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ayrıca kendi evinde oturanlarda kirada oturanlara göre, apartmanda gecekondur ve müstakil evlere göre, betonarme evlerde kerpiç ve ahşap

olanlara göre ve kaloriferli evlerde sobalı evlere göre konut risk puanları daha düşük bulunmuştur.

Erkal'ın çalışmasında yaşlılar arasında düşme nedeni olarak banyo ve tuvalette tutunma barlarının olmamasını belirtenlerin ilk sırada yer aldığı belirtilmiştir (1). Keskinoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşlının yaşadığı ortamdaki kaza riski yaratabilecek tüm alanlar değerlendirilmiş ve sadece ev içinde eşyalarının düzensiz yerleşiminin kaza varlığını artırdığı bulunmuş ve evin diğer özellikleri ile ev kazaları arasında ilişki bulunmamasında en önemli nedenin, risk olmayan durumlarda bile var olan önlemlerin kazaları azaltabilecek nitelikte olmadığı görüldüğü belirtilmiştir (4). Topaç'ın çalışmasında ise, kazaya neden olan konut faktörlerinin ilk beşinin yetersiz aydınlatma, halılar, unutulmuş ya da yürüyüş yoluna konulmuş eşyalar, keskin ve sert köşeleri olan eşyalar, ıslak zemin gibi konut faktörlerinin olduğu belirtilmiştir (5).

Yukarıda da değinildiği gibi, evinde ıslak alanları kolayca kayabilecek malzemedan yapılmış olanların dışında konutla ilgili pek çok risk faktörü vaka grubunda daha fazla bulunmasına rağmen bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçtan hareketle; bu çalışmanın yaşlının yaşadığı ortamdaki kaza riski yaratabilecek tüm alanların yaşlıların evlerine gidilerek değerlendirildiği de dikkate alındığında, araştırma bölgesindeki yaşlıların ev kazası geçirme durumlarının, yaşadıkları konutlarla ilgili faktörlerden büyük ölçüde etkilenmediği söylenebilir. Yine de, vaka grubunda kontrol grubuna göre ulaşılamayanların daha fazla olması vb nedenlerle yan tutma oluşmuş ve sonuçlar etkilenmiş olabilir.



## 7. SONUÇ

### Araştırmanın Birinci Aşaması

1. Araştırmanın yapıldığı bölge yaşlı nüfusa sahiptir. 60 yaş ve üstü nüfusun tüm nüfusa oranı %17.5'tir.
2. Araştırmaya katılan yaşlıların çoğunluğunu kadınlar(%57.2), evliler(%73.0) ve eşi ve/veya bir yakını ile yaşayanlar(%80.2) oluşturmaktadır.
3. Yaşlıların yaklaşık olarak 1/5 okur-yazar değildir.
4. Araştırmaya katılan yaşlıların çoğunluğunun sağlık güvencesi ve düzenli geliri vardır.
5. Yaşlıların yaşadıkları konutlarının mülkiyeti çoğunlukla kendilerine aittir. Kirada kalan yaşlı sayısı azdır.
6. Araştırmaya katılan yaşlıların %66.3'ü kronik hastalığa sahiptir ve %57.8'i sürekli ilaç kullanmaktadır. Hipertansiyon sahip oldukları hastalıklar arasında ilk sıradadır ve görülme sıklığı %44.9'dur.
7. Temel günlük yaşam aktivitelerinde yaşlıların en fazla yapamadıkları aktivite banyo yapmadır.
8. Yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde kadınların en fazla tek başlarına yapamadıkları aktiviteler seyahat etme ve parasal işlerin idaresi, erkeklerin ise en fazla tek başlarına yapamadıkları aktiviteler ev temizliği ve yemek hazırlamadır.
9. Temel günlük yaşam aktivite ve yardımcı günlük yaşam aktivite puanları 75 ve üstü yaş grubunda, sağlık durumunu çok kötü/kötü olarak algılayan yaşlılarda ve okur yazar olmayan yaşlılarda anlamlı şekilde düşüktü.
10. Son bir yıl içerisinde kaza geçiren yaşlıların kaza geçirmeyen yaşlılara göre yardımcı günlük yaşam aktivite puanları anlamlı şekilde düşüktü.
11. Araştırmaya katılan yaşlılarda son bir yıl içerisinde ev kazası geçirme sıklığı %16.5'tir.

### Araştırmanın İkinci Aşaması

12. Vaka grubundaki yaşlılar arasında en fazla görülen ev kazası türü kaygan zeminde düşme, daha sonra sırasıyla kesici delici aletlerle yaralanma, sıcak su ile

yanma, yuksekten dusme, ateşle yanma, elektrik çarpması, ütü ve kızgın maddelerle yanmadır.

13. Kazalar en fazla banyo/lavabo, mutfak ve evin çevresinde meydana gelmiştir.

14. Yaşlı bireylerde ev kazaları sıklıkla kış mevsiminde olmaktadır.

15. Vaka ve kontrol grubu arasında sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler açısından fark yoktur.

16. Vaka grubunda kontrol grubuna göre kronik hastalıklar daha fazla ve sağlık algısının daha kötü olduğu bulunmuştur.

17. Benzer şekilde vaka grubunda kontrol grubuna göre TGYA ve YGYA puan ortalamaları daha düşüktür ve bu farklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

18. Vaka grubunun MMT puanları ortalaması 23.7, kontrol grubunun MMT puan ortalaması 25.0 olarak bulunmuştur.

19. Islak alanları kolayca kayabilecek malzemedan yapılmış olanlar vaka grubunda kontrol grubuna göre daha fazladır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

## 8. ÖNERİLER

1. Yaşlı bireyler kronik hastalıklar, bağımlılık ve ev kazaları açısından kapsamlı olarak değerlendirilmelidirler.

2. Öncelikli risk grubu olarak ileri yaşta kişiler ve yaşlı kadınlar ele alınmalıdır.

3. Araştırmamızda yaşlılarda en fazla görülen sağlık sorunu hipertansiyondur. Hipertansiyonun erken tanı, tedavi ve izlemi ile bağımlılık ve ev kazaları azaltılabilir.

4. Bağımlılık yaş ilerledikçe artmaktadır. Bağımlılık oluşmamış daha erken yaştaki yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin ulaştırılması sağlanmalıdır.

5. Temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde yaşlıların bağımlı oldukları aktivitelere göre farklı ihtiyaçları tespit edilmeli, sağlanacak sağlık ve sosyal destek bu ihtiyaçlara göre planlanmalıdır.

6. Yaşlıların daha çok ev kazaları geçirmelerinden dolayı, yaşlının en rahat ve güvenilir ortamda yaşaması sağlanmalıdır. Bu amaca yönelik olarak evde bakım ve tedavi ekiplerinin kurularak yaşlının ev ortamının değerlendirilmesi ve mevcut problemler doğrultusunda ev ortamının düzenlenmesi, kaza risklerini azaltması açısından yararlı olacaktır.

7. Yaşlılarda görülen ev kazası tipi en fazla kaygan zeminde düşme olduğundan yaşlı bireylerin evlerindeki ıslak zeminlerinde gerekli önlemlerin alınması ve yaşlı bireylerin buralarda daha dikkatli olması gerekmektedir.

### **Ayrıca bunlara ilaveten genel olarak;**

8. Risk altındaki yaşlılar ve yakınları başta olmak üzere tüm toplumun kaza riskleri, nedenleri, sonuçları ve korunma yöntemleri konusunda uygun şekilde eğitilmeleri sağlanmalıdır. Bu amaçla kitle iletişim araçları ve sektörler arası işbirliği yapılmalıdır.

9. Özellikle öğrenim düzeyi düşük olan yaşlılara, ev kazaları ve korunma yolları konusunda verilecek eğitim, kazaları önlemede etkili olacaktır.

10. Sağlık personelinin yaşlı bireylerde ev kazaları konusunda bilinçlilik durumu ve yaklaşımları belirlenip, bu konuda etkin rol almaları sağlanmalıdır.

11. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından başlayarak ekip anlayışı içinde sürekli sağlık bakımı ve sosyo-ekonomik destek sağlanmalıdır.

12. Birinci basamak sağlık kuruluşları, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist gibi diğer meslek grupları ile işbirliği içinde çalışmalıdır.

13. Yaşlılara sağlık hizmeti sunarak sağlıklı ve bağımsız kalmaları desteklenmelidir. Uygun bakım, hastalıkları önleyebilir veya yaşam kalitesini yükseltebilir. Evde izlem bu yaş grubu için uygun bir seçenektir.

## ÖZET

Yaşlılık, fizyolojik bir olaydır. Fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelemeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde tanımlanabilir. Tüm Dünya’da ve Türkiye’de toplumun yaşlanması ile birlikte yaşlıların sorunlarıyla karşılaşılması kaçınılmazdır. Yaşlıların karşılaştığı sorunların önemli bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır.

Bu araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında; 60 yaş ve üstü bireylerin sağlık ve sosyal durumları, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumları, son bir yıl içerisinde ev kazası geçirme sıklığının belirlenmesi, ikinci aşamasında ise; ev kazasının tanımlayıcı özelliklerinin ve yaşlıların yaşadıkları konuta ilişkin risk faktörleri ve diğer özelliklerin nedensel ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın birinci aşaması kesitsel tipte, ikinci aşaması ise vaka-kontrol çalışmasıdır. Araştırmanın birinci aşamasında 564, ikinci aşamasında 87’si vaka grubundan 87’si kontrol grubundan olmak üzere 174 kişiye ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın birinci aşamasının sonunda 526 (%93.3) kişiye ve ikinci aşamasının sonunda 163 (%93.7) kişiye ulaşıldı.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %57.2’si kadın, %42.8’i erkek, yaş ortalaması  $70.5 \pm 7.3$  idi. %66.3’ünün kronik hastalığı vardı. Hipertansiyon (%62.3) ilk sıradaydı. Temel günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başlarına yapamadıkları aktivite banyo yapma, yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde en fazla tek başlarına yapamadıkları aktivite seyahat etme idi.

Yaşlı bireylerin %16.5’i son bir yıl içerisinde ev kazası geçirmiştir. Kazaların tipine göre, en fazla görülen kaza tipi %53.8 ile kaygan zeminde düşme, ikinci sıklıkta %19.8 ile kesici delici aletlerle yaralanma, üçüncü sıklıkta %11.0 ile sıcak su ile yanmadır. Kazalar sıklıkla kış mevsiminde, banyo veya lavaboda görülmektedir. Evdeki kaygan zeminleri kolayca kayabilecek malzemeden yapılmış olanlar anlamlı şekilde daha fazla ev kazası geçirmektedir.

Sonuç olarak yaşlıların ev koşullarının kazaları önlemeye yönelik düzenlenmesi ve yaşlıların kazalar konusunda eğitilmesinin yaşlılarda görülen ev kazaları sıklığını azaltacağı dşnlmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlılık, ev kazaları, kaza tipi.

## ABSTRACT

Old age is a physiological fact. It may be defined as losing physical and psychological powers in a way that never replace, slowing down the balancing potency of the organism between interior and exterior factors and also retrogression of the person's physical and psychological view. It is inevitable to encounter the problems of the old along the society in Turkey and all around the world is getting older. The significant part of the problems that the old encounter forms home accidents.

This research has been carried out in two-steps. In the first step of the study; the health care and social status of the individuals aged 60 and over , their dependency in daily living activities, and determining the frequency of having a house accident within the recent year, in the second step as well, the descriptive characteristics of a home accident and the risk factors regarding the accommodation where the old live and also the study of the casual relationship of the other characteristics have been aimed at.

The first step of the study is a cross-sectional type and the second one is case-control. It has been aimed at reaching 174 individuals, in the first step 564 people, in the second step 87 people from the case group, and 87 people from the control group. At the end of the first step of the study, 526 people (%93.3) and at the end of the second one, 163 people (%93.7) have been reached.

%57.2 of the old individuals who have gone in for the study was women, %42.8 was men and the average age of them was  $70.5 \pm 7.3$ . %66.3 had chronic diseases. Hypertension (%62.3) was in the first sequence. The activity that they couldn't perform daily living activities themselves, was "bathing", the other one that they couldn't do on their own in their utilitarian daily actions was "traveling".

%16.5 of these old individuals has had a home accident within the recent year. According to the types of accidents, the most seen accident type is, that %53.8 of those have fallen down on the slippery ground, the second one %19.8 have often been injured with cutting-drilling tools and also the third one %11.0 of those have

been burnt with hot water. Accidents have been seen in winter and also in the bathroom or in the sink. Those, whose slippery grounds in the house were built with slippery structures, significantly have had more accidents than the others.

As a result, it has been thought that arranging the housing conditions of the old according to preventing from accidents and educating the old about accidents will lessen the frequency of having accidents seen on.

**Key Words:** Old age, home accidents, type of accident.



### KAYNAKLAR

1. Erkal S. Kırıkkale Ovacık Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Ev Kazaları ile Karşılaşma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin İncelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8(1):17-21.
2. Bertan M, Çakır B. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed; Bertan M, Güler Ç. Ankara: Güneş Kitapevi, 1995:462-472.
3. Güner P, Güler Ç. Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi. Türk Geriatri Dergisi 2002; 5(4):150-154.
4. Keskinöglü P, Giray H, Pıçakçiefte M ve ark. İnönü Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlılarda Ev İçi Kazalar. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2):89-94.
5. Topaç Ş. GATA Eğitim Hastanesinde Rutin İncelemeye Tabi Tutulan Yaşlı Bireylerde Ev Kaza Sıklığı, Kaza Özellikleri ile Nedenleri ve Bunun Yaşadıkları Konut Özellikleri İle İlişkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2002.
6. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2):105-110.
7. Kuzeyli YY, Karadakovan, A. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2):78-83.
8. Yaşlanma ve Sağlık. Erişim Adresi:  
[http://www.biruni.com.tr/TR/NEWS/bul\\_yaslanma.asp](http://www.biruni.com.tr/TR/NEWS/bul_yaslanma.asp) Erişim Tarihi: 15.07.2007
9. Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E. Yaşlılık ve Sağlık. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü. Birinci baskı, İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 2006:472-481.
10. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). II.Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993.
11. Orak S, Yavuz D, Adagide S. Geriatrik Dönem: Yaşlılık ve Sağlık Sorunları. Halk Sağlığı Hemşireliği. Isparta, 2005:282-287.
12. WHO: Protecting The Health Of The Elderly: A Review Of WHO Activities. Public Health İn Europe: 18, WHO Regional Office For Europe, Copenhagen, 1983.
13. Erdoğan S. Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. Halk Sağlığı Hemşireliği. Ed; Erefe İ. Birinci baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti., 1998:170-179.
14. Çoban A, Şirin A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6(2):80-83.
15. Uncu Y, Alis. Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6(1):31-37.

16. Güler Ç. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık İçinde: Kutsal YG. Geriatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
17. Bilir N. Türkiye’de Yaşlanan Populasyon. Geriatri ve Gerontoloji, Ankara, Ocak 2006.
18. Kutsal YG. Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003: 3-4.
19. 224: Sağlık Hizmeti Gereksinime Yanıt Verebildi mi? Erişim Adresi: <http://halk.sagligi.uludag.edu.tr> Erişim Tarihi: 10.082007
20. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Erişim Adresi: [http://www.unicef.org/turkey/udhr/\\_gi17.html](http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html) Erişim Tarihi: 10.08.2007
21. Öztürk M. Kayseri İli Hacılar İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 65 ve Üzeri Yaşlı Nüfusun Medikososyal Sorunları ve Bu Sorunların Çözümüne Yönelik Bir Metodoloji Denemesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Tezi, Kayseri, 1995.
22. Dikmenoğlu N. Fizyolojik Değişiklikler İçinde: Geriatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
23. Tuncel N, Şanlı T, Perk M. Yaşlılık. Halk Sağlığı Hemşireliği.Ed; Güçhan N. İkinci baskı, Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1993:155-175.
24. Bilir N. Yaşlanan Toplum. Erişim Adresi: [http://www.geriatri.org.tr/pdfler/saglikli\\_yaslanama2005/S\\_Y\\_2005\\_03.pdf](http://www.geriatri.org.tr/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_03.pdf) Erişim Tarihi: 12.08.2007
25. Akgün H S, Bakar C, Budakoğlu İ. Başkent Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Görmüş 65 Yaş ve Üstü Hastaların Fiziksel ve Ruhsal Sorunları İle Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(3):133-138.
26. Beştepe G, Ogur P, Özyürek P, Bayram F. Afyon Huzurevi Yaşlılarında Medikososyal Bir Araştırma. Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi%204.htm> Erişim Tarihi :18.08.2007
27. Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M. Trabzon 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Mediko Durumlarının Değerlendirilmesi.Geriatri 2001; 4(4) :159-171.
- 28.Arslan Ş, Atalay A, Kutsal Y.G.Yaşlılarda İlaç Tüketimi.Geriatri 2000; 3(2):56-60.
29. Sönmez Y. (İzni İle) : Yaşlılık , Seminer Notları, İzmir, 2006
30. Çivi S, Tanrıku Z.M. Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansının Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. Geriatri 2000; 3(3):85-90.
31. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkilerinde Bağımlılık ve Etkileyen Risk Etmenleri. Geriatri 2004; 7(4):199-205.
32. Boyacıoğlu S. Beslenme. Erişim Adresi:

<http://www.geriatri.org.tr/pdf/geriatri/beslenme.pdf> Erişim Tarihi: 03.07.2007

33. Şenol V, Yıldırım C, Sözüer E.M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Acil Servise Baş Vuran Ev Kazalarının Epidemiyolojik Bir Analizi. Acil Tıp Dergisi. Mart 2003; 3(1):33-37.

34. Alptekin F. Aksaray İl Merkezinde Ev Kazaları Epidemiyolojisi Korumaya Yönelik Tutum ve Davranışlar Ev Kazalarına Yönelik İlk Yardım Bilgi Düzeyi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı , Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2004.

35. Kıran S, Şemin S, Ergör A. Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. Erişim Adresi: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/2.html> Erişim Tarihi: 10.05.2007

36. Kazalar. Erişim Adresi:

[http://www.adlitip.org/yazilar/turkce/konular/adli\\_tip/kazalar.htm](http://www.adlitip.org/yazilar/turkce/konular/adli_tip/kazalar.htm) Erişim tarihi:12.06.2007

37. İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları Sigortası. Erişim Adresi:

<http://www.sgk.gov.tr/doc/ssk506.doc> Erişim Tarihi:13.03.2007

38. Güven S, Cerit G. Yaşlıların Evde Karşılaştıkları Kazalar ve Önlenmesi. Sağlık ve Toplum.2002; 12(2):66-71.

39. Kaya N. Ailelerdeki Ev Kazalarının Araştırılması. Erişim Adresi:

<http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=bildiriDetay&id=62> Erişim Tarihi:07.09.2007

40. Özürlülerin Toplumsal Gelişimine Yönelik Proje, Ortez ve Tekerlekli Sandalyenin Üretimi, Standartları ve Pazar Potansiyeli. Erişim Adresi:

[www.mpm.org.tr](http://www.mpm.org.tr) Erişim Tarihi:15.05.2007

41. Czaja J.S.Enhancing The Home Safety of The Elderly: Technological and Desing Interventions.

42. Tidskaar R. Preventing Falls: Home Hazard Checklist to Help Older Patients Protect Themselves. Geriatrics.1986; 41(5) :26-28.

43. Katsumata Y,Arai A, Tamashiro H. Contribution of Falling and Being Homebound Status to Subsequent Functional Changes Among the Japanese Enderly Living in a Community. Archives of Gerontology and Geriatrics 2007; 45:9-18.

44. Marshall S.W, Runyan C, Yang J. Prevalance of Selected Risk and Protective Factors for Falls in the Home. Am J Prev Med 2005; 28(1):95-101.

45. Carter S.E, Campbell E.M, Sanson-Fisher R.W, Gillespie W.J and Redman S. Enviromental Hazards in the Homes of Older People. Age and Ageing 1997; 26(3):195-202.

46. Ehrlich A.R. Preventing Burns in Older Patients. American Family Physician 2006; 74(10):1692-1693.

47. Kırılmaz A.Y, Arısoy M. Ev Kazaları ve İlk Yardım.Ekim-Aralık 2002; 4:27-32.

48. Köse O.Ö, Bakırcı N. Çocuklarda Ev Kazaları. STED 2007; 16(3):31-35.

49. Dömez L, Gökkoca Z. Accident Profile of Older People in Antalya City Center , Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2003; 37:99-108.
50. Evcı E.D, Ergin F, Beşer E. Home Accidents in the Elderly in Turkey. Tohoku J. Exp. Med. 2006; 209:291-301.
51. Şafak Ş, Erkal S , Çopur Z. Yaşlılıkta Sağlıklı Konut ve Kazalar. Erişim Adresi: <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov4/ov4yaslikonutkaza.htm> Erişim Tarihi: 23.03.2007
52. İlçe A, İlçe C, Dıramalı Alev. Yaşlılarda Ev Kazalarının Önlenmesi ve Ev Kazalarının Önlenmesine Yönelik İç Mekan Çözümlenmeleri. Erişim Adresi: <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/aiciad> Erişim Tarihi: 20.04.2007
53. Yaşlılıkta Görülen Ev Kazaları ve Nedenleri. Erişim Adresi: <http://www.ikincibahar.com.tr/evkazalari.htm> Erişim Tarihi: 20.04.2007
54. Keçiörlü Belediyesi. Erişim Adresi: [www.keciborlu.bel.tr](http://www.keciborlu.bel.tr) Erişim Tarihi: 20.04.2007
55. Buzlu S, Bostancı N, Özbaş N, Yılmaz S. İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. STED 2006; 15(9):134-138.
56. Tezcan S, Aslan D. Ankara'da Çeşitli Meslek Gruplarında Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 2000; 9(1):1-8.
57. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(1):13-21.
58. Bahar A, Tutkun H, Serbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:227-239.
59. Altıntaş H, Atilla S, Sevcancan F, Akçalar S, Sevim Y, Solak Ö.S ve ark. Ankara'da Bir Yaşlı Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006; 5 (5):332-341.
60. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu N, Oğuzhanoğlu A. Cornell Demansta Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(4):263-271
61. Dudak A.H, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri İl Merkezindeki Yaşlıların Mediko Sosyal Sorunları ve Yaşam Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler. Geriatri 2006; 9( 4):202-212
62. Ayrancı Ü, Köşkeröğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları. STED 2005; 14(5):113-119.
63. Arslan Ş. Kutsal Y.G. Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve TTB. Ankara. Mart 2000.
64. Kekinoğlu P, Bilgiç N, Pıçakçefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi – 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik ve Kronik Hastalılar Prevalansı. Geriatri 2003; 6(1):27-30.

65. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A , Fakıoğlu E ve ark. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi. Geriatri 2003; 6(1):22-26.
66. Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya Şehir Merkezinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri, Sosyal ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. Geriatri 2005; 8(2):78-83.
67. Günay O, Gün İ, Öztürk A, Çetinkaya F, Nacar M. The Effects of Various Factors on Poor Self-Rated Health Among the Older People in Kayseri, Turkey. Geriatri 2005; 8(1):10-12.
68. Houterman S, Boshuizen H.C, Verschuren W.M.M, Giampaoli S, Nissinen A, Menotti A et al. Predicting Cardiovascular Risk in the Elderly in Different European Countries. European Heart Journal 2002; 23(4):294-300.
69. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı N. Van İli Kent Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sigara İçme Durumları. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2):74-77.
70. Ulusal B. İzmir Balçova 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Etkinlikleri, Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2004.
71. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Risklerinin Belirlenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(2):75-80.
72. Ellidokuz H, Uçku R, Ellidokuz E, Aydın Ü.Y, Beştepe G. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Sağlık Durumu Değerlendirmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2005; 2:40-44.
73. Arslan Ş, Atalay A, Kutsal Y.G. TTB Yaşlılarda İlaç Tüketimi: Çok Merkezli Çalışma Raporu. Türk Tabipleri Birliği Yayın No: 008/ 2000. Ankara, Kasım 2000: 20-21.
74. Kesiktaş N, Eren B, Köse R. İstanbul İlinde Özürlülük Oranı ve Özürlülerin Durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 44(2).
75. Turhanoğlu A.D, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı. Türk Geriatri Dergisi 2000; 3(3):146-150.
76. Beşer E, Atasoylu G, Akgör Ş, Ergin F, Cullu E. Aydın İl Merkezinde Özürlülük Prevalansı, Etiyolojisi ve Sosyal Boyutu. T.S.K Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(4):267-275.
77. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(2):85-93.
78. Dawson D, Hendershot G. Aging in the Eighties Functional Limitations of Individuals Age 65 Years and Over. Advancedata 1987; 133(10):1-12.

79. Guralnik J.M, LaCoroix A.Z, Branch L.G, Kasl S.V, Wallace R.B. Morbidity and Disability in Older Persons in the Years Prior to Death. *American journal of public health* 1991; 81(4):443-447.
80. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri. *Geriatry* 2002; 5(4):144-149.
81. Shahar S, Earland J, Rahman Abd S. Social and Health Profiles of Rural Elderly Malays. *Singapore Med J* 2001; 42(5):208-213.
82. Doğan H, Canbaz S, Tander B, Pekşen Y, Cantürk F, Oruç N.Ö. Samsun İli Tekkeköy İlçesinde Yaşayan Yaşlılarda Ev Kazası Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Erişim Adresi: <http://www.halksagligi2007.org/?sayfa=bildiriDetay&id=62> Erişim Tarihi:07.09.2007
83. Tortumluoğlu G, Akyıl R, Özer N. Yaşlılarda Ev Kazaları Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(2):22-31.
84. Atman C.Ü, Vinç G, Oruçoğlu A, Ogurlu H, Ecebay A. Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza ile İlişkili Faktörler. *Geriatry* 2007; 10(2):83-87.
85. Horan M. A, Clague J. E.. Injury in the Aging Recovery and Rehabilitation. *British Medical Bulletin* 1999; 55(4):895-909.
86. Vellas B.J, Wayne S.J, Garry P.J, Baumgartner R.N. A Two-Year Longitudinal Study of Falls in 482 Community-Dwelling Elderly Adults. *Journals of Gerontology* 1998; 53(4): 264-274.
87. Adam S.H, Eide H.O, Barss P, Lunsjo K. Epimiology of Geriatric Trauma in United Arab Emirates. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2007; 1785:1-6
88. Chu L-W, Chiu A.Y.Y, Chi I. Falls and Subsequent Health Service Utilization in Community-Dwelling Chinese Older Adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2007; 1723:1-11.
89. Formiga F, Ferrer A, Duaso E, Olmedo C, Pujol R. Falls in Nonagenarians After 1-Year of Follow-Up: The Nona Santfeliu Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2007; 1713:1-9.
90. Lehtola S, Koistinen P, Luukinen H. Falls and İjuriouns Late in Home-Dwelling Life. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006; 42:217-224.
91. Lee M.S, Wong W, Lau C.F. Home Accidents in Elderly Patients Presenting to an Emergency Department. *Accident Emergency Nursing* 1999; 7(2):96-102.
92. Gill, Thomas M.D, Tinetti, Mary E.M.D. Environmental Hazards and the Risk of Nonsyncopal Falls in the Homes of Community-Living Older Persons. *Medical Care* 2000; 38(12):1174-1183.
93. Karataş G.K, Maral I. Ankara Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme için Risk Faktörleri. *Geriatry* 2001; 4(4):152-158.

94. Lawlor D.A, Patel R, Ebrahim S. Association Between Falls in Elderly Women and Chronic Diseases and Drug Use: Cross Sectional Study. *BMJ* 2003; 327(27):1-6.
95. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel F.S, Tekin N. Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Geriatry* 2005; 8(3):129-133.
96. Beland F, Zunzunegui M.V. Predictors of Functional Status in Older People Living at Home. *Age Ageing* 1999; 28:153-159.
97. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi: Yarı-kentsel Bir Bölgede 65 Yaş Üzeri Yaşlılarda Kesitsel Bir Alan Araştırması. *NöroPsikiyatri Arşivi* 1992; 29(1):15-20

**EKLER****EK-1**

**ISPARTA İLİ KEÇİBORLU İLÇESİ MERKEZ ve KIRSAL BÖLGESİNDEKİ 60  
YAŞ ve ÜSTÜ BİREYLERİN SAĞLIK ve SOSYAL DURUMLARININ  
BELİRLENMESİ VERİ TOPLAMA FORMU**

- 1. Adı Soyadı:** **Anket no:**
- 2. Baba Adı:** **Tarih:**
- 3. Doğum Yılı ve Yeri: (1946 ve önce doğanlar)**
- 4. Adresi:**
- 5. Telefon Numarası:**
- 6. Cinsiyeti:** 1.Erkek 2.Kadın
- 7. Medeni durumu:**1.Evli 2.Eşi ölmüş 3.Ayrılmış 4.Hiç evlenmemiş
- 8. Öğrenim durumu:** 1.OYD 2.OY 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite
- 9. Mesleği:** 1. Ev Hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5.İşsiz 6. Serbest Meslek 7. Çiftçi
- 10. Sosyal güvencesi:**1.Yok 2. SSK 3. Emekli Sandığı 4.Bağ-kur 5.Yeşil-Kart  
6.Yurtdışı
- 11. Halen çalışıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
- 12. Aylık gelirin var mı?** 1.Yok 2. Var (açıklayınız)
- 13. Ekonomik durumunuz Nasıl?** 1.Kötü 2.Orta 3.İyi
- 14. Geçimini kimin sağladığı:** 1.Kendisi 2.Eşi 3.Çocuğu 4.Diğer(açıklayınız)
- 15. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?** 1. Yalnız 2.Eşi ile birlikte 3. Diğer(açıklayınız)
- 16. Oturduğu ev kimin?** 1. Kendisinin 2. Kira 3. Çocuğunun 4. Diğer(açıklayınız)
- 17. Evde oturan kişi sayısı kaç?**
- 18. Ayrı odanız var mı?** 1.var 2. yok
- 19. Sağlık durumunuz nasıl?** 1.Çok Kötü 2.Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi
- 20. Sigara içme durumu:** 1. Hiç içmemiş 2. İçip bırakmış 3. İçiyor
- 21. Alkol kullanma durumu:** 1. Hiç kullanmamış 2 .Bırakmış 3. Kullanıyor
- 22. Herhangi bir kronik hastalığı var mı?** 1.Evet 2.Hayır
- 23. Evet ise hastalığı nedir?** 1.KAH 2.KOAH 3.KBY 4.Astım 5.Diabet 6.HT  
7. Osteoporoz 8.CVH 9.KY 10.Diğer(açıklayınız)
- 24. Sürekli kullandığı bir ilaç var mı?** 1.Evet 2.Hayır
- 25. Evet ise kullandığı ilacın ismi?( Tansiyon ilacı gibi)**
- 26. Son on yıl içerisinde herhangi bir kırık geçirdiniz mi?** 1.Evet 2. Hayır
- 27. Herhangi bir protez kullanıyor musunuz?** 1.Evet 2. Hayır
- 28. Evet ise kullandığı protez(ler)in ismi?**
- 29. Herhangi bir yardımcı cihaz kullanıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
- 30. Evet ise ne kullanıyor?** 1.Tekerlekli Sandalye 2. Yürüteç 3. Baston 4. Koltuk  
Değneği 5. diğer (işitme cihazı vb)



**31. Mevcut Bir Özü Var mı?** 1.Evet 2.Hayır

**30. Evet ise türü nedir?** 1.Ortopedik 2.Nörolojik 3.Ruhsal veya Duygusal  
4. Dil veya konuşma 5.Görme 6. Zihinsel 7. İditme

**31. Son bir yıl içerisinde kaza veya yaralanma geçirdiniz mi?** 1. Evet 2. Hayır

**32. Evet ise türü nedir?** 1. Trafik Kazası 2. İş Kazası 3. Ev Kazası 4. Diğer (açıklayınız)

**33. Geçirdiğiniz kaza ev kazası ise türü nedir?** 1-Kesici delici aletlerle yaralanma

2-Kaygan zeminde düşme 3-Yüksekten düşme 4-Soba zehirlenmesi

5-Kimyasal madde (deterjan vb.) ve ilaçla zehirlenme 6-Elektrik çarpması 7-Ateşle yanma 8-Sıcak su ile yanma 9- Ütü kızgın maddelerle yanma 10 -Şofben zehirlenmesi 11- Diğer(açıklayınız)

**34. Aşağıda sıralanan aktiviteleri yerine getirmede bireyin bağımlı olup olmadığını belirtiniz.**

Puanlama: 2: İntakt 1:Yardım gerekir 0:Tamamen bozulmuş

**ADL:**

	<b>Tek başıma Yapabiliyorum</b>	<b>Yardımla Yapabiliyorum</b>	<b>Yapamıyorum</b>
<b>Yemek yeme</b>			
<b>Yatağa yatma ve kalkma</b>			
<b>Tuvalete gitme</b>			
<b>Giyinme</b>			
<b>Banyo yapma</b>			

**IADL:**

	<b>Tek başıma yapabiliyorum</b>	<b>Yardımla Yapabiliyorum</b>	<b>Yapamıyorum</b>
<b>Yemek pişirme</b>			
<b>Ev temizliği</b>			
<b>Telefon kullanma</b>			
<b>Alışveriş yapma</b>			
<b>Seyahat etme</b>			
<b>Parasal işlerin idaresi</b>			
<b>İlaçlarını alma</b>			

**EK-2**

**ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA VAKA ve KONTROL GRUBUNA  
UYGULANAN EV KAZASI-KONUT DURUMUNU DEĞERLENDİRME, GENEL  
SAĞLIK ANKETİ, GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ, MİNİ MENTAL TEST  
VERİ TOPLAMA FORMU**

- 1. Adı Soyadı:** **Anket no:**
- 2. Baba Adı:** **Tarih:**
- (İlk ankete ek olarak)
- Kazaya ilişkin:(vaka grubundakilere yani ev kazası geçirenlere sorulacak)**
- 3. Kazanın ne zaman oldu?(kaç ay önce)**
- 4. Günün hangi diliminde?**
- 5. Evin hangi bölümünde oldu?**
- 6. İlk yardım\ müdahale yapıldı mı?(ilk yarım saatte) 1.Evet 2.Hayır**
- 7. Evet ise kim yaptı?**
- 1.Ev halkından biri(açıklayınız) 2.Sağlık personeli ( açıklayınız)
- 8. Sağlık kuruluşuna götürüldü mü? 1.Evet 2. Hayır**
- 9. Kaza nedeniyle hastanede yattı mı? 1.Evet 2.Hayır**
- 10. Kazadan sonra tekrarını önlemeye yönelik tedbir aldınız mı?**
- 1.Evet 2. Hayır
- 11. Kaza ne ile sonuçlandı?**
- 1.Tam iyileşme 2.Sakatlık(sakatlığın türünü açıklayınız)
- Konuta ilişkin:(her iki gruba sorulacak)**
- 12. Konutun mülkiyeti kimin? 1. Kendi evi 2. Kira**
- 13. Konut tipi nasıl? 1.Apartman 2. Müstakil 3.Gece kondu**
- 14. Konut yapısı nasıl? 1.Betonarme 2.Ahşap 3.Kerpiç 4.Taş**
- 15. Evde kaç oda var?**

## KONUT RİSK DURUMU LİSTESİ

1. Kullanılan hela tipi nasıl?
  0. Dahili 1. Harici
2. Evde ayrıca banyo var mı?
  0. Evet 1. Hayır
3. Evde ayrıca mutfak var mı?
  0. Evet 1. Hayır
4. Kullanılan ısınma aracı nedir?
  0. Kalorifer 1. Soba
5. Islak alanlar kolayca kayabilecek malzemeden mi yapılmış?
  0. Hayır 1. Evet
6. Zemine kayabilecek halı, kilim vb. yaygı serilmiş mi?
  0. Hayır 1. Evet
7. Halı, kilim vb. yaygıların kenarları takılıp düşmeye yol açabilecek biçimde kalkık veya kıvrılmış durumda mı?
  0. Hayır 1. Evet
8. Banyo düzeni yaşlıların kaymalarını, çarpmalarını önleyecek biçimde mi? Küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayacak tutamaklar konulmuş mu?
  0. Evet 1. Hayır
9. Koridorlara çarpıp düşmeye yol açabilecek kutu vb. bırakılıyor mu?
  0. Hayır 1. Evet
10. Elektrik, telefon vb. kablolar açıkta ve takılmaya yol açabilecek biçimde mi?
  0. Hayır 1. Evet
11. Elektrik kablolarında aşınma, zedelenme var mı?
  0. Hayır 1. Evet
12. Evdeki ısıtıcı ocaklar vb. sabit mi?
  0. Evet 1. Hayır
13. Ocak, ısıtıcı vb. araçların düğmelerinin açık, kapalı durumları kolayca fark edilebilecek biçimde işaretlenmiş mi?
  0. Evet 1. Hayır
14. Isıtıcı, elektrikli battaniye açıkken uyunuyor mu?
  0. Hayır 1. Evet
15. Ocak ve fırınların yakınında kolayca tutuşabilecek maddeler ve cisimler var mı?
  0. Hayır 1. Evet

- 16.** Mutfakta kullanılan ocağın düğmeleri otomatik mi?  
0. Evet 1. Hayır
- 17.** Banyo, mutfakta etkin havalandırma sistemi ve baca çekişi sağlanmış mı?  
0. Evet 1. Hayır
- 18.** Telefon varsa telefon yaşının kolayca uzanabileceği bir yerde mi?,  
0. Evet 1. Hayır
- 19.** Yaşlı yatakta sigara içiyor mu?  
0. Hayır 1. Evet
- 20.** Kül tablaları derin, yanmayacak malzemeden yapılmış mı?  
0. Evet 1. Hayır
- 21.** Evin elektriği otomatik sigorta mı?  
0. Evet 1. Hayır
- 22.** Evde parlayıcı veya patlayıcı maddeler depolanıyor mu?  
0. Hayır 1. Evet
- 23.** Merdivenler eşit ve uygun genişlik ve yükseklikte mi?( ortalama en:27 cm, yükseklik: 16-18 cm, genişlik: 120 cm)  
0. Evet 1. Hayır
- 24.** İlaçlar kendi kutularında tutuluyor mu?  
0. Evet 1. Hayır
- 25.** Ocak, lavabo ve tezgah çalışma alanlarında, özellikle yiyeceklerin doğrandığı alanlarda ışıklandırma yeterli mi?  
0. Evet 1. Hayır
- 26.** Merdivenlerin kaplaması iyi durumda mı?  
0. Evet 1. Hayır
- 27.** Merdiven kenarlarında tırabzan, tutunacak yerler var mı?  
0. Evet 1. Hayır
- 28.** Banyo şofbeni banyoda mı?  
0. Hayır 1. Evet
- 29.** Yeterli aydınlatma sağlanmış mı?  
0. Evet 1. Hayır
- 30.** Mobilyaların kenarları kesici ve sivri mi?  
0. Hayır 1. Evet
- 31.** Mobilyaların cam veya metal bölümleri var mı?  
0. Hayır 1. Evet
- 32.** Her yıl evin bacasını temizler misiniz?

0. Evet 1. Hayır

33. Balkon demirleri yeterince yüksekte mi veya aralıkları uygun mu?

0. Evet 1. Hayır

34. Evin pencerelerinde korumalık var mı?

0. Evet 1. Hayır

**Aşağıdaki faaliyetler için en uygun duygu durumunu işaretleyiniz (GSA).**

Son zamanlarda	Her zamankinden daha iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
1.Konsantre olabilme yeteneği				
2.Uyku uyuyabilme				
3.Bir alanda faydalı olma				
4.Karar verme yeteneği				
5.Stresle başedebilme				
6.Zorlukların üstesinden gelebilme				
7.Normal aktivitelerden hoşlanma				
8.Problemlerle yüzleşebilme yeteneği				
9.Umutlu olma ve hayattan zevk alma				
10.Kendini emniyette hissedebilme				
11.Kendini değerli hissetme				
12.Mutluluk hissi				

## GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**Son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiniz? Aşağıdaki soruları buna göre cevaplayın.**

**EVET - HAYIR**

1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?
2. Günlük uğraşı ve ilgilerinizin büyük bölümünü terkettiniz mi?
3. Yaşantınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz?
4. Sıkılıyor musunuz?
5. Gelecekte umutlu musunuz?
6. Kafanızdan uzaklaştıramadığınız düşüncelerden rahatsız mısınız?
7. Genelde keyfiniz yerinde mi?
8. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?
9. Kendinizi genelde mutlu hissediyor musunuz?
10. Kendinizi sık sık çaresiz hissediyor musunuz?
11. Kendinizi sık sık huzursuz ve yerinde duramaz hissediyor musunuz?
12. Çıkıp yeni bir şeyler yapmak yerine, evde oturmayı mı yeğliyorsunuz?
13. Sık sık gelecekte kaygı duyuyor musunuz?
14. Hafıza ile ilgili sorunlarınız çoğu kişiden daha fazlamı?
15. Şu anda yaşamanın güzel bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?
16. Kendinizi sık sık kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?
17. Kendinizi değersiz hissediyor musunuz?
18. Geçmiş üzerine çok mu kaygılanıyorsunuz?
19. Hayatı heyecan verici buluyor musunuz?
20. Yeni tasarımlara başlamak sizin için güç müdür?
21. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?
22. Durumunuzu ümitsiz görüyor musunuz?
23. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduklarını düşünüyor musunuz?
24. Küçük şeyler sizi kolaylıkla üzüyor mu?
25. Sık sık ağlama hissi duyuyor musunuz?
26. Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?
27. Sabahları güne başlamaktan zevk alıyor musunuz?
28. İnsanlarla birlikte olmaktan kaçınıyor musunuz?
29. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
30. Zihniniz eski berraklığında mı?

**STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)**

**Toplam skor:**

**Kullandığı el:**

**Oryantasyon (10 puan):**

- Hangi yıldayız?.....1  
 Hangi mevsimdeyiz?.....1  
 Hangi aydayız?.....1  
 Bu gün ayın kaçı?.....1  
 Bu gün günlerden ne? .....1  
 Hangi ülkedeyiz? .....1  
 Hangi şehirdeyiz? .....1  
 Hangi ilçedeyiz? .....1  
 Hangi binadayız? .....1  
 Kaçınıcı kattayız? .....1

**Kayıt hafızası (3 puan):** Söyleyeceğim üç kelimeyi bana tekrarlayın, aklınızda tutun ve daha sonra sorulduğunda söyleyin. (Doğru tekrarlanan her kelimeye 1 puan verilir).

- Otomobil.....1  
 Çiçek.....1  
 Mum.....1

**Dikkat ve hesap yapma (5 puan):** 100'den geriye doğru 7'şer sayar mısınız?

93, 86, 79, 72, 65

Yaşlı hesap yapamıyorsa **DÜNYA** kelimesini tersten söylenesi istenir

A-Y-N-Ü-D

Hatırlama (3puan): Biraz önce aklınızda tuttuğunuz kelimeler neydi?

(Doğru hatırlanan her kelime için 1 puan).....

**Lisan (9 puan):**

- a) Bunlar nedir? Kalem .....1  
 Saat ..... 1

b) **Şu cümleyi bana tekrar eder misiniz?** “Dün gece uykum kaçtığı için yataktan kalktım ve su içtim”.....1

c) **Söylenenleri yapın:** Masada duran kağıdı sol/sağ elinize alın .....1

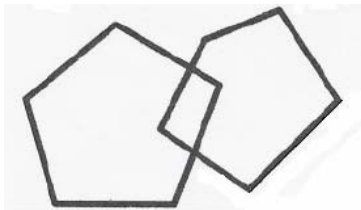
İkiye katlayın .....1

Yerine Bırakın .....1

d) Bir kağıda büyük harfler ile yazılmış olan **GÖZLERİNİ KAPAT** yazısı gösterilerek kağıtta yazılı olanın yapılması istenir.).....1

e) **Kağıda bir cümle yazması istenir**(özne, nesne, yüklem varsa doğru kabul edilir).....1

f) **Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.** (1 dakika süre tanınır, aç sayısı tam şekil için 1 puan verilir)



## EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT-E)

**Toplam skor:**

**Kullandığı el:**

**Oryantasyon (10 puan):**

Hangi yıldayız?.....	1
Hangi mevsimdeyiz?.....	1
Hangi aydayız?.....	1
Hangi gün?.....	1
Şu anda Sabah mı, öğle mi, akşam mı? .....	1
Hangi şehirdeyiz? .....	1
Hangi ülkedeyiz? .....	1
Hangi mahalledeyiz? .....	1
Hangi binadayız? .....	1
Kaçıncı kattayız? .....	1

**Kayıt hafızası (3 puan):** Söyleyeceğim üç kelimeyi bana tekrarlayın, aklınızda tutun ve daha sonra sorulduğunda söyleyin. (Doğru tekrarlanan her kelimeye 1 puan verilir).

Masa.....	1
Bayrak.....	1
Elbise.....	1

**Dikkat ve hesap yapma (5 puan):** Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Pazardan önce Cumartesi gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin. (Kalan 5 günü ters olarak doğru sırada sayması gerekli.

Her doğru gün için 1 puan).....

**Hatırlama (3puan):** Biraz önce aklınızda tuttuğunuz kelimeler neydi?

(Doğru hatırlanan her kelime için 1 puan).....

**Lisan (9 puan):**

**a) Bunlar nedir?** Kalem ..... 1  
Sağ ..... 1

**b) Şu cümleyi bana tekrar eder misiniz?** “Dün gece uykum kaçtığı için yataktan kalktım ve su içtim” ..... 1

**c) Söylenenleri yapın:** Masada duran kağıdı sol/sağ elinize alın ..... 1  
İkiye katlayın ..... 1  
Yerine Bırakın ..... 1

**d) Yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın.**(Gözler kapatılacak)..... 1

**e) Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin (30 sn. içinde söylenirse 1 puan)..... 1**

**f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 dk. Süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)**

