

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HUZUREVİ VE EV ORTAMINDA YAŞAYAN GERİATRİK
BİREYLERİN KOGNİTİF FONKSİYON, DENGE, YAŞAM
KALİTESİ, DEPRESYON VE GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fzt. Onur AYDIN

142063007

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Aysel YILDIZ

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ




Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Onur Aydın Öğrenci No : 142063007
Anabilim/Bilim Dalı : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tez Savunma Tarihi : 19/06/2017
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Aysel Yıldız Tez Savunma Saati : 10.00

Tez Konusu : "Huzurevi ve Ev Ortamında Yaşayan Geriatrik Bireylerin Kognitif fonksiyon, Denge, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Aysel Yıldız	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. A. Cüneyt Akgöl	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Fuat Nihat Özaydın	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy		

ÖZET

Amaç: Yaşlı bireylerde fizyolojik, sosyal ve psikolojik sağlığın korunmasında çevresel faktörlerin etkisi büyüktür. Bu çalışmada, huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlıların denge, depresyon, yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitelerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlandı. **Materyal ve Metod:** Çalışma İstanbul Neve Şalom Musevi Sinegogu Vakfı Barınyurt Huzurevinde yaşayan 30 yaşlı ve ailesi ile birlikte yaşayan 30 yaşlı bireyin katılımı ile gerçekleştirildi. Çalışmamıza sağlık durumu stabil, 60 yaş ve üzeri, Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı minimum 24 olan, 30 kadın ve 30 erkek dahil edildi. Çalışmaya katılan tüm bireylerden yazılı izin belgesi alınarak, demografik bilgileri kayıt altına alındı. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesi Vizüel Analog Skala (VAS), denge performansının ölçümü Berg Denge Ölçeği (BDÖ), bilişsel performansların kantitatif değerlendirilmesi Mini Mental Test (MMT) depresyon düzeyi Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) düzeyi Barthel İndeksi, yaşam kalitesi Kısa Form-36 (SF-36) ile yapıldı. **Bulgular:** Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $82,93 \pm 8,57$ yıl, evde yaşayan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $71,83 \pm 7,38$ yıl idi. Gece ağrısının huzurevinde yaşayan yaşlılarda daha yüksek olduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Ev ortamında yaşayan bireylerin GYA ve denge düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireylerin denge düzeylerinin yaş ve depresyon düzeyi ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlendi. Huzurevi ve evde yaşayan bireylerin GDÖ puanı, GYA, MMT ve BDÖ puanları karşılaştırıldığında, ev ortamında yaşayan bireylerin GYA ve denge düzeylerinin daha iyi olduğu ($p < 0,05$) ancak kognitif ve depresyon düzeylerinin huzurevinde yaşayan bireyler ile benzer olduğu saptandı ($p > 0,05$). **Sonuç:** Ev ortamı sayesinde sağlanan olumlu sosyal çevrenin geriatric bireylerin GYA ve ağrı düzeyini pozitif yönde etkilediği ve denge becerilerinin daha iyi olmasına katkıda bulunduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Geriatric birey, Huzurevi, Ev ortamı, Kognitif fonksiyon, Denge, Ağrı, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

THE EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTION, BALANCE, LIFE QUALITY, DEPRESSION AND DAILY LIFE ACTIVITIES OF GERIATRIC INDIVIDUALS LIVING IN HOME ENVIRONMENT AND NURSING HOME

Aim: The environmental factors have a big influence on geriatric individuals to protect their physiological, social and psychological health. This work aimed to determine and to compare the ballance, depression, life quality and functional capacity of the old people living in home environment and nursing home. **Material and Method:** The practice was performed with the participation of 30 old individuals living in the nursing home of Neve Shalom Synagogue Foundation in Barinyurt in İstanbul and 30 old individuals living with their families in a home environment. We included 30 woman and man to our practice that are medically stable, over the age of 60 years and whose results are 24 points and over at Mini-Mental-Status-Test (MMST). After written permit, demographic informations of all participants were recorded. The Visual Analogue Scale (VAS) measured pain level, the Berg Balance Scale (BBS) the balance abilities, the Mini Mental Test (MMT) the quantitative analysis of cognitive performances, the Geriatric Depression Scale (GDS) the depression assessment, the activities of daily living (ADL) the Barthel Index and the life quality was measured with the Short Form 36. **Results:** The average of age of the old people living in the nursing nursing home was $82,93 \pm 8,57$ years, The average of age of the old people living in a home environment was $71,83 \pm 7,38$ years. It was determined that nyctalga is higher for old people living in a nursing home ($p < 0,05$). It was determined that the ADL and balance levels for individuals living in a home environment are higher. It was determined that the relevance between balance level and age and psychological state is avoidant by geriatric individuals living in a nursing home. In comparison the GDS score, ADL, MMT and the BBS, it was determined that the ADL and balance level of the individuals living in a home environment is preferable ($p < 0,05$) but it is also determined that their cognitive and pychological situation are similar to the individuals living in a nursing home ($p > 0,05$).

Conclusion: It is determined that favourable social surroundings provided by home environment affect geriatric individuals' ADL and pain level positively and it helps the balance skills to improve.

Keywords: Geriatric individual, Nursing Home, Home Environment, Cognitive Function, Balance, Pain, Life Quality



ÖNSÖZ

Her zaman desteğini hissettiğim lisans ve yüksek lisans hayatımda hep yanımda olan, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Aysel YILDIZ'a,

Lisans hayatımdan itibaren her daim yanımda hissettiğim, bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren Sayın Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKÇI'ya

Meslek hayatım boyunca bana her zaman destek olan, değerli fikirleriyle meslek hayatıma katkı sağlayan, yanımda çalışmaktan her zaman gurur duyduğum İstanbul Medipol Üniversitesi Mega Hastaneler Kompleksi Ortopedi ve Travmatoloji bölüm başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet Murat BÜLBÜL'e,

Meslek hayatım boyunca yardımlarını esirgemeyip göstermiş olduğu destek ve duyduğu güven için Sayın Doç. Dr. Mehmet E. ERDİL'e,

Bilimsel çalışmalarda fikirleri ile beni aydınlatan, gerekli prosedürler konusunda yol gösteren Sayın Yrd. Doç. Dr. Ersin KUYUCU'ya,

Yüksek lisans tezimi hazırlarken bilgi ve tecrübesiyle katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Eda TONGA'ya,

Üniversite hayatımın bana en önemli kazanımları ve bana her konuda destek olan, hayat boyu sürecek dostluğun kanıtı arkadaşlarım Uzm. Fzt. Gönül ERTUNÇ, Fzt. Koray SEVİMLİ'ye,

Bugüne kadar tüm eğitim hayatım boyunca desteğini her zaman hissettiğim sevgili dayım İrfan AYDIN'a,

Tez dönemi boyunca hep yanımda olup, yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşım Kutlay URUN'a

Tüm hayatım boyunca yanımda olan, bana sonuna kadar güvenen Canım Aileme,
Teşekkürlerimle.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Fzt. Onur AYDIN



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	vi
BEYAN	vii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER	2
1.1. YAŞLILIĞIN TANIMI	2
1.2. DÜNYADA YAŞLI NÜFUSU	4
1.3. TÜRKİYE’DE YAŞLI NÜFUSU	4
1.4. ÜLKEMİZDE YAŞLILIK DÖNEMİ SORUNLARI	6
1.5. TÜRKİYE’DE YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİ	7
1.6. YAŞLANMA İLE GETİRDİĞİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	8
1.6.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	9
1.6.2. Pulmoner Sistem Değişiklikleri	10
1.6.3. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	10
1.6.4. Kas-İskelet Sistem Değişiklikleri	11
1.6.5. Üriner Sistem Değişiklikleri	13
1.6.6. Endokrin Sistem Değişiklikleri	13
1.6.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri	14
1.6.8. Duysal Fonksiyonlardaki Değişimler	15
1.6.9. Yaşlılıkta Vücut Kompozisyonu ve Postüral Değişiklikler	16
2. GEREÇ VE YÖNTEM	18
2.1. Değerlendirme	19
2.2. Yaşlı Tanıtıcı Form	19
2.3. Vizüel Analog Skala	20

2.4. Berg Denge Ölçeği	20
2.5. Standardize Mini Mental Test	21
2.6. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	21
2.7. Barthel İndeksi	21
2.8. Kısa Form 36 (KF-36).....	22
2.9. İstatiksel Analiz.....	22
3. BULGULAR.....	23
4. TARTIŞMA	31
5. SONUÇLAR.....	37
KAYNAKÇA.....	39
EK-1 ÇALIŞMA İÇİN BARINYURT HUZUREVİ'NDEN ALINAN ONAY	45
EK-2 ETİK KURUL ONAYI.....	46
EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	49
EK 4 – DEĞERLENDİRME FORMU	52
EK-5 – BERG DENGE ÖLÇEĞİ.....	53
EK 6 – STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST	60
EK 7 - GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	61
EK-8 – BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ	63
EK 9 – SHORT FORM 36.....	65

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Türkiye’de yıllara göre nüfusun yaş gruplarına dağılımı	4
Tablo 1.2. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı	5
Tablo 3.1: Grupların demografik verileri	22
Tablo 3.2: Grupların ağrı skorlarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 3.3: Grupların psikolojik durum, günlük yaşam aktivite, kognitif ve denge düzeyleri	24
Tablo 3.4: Grupların yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması	26
Tablo 3.5: Cinsiyete göre grupların günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, kognitif durum ve denge düzeylerinin karşılaştırılması	27
Tablo 3.6: Evde ve huzurevinde yaşayan geriatric bireylerin cinsiyet bazında yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması	28
Tablo 3.7: Evde yaşayan geriatric bireylerin yaş, BKİ, GYA, depresyon, kognitif durum ve denge düzeyleri arasındaki ilişki	29
Tablo 3.8: Evde yaşayan geriatric bireylerin yaş, BKİ, GYA, depresyon, kognitif durum ve denge düzeyleri arasındaki ilişki	30

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Grupların cinsiyet dağılımı 23



KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SHCEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
ZEV ₁	: Zorlu Ekspiratuar Volüm 1. Saniye
ml	: Mililitre
ZVK	: Zorlu Vital Kapasite
CRH	: Kortikotropin relasing hormon
ADH	: antidiüretik hormon
TSH	: Tiroid stimulan hormon
TDYDS	: Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirme Skalası
MSS	: Merkezi sinir sistemi
VAS	: Vizüel Analog Skala
BDÖ	: Berg Denge Ölçeği
MMT	: Mini Mental Test
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
KF-36	: Kısa Form 36
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
Ort	: Ortalama
AD:	Anlamlı Değil
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
r	: Pearson Korelasyon Katsayısı
TRH	: Tiroid salgılatıcı hormon
ss	: Standart sapma
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

GİRİŞ

Dünya üzerinde 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin oranı giderek artmaktadır. Toplumların yaşlanması ile sağlık hizmetlerinin, yaşlı nüfus tarafından kullanımı da artmaktadır (1). Böylece yaşlı bireylerin bakımı ve değerlendirilmesi her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır (2).

Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre 2050 yılında toplumun %21.1'ini yaşlı bireylerin oluşturacağı tahmin edilmektedir (3). Ülkemiz de ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2016 verilerine göre, ülkemizde ki 65 yaş ve üstü nüfus oranı %8,3'tür (4,5). Ülkemizdeki yaşlı bireylerin %63'ü kendi ortamında, %36'sı çocuklarının yanında ve %1'i de huzurevlerinde yaşamaktadır (6). Türkiye'de yaşlı hizmetleri içinde ilk sırayı sosyal güvenlik programları çerçevesinde huzurevleri almaktadır (7).

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısının belirginleşmesiyle huzurevlerinde yaşayan bireylerin sayısında artış yaşanmıştır (8). Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan kronik dejeneratif hastalıklar, fiziksel yetersizlikler ağrılar, bilişsel bozukluklar, sosyal izolasyon ve azalmış yaşam beklentisi yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerdendir (9,10).

Huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin kendi evlerinde yaşayan yaşlı bireylere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (11). Yaşlı nüfusta depresyon ve psikolojik durum önem arz etmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (12). Yaş ilerledikçe kognitif fonksiyonlarda azalma, biyolojik ve toplumsal güdülerde azalma ile meydana gelen depresyon, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (13,14).

Bu çalışmanın amacı; evde yaşayan yaşlı bireyler ile huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. YAŞLILIĞIN TANIMI

Yaşlanma, bireylerin hayata gelmesiyle başlayıp ölüme kadar devam eden, geri döndürülmesi mümkün olmayan, biyolojik bir süreçtir. Yaşlılık tüm bireyler için kaçınılmaz bir sonudur (15,16).

Yaşlılık fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan incelenmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik olarak yaşlılık, kişilerde artan yaşla beraber görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik olarak yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, kognitif fonksiyon ve insanın adaptasyon kapasitesinin artan yaş ile birlikte nasıl değiştiğini tanımlar. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise toplumlarda belirli bir yaş aralığındaki kişilerden beklenen davranışlar ve toplumun o yaş grubundaki kişilere verdiği değerlerle ilgilidir (17).

Yaşlanma, hayatın kaçınılmaz bir parçası olup ilerleyicidir ve zamanla organizmanın yetkinliğinde veya bir kısmının etkinlik göstermesinde ve etrafındaki değişimlere adaptasyon sürecinde geri dönüşü olmayan bir azalma yaşanır. Yaşlanma kavramına eşlik eden bir başka kavram ise yetersizliktir. Ne yaşlılık ne de yetersizlik bir hastalıktır. Her iki kavramda yaşam tecrübesinin neticeleridir. Yaşlanma, bir bozukluk durumu olarak değil, olağan bir hayat süreci olarak değerlendirilmelidir (18,19).

Yaşlanmayı temel alan çalışmaların birçoğunda, yaşlanmanın tanımı ve sınıflamasında fizyolojik uzantısı araştırılmaktadır. Kronolojik olarak yaşlılık 65 yaş üstü bireyler için kabul gören bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) psikogeriatrik yaşlılık evresi tanımında 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üstünü de çok yaşlı olarak bildirmiştir. Gerontolojistler ise yaşlılık tanımını 65-74 yaş aralığı genç yaşlı, 75-84 yaş aralığı orta yaşlı ve 85 yaş üstünü aşırı yaşlılık (ihtiyarlık) evresi olarak kategorize etmiştir (20).

DSÖ, 1963 yılında yaşlanmayı kronolojik olarak ele almış ve 3 safhaya ayırmıştır (21).

-**Orta yaşlılar** (45-59 yaş)

-**Yaşlılar** (60-74 yaş)

-**İleri derecede yaşlılar** (75-+yaş) (22).

Yaşlılık ve yaşlanma konseptleri, bir tek tarifile yapılamayacağı için, genellikle fizyolojik, sosyal, kronolojik ve psikolojik yaşlılık olarak gruplandırılmakta ve alt gruplara ayrılmaktadır.

Kronolojik yaşlanma, hayata geliş anından itibaren, insanın yaşadığı zamana kadar geçen, senelere bağlı yaşlanmadır (23).

Sosyal yaşlanmada, gerontologlar yaşlı bireyleri içinde bulunduğu sosyal rollere ve çeşitli huylara göre gruplandırmaktadır. Sosyal rol olarak nitelendirilen konular, bireylerin baba, büyükanne, emekli gibi hayatları süresince yaşadıkları olaylar ve beklentilerdir (24).

Fizyolojik yaşlanma, yapısal ve fonksiyonel değişimleri kapsamaktadır. Bu farklar içinde, aerobik kapasitenin azalması, hafıza kayıtları, vücut postürünün değişmesi, derinin elastikiyetini yitimesi, kırışıklıkların meydana gelmesi ve yaşla beraber kaybedilen ve telafisi olmayan hücre kayıpları bulunmaktadır (25).

Psikolojik yaşlanma ise, bireylerin hisleri, önsezileri, algılamalarında ve davranışlarında meydana gelen değişimlerdir.

Yirminci yüzyılda meydana gelen bilimsel ve teknolojik değişimler, demografik değişimleri de tetiklemiştir. Bu değişimler, bir hastalığın teşhis ve tedavisinin erken dönemde yapılmasına olanak sağlamıştır, ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin artması, doğurganlık hızının ve bebek ölüm hızlarının düşmesi ve ortalama yaşam süresinin artması olarak sıralanabilir.

“Yaşlı bireylerin genç bireylere göre sayı ve oran olarak yükselmesi” şeklinde açıklanan “nüfusun yaşlanması” olgusu da tüm bu kazanımların bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (26).

1.2. DÜNYADA YAŞLI NÜFUSU

Bugün gelişmiş ülkelerin demografik yapısı incelendiğinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %10'ların üzerinde iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %5'lerde, çok az gelişmiş ülkelerde ise oran %3'lere düşmektedir. DSÖ'nün 2015 yılında yayınladığı "yaşlanma ve sağlık" raporuna göre dünya genelinde halen 962 milyon olan 60 yaş ve üzeri olan nüfusun, 2100'e kadar üç kattan fazla artarak 3.1 milyara çıkması beklenmektedir. Ayrıca bugün dünya genelinde 80 yaş üzerinde olan 125 milyon insan yaşamaktadır. 2050 yılına kadar sadece Çin'de 120 milyon insanın 80 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2050 yılında dünyada 434 milyon insanın 80 yaş ve üzerinde olacağı beklenmektedir (27).

1.3. TÜRKİYE'DE YAŞLI NÜFUSU

Ülkemizin nüfusu dünya nüfusuna paralel olarak giderek yaşlanmaktadır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda 1960 yılında ki yaşlı nüfusun şu anda ki yaşlı nüfusun yaklaşık yedide biri olduğunu göstermiştir. 1960'larda kadınlar için 54 yıl, erkekler için 51 yılolan ortalama yaşam süresinin 2030'da erkeklerde 74 yıl, kadınlarda 79 yılıyüksüleceği tahmin edilmektedir (28). Yaşlı nüfus oranının, doğurganlık seviyesindeki sürekli düşüşün ve ortalama yaşam süresindeki artışın da etkisiyle 2023 yılında 8 milyona ulaşması öngörülmektedir.

Ülkemizin kuruluşundan itibaren günümüze kadar geçen zaman içinde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından belirli periyotlarla yapılan nüfus sayımları, Türkiye'de yaşlı nüfusunun hem niceliksel, hem de niteliksel olarak değişimini görmemizde en önemli veri kaynağı olarak kullanılmaktadır (Tablo 1).

Ülkemizde yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranının 20. yüzyılın sonuna kadar %5'in altında yer aldığı görülmektedir. 2016 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 65 ve daha yukarı yaş nüfus toplam nüfusun %8,3'ünü oluşturmuştur.

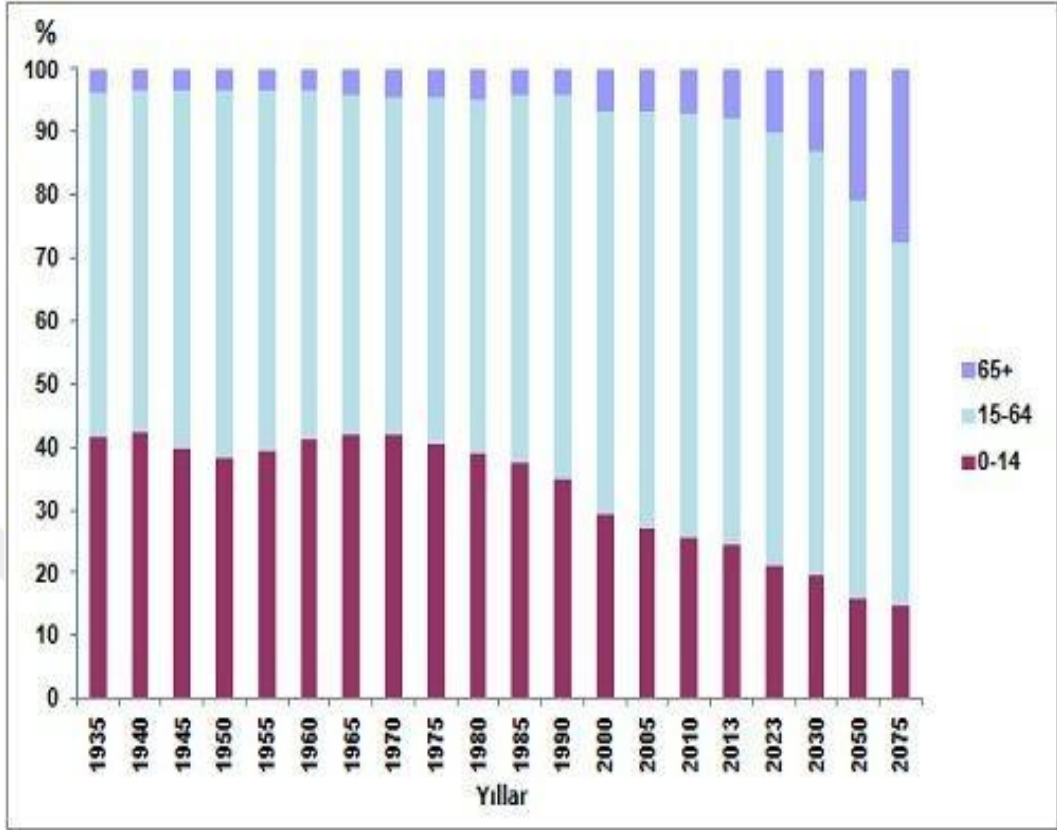
TÜİK'in yayınladığı verilerine göre; 2016 yılında ülkemizde yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) sayısı 6 milyon 624 bin 634 kişi olup toplam nüfusun yaklaşık %8'i olarak belirlenmiştir. Bu verilere göre günümüzde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranında giderek artmaktadır. 2023 yılında yaşlı nüfus oranının %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yüksüleceği öngörülmektedir (30).

Tablo 1.1: Türkiye’de yıllara göre nüfusun yaş gruplarına dağılımı (31).

Yıllar	Yaş Grupları		
	0-14	15-64	65,+
1950	39.3	57.3	3.4
1960	41.9	54.1	4.0
1970	40.6	54.8	4.4
1980	37.6	58.2	4.2
1990	35.0	60.7	4.3
2000	29.8	64.5	5.7
2007	26.4	66.5	7.1
2011	25.3	67.4	7.3
2012	24.9	67.6	7.5
2014	24.3	67.8	8.0

Birleşmiş Milletler’in yapmış olduğu tanımlamaya göre bir ülkedeki yaşlı nüfus oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun “yaşlı” olduğu anlamına gelmektedir, %10’un üzerinde olması ise “çok yaşlı” olduğu anlamına gelmektedir. Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye’de yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2 olacağı ve ülkemizin “çok yaşlı” nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (Tablo 2) (30).

Tablo 1.2:Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı (30).



1.4. ÜLKEMİZDE YAŞLILIK DÖNEMİ SORUNLARI

Yaşlılık evresi genelde bazı sağlık sorunlarını beraberinde getirmekte, bazı kronik hastalıklar ve buna bağlı kısıtlılık oranları da artmaktadır. Trabzon ilinde yürütülen bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin hipertansiyon prevalansı erkeklerde %33.6, kadınlarda %37.9 olarak, koroner kalp hastalığı prevalansı erkelerde %22.5, kadınlarda %16.1 olarak saptanmıştır (32). Sivas'ta yürütülen bir başka çalışmada ise yaşlı bireylerin %22.7'sinde koroner hastalık şüphesi, %60.9'unda hipertansiyon saptanmıştır (33).

Yaşlanmayla beraber bireylerin fiziksel ve fonksiyonel kapasitelerinin azalarak çevreye daha bağımlı hale geldikleri ve tüm bu olumsuzlukların yanında ruhsal açıdan da sıkıntı yaşayabildikleri saptanmıştır. Yapılan araştırmalar yaşlılık döneminde bireylerde depresyon görülme sıklığının arttığını göstermektedir.

Trabzon Huzurevinde yapılan bir çalışmada ciddi depresyon oranı %45.4, hafif depresyon oranı %25.8 olarak saptanmıştır (33).

Yaşlılık döneminde dışa bağımlılık giderek artmaktadır. Yaşlı bireyler günlük aktiviteleri esnasında yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bu yardım aile içinde ki bireyler ya da sosyal hizmet uzmanlarınca sağlanmaktadır. Ancak günümüzde şehirleşme kültürü ve değişen aile yapısı nedeniyle yaşlıların aile ortamındaki bakımı gittikçe güçleşmektedir. Bu durumda yaşlılara sunulacak hizmetin önemi daha da artmaktadır.

1.5. TÜRKİYE'DE YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Yaşlı bireylere uygulanacak tedavi ve hizmetler bu bireylerin sosyal, ruhsal ve fiziksel sağlığını desteklemelidir. Ayrıca bu hizmetlerin bütün yaşlı bireyler açısından kolay ulaşılabilir olması da önemlidir

Bu kapsamda yaşlı bireylere sunulacak tedavi ve hizmetler birinci basamak hizmetleri içine eklenmeli, psikolojik, sosyal sorunlar ve kronik hastalıklar için geriatri merkezleri ve bakımevlerinin kurulmasına yönelik girişimler arttırılmalıdır.

Ülkemizde yaşlı bireylere sunulan hizmetler ilk defa 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğünün kurulması ile kamu hizmetleri içerisinde yerini almıştır.1982 Anayasasının 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak ‘‘Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar Kanunla düzenlenir’’ hükmü yer almaktadır (34).

Bu gibi sosyal hizmetlerin tek bir el altında toplanması amacıyla 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu 27/05/1983 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun yürürlüğe girmesiyle yardıma ya da korumaya muhtaç aile, yaşlı, çocuk, sakat ve diğer bireylere götürülen sosyal hizmetler ve bu faaliyetlerin düzenlenmesi amaçlanmıştır (29). Günümüzde yaşlı hizmetleri Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHCEK) bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığına bağlı olarak yürütülmektedir (29). SHCEK bünyesinde yer alan bakımevleri, huzurevleri, özel bakım ünitesi olan huzurevleri, yaşlı bakımrehabilitasyonu ve ilgili merkezlerde 6780 yaşlı bireye hizmet verilmektedir.

Bu merkezlerin yanı sıra dernek ve vakıflara, azınlıklara, kamu kurum ve kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve özel kurumlara bağlı huzurevlerinde yaklaşık 8186 yaşlı bireye hizmet verilmektedir (34).

Dünyada yaşlı sağlık hizmetleri incelendiğinde yaşlılara verilebilecek en etkili hizmetin bireylerin kendini rahat hissettikleri doğal ortamlarında verilen hizmet olduğu tespit edilmiştir. Günlük yaşam koşulları bakımından konu ele alındığında ev ortamı bireyin bildiği, kendini güvende hissettiği, hatıralarıyla beraber yaşadığı bir ortam olarak karşımıza çıkarken; huzurevi ise kendini sürekli denetim altında hissettiği, çevre denetimini görelili olarak yitirdiği, hayatında ilk kez karşılaşmış olduğu çoğu farklı kültürlerden olan insanlarla aynı ortamda beraber yaşamak zorunda kalınan yeni bir ortam olarak tanımlanmaktadır (29).

Bu bağlamda SHCEK bünyesinde yaşlı bakımına gereksinim duymayan ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole edilmelerini engellemek amacıyla yönelik olarak mevcut Yaşlı Dayanışma Merkezlerinin iyileştirilmesine çalışılmaktadır. Türkiye’de Ankara, İzmir ve Çanakkale’de olmak üzere 4 adet Yaşlı Dayanışma Merkezi bulunmaktadır (34).

Ülkemizde yaşlı bireylerin sağlığı ve onlara verilen hizmetlerle ilgili olarak oluşan sorunların temel kaynağı bu grubun dikkate alınmamasıdır. Bu bağlamda konu ile ilgili olarak ülkemizdeki durumu yansıtacak araştırmalar yetersizdir. Özellikle sağlık alanında Geriatri konusunda uzmanlaşma da sınırlı sayıda olmaktadır.

1.6. YAŞLANMA İLE GETİRDİĞİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Bireylerin yaş almaları ile birlikte hücre, doku, organ ve sistem fonksiyonlarında azalma yönünde somut değişimler olmaktadır (35). Bu değişimlerin hızı ve büyüklüğü, kalıtım, yaşam şekli, beslenme gibi birçok faktörden etkilenmektedir (36). Zamanla oluşan değişikliklerin hızı ve şiddeti meydana gelen olayın ya başlı başına bir hastalık olduğunu ya da yaşlanmayla beraber görülen fizyolojik, psikolojik v.b. bir süreç olduğunu göstermektedir. Yaş ile birlikte strese uyum gücü azalmakta, ancak birey aşırı bir fizyolojik strese (cerrahi, hastalık, vb.) maruz kalmadığı sürece normal fonksiyonlarını yürütebilmektedir (37).

Yaşlanmayla birlikte tüm doku ve sistemlerde bir takım fonksiyon eksiklikleri baş göstermekte; doku, organ ve sistemlerin rezervleri olumsuz yönde değişebilmektedir (37).

1.6.1.Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlanma süreci, kardiyovasküler sistemde kaçınılmaz metabolik ve fizyolojik değişiklikler paralelinde seyretmekte, mortalite ve morbitide artışına sebep olmaktadır. Bu süreç yaşlı bireylerin sosyal ve fiziksel aktivitelerini olumsuz etkilemektedir.

Kardiyak fonksiyonlar yaş ilerleyişiyle negatif yönde değişiklik göstermektedir. Kardiyovasküler sistemin yaşlanması koroner arterler, kalp ve vasküler sistem etkilenimini ifade etmektedir. Bu değişiklikler arterlerde, endotel işleyiş bozukluğu, endotelden salınan gevşeme faktörünün üretiminde azalma ve hücresel dejenerasyon, fibroz dokuda artış ve kontraktıl dokuda azalmameydana getirmektedir. Bunlara bağlı olarak başta mitral ve/veya aort kapaklar olmak üzere kalp kapakçıklarında kalsifikasyonlar görülebilmektedir (38).

Yaşlı bireyde kardiyovasküler sistem değişiklikleri

- Maksimal kalp hızı düşer.
- Maksimal oksijen tüketimi düşer.
- Fiziksel efora karşı tolerans azalır.
- İstirahat kalp hızı başka bir patoloji yoksa sabit kalır.
- Nabız basıncı, diastolik ve sistolik kan basınçları düşer.
- Kollajen içeriği artar, kalp kapakçıkları ve damarlar kalınlaşır, dejeneratif kalsifikasyonlar oluşabilir (Ateroskleroz).
- Kardiyak output puberte sonrası her yıl %1 düşme gözlenir.
- Venler elastik dokularını kaybeder.
- Baroreseptör duyarlılığı azalır ve refleks taşikardi, ortostatik hipotansiyon, öksürme ve mikturisyon senkobu daha sık meydana gelir (39).

Kardiyovasküler sistem değişiklikleri sonucu bu dönemde sık karşılaşılan kardiyovasküler hastalıklar:

- Koroner arter hastalıkları
- Atrial fibrilasyon
- Hipertansiyon
- Akut miyokard infarktüsü

- Kalp yetmezliği
- Kapak hastalıkları
- Venöz tromboz (40).

1.6.2. Pulmoner Sistem Değişiklikleri

Yaşlanma süreci, tüm vücutta olduğu gibi akciğerlerde de etkisini gösterir. Yaşlılarda en çok görülen hastalıkların başında solunum sistemi hastalıkları özellikle de kronik akciğer hastalıkları gelir. Kronik akciğer hastalıklarının en belirgin özelliği, sigaranın bırakılması ve uygun aşılama ve sağlıklı yaşam biçiminin sürdürülmesi ile önemli oranda önlenbilir ve yaşa bağlı etkilerinin azaltılabilir olmasıdır (41).

Yaşlanma ile küçük hava yollarındaki akım düşer. “Closing volume” yani ekspiryumda küçük hava yollarının kapanması sonucu akciğer kapasitesi düşer. Yaşlı bireyde normal nefes alış verişı sırasında terminal bronşiollelerin kapanması, arteryel oksijen basıncının düşmesine sebep olur. Closing volüm yükselişı, elastik kabiliyetinin düşmesine, rezidüel volümde yükselişe neden olur.

65 yaş üstü sigara kullanmayan sağlıklı yaşlı bireylerde Zorlu Ekspiratuar Volüm 1. Saniye (ZEV_1) kadınlarda 23 ml/yıl, erkeklerde 30 ml/yıl, Zorlu Vital Kapasite (ZVK) kadınlarda 15-29 ml/yıl, erkeklerde 14-30 ml/yıl düşüş gösterir (42).

Kosta ve vertebra eklemlerinde artritik değişiklikler, kostalarda osteoporoz, kostal kartilajlarda kalsifikasyon, dorsalkifoz ve göğüs duvarı anteroposterior çapının lateral çapa oranının artması gibi yapısal değişiklikler göğüs duvarı elastikiyeti ve mobilitesini azaltır. Yaşla birlikte göğüs kafesindeki değişikliklere bağlı olarak solunum kası performansı bozulur ve fonksiyonel rezidüel kapasite artar. Solunum merkezinde hipoksi ve duyarlılıkta azalma sık rastlanan durumlardandır.

Akciğerin kesit yüzeyi alveollerin genişlemesi, alveol duvarlarının incelmesi ve önemli miktarda kapiller yatak kaybını yansıtacak şekilde genç erişkinlerdekinden daha kaba görünür (43).

1.6.3. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Yaşlılık sindirim sistemini birkaç şekilde etkilese de bu değişikliklerin hiçbiri yaşlının sindirim fonksiyonlarını etkilemez. Özefagus kaslarının kasılma gücünün azalmasına karşı lokmaların iletilmesinde sorun yaşanmaz.

Midenin boşalma hızı azalır ve daha az yiyecek tutabilir, çünkü mide elastisitesi azalmıştır. Fakat çok az kişi kendinde olan bu değişiklikleri hissedebilir. Kalın bağırsaklar, içlerindeki besinleri daha yavaş iletir. Bazı yaşlılar bunu konstipasyon olarak hissedebilirler (44, 45).

Yaşlılıkta, gastrointestinal sistem diğer sistemlere oranla farklı değişiklikler gösterir. Hayvanlarla yapılan çalışmalarda yaşlı mide, ince bağırsak ve kalın bağırsak epitelyal hücrelerinde diğer sistemlerin aksine hipoproliferasyon değil hiperproliferasyon geliştiğini bildirmektedir. Proliferasyondaki bu yüksek potansiyel travma, açlık ve aşırı beslenme, toksisite durumlarında uyarılan gastrointestinal sistem epitelyal dokularında aşırı proliferatif yanıtta da görülür. Bu yapının genetik bazı özelliklerle birlikte yaşla, gastrointestinal sistem kanserlerindeki artışın da muhtemel nedeni olabileceği düşünülmektedir (45).

Gastrointestinal sistem değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar;

- Gastrointestinal sistem kanamaları
- Peptik ve duodenal ülser
- İleusa kadar ilerleyen konstipasyon
- Atrofik gastrik, peptik ve Duodenal ülser
- İştahsızlık ve Malnütrisyon (44, 46).

Ayrıca;

- Dişlerde çürüme
- Gastrik asit ve pepsin sekresyonunda azalma
- Tat ve doku reseptörleri etkinliğinde azalma
- Karaciğerde kan akımında düşüş ve pankreasın buna karşı cevabında azalma
- Tükürük ve sindirim enzimlerinin salınım hızında düşme,
- Kasların motor tonusu ve fonksiyonunda bozulma.
- Kalın bağırsaklarda peristaltizmde yavaşlama meydana gelir (44).

1.6.4. Kas-İskelet Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkla birlikte iskelet sistemi, eklem kıkırdağı, nörolojik fonksiyonu (eklem proprioepsyonu) ve yumuşak doku etkilenir. Bu etkiler sonucunda osteoartrit ve

osteoporoz insidansı yükseliş gösterir. Eklem hareket açıklığı azalır. Hareketleri başlatmada güçlük ve katılık oluşur (47).

Yaşlılıkla birlikte eklem kıkırdağında incelme, yüzeyinde çatlaklar ve renginde değişiklikler oluşur. Ayrıca dokunun mekanik özelliklerinde de değişim gözlemlenir. Gerilme sertliği, yorulma direnci ve gücü düşer, ancak sıkıştırıcı özelliklerde önemli değişiklikler oluşmaz. Bu değişiklikler kısmen yaşlanmayla birlikte su içeriğinde azalmadan kaynaklanır. Buna bağlı olarak başlıca iki matriks bileşeni olan tip 2 kollajen ve agrekan yapısında değişiklikler gözlenir. Dokulardaki hücrelerin yoğunluğu çok az etkilenir ancak intrasitoplazmik filamentlerde artma ile birlikte morfolojileri değişir, matriks komponent sekresyonunu daha çok çeşitli proteoglikan üretmek şeklinde değiştirir (47, 48).

Orta yaş ile iskeletteki total kalsiyum miktarı azalmaya başlar, bu durum kadınlarda menopozun ilk birkaç yılında hızlanır. Böylece iskelet yapısı daha güçsüz ve kırıklara daha yatkın hale gelir. Bu değişiklikler özellikle trabeküler kemiği etkiler, kemik yapı giderek incelir, delinmeler, yer yer kayıplar olur ve tamamıyla trabeküler ağ bozulur.

Kemik korteksi de yaşlılıkla güçsüzleşir. Bu, iç meduller kavitenin genişlemesinin ve Hawers kanallarının sayı ve büyüklüklerinin artmasından dolayı oluşan incelme sonucudur. İskelet mimarisindeki bu bozukluklara ek olarak yaşlılıkla birlikte kemiğin materyal gücü önemli ölçüde azalır.

Yaşlı hastalarda kemik kaybı büyük oranda osteoklastik aktivitenin artması sonucu gelişir. Kadınlarda osteoklastik aktivitenin artması menopoza sonrası ovarian hormonların azalmasıyla ilişkilidir. (47).

Eklem ve kemik dokularında yaşla ilişkili değişiklikler büyük oranda kollajenin posttranslasyonel modifikasyonunda ve sentezinde azalmanın sonucu gözlemlenir. Tendon ve ligamentlerin germe gücü minimum seviyeye iner. Eklem kapsül bütünlüğü kaybolabilir. Yaşlı popülasyonda bağ dokusunda kalsiyum-kristal formasyonuna dirençte kademeli olarak bir azalma vardır ve bu da kristal ilişkili artropati insidansında artışa neden olur (47).

D vitamini yetmezliği de bu populyasyonda sık görülmektedir. Sağlıklı yaşı bireylerde D vitamini metabolizması rölatif olarak normaldir, ancak bazı kronik hastalık durumları D vitamini metabolizmasında değişikliklere neden olur. Bu durum sekonder hiperparatroidiye osteomalaziye, kemik döngüsünde yükselişe ve bazı çalışmalarda gösterildiği gibi düşmelere ve kırıklara neden olabilen önemli bir sağlık problemidir. İmmün sistemdeki değişiklikler, kardiyovasküler sistem değişiklikleri, kanser ve D vitamini yetmezliği ilişkisi, üzerine çalışmalar günümüzde desrmektedir (49,50).

Yaşlanmayla birlikte kas-iskelet sisteminde dejeneratif eklem hastalıkları, osteoporoz, pelvik fraktür ve düşme fraktürleri osteoartrit, romatoid artrit, gibi hastalıkların sıklığı da artış gösterir (51).

1.6.5. Üriner Sistem Değişiklikleri

Üriner sistem değişiklikleri sonucu en sık akut ve kronik böbrek yetmezliği, inkontinans, üriner sistem infeksiyonları, aktif mesane retansiyonu ve prostat kanseri gözlenir (44,46,52). Yaşlılarda önemli sorunlardan biri de idrar inkontinansdır. Çalışmalarda bakımevleri ve hastanelerdeki yaşlılarda idrar inkontinansı prevalansının %50'lere ulaştığı bildirilmiştir. Toplumda ise geriatrik idrar inkontinansı prevalansı %8-34 arasında değişir (53).

Yaşlanmayla birlikte;

- Genital sistemde atrofi, mukozalarda kuruluk olur.
- Mesane kapasitesinde düşüş gözlenir.
- Üreme sistemi fonksiyonları geriler ve seksüel aktivite düşer.
- Böbrek kan akımı yavaşlar.
- Böbreklerin idrar konsantre ve dile etme yeteneği düşer.
- Nefronların fonksiyonunda %60 kayıp yaşanır.
- Mesane ve perianal kaslarda gevşeme olur
- Renin-anjiyotensin-aldosteron aktiviteleri düşer.
- Duyu reseptörleri yavaşlar.
- Erkeklerde prostat hipertrofisi görülür.

1.6.6. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Yaşlılık ile hipotalamusta başlıca nöroendokrin nükleus yaşlandıkça intakt kalırken, suprakiazmatik nükleusta morfolojik olarak kayıp olur (54).

Yaşlılıkla kortikotropin relasing hormon (CRH) ve antidiüretik hormon (ADH) üreten nöronların sayısında ve ADH ve arginin vazopresin üreten nöronların boyutlarında artış meydana gelir. (55). Supraoptik nükleusun osmolarite değişikliklerine ADH salınımına karşı sensitivitesi yükselir.

Ovarian seks steroidlerine karşı hipotalamo-hipofizer "feedback"de düşüş gözlenir. Erkeklerde de hipotalamo-hipofizer-testiküler aksa defekt olmasına rağmen fertilité kapasitesi idame ettirilebilir, ancak cinsel aktivite sıklığı azalır (56).

Yapılan çalışmalar yaşlanma ile tiroid bezinin boyutunda çok az bir değişiklik meydana geldiğini ortaya koymuştur (56). Yaşlanma ile tiroid bezinde artan fibrozis, lenfosit artışı, follikül boyutlarında küçülme ve kolloid miktarında düşüş gözlemlenir. Bu değişiklikler yaşlılarda sık olmasına karşın tüm yaşlılar için belirleyici değildir. Tiroid bezindeki bu değişiklikler tiroid fonksiyonları ile korele değildir.

Tiroid stimulan hormon (TSH) salınımı yaşlanma ile değişikliğe uğrayabilir. Farklı birçok çalışmada 60 yaş üzeri erkek hastalar genç hastalarla kıyaslandığında yaşlıların Tiroid salgılatıcı hormon (TRH) uyarısına TSH cevabında yaklaşık %40 düşüş görülmüştür. Tiroid hormon etkisi yaşla birlikte düşer. Serbest T4 düzeyinde değişiklik yokken, serbest T3 azalır.

Üçüncü dekatta yaşlanma ile birlikte glikoz toleransı bozulur ve yaş alma ile birlikte özellikle tip 2 diabet sıklığı artar. Glikoz etkili insülin sekresyonunda düşüş, iskelet kasına insülin etkili glikoz alımında bozulma, yağ dokusunda postreseptör bozukluğu, artmış vücut yağı, fiziksel aktivitede düşüş, diyetdeki karbonhidrata düşüş, bozulmuş renal fonksiyon ve yükselmiş sempatik sinir sistemi aktivitesi yaşla birlikte glikoz toleransında düşüşü açıklayan mekanizmalardır.

Araştırmalar ayrıca bazal, sirkadyen ve uyarılmış kortizol sekresyonunun yaşlanma ile değişiklik göstermediğini ortaya koymuştur (57).

1.6.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanan beynin hacmi giderek düşer. Kortikal sulkuslar genişler ve derinleşir, girusların eni daralır. Bu değişimler en belirgin frontal lobtaadır. (58). En önemli bulgu mikroformolojik düzeyde düşüştür. Nöronal hücre kaybı tüm beyinde düzensiz bir dağılışı göstermektedir. Limbik sistem, serebral hemisferler, serebellum ve özellikle

hipokampuste nöronal yıkım belirgindir. Nöronal dentritler ve uzantılarında, sinapslarda genel bir kayıp olur (59).

Nörolojik kontrolde dendrit atrofisi önem taşır; çünkü bu atrofi kısa süreli hafızayı koruyamama, öğrenme yeteneği ve entelektüel cevaplarda düşüş ve duyuşsal algılamalarda bozulmaya nedendir (60). Yaşlanmada beyin arterielleri ve kapillerinde aterosklerotik değişimler artabilir, serebrovasküler direncin artışı ile serebral kan akımı azalma eğilimi gösterir (61).

Yaşlı bir beyinde gama-aminobütirik asit, serotonin ve katekolamin salgılanımı azalır. Böylece impuls iletimi ve serebral sinaptik transmisyon yaşlanmayla ertelenmiş olur (59). Merkezi sinir sisteminde (MSS) impuls hızı da yaş ilerledikçe önemli ölçüde düşüş gösterir. Miyelin kılıfının ve geniş miyelinli liflerin zarar görmesi, öncelikle posterior spinal kolondan impuls iletimini azaltmaktır. Bu değişiklikler hareket zamanı ve reaksiyon zamanı gibi nöromusküler performansı etkiler (60). Periferik sinirlerde yaşlılıkla birlikte miyelin kılıfında incelme olur, bunu refleks kaybı ve iletim hızının yavaşlaması takip eder (60).

1.6.8. Duyusal Fonksiyonlardaki Değişimler

Beyin yapısında glukoz kullanımındaki düşüş, yaşlılıkla birlikte duyuşsal kavrayışta düşüşlere neden olur. Yakın nesnelere odaklanma 40'lı yaşlarda, ince detayları ayırt edebilme 70'li yaşlarda düşmeye başlar. Katarakt gelişir ve gözler daha bulanık görmeye başlar. Yaşlılıkla birlikte yüksek frekanslı sesleri duymak zorlaşır. Tat ve koklama duyuşlarındaki az etkilenim dahi, beslenme ve iştahı olumsuz yönde etkiler (40).

Yaş almış kişilerde duyuşsal değişiklikler sonucunda sıklıkla; işitme güçlüğü, gözlerde kuruma, kaza riski, göz enfeksiyonu, dengede bozulma, bağımlılık ve iletişim sorunları baş gösterir (39,52).

Duyusal fonksiyon değişiklikleri;

- Lens elastikiyeti azalır, kornea refleksi azalır.
- Koklea hücrelerinin sayısı azalır.
- Konjunktivada incelme ve sarımsak renk olur.
- Görme keskinliği ve periferik görme azalır.
- Gözyaşı salgısı azalır.

- Pupillerin ışığa uyumu bozulur

1.6.9. Yaşlılıkta Vücut Kompozisyonu ve Postüral Değişiklikler

Olağan yaşlanma süreci, unipedal veya bipedal duruşlarda ayaktaiken ya da normal veya tandem yürüyüşlerde, postürü sağlamada yetenek kaybıyla ilişkilidir. Denge sisteminin herhangi bir seviyesindeki hafif bir bozukluğun önemli patolojilerle sonuçlanmamasına karşın, birçok sistemdeki etkilenmeler ciddi denge kayıplarına neden olur (62).

Vestibüler Bozukluklar; Yaşlılık, vestibüler fonksiyonda etkilidir. Yaşlanma ile özellikle ampullada işitme hücrelerinde hasar oluşur. Vestibüler nükleustaki nöronal kaybın, 40 yaşından sonraki her 10 yılda %3 oranında olduğunun altı çizilmektedir (63, 64). Yaşlı hastalar, vestibulo-okular reflekte düşüş göstermeye eğilimlidirler. Yüksek frekanslı sesler için semisirküler kanalların hassasiyeti azalmıştır. Serebellar beyinsapı hemorajı, vestibular bozukluk, vestibular nöritis gibi hastalıklarda oluşabilir. Bu tür hastalarda, vertigo veya dizininis belirtileri görülmektedir.

Duyusal Bozukluklar; Diabet, artrit ve aterosklerozis gibi hastalıklar dengeyi etkiler. Aterosklerozisten dolayı damar oklüzyonu, somatosensorial ve vizüel fonksiyonlar etkilenir.

Diabetik periferik nöropati ve retinopati, görmeyi ve propriosepsiyonu etkileyebilir. Periferik nöropati, yaşlı toplumda yaygın olarak görülmektedir (63).

Görsel Bozukluklar; Görsel bozukluklar görsel keskinlik, derinlik algısı, karanlığa uyum, görme alanı, ışığa hassasiyet, yaş ile birlikte oluşan değişiklikler de, denge sisteminin görsel inputu etkilemesinden ötürü yaşlılarda dengenin bozulmasına neden olabilir (65).

Kas-iskelet ve Nöromusküler Bozukluklar; Postür hareketinin normal koordinasyonu, kas aktivitesinin uygun zamanlama ve düzenine bağlıdır. Koordine kas cevaplarının denge üzerine olan etkisini araştıran çalışmalar, yaşlı bireylerde kasların aktivasyon - zaman ilişkileri arasında değişiklik gösterdiğini saptamışlardır (66, 67).

Genç ve sağlıklı bireylerde, total vücut kitlesinin yaklaşık %30'u kas kitlesidir. Bununla birlikte, 75'li yaşlarda bu oran %15'e kadar düşebilmektedir.

Yaşlanmayla görülen bu kas kaybı, vasküler, beslenme, hormonal ve metabolik bozukluklardan kaynaklanan sarkopeni olarak isimlendirilmektedir. Kemiğin zayıf yapısal parametreleri ve bozulmuş denge de sarkopeni ile ilişkilidir.

Eklem mobilitesi, postüral alışkanlıklar artritler sebebiyle azalabilir. Azalmış kas kuvveti ve esneklik, denge ile ilgili değişikliklere uyum yeteneğini azaltabilir. Buna ek olarak, skolyoz, kifoz ve bacak boyu uzunluk değişimleri, gravite merkezini değiştirebilir. Yaşlı olgularda, eklem propriosepsiyonundaki bozulma da, denge bozukluklarıyla ilişkili olabilmektedir (68, 69).

Yürüyüş Değişiklikleri:Normal yürüme, lokomotor paterni sağlama, ritmik ve yerçekimi merkezinin değişikliklerini kontrol etme, dik durma gibi faktörlere bağlıdır. Yaşlılarda dinamik dengenin kontrolündeki zorluk giderek artar. Yaşlı bireylerde yürüyüş paternleri, uzamış duruş fazı ve çift destek fazlarında olduğu gibi kinetik durumu değiştirebilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Nisan 2016 - Haziran 2016 tarihleri arasında huzurevi ve ev ortamında yaşayan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 60-95 yaş aralığında toplam 60 yaşlı bireyin değerlendirilmesi ile tamamlandı.

Huzurevinde yaşayan yaşlı grup, çalışma protokolü için özel izin alınan Barınyurt Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezi'nde yaşayan bireyleri içerdi (EK-1). Barınyurt Yaşlı Bakımevi 101 kişilik kapasiteyle 2000 yılında hizmete girmiştir. Kurum Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının tüm denetlemelerinden başarılı şekilde geçmiştir. Kurumda, yaşlı bireylerin vakit geçirebileceği bahçe, hobi odaları gibi sosyal alanlar bulunmaktadır. Ayrıca kurumda sağlıklı yaşlılar çoğunlukta olup, ihtiyaç duyulan yaşlı bireyler için fizyoterapi hizmetleride verilmektedir.

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen evde yaşayan yaşlı grubu İstanbul ili Fatih ilçesinde faaliyet gösteren özel bir sağlık kuruluşu çalışanlarının ebeveynlerini içerdi.

Bu tez çalışması için Okan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29/02/2016 tarihli, 74 sayılı toplantısında onay alındı ve araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü (EK-2). Çalışmanın evrenini yaşlı bireyler oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya gönüllü olmak
- 60-95 yaş aralığında olmak
- Bilinen sağlık problemi olmayan bireyler
- Bilişsel fonksiyonların yeterli olması (Mini Mental Test puanının 24 ve üzerinde olması)
- Fiziksel aktiviteye engel kas-iskelet sistemi problemi olmayan bireyler

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Mental retardasyon
- Epileptik öykü

- Nörolojik, ortopedik, ve muskuloskeletal problemlere neden olan hastalığı olanlar

Araştırmaya katılan bütün geriatric bireylere araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı, kullanılan formlar hakkında ayrıntılı bilgi verilerek yazılı onam formunu imzalatıldı (EK-3)

Çalışmaya katılmaya gönüllü olguların değerlendirmeleri yapılarak sonuçlar değerlendirme formuna kaydedildi (EK-4)

2.1. Değerlendirme

Çalışmamızda huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin;

- Demografik ve sosyal özellikler
- Kognitif fonksiyon
- Denge
- Yaşam kalitesi
- Ağrı
- Depresyon
- Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi amacı ile aşağıdaki yöntemlerden yararlanıldı.

2.2. Yaşlı Tanıtıcı Form

Bu formda katılımcıya ait demografik ve sosyal parametreler yer aldı.

- Yaş
- Cinsiyet
- Boy-kilo
- Beden kitle endeksi
- Eğitim düzeyi
- Medeni durum
- Meslek
- Gelir düzeyi
- Alkol-sigara kullanımı
- Kullandığı ilaçlar

- Özgeçmiş
- Ailesi ile görüşme sıklığı
- Geçirdiği operasyonlar

2.3. Vizüel Analog Skala

Ağrı organizmayı ve dokuları zedelemeye yönelik tehlike taşıyan, gerçek veya olası, çeşitli uyarılara karşı ortaya çıkan duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir. Algılama, duyum ve davranış şekli olarak da tanımlanan ağrı şiddetinin değerlendirilmesi farklı tipte (tek boyutlu, çok boyutlu ...) ölçek ve skalalar yardımıyla yapılabilmektedir. Çalışmamızda ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde kolay, tekrarlanabilir, minimal araç gerektiren ve anlaşılabilir bir ölçüm aracı olan Vizüel Analog Skala (VAS) kullanıldı. Bu skala yatay, düz bir çizgiden oluşmuştur. Çizginin başlangıcında 0 değeri, bitiminde 10 değeri bulunmaktadır. 0 değeri hiç ağrı olmadığını, 10 değeri dayanılmaz ağrıyı ifade etmektedir. Ağrıda oluşan değışikliğı anlamlı sayabilmek için ise skalada 30 mm'lik bir yer değışikliğı gerekmektedir. Uygulamada özellikle de uç noktalar (0: ağrı yok, 10:olabilecek en şiddetli ağrı veyahayal edilebilen en şiddetli ağrı ifadeleri ile) hastalara iyice açıklandı. Hastadan hissettiğı ağrıyı bu çizgi üzerine işaretlemesi istendi ve işaretlediğı nokta cm. olarak ölçüldü (70).

2.4. Berg Denge Ölçeğı

Berg Denge Ölçeğı (BDÖ) geriatrik kişiler veya geriatrik hastalarda denge performansını ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir (71).Klinik çalışmalarda sıklıkla postüral kontrolü değerlendirmek ve düşme riski tahmininde kullanılır (72). Test destek zemini azaltılarak zorlaştırılmaktadır. Bu denge testi 14 maddeden oluşmaktadır ve her bir bölüm 0 (kötü) ile 4 (en iyi) arasında derecelendirilerek, oturmadan ayağı kalkma, ayaklar bitişik olarak ayakta durma, tandem pozisyonunda ayakta durma, tek bacak üzerinde dengede kalma gibi pozisyonlar sırasındaki bağımlılık ve/veya bağımsızlık düzeyini ve kişinin pozisyon değışikliğı yapabilmesini ölçer. BDÖ'den alınan en yüksek puan, en iyi dengeyi göstermektedir.0-20 yüksek risk, 21-40 orta risk ve 41-64 düşük riski göstermektedir (73)(EK-5)

2.5. Standardize Mini Mental Test

İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış olan Mini Mental Test (MMT) standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir (74,75).

MMT, uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak geliştirilmiştir. MMT, geliştirildikten kısa bir süre sonra hem klinik uygulamalarda hem de araştırmacılar arasında yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır (74,76). Türkiye için geçerlik güvenirliği Güngen ve arkadaşları tarafından çalışılmıştır. Test klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir özgüllüğe sahip olmakla birlikte, global olarak bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilir, kısa, kullanışlı ve standardize bir metoddur (74). 11 maddeden oluşan MMT yönelim (10 puan), kayıt hafızası (3 puan), dikkat ve hesaplama (5 puan), hatırlama (3puan) ve lisan (9 puan) olmak üzere 5 ana başlık altında ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilir.

0-9 puan ağır bilişsel bozukluk,

10-19 puan orta bilişselbozukluk,

20-23 puan hafif bilişsel bozukluk,

24-30 puan normal olarak değerlendirilir(EK-6).

2.6. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)

Yesavage, Brink ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olup, 1983 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan, yaşlı nüfusa yönelik bir depresyon ölçeğidir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. GDÖ öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan ve evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenen bir ölçektir.

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. Ölçeğin puanlaması; 0-10 puan "depresyon yok", 11-13 puan "muhtemel depresyon", 14 ve üzeri puan "kesin depresyon" şeklinde yapılmıştır. (77) (EK-7).

2.7. Barthel İndeksi

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) kavramı ilk kez 1935'de Sheldon tarafından rapor edilmiştir. 1949'da Edith Buchwald "Activities of Daily Living terimini kullanmış

ve çeklist iledeğerlendirmeyi önermiştir. GYA, temel ve enstrümental aktiviteler olarak başlıca iki kategoriye ayrılır.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri Türk hastalarında adaptasyonu 1999 yılında Küçükdeveci tarafından yapılmış olan Barthel indeksi ile değerlendirilmiştir. Barthel indeksi toplam 10 ana maddeden oluşmaktadır. Beslenme, tekerlekli sandalyeden yatağa ve yataktan tekerlekli iskemleye transfer, kendine bakım, klozete oturup kalkma, yıkanma, düzgün yüzeyde yürüme (tekerlekli sandalyeyi kullanabilme-uygunsa), merdiven inip çıkma, giyinip soyunma, bağırsak bakımı ve mesane bakımı sorgulanmaktadır. Total skor 0 ile 100 arasında olup; 0-20 puan; tam bağımlı, 21-61 puan; ileri derecede bağımlı, 62-90 puan; orta derecede bağımlı, 91-99; hafif bağımlı, 100 puan; tam bağımsız olarak değerlendirilmiştir (78) (EK-8).

2.8. Kısa Form 36(KF-36)

Yaşam kalitesi, genel anlamda bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanır. Yaşam kalitesinin ölçümünü yapabilmek zordur ve kullanılan değerlendirme aracının bilimsel bir çalışma içine dahil edilebilecek nitelikte olması önemlidir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile sağlıkla ilişkili parametrelerin genel ya da hastalığa özel yaşamsal aktivitelerle olan etkileşimi ortaya çıkarılmaya çalışılır. Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Skala fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel ve fiziksel rol kısıtlamaları, mental sağlık, genel sağlık ve vitalite (enerji) ve ağrı olmak üzere 8 alt başlık altında 36 sorudan oluşur. Anketin Türkçe Versiyonunun güvenilirlik ve geçerliği Koçyiğit ve arkadaşlarınca yapılmıştır (79) (EK-9).

2.9. İstatiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik paket programı Statistical Packages for the Social Sciences(SPSS)16.0 kullanıldı. Normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Tanımlayıcı veriler yüzde ve frekans olarak sayısal veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edildi. Normal dağılıma uygun parametrelerin karşılaştırmalarında student t test; normal dağılıma uymayanparametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında

Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3. BULGULAR

Tez çalışmamız kapsamında 01.04.2016-20.06.2016 tarihleri arasında huzurevi ortamında yaşayan 47, ev ortamında yaşayan 34 yaşlı gönüllü birey değerlendirildi. Standardize Mini Mental Test sonucuna göre çalışmaya alınma kriterlerine uymayan huzurevi ortamından yaşayan 17, ev ortamında yaşayan 4 katılımcı çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak ev ortamından (Grup 1) 30 ve huzurevi ortamından (Grup 2) 30 olmak üzere toplam 60 gönüllü katılımcının değerlendirme sonuçları analiz edildi.

Her iki grup demografik özellikler bakımından karşılaştırıldığında huzurevinde yaşayan bireylerin yaş ortalamasının evde yaşayanlardan büyük; boy ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerlerinin ise daha küçük olduğu belirlendi ($p<0,05$). Elde edilen veriler Tablo 3.1’de gösterildi.

Tablo 3.1: Grupların demografik verileri

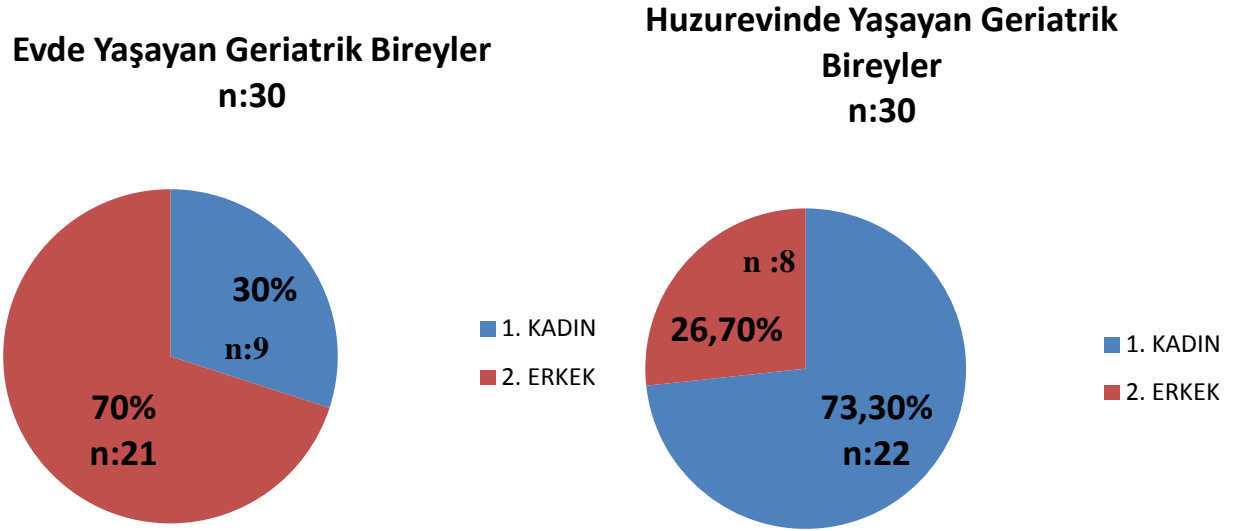
	Grup1 ort ± ss	Grup2 ort ± ss	p
Yaş(yıl)	71,83 ±7,38	82,93 ± 8,57	<0,001
Boy (cm)	1,68 ± 7,94	1,60 ± 7,52	<0,001
BKİ (kg/m ²)	27,54 ± 4,21	24,67 ± 5,07	0,02

Grup 1: Evde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Grup 2: Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Her iki ortamda yaşayan yaşlı bireylerin gruplara göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde huzurevinde yaşayan grupta kadın; ev ortamında yaşayan grupta ise erkek katılımcıların oranının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplara göre cinsiyet dağılımına Şekil 3.1’de yer verildi.



Şekil 3.1: Grupların cinsiyet dağılımı

Grupların istirahat, aktivite ve gece ağrısı karşılaştırıldığında istirahat ve aktivite ağrılarının benzer olduğu ($p>0,05$), gece ağrısının ise huzurevinde yaşayan yaşlılarda daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Bireylerin ağrı skorları ve karşılaştırma sonuçlarına Tablo 3.2’de ayrıntılı olarak yer verildi.

Tablo 3.2: Grupların ağrı algısının karşılaştırılması.

	Grup 1 ort ± ss	Grup 2 ort ± ss	p
VAS (İstirahat)	1,13 ± 1,56	2,26 ± 2,70	0,052
VAS (Aktivite)	3,66 ± 2,80	4,38 ± 3,37	0,386
VAS (Gece)	0,96 ± 1,56	2,60 ± 3,10	0,013

Grup 1: Evde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Grup 2: Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler

VAS: Visuel Analog Skala

Yaşlı bireylerin psikolojik durum, günlük yaşam aktivite düzeyi, kognitif ve denge düzeyleri karşılaştırıldığında ev ortamında yaşayan bireylerin aktivite ve denge düzeylerinin daha iyi olduğu ($p < 0,05$) ancak kognitif ve psikolojik durumlarının huzurevinde yaşayan bireyler ile benzer olduğu saptandı ($p > 0,05$) (Tablo 3.3).

Tablo 3.3: Grupların psikolojik durum, günlük yaşam aktivite, kognitif ve denge düzeyleri

	Grup 1 ort ± ss	Grup 2 ort ± ss	p
Günlük Yaşam Aktiviteleri	88,5 ± 15,26	76,66 ± 17,82	0,008
Geriatrik Depresyon Ölçeği	9,83 ± 4,66	12,06 ± 6,99	0,151
Mini Mental Test	25,76 ± 1,65	24,96 ± 2,12	0,109
Berg Denge Skalası	49,33 ± 7,42	35,7 ± 13,41	0,003

Grup 1: Evde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Grup 2: Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Huzurevi ve ev ortamında yaşayan bireylerin yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Sonuçlara Tablo 3.4' te yer verildi.

Tablo 3.4: Grupların yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

KF-36 Alt Skalaları	Grup1 ort \pm ss	Grup 2 ort \pm ss	p
Fiziksel İşlev	41,66 \pm 22,37	35,55 \pm 27,98	0,354
Rol Fonksiyonu	51,66 \pm 31,44	43,20 \pm 39,42	0,362
Ağrı	55,03 \pm 20,11	50,30 \pm 25,28	0,426
Genel Sağlık Algısı	51,13 \pm 18,90	53,36 \pm 21,18	0,668
Yaşamsallık	50,00 \pm 17,66	50,98 \pm 24,19	0,858
Sosyal İşlev	63,33 \pm 19,40	58,33 \pm 23,97	0,378
Emosyonel Rol	58,88 \pm 32,39	48,95 \pm 33,64	0,249
Mental Sağlık	62,26 \pm 12,67	65,73 \pm 14,99	0,338
Fiziksel Komponent Skoru	36,50 \pm 8,01	34,18 \pm 9,37	0,308
Mental Komponent Skoru	46,47 \pm 7,03	46,62 \pm 8,76	0,941

Grup 1: Evde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Grup 2: Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Geriatrik bireylerin günlük yaşam aktiviteleri, kognitif durum ve denge düzeyleri cinsiyet bazında değerlendirildiğinde her iki grupta denge dışındaki tüm parametrelerin sonuçlarının benzer olduğu saptandı. Denge düzeyinin hem evde ($p=0,002$) hem de huzur evinde ($p=0,018$) yaşayan kadınlarda daha iyi olduğu saptandı (Tablo 3.5).

Tablo 3.5: Cinsiyete göre grupların günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, kognitif durum ve denge düzeylerinin karşılaştırılması

	Grup1 (n:30)		p	Grup 2 (n:30)		p
	Kadın ort ± ss	Erkek ort ± ss		Kadın ort ± ss	Erkek ort ± ss	
Günlük Yaşam Aktiviteleri	87,22±16,79	77,04±16,15	p>0,05	89,04±14,96	75,62±23,05	p>0,05
Geriatrik Depresyon Ölçeği	12,22±6,07	12,54±7,41	p>0,05	8,80±3,61	10,75±5,89	p>0,05
Mini Mental Test	25,55±1,87	24,45±1,92	p>0,05	25,85±1,59	26,37±2,13	p>0,05
Berg Denge Skalası	49,44±6,08	35,09±11,88	0,002	49,28±8,06	37,37±17,8	0,018

Grup 1: Evde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Grup 2: Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Cinsiyete göre ev ve huzur evinde yaşayan bireylerin yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarının benzer olduğu saptandı (p>0,05) (Tablo 3.6).

Tablo 3.6: Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin cinsiyet bazında yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

	Grup1		P	Grup 2		P
	Kadın ort ± ss	Erkek ort ± ss		Kadın ort ± ss	Erkek ort ± ss	
SF-36 FKS	35,92±8,39	33,41±9,32	p>0,05	36,75±8,03	36,31±9,83	p>0,05
SF-36 MKS	43,72±9,40	45,58±8,94	p>0,05	47,64±5,62	49,47±8,12	p>0,05

Grup 1: Evde Yaşayan Geriatrik Bireyler

Grup 2: Huzurevinde Yaşayan Geriatrik Bireyler

SF-36 FKS: SF-36 Fiziksel Komponent Skoru

SF-36 MKS: SF-36 Mental Komponent Skoru

Evde yaşayan bireylerden elde edilen değerlendirme sonuçlarının korelasyon analizinde GYA'nin kognitif düzey ve denge ile pozitif yönde, kognitif düzeyin yaş ile negatif yönde ve son olarak denge düzeyinin kognitif durum ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı (Tablo 3.7).

Tablo 3.7: Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaş, BKİ, GYA, depresyon, kognitif durum ve denge düzeyleri arasındaki ilişki

		Yaş (yıl)	BKİ (kg/m ²)	GYA	GDÖ	MMT
GDÖ	r		0,417			
	p		0,02			
MMT	r	-0,404		0,381		
	p	0,026		0,037		
Denge	r			0,843		0,433
	p			0,0001		0,016

BKİ: Beden Kütle İndeksi

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

MMT: Mini Mental Test

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Huzurevi ortamında yaşayan bireylerin sonuçlarının korelasyon analizinde GYA'nin depresyonla pozitif, ve dengenin psikolojik durum ve yaş ile negatif yönde ilişkili olduğu saptandı (Tablo 3.8).

Tablo 3.8: Huzurevinde yaşıyan yaşlı bireylerin yaş, BKİ, GYA, depresyon, kognitif durum ve denge düzeyleri arasındaki ilişki

		Yaş (yıl)	GYA	GDÖ	MMT
GDÖ	r		-0,543		
	p		0,002		
Denge	r	-0,429		-0,485	
	p	0,017		0,006	

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

MMT: Mini Mental Test

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda huzurevi ve ev ortamında yaşayan toplam 60 geriatric birey yaşam kalitesi, depresyon, günlük yaşam aktiviteleri ve denge açısından değerlendirilmiştir.

Yaşlılık önüne geçilmesi mümkün olmayan, biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ile sorunları olan bir süreçtir. Yaşlılık; fizyolojik bir olay olmasına ek olarak, fiziksel ve ruhsal güçlerin, bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde de tanımlanabilir (80).

Büker ve ark. (81) huzurevi ve evde yaşayan 253 yaşlı bireyin ruhsal ve psikolojik durumlarını değerlendirdiği çalışmalarında huzurevinde yaşayan yaşlıların yaş ortalamasını 71.87 ± 7.94 yıl, evde yaşayan yaşlıların yaş ortalamasını 67.66 ± 5.78 yıl olarak ifade etmiştir. Çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlıların yaş ortalaması $82,93 \pm 8,57$, evinde yaşayan yaşlıların yaş ortalamasının $71,83 \pm 7,37$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Huzurevi ortamında yaşayan bireylerin cinsiyet açısından dağılımı değerlendirildiğinde kadınların daha fazla olduğu görülmüştür.

Ağrı algısının sosyo-demografik bilgiler, bakım hizmetlerine erişebilme, sağlık durumu, gibi birçok faktörden etkilendiği gösterilmiştir (82). Tanrıverdi ve ark. (83), çalışmalarında yaşlıların %49,4'ünün ağrıyı hergün deneyimlediğini, yaşanan şehir, cinsiyet, meslek, kronik hastalığa sahip olma gibi değişkenlerin ağrı prevalansı ve ağrı türleri üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Şimşek ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada ev ortamında yaşayan bireylerde %54,8 oranında ağrı şikayeti olduğu bildirilmiştir. Ağrı şikayeti en çok kadınlarda tespit edilmiş olup, ortalama ağrı şiddetinin VAS'a göre $5,43 \pm 2,21$ olduğu ifade edilmiştir.

Ağrı yaşa bağlı değişkenlik gösteren bir algı olup Güler ve ark.(84) yaşlılarda ağrı prevalansının %88.5-99.7 arasında seyrettiğini; kronik ağrı oranının ise %31-64.7 arasında olduğunu ifade etmiştir. Geriatri kliniğinde yatan yaşlı bireylerde ağrı oranı %67.3 olarak bildirilirken; huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı oranı %50-57.9 arasında olarak bildirilmiştir (85).

Woo ve ark. (86) ise ağrının yaşla bir ilişkisinin olmadığını, fakat sosyoekonomik durum ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Literatürde de, ileri yaşın yanı sıra sosyo-ekonomik durum ve eğitim düzeyinin düşük olmasının da ağrı deneyimi oranlarını arttırabileceği belirtilmektedir (82,87).Miro ve ark. (88) çalışmalarında, ev ortamında yaşayan 65-74 yaş arası bireylerde ağrı görülme oranını %72,7 olduğunu ifade ederken; Şimşek ve ark.'nın çalışmasına benzer olarak ağrının kadınlarda daha yüksek olduğunu da belirtmişlerdir. Reyes-Gibby ve ark. (82) ise 65-74 yaş arası bireylerin %80'inde hafif derecede, %19'unda ise şiddetli derecede ağrı şikayeti olduğunu saptamışlardır.Yağcı ve ark. (89), ağrının yaşlı kadınlarda daha çok görüldüğünü ve ağrı şiddetinin her iki cinsiyet için VAS'a göre $5,37 \pm 2,05$ şiddetinde olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda; Huzurevinde yaşayan bireylerin % 46,66'sının, ev ortamında yaşayan geriatric bireylerin ise %53,33'ünün ağrı yakınmasının olduğu saptanmıştır. Ağrı şiddeti bakımından her iki grubun VAS'a göre ağrı şiddeti düşük seviyelerde seyrederken bu durum özellikle evde yaşayan geriatriclerde belirgindi. Bu durum evde yaşayan geriatric bireylerin daha aktif bir sosyal çevreye sahip olmasına, aktivite seviyeleri ve meşguliyetlerinin daha yüksek olmasına bağlanabilir. Evde yaşayan katılımcılarımızda GYA'nin daha yüksek oluşu da düşüncemizi desteklemektedir.

Depresyonun toplumda kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Garcia Pena ve ark. (90) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların (%24,7) erkeklerden (%16,2) daha fazla depresif olduğu bildirilmiştir. Dişçigil ve ark.nın (91) yaptıkları başka bir çalışmada ise benzer şekilde depresyon riskinin kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Maral ve ark.nın (92) yaptığı başka bir çalışmada da huzurevinde yaşayan kadınlarda evde yaşayan kadınlara göre depresyon sıklığı daha fazla saptanmıştır. Aksüllü ve Doğan'ın yaptığı benzer bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların depresif belirtileri %68,9, evde yaşayanlarda ise %27,8 bulunmuştur (93).

Demir ve arkadaşları (94) çalışmalarında ise huzurevi ortamında yaşayan126, evde ortamında yaşayan 60 kişi değerlendirilmiştir. Yaş grubu olarak 65-74 yaş arasındaki yaşlıların depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamakla beraber ($p > 0,05$), huzurevinde kalanların GDÖ puan ortalaması 11.27 ± 6.79 olup evde kalanların GDÖ puan ortalaması 14.11 ± 8.00 olarak bildirmişlerdir.Çalışmamızda huzurevinde kalanların bireylerin GDÖ puan ortalaması

12,06± 6,99, ev ortamında kalan bireylerin GDÖ puan ortalaması ise 9,83± 4,66 olarak bulunmuştur.Çalışmamızda huzurevinde kalan bireylerin GDÖ puan ortalamasının literatürdeki çalışmalarla paralellik gösterdiği, ancak ev ortamında kalan bireylerin GDÖ puan ortalamasının literatürdeki çalışmalara göre daha düşük çıktığı saptanmıştır.

Bu durumun ev ortamında kalan bireylerin iletişim ağının daha aktif olması, aile ortamındaki sosyal ilişkiler ve buna bağlı olarak saptanmış olduğumuz GYA'deki pozitif sonuçlar ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde yaşlıların kognitif düzey, depresyon varlığı ve GYA yönünden incelendiği çalışmalarda çeşitli oranlarda değişen kognitif düzey bozukluğu ve depresyon varlığı bildirilmiştir (95).Güngen ve arkadaşları (96) MMT" in geçerlilik ve güvenilirliğini yaptıkları çalışmada ortalama yaşı 77±6 olan demanslı ve kognitif olarak sağlıklı bireyleri değerlendirmişlerdir. Çalışma sonunda MMT toplam skorunun her iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı sonuç gösterdiğini bildirmişler ve ideal eşik değerini 23/24 olarak belirtmişlerdir.

Yapılan başka bir çalışmada yaş ortalaması 77.2+8.7 yıl olan 108'i kadın, 92'si erkek toplam 200 yaşlı değerlendirildiğinde, yaşlılardaki MMT skor ortalaması 20.4±7 olarak bildirilmiştir.Ayrıca MMT skorları kadınların %49'unda, erkeklerin ise %19'unda 18'den düşük olduğu saptanmıştır. Yaş artışı ile bu skorlar arasında negatif korelasyon mevcut olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamız kapsamındaMMT skoru 24'ün altında olan katılımcılar araştırmadan dışlanmıştır. Bu haliyle huzurevi ortamında yaşayan yaşlıların MMT skoru 24,96± 2,12, ev ortamında yaşayan yaşlıların MMT skoru ise 25,76± 1,65 olarak saptanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar literatürdeki sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Yaşlılık süreci bireyin fiziksel kapasitesinin azaldığı, bağımlılık düzeyinin arttığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bir dönemdir (97). Bu dönemde yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, bu yıkıma paralel olarak yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (98). Yaşlı kişilerde aktif yaşama biçimi fiziksel kapasitenin korunmasını sağlayarak yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır.

Büker N. ve ark. (99) araştırmalarında, yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin mobilite ve GYA'ni olumsuz yönde etkilediği, ev ortamında aileleri ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireylere göre daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu durumun huzurevi ortamında yaşayan bireyler üzerinde etkileri araştırıldığında ise daha depresif semptomlara sahip olan yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasite olarak daha kısıtlı oldukları bulunmuştur. Çalışmamızda ki veriler Büker ve ark. Sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Soyuer F. ve ark. (100) tarafından yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri, huzurevinde kalan yaşlılarda fiziksel aktivite ile denge ve mobilitenin ilişkisini araştırmak amacıyla 124 birey değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirme yapılırken Berg Denge Ölçeği, Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirme Skalası kullanılmıştır. Sonuç olarak BDÖ puan ortalaması 45.42 ± 12.11 bulunmuş olup, fiziksel aktivite ile denge arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamız kapsamında değerledirdiğimiz geriatrik bireylerin GDÖ skorları oldukça Soyuer ve ark. sonuçlarına göre daha düşük idi. Bu durum katılımcılarımızın özel hizmet sunan bir huzurevinde kalıyor olmaları ve bu kapsamda kendilerine sunulan hizmetlerden aldıkları memnuniyet ile bağdaştırılmıştır.

Gemalmaz ve ark. (101) da huzurevi sakinlerinde denge, yürüme, etkili faktörler ve düşme riskini araştırmışlardır. alışmaları kapsamında 101 sakin değerlendirilmiş, birebir görüşmeler ile sosyo-demografik özellikler, özürlülük durumu, ambulasyona yardımcı cihaz kullanımı, tanı konulmuş hastalıklarını değerlendirmeye yönelik formlar doldurulmuş son olarak Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirme Skalasını (TDYDS) uygulamışlardır. Sonuçta, yürüme ve denge toplam puan ortalaması 19,51 olarak bulunmuş ve geriatrik bireylerin yaklaşık yarısında ciddi denge ve yürüme problemi saptanmıştır.

Yapılan başka bir çalışmada ise huzurevinde yaşayan yaşlıların TDYDS puanları, evde yaşayan yaşlıların TDYDS puanlarından yüksek bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan yaşlıların TDYDS toplam puan ortalaması 25,73 iken evde yaşayan bireylerin toplam puan ortalaması 24,93 olarak bulunmuştur. Bu durumu araştırmacılar tarafından huzurevinde kalabilme şartlarından fonksiyonel açıdan bağımsız olabilmeye bağlanmıştır. Ayrıca bazı huzurevlerinde uygulanan düzenli

egzersiz ve yürüyüş programlarının denge ve yürüme faaliyetlerini pozitif etkileyebileceği savunulmuştur (102).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin denge düzeylerinin ölçülmesi amacıyla BDÖ kullanılmış olup, ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin BDÖ skoru $49,33 \pm 7,42$ olarak saptanırken huzurevi ortamında yaşayan bireylerin BDÖ skorunun $35,7 \pm 13,41$ olduğu görülmüştür. Denge düzeyleri karşılaştırıldığında ev ortamında yaşayan bireylerin denge düzeylerinin daha iyi olduğu ($p < 0,05$) saptanmıştır. Ayrıca denge düzeyinin hem evde hem de huzurevinde yaşayan kadınlarda daha iyi olduğu gözlenirken korelasyon analizlerinde MMT testinden yüksek puan alanların denge düzeylerinin daha iyi olduğu da görülmüştür. Gözlenen olumlu sonuçlar ev içinde de olsa aktif yaşam tarzının daha yüksek oranlarda sürdürülebilmesine bağlanmıştır.

Yaş alma ile birlikte bireyler ev işlerini yerine getirmede de zorlanmaktadır. Yarış ve ark. (103) geriatrik bireylerin günlük aktivite düzeyini değerlendirmiş; katılımcıların %14.6'sının yardımla merdiven inip çıkabildiğini, %5.0'inin bunu hiç yapamadığını, % 13.6'sının tabağını masadan kaldırma, yatağını toplama gibi hafif ev işlerini yardımla yaptığını, % 10.0'unun ise bu işleri hiç yapamadığını saptamışlardır ve kadınlar bu aktivitelerde erkeklere göre belirgin olarak yetersiz bulunmuştur. Kerem ve ark. (96) ise huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıları günlük yaşam aktivitelerinden beslenme, giyinme, hijyen, yürüme ve merdiven çıkma aktivitelerindeki bağımsızlık durumunu incelemiş; beslenme ve giyinme aktivitelerinde her iki grup arasında fark bulunmadığını, hijyen, yürüme ve merdiven çıkma aktivitelerinde ise huzurevinde yaşayanların daha bağımsız olduğunu belirlemişlerdir.

Arpacı (104) geriatrik bireylerin kaliteli bir yaşam sürmesinde gün içindeki aktivite düzeyinin önemli olduğunu bildirmiştir. Bu bağlamda yaşanan ortamda bireyin bağımsızlığını destekleyecek ve artıracak küçük egzersizlere ek olarak bulmaca çözme gibi faaliyetlerin önemini vurgulamıştır. Arpacı ayrıca bu bireylere bakım veren kişi ya da kurumların teşvik ve desteğinin bireyin yaşam kalitesini olumlu etkileyebileceğini de ifade etmiştir. Zira çalışmamızda da her iki ortamda kalan geriatrik bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır.

Levasseur ve ark. (105), aktivite düzeyi kısıtlı olan yaşlı bireylerin günlük yaşama katılım düzeyinin de kısıtlı olduğu ve fiziksel çevrenin engellerle dolu olarak

algılandığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin fiziksel çevre katılım düzeyinin ve engellerinin aktivite düzeyine göre değiştiği saptanmıştır. Yaşlı bireylerde aktivite kısıtlılığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir.

Sonuç olarak yaşlılıkta katılım ve çevrenin önemli değişkenler olduğunu ve yaşam kalitesi, katılım ve çevrenin aktivite düzeyine göre değiştiğini ifade etmişlerdir. Özyurt ve ark. da Levasseur ve ark.'nın çalışmasını destekleyerek yaşlıların %36.0'sının günlük işlerini yaparken başkasına ihtiyaç duyduğunu, çok değişkenli analizlerde yaşam kalitesini en çok etkileyen değişkenlerin ise günlük işlerini yaparken başkasına ihtiyaç duyma ve eğitim düzeyi olduğunu ifade etmişlerdir (106). Konuyla ilgili olarak Puts ve ark.düşük kas gücünün yaşlı bireylerin aktivitelerin miktarı ve kapsamını etkilediği ve bu durumun yaşam kalitesinin negatif algılanmasına yol açtığını saptamıştır (107). Çalışmamızda evde yaşayan geriatric bireylerin GYA düzeyleri daha iyi bulunmuştur. Sonuçlarımız aile içinde yemek hazırlama, masaya yardım, çocuklar ile oynama gibi günlük aktivitelere katılım düzeyinin daha fazla oluşu ile açıklanabilir. Bu kişilerde kognitif durumun doğal bir süreç olan yaş ile negatif yönde ilişkili bulunmasına karşın; GYA ile pozitif yönde ilişkili bulunması da ev ortamında aktivite katılımının olumlu etkisine bağlanabilir.

Bu çalışma bazı limitasyonlar içermektedir;

Grupların yaş ve cinsiyet açısından homojen olmayışı sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Bu durum daha geniş örneklem grubu ve daha fazla sayıda bakımevinin çalışmaya eklenmesi ile çözümlenebilirdi. Ancak özel bakımevlerinin araştırma için onay vermekte olumsuz görüş bildirmesi örneklem grubunun genişletilmesine imkan vermemiştir. Çalışma bu nedenle tek kurum ile sürdürülmüştür. Çok merkezli çalışmaların yapılmasının daha kapsamlı veri sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

5. SONUÇLAR

Ev ortamı ve huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireyleri değerlendiren çalışmamız sonucunda;

1. Ev ortamında yaşayan bireylerin GYA ve denge düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı.

2. Gece ağrısı huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireylerde daha yüksek bulundu. Bu durum huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireylerin yaş ortalamasının daha yüksek oluşuna bağlandı.

3. Ev ortamında ve huzurevi ortamında yaşayan geriatrik bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri benzer bulundu.

4. Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin BKİ ile psikolojik durumları arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptandı.

5. Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin kognitif durumu ile yaş arasında negatif yönde; GYA ile pozitif yönde ilişki olduğu tespit edildi.

6. Ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin denge düzeylerinin GYA ve kognitif durum ile pozitif yönde ilişkili olduğu görüldü.

7. Huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireylerin GYA ile psikolojik durumları arasında negatif yönde ilişki tespit edildi.

8. Huzurevi ortamında yaşayan yaşlı bireylerin denge düzeylerinin yaş ve psikolojik durum ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlendi.

Uluslararası sağlık rejimlerinde olduğu gibi ¼lkemizde de Fizyoterapi ve Rehabilitasyon hizmeti geniş bir yelpazede s¼rd¼r¼lmektedir. Bu hizmetin önemli bir kısmı yaşlı bireylere verilen desteği kapsamaktadır. Sosyal sağlık politikasının da gereği olarak özellikle toplumun bu grubu i¼in "yerde yaşlanma" ve "aktif sağlıklı yaşlanma" ile ilgili uygulamaların giderek arttırılması hedeflenmektedir. ¼alıřmamızın sonu¼ları bu grupların tanımlayıcı özelliklerini ifade etmesi bakımından önemlidir. Sonu¼larımızın bu alanda hizmet vermesi planlanan fizyoterapistlerin mesleki ¼alıřmalarına pozitif y¼nde katkıda bulunacağını d¼ř¼nmekteyiz.

Yaşlı pop¼lasyon toplumun özel ve en hassas grubudur. Bu alanda s¼rd¼r¼lecek koruyucu, fonksiyonu geliştirici ve tedavi ama¼lı Fizyoterapi programlarının yapılandırılmasında yaş grubuna g¼re denge, aktivite ve ağrı d¼zeyinin g¼z ¼n¼nde bulundurulması ilgili terap¼tik yaklaşımların başarısını olumlu y¼nde etkileyebilir.

KAYNAKÇA

1. Murayama L,Ahmed I. "The geriatric patient", Streltzer J, ed. *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Springer, 2007;341-360
2. Yavuz BB. "Geriatrik değerlendirme ve testler". *İç Hastalıkları Dergisi* 2007;14:5-17
3. Uçku R."Yaşlılık ve Sağlık". *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi sözlüğü* içinde ed: E Nalçacı, O Hamzaoğlu,E Özalp,Nazım Kitaplığı, İstanbul 2006 ;472-483
4. *Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)*, "İstatistiklerle Yaşlılar 2016", 2017; 24644
5. *Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)*, "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları", 2016, 2017; 24638
6. Atalay B, Kantaş YM, Beyazıt S. "Türk Aile Yapısı Araştırması". DPT, Ankara 2003
7. Yetkiner A. "Yaşlılık ve Ölüm".2010
8. Aksüllü N. ve Doğan S. "Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki". *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5:76-84
9. Telatar TG,Özcebe H. "Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi". *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:162-165
10. Kurtuluş Z,Yıldız H,Pınar R,"Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geriatri de kullanımı". *Sağlıkta Birikim* 2006;1:21-25
11. Özer M. "Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumunun incelenmesi". *Türk Geriatri Dergisi* 7:33-36 2004
12. Bozo O, Toksabay NE, Kürüm O. "Activities of Daily living, depression and social support among elderly Turkish people". *J Psychol* 2009;143(2):193-205
13. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. "Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran", Iran. *BMC Public Health*. 2008;8:323
14. İnal S, Subaşı F, Mungan AS. "Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi". *Türk Geriatri Dergisi* 2003;6:95-99
15. Akdemir N. "Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma". *Hacettepe Üniversitesi H.Y.O. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı*. Ankara, 1992:379-384.
16. Demirsoy A, Bozcuk N. "Ölümün Evrimsel Öyküsü". Ankara Hekimler Yayın Birliği. *Geriatri I* 1997: 1-6.
17. Birren JE. "The Psychology of Aging", *Prentice Hall*, Inc. New Jersey, 1982.
18. Chamnie, M. "Aging, Disability and Gender". *Bold*1991;2(1), 24-28.
19. Clark, GS, Siebens H. "Geriatric Rehabilitation". J.A. Delisa (Ed.). *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and practice*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers 1998, pp1531-1560.
20. WHO. "Psychogeriatric", report of a WHO Scientific Group, *WHO Technical Reports Series* 507, Geneva. Cited in Davise AM. *Epidemiology* 1972;185; 14(1):9-21.
21. WHO. "The uses of epidemiology in the study of the elderly". *WHO Technical Reports Series*, Geneva. 1984; 706, 8-9.
22. Toprak i, Soydal T, Bal E, İnan F, Aksakal N ve ark. "Yaşlı Sağlığı". T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Pelin Ofset, Ankara 2002; 67-71.
23. Danişoğlu E. "Sosyal yapı- Nüfus grupları araştırması". *Yaşlı Nüfus*. Sosyal Planlama Başkanlığı.1988, S:4-6.

24. Quadagno T. "Aging and the life course: An introduction to social gerontology". *The Mc-Graw Hill Companies*. 1999, p:129-39.
25. Schneider EL. "Aging, natural death and the compression of morbidity": Another view. *New England Journal of Medicine* 1983; 309: 854-6.
26. Öz F. "Yaşlılıkta psiko-sosyal özellikler". *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 1999;1(9):19-27.
27. WHO, "Ageing and Health" , <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>, Erişim Tarihi Mayıs 2017
28. "Aile ve Toplum" 2011;12(7)
29. TÜİK, "2013 Nüfus Projeksiyonları", 2023-2075
30. T.C. Başbakanlık Devlet İstatiksel Enstitüsü genel nüfus sayımı 2000. "Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri", DİE matbaası Ankara, Mart 2003.
31. TÜİK, "Türkiyenin Demografik Dönüşümü" www.tuik.gov.tr. (Erişim Tarihi Mayıs 2016),
32. Koçoğlu G, Sümer H, Polat H, Özdemir L, Nur N, Aker A, Bakıcı Z. "Sivas İl Merkezindeki Yaşlılarda Bazı Kronik Hastalıkların Görülme Sıklığı". 7. Halk Sağlığı Günleri(Bildiri Kitabı), Eskişehir, 11-13 Eylül 2001; S-12.
33. TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, "Yaşlı Hizmetleri", <http://www.shcek.gov.tr>. Erişim Tarihi Mayıs 2016.
34. Alparslan GB, Akdemir N. "Hemşirelik Bakımı Açısından Yaşlıda Besin-İlaç Etkileşimleri". *Akad Geriatri* 2011;3:17-21.
35. Özbek Z, Öner P. "Geriatik Fizyolojik Ve Biyokimyasal Değişiklikler". *Türk Klinik Biyokimya Dergisi* 2008;6(2):73-80
36. Rogers MA, Evans WJ. "Changes in Skeletal Muscle with Aging": *Effects of Exercise Training*. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 1993;21:65-102.
37. Zoghi M. "Turkish Journal Of Geriatrics" 2010;Suppl.2:1-4.
38. Arulat T. "Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar". Akademik Geriatri Kongresi Antalya 2009. Kongre Kitabı, 2009:17-22.
39. Çivi S, "Tanrıku Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma". *Türk Geriatri Dergisi* 2000;3:85-90.
40. Akçay Ş. "Yaşlılarda Sık Görülen Pulmoner Hastalıklar ve Tedavi İlkeleri". *Birinci Basamak İçin Temel Geriatri*. Ankara: Algi Tanıtım, s.31-33, 2012.
41. Beğer T. "Geriatik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler ". 2003, http://www.tihudum.org/tihud_content/uploads/assets/5.31.pdf. Erişim Tarihi Mayıs 2016
42. Karakaya G. "Yaşlıda Solunum Sistemi ve Değerlendirilmesi". 1.Baskı. Arıoğlu S. editör. *Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara: Mn Medikal& Nobel; s. 601-605, 2006
43. Doğan A, Dönmez KB, Nakipoğlu G, Özgirgin N. "Geriatik inmeli hastalıklar ve komplikasyonlar". *Türk Geriatri Dergisi* 2009; 12: 118-23.
44. Nalbant S. "Yaşlılarda Fizyolojik Değişiklikler". *Nobel Medicus Online Dergisi*. www.nobelmedicus.com. Erişim Tarihi: 25/05/2016.
45. Duranay M. "Hipertansif Yaşlı İzlemi ve Tedavisinde Özellikler". Akademik Geriatri Kongre Kitabı 2009: 23-30.
46. Tails CR, Fillit MH. "Geriatric Medicine and Gerontology". 6th ed. By Churchill Livingstone, 2003.
47. Abrams WB, Bears M. "The Merc Manual of Geriatrics". 2nd ed. Published By Merck Research Laborotiers, 1995.
48. Gülhan Halil M. "Vitamin D ve Yaşlı". 1.Baskı. Arıoğlu S. editör. *Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara: Mn Medikal& Nobel; s. 753-762, 2006

49. Carrasco G. M, Domínguez De. LA, Martínez FG, Ihle SS, Rojas AV, Foradori CA, Marín LPP. "Vitamin D Levels in Older Healthy. Chilean Adults and Their Association with Functional Performance". *Rev Med Chile* 2014;142:1385-1391.
50. Çakmak B, Aydın F, Aktaş İ, Akgün K, Eryavuz M. "Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi hastalıkları". *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:221-4.
51. Bıyık A, Özgür G, Özsoy S, Erefe İ, Emeç A, Ergül Ş ve ark. "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları". *Türk Geriatri Dergisi* 2002; 5: 68-74.
52. TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu. "Nüfus İstatistikleri". www.tuik.gov.tr. Erişim tarihi: 20/11/2011.
53. Hofman MA, Swaab DF. "Alterations in circadian rhythmicity of the vasopressin-producing neurons of the human suprachiasmatic nucleus with aging". *Brain Res* 1994; 651: 134-42.
54. Raadsheer FC, Hoogendijk WJ, Stam FC, et al. "Increased numbers of corticotropin releasing hormone expressing neurons in hypothalamic paraventricular nucleus of depressed patients". *Neuroendocrinology* 1994; 60: 436-44.
55. Tisitouras PD, Bulat T. "The aging male reproductive system". *Endocr Metab Clin North Am* 1995; 24: 297-315.
56. Ohashi M, Fujio N, Kato K, et al. "Aging is without effect on the pituitary adrenal axis in men". *Gerontology* 1986; 32: 335-59.
57. Kiel DP, Felson DT, Anderson JJ, Wilson PW, Moskowitz, "M.A.Hip Fracture and the Use of Estrogens in Postmenopausal Women: The Framingham Study". *The New England Journal of Medicine*, 1987;317(19):1169-1174.
58. Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon: "Tanı ve Değerlendirme". *Turkish Journal Geriatrics*, 1999;2(2), 76-82.
59. Yaltkaya K, Oğuz Y. Balkan S. "Nöroloji Ders Kitabı". Ankara: Palme Yayıncılık. 2000
60. Bozan Ö. *Yaşlılarda Düşmeye Neden Olan Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002.
61. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. "Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome". *Ann Intern Med* 2000; 132:337-344
62. Girardi M, Kondrad HR." Imbalance and falls in the elderly". In: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, et al, editors. *Otolaryngology: head&neck surgery*. 4th edition. St. Louis: Elsevier-Mosby; 2005. p.3319-3321.
63. Tang Y, Lopez I, Baloh RW. "Age-related change of the neuronal number in the human medial vestibular nucleus". *J Vestib Res* 2001-2002; 11: 357-363
64. Harwood RH. "Visual problems and falls". *Age Ageing* 2001; 30:13-18.
65. Woollacott M, Shumway-Cook A. "Attention and control of posture and gait: a review of an emerging area of research". *Gait and Posture* 2002; 16:1-14.
66. Woollacott M, Inglis B, Manchester D. "Response preparation and posture control: neuromuscular changes in the older adult". *Ann N Y Acad Sci* 1988; 515:42-53.
67. Szulc P, Beck TJ, Marchand F. "Low skeletal muscle mass is associated with poor structural parameters of bone and impaired balance in elderly men-the MINOS study". *J Bone Miner Res* 2005; 20:721-729.
68. Skinner HB, Barrack RL. "Age-related decline in proprioception". *Clin Orthop Relat Res* 1984; 184:208-211
69. Price DD, McGrath PA, Rafi A, Buckingham B, "The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain". *Pain*, 1983;17: 45-46

71. Berg KO, Wood-Dauphinée S, Williams JI, Gayton D. "Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument". *Physiother Can* 1989;41:304-11.
72. Berg KO, Maki BE, Williams JI, Holliday PJ, Wood-Dauphinee SL. "Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population". *Arch Phys Med Rehabilitation* 1992;73:1073-80.
73. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. "Measuring balance in the elderly: validation of an instrument". *Can J Public Health*, 1992; 83:7-11.
74. Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. "Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenirliği", *Türk Psikiyatri Derg.* 2002; 13(4):273-251
75. Monch AU, Foldi NS, Ermini Fünfschilling DE. "Improving the Diagnostic Accuracy of The Mini Mental State Examination". *Acta Neurol Scand.* 1995; 92: 145-150
76. Oğuz M, Yener G, Uzunel F. "Probable Alzheimer Hastalığı Olgularında Mini Mental Durum Değerlendirmesinin Kısa Kognitif Muayeneye Denkliği". *Neurol Sci. (Turkish)* 2003; 20(1):29-33
77. Bahar A, Tutkun H, Serbaş G. "Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 227-239.
78. Doğan A, Kurt M, Nakipoğlu GF, Dal E. Özgür E. "Hemiplejik hastalarda kognitif fonksiyonlar ile günlük yaşam aktiviteleri ve ambulasyon düzeyleri arasındaki ilişki". *Fiziksel Tıp*, 2004: 7(3):127-131.
79. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Memiş A. "Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği". *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102-106.
80. Ferhan Soyuer*, Vesile Şenol**, Ferhan Elmalı "Huzurevinde Kalan 65 Yaş ve Üstündeki Bireylerin, Fiziksel Aktivite, Denge ve Mobilite Fonksiyonları", *Van Tıp Dergisi*,2012 :19 (3):116-121
81. Büker N Altuğ F, Kavlak E, Kitiş A. "Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisinin incelenmesi", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi / Elderly Issues Research Journal* 2010(1):44-53
82. Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. "Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults". *Pain* 2002;95:75-82.
83. Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N, Sezgin H, Özışık Kararman H, ve ark. "Yaşlı popülasyonunda ağrı". *Turk J Geriatri* 2009;12:190-7.
84. Güler N, Akal Ç. "Quality of Life of Elderly People Aged 65 Years and Over Living at Home in Sivas", Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009; 12 (4): 181-189
85. Dönmez G. Yüksek Lisans Tezi; "Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler" Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu-2010
86. Woo J, Leung J, Lau E. "Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life". *Public Health* 2009;123:549-56.
87. Cleeland CS, Gonin R, Baez L, Loehrer P, Pandya KJ. Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. The Eastern cooperative oncology group minority outpatient pain study". *Ann Intern Med* 1997;127:813-6.
88. Miro J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. "Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia". *Eur J Pain* 2007;11:83-92.

89. Yağcı N, Cavlak U, Baş Aslan U, Akdağ B. "Relationship between balance performance and musculoskeletal pain in lower body comparison healthy middle aged and older adults". *Arch Gerontol Geriatri* 2007;45:109-19.
90. Garcia-Pena C, Wagner FA, Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Espinel-Bermudez C, Garcia-Gonzalez JJ, Gallegos-Carrillo K, Franco-Marina F, Gallo JJ. "Depressive Symptoms Among Older Adults". *Journal Of General Internal Medicine* 2008; 23 (12): 1973- 80.
91. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürl FS, Tekin N. "Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon". *Turkish Journal of Geriatrics* 2005; 8 (3): 129-33.
92. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. "Depresyon Yaygınlığı Ve Risk Etmenleri: Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma". *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12 (4): 251-9.
93. Aksüllü N, Doğan S. "Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki". *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5 (2): 76- 84.
94. Demir G, Ünsal A, Arslan GG, Çoban A. "Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*: 2013;2(1) 1
95. Kaya B, "Geriatri". *Turkish Journal of Geriatrics* 1999;2:(2): 76-82
96. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. "Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(4):273-281
97. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. "Determinants of Health-Related Quality Of Life in Elderly in Tehran, Iran". *BMC Public Health* 2008 (doi: 10.1186/1471-2458-8-323).
98. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. "Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi". *Turkish Journal of Geriatrics* 2000; 3 (4): 141-145.
99. Büker N, Altuğ F, Kavlak E, Kitis A. "Huzurevi ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Moral ve Depresyon Düzeyinin Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisinin İncelenmesi". *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi / Elderly Issues Research Journal*. 2010; (1):44-53.
100. Ferhan Soyuer, Vesile Şenol, Ferhan Elmalı, "Huzurevinde Kalan 65 Yaş ve Üstündeki Bireylerin, Fiziksel Aktivite, Denge ve Mobilite Fonksiyonları". *Van Tıp Dergisi*: 19 (3): 116-121, 2012
101. Gemalmaz A, Dişçigil G. Başak O. "Huzurevi Sakinlerinin Yürüme ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi". *Turkish Journal of Geriatrics*, 2004; 7, 41-44.
102. Bulut Doğan, Z. *Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda düşme ile ilişkili risk faktörleri*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014
103. Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M. "Trabzon 2 nolu merkez sağlık ocağı merkezinde yaşayan yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi". *Turkish Journal of Geriatrics*, 2001; 4(4):159-171.
104. Arpacı F. "Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi açısından günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunun incelenmesi", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2015(1):46-53
105. Levasseur M, Desrosiers J, Tribble D. "Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity?", *Health and Qualityof Life Outcomes*, 2008;6:30.

106. Özyurt-Cengiz, B, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö." Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi". *Turkish Journal of Geriatrics*, 2007; 10(3):117-123.
107. Puts MTE, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Lips P, Deeg DJH. "What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? ", *Quality of Life Research*, 2007;16:263–277.



EK-1 ÇALIŞMA İÇİN BARINYURT HUZUREVİ'NDEN ALINAN ONAY

12.03.2016


NEVEŞALOM SİNAGOGU VAKFI
BARINYURT HUZUREVİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. "Huzurevi ve ev ortamında yaşayan geriatrik bireylerin kognitif fonksiyon, denge, yaşam kalitesi, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını yürütmekteyim. Tez konusu gereği kurumunuzda tez konuyla ilgili anket çalışması yapmak istiyorum. Çalışma sonucunda sonuçların kurumunuzla paylaşılacağını taahhüt etmekteyim. Kurumunuzdan gerekli izinlerin alınması hususunda bilgilerinize arz ederim.

Kurumunuzda anket yapabilmem için lütfen aşağıdaki bilgileri kurumunuza ulaştırarak rica ederim.

NEVEŞALOM MUSEVİ
SİNAGOGU VAKFI
BARINYURT HUZUREVİ
VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ
Hacımimi Meh. Dibek Çıkmazı
No: 34 Tophane-Beyoğlu/İSTANBUL
Tel: 0212 245 67 71 Fax: 252 01 34

Deniz YÜCEL
Sorumlu Müdür

Onur AYDIL


EK-2 ETİK KURUL ONAYI

Toplantı Sayısı:74

Okan Üniversitesi
Etik Kurulu
“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 29.02.2016

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 29.02.2016 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Latife KAYNAR**'ın “**Balıkesir Karesi İlçesinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Erişkinlerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerine Göre GSM Baz İstasyonlarının İnsan Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgi ve Görüşleri**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Leman Küçüköğlü YALÇIN**'ın “**Balıkesir İl Merkezinde Yaşayan Emekli Astsubayların Yaşam Doyumları ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Merve Sofuoğlu GERZ**'in “**Vardiya Usulü Çalışan Hemşire ve Ebelerde Beslenme Düzeninin Saptanması ve Obezite İle İlişkilendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Merve Uğurlu GÜLNER**'in “**Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bağlı Olarak Çalışanların Örgüte Bağlılıklarının Ölçülmesi ve Bunun İş Doyumuna Yansması: Tekirdağ İli Örneği**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Oğuzhan AYANOĞLU**'nun “**Evde Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İş Güvenliği İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 6- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden **Onur AYDIN**'ın “**Huzurevi ve Ev Ortamında Yaşayan Geriatrik Bireylerin Kognitif Fonksiyon, Denge, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

ASLI GİBİDİR



Yapılan görüşmeler sonucunda;

- Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Latife KAYNAR**'ın “**Balıkesir Karesi İlçesinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Erişkinlerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerine Göre GSM Baz İstasyonlarının İnsan Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgi ve Görüşleri**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Leman Küçükkoğlu YALÇIN**'ın “**Balıkesir İl Merkezinde Yaşayan Emekli Astsubayların Yaşam Doyumları ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Merve Sofuoğlu GERZ**'in “**Vardiya Usulü Çalışan Hemşire ve Ebelerde Beslenme Düzeninin Saptanması ve Obezite İle İlişkilendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Merve Uğurlu GÜLNER**'in “**Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bağlı Olarak Çalışanların Örgüte Bağlılıklarının Ölçülmesi ve Bunun İş Doyumuna Yansması: Tekirdağ İli Örneği**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Oğuzhan AYANOĞLU**'nun “**Evde Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İş Güvenliği İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 6.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden **Onur AYDIN**'ın “**Huzurevi ve Ev Ortamında Yaşayan Geriatrik Bireylerin Kognitif Fonksiyon, Denge, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 7.** Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü – Psikoloji Bölümü öğrencilerinden **Önay ÇOLAKOĞLU**'nun “**Travmatik Olaya Maruz Kalma ve Psikolojik Destekten Faydalanmanın Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Tükenmişlik Üzerindeki Etkisi: Soma Kömür Madenleri Örneği**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 8.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Özge Er DEVELİ**'nin “**0-6 Aylık Bebeklerde Anne Sütü Kullanımı ile Annelerin Emzirme Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Saptanması**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 9.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Pervin ERBULAN**'ın “**Diyabetli Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risklerinin ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 10.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Rojda ÇETİNKAYA**'nın “**Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin İş Analizi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur
(Üye)

ASLI GIBİDİR

EK-3BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Aşağıda bu araştırma ile ilgili detaylı bilgiler yer almaktadır, lütfen dikkatlice okuyunuz.

ÇALIŞMA

Bu çalışma huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin denge, yaşam kalitesi, depresyon, bilişsel fonksiyon ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesini hedeflemektedir.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmada ev ortamında yaşayan ve huzurevinde kalan yaşlı bireylerin denge, yaşam kalitesi, depresyon, bilişsel fonksiyon ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesia amaçlanmaktadır.

YAPILACAK UYGULAMA

Çalışmamızda huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerle ev ortamında kalan yaşlı bireyler bilişsel fonksiyon, denge, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri bakımından değerlendirilecektir. Bu değerlendirme için çeşitli ölçek ve anketlerin yer aldığı değerlendirme formu ve basit testler uygulanacaktır. Bu ölçek, anket ve testlerin içeriği çok basit olup size herhangi bir zararı olmayacaktır. Çalışmamız yaklaşık 30 dakika sürecektir ve sizi yormadan yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM

Araştırmamıza dahil olan hastaların değerlendirmelere uyum göstermeleri beklenmektedir. Bu koşullara uyulmadığı durumlarda araştırmacı sizi program dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

ARAŞTIRMANIN DENEYSEL KISIMLARI

Araştırmamız deneysel bir çalışma değil sadece değerlendirme çalışmasıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER

Çalışmanın hiçbir riski yoktur.

KATILIMCILARIN ÇALIŞMAYA DAHİL OLMASI

Çalışmaya kendi rızanızla katılacaksınız veya çalışmaya katılmayı reddedebilecek ve isteğinizle hiçbir yaptırıma uğramaksızın çalışmadan ayrılabilirsiniz.

İLETİŞİM

Hasta veya yasal temsilcilerin araştırma hakkında veya araştırma ile ilgili herhangi bir terslik olduğunda iletişim kurabileceğiniz kişi ve telefon numarası aşağıda verilmiştir:

Fizyoterapist Onur AYDIN 0507 485 53 12
onur_aydin12@hotmail.com

BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın sorumluları etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen fizyoterapist tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli olarak veya gerekçe göstermeden araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL.		
TARİH		
AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		
ADI & SOYADI		
TARİH		
HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİNİN (EĞER GEREKLİYSE)		İMZASI
ADI & SOYADI		
YAKINLIK DERESESİ		
TARİH		
RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KİŞİNİN (EĞER VARSA)		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK 4– DEĞERLENDİRME FORMU

DEĞERLENDİRME		
Adı-Soyadı:	Değerlendirme Tarihi:	
Yaş:	BMI:	
Boy:	Kilo:	
Cinsiyet:	Eğitim Düzeyi:	
Medeni Durum:	Dominant Ekstremitte:	
Meslek:	Alkol Kullanımı:	
Tanı:	Sigara Kullanımı:	
Gelir Düzeyi:	Ailesi İle Görüşme Sıklığı:	
Yürüme Yardımcısı Kullanımı:	Kullandığı Protez:	
Hastalığın Süresi:	Kullandığı İlaç Sayısı:	
Temel Şikayetler:		
Geçirdiği Operasyonlar:		
Özgeçmiş:		
Soygeçmiş:		
Yatak Yarası:	Yeri:	Derecesi:
İnkontinans:	Sonda:	Bez:
Kullandığı ilaçlar:		

Ağrı (TEDAVİ ÖNCESİ)**Lokalizasyonu:****Yayılımı:****Derinliği:** yüzeysel derin**Tipi:** yanıcı künt sızı batıcı**Şiddeti:**

VAS İstirahat: 0 _____ 10

VAS Aktivite: 0 _____ 10

VAS Gece: 0 _____ 10

0: Ağrı yok

10: Şiddetli ağrı

EK-5- BERG DENGE ÖLÇEĞİ

SORUTANIMI	PUAN
1. Oturur durumdayken ayağakalkmak	_____
2. Desteksiz ayaktadurmak	_____
3. Desteksizoturmak	_____
4. Ayaktayken oturma pozisyonunageçme	_____
5. Yerdeğiştirmek	_____
6. Gözler kapalı vaziyette ayaktadurmak	_____
7. Ayaklar bitişik vaziyette ayaktadurmak	_____
8. Ayaktayken Kollar gergin öneuzanmak	_____
9. Yerden nesnealmak	_____
10. Geriye bakmak içindönmek	_____
11. 360 derecedönmek	_____
12. Diğer ayağı tabureyekoyamak	_____
13. Bir ayak önde ayaktadurmak	_____
14. Tek ayak üstünde ayaktadurmak	_____
TOPLAM	_____

GENEL YÖNERGE

Lütfen her hareketi gösterin ve/veya yazılı yönergeyi okuyun. Değerlendirirken lütfen her soru için en düşük cevap kategorisini kaydedin.

Soruların çoğunda denekten belirtilen pozisyonda belli bir süre kalması istenmektedir. Denek zaman ve mesafe şartlarını tutturamadığı, hareketinin denetlenmesi gerektiği, dışarıdan destek ya da değerlendirmeyi yapan kişiden yardım aldığı her sefer puanı eksilir. Denekler hareketleri yaparken dengelerini sağlamak zorunda olduklarını bilmelidirler. Hangi ayak üzerinde duracağı ya da ne kadar uzanacağı deneğe bırakılmıştır.

Yerinde olmayan karar, performansı ve değerlendirmeyi aksi yönde etkileyecektir. Muayene sırasında ihtiyaç duyulan malzemeler bir saniye ölçer ya da saat ve bir cetvel ya da 5, 12,5 ve 25 cm'lik mesafeleri ölçebilecek herhangi bir ölçü aletidir. Muayene sırasında kullanılan sandalyeler makul yükseklikte olmalıdır. 12. soru için bir basamak ya da ortalama basamak yüksekliğinde bir tabure kullanılabilir.

1. OTURMA POZİSYONUNDAYKEN AYAĞA KALKMAK

YÖNERGE: Lütfen ayağa kalkın. Ellerinizden destek almamaya çalışın.

- 4 Ellerini kullanmadan ayağa kalkabilir ve kendi kendine dengeseğlayabilir.
- 3 Ellerini kullanarak ayağakalkabilir.
- 2 Birkaç denemeden sonra ellerini kullanarak ayağakalkabilir.
- 1 Ayağa kalkmak ve denge kurmak için çok az yardıma ihtiyacı vardır.
- 0 Ayağa kalkmak için orta düzeyde ya da çok yardıma ihtiyacı vardır.

2. DESTEKSİZ AYAKTADURMAK

YÖNERGE: Lütfen hiçbir yere tutunmadan iki dakika ayakta durun.

- 4 2 dakika emniyetli bir şekilde ayakta durabilir.
- 3 Gözetim altında 2 dakika ayakta durabilir.
- 2 Desteksiz 30 saniye ayakta durabilir.
- 1 Desteksiz 30 saniye ayakta durabilmek için birkaç denemeye ihtiyacı var
- 0 Yardım almadan 30 saniye ayakta duramaz.

Eğer bir olgu 2 dakika boyunca desteksiz ayakta durabiliyorsa, desteksiz oturma için tam puan verin. 4. maddeye geçin.

3. AYAKLAR YERDE YA DA BİR TABURE ÜSTÜNDEYKEN
ARKAYA YASLANMADAN OTURMAK
(DESTEKSİZ OTURMA) YÖNERGE: **Lütfen kollarınızı kavuşturarak iki dakika oturun.**

- 4 Emniyetli bir şekilde 2 dakika oturabilir.
- 3 Gözetim altında 2 dakika oturabilir.
- 2 30 saniye oturabilir.
- 1 10 saniye oturabilir
- 0 Desteksiz 10 saniye oturamaz.

4. AYAKTAYKEN OTURMA POZİSYONUNA
GEÇMEK YÖNERGE: **Lütfen oturun.**

- 4 Ellerinden asgari düzeyde yardım alarak emniyetli bir şekilde oturabilir.
- 3 Ellerinden yardım alarak kontrollü bir şekilde oturur.
- 2 Bacaklarıyla sandalyeden destek alarak kontrollü bir şekilde oturur.
- 1 Kendi başına oturabilir ama kontrollü değildir.
- 0 Oturmak için yardıma ihtiyacı vardır.

5. TRANSFER YÖNERGE: **Sandalyeleri transfer yapılacak şekilde göre yerleştirin. Hastaya bir kolluklu bir de kolluksuz koltuğa doğru yer değiştirmesini söyleyin. İki sandalye (biri kolluklu diğeri kolluksuz) ya da bir yatak ve bir koltuk kullanabilirsiniz.**

- 4 Ellerini çok az kullanarak emniyetli bir şekilde transfer olabiliyor.
- 3 Emniyetli bir şekilde transfer olabiliyor, ellerini kesinlikle kullanıyor
- 2 Sözlü kılavuzlukla ve gözetimle veya gözetimsiz transfer olabiliyor
- 1 Yardım edecek bir kişiye gereksinimi var
- 0 Güvende olabilmesi için yardım edecek veya gözetecek iki kişiye gereksinimi var

6. GÖZLER KAPALIYKEN DESTEKSİZ AYAKTADURMAKYÖNERGE: Lütfen gözlerinizi kapayın ve ayakta 10 saniye hareketsiz durun.

4. 10 saniye emniyetli bir şekilde ayaktadurabilir.
- 3 Gözetim altında 10 saniye ayaktadurabilir.
- 2 3 saniye ayaktadurabilir.
- 1 Gözlerini üç saniyeden fazla kapalı tutamaz ama ayakta sabitdurabilir.
- 0 Düşmemek için yardıma ihtiyacıvardır.

7. AYAKLAR BİTİŞİKKEN DESTEKSİZ AYAKTA DURMAK

YÖNERGE: **Ayaklarınızı birleştirin ve tutunmadan ayaktadurun.**

- 4 Kendi başına ayaklarını birleştirip 1 dakika emniyetli bir şekilde ayakta durabilir.
- 3 Kendi başına ayaklarını birleştirip 1 dakika gözetim altında ayaktadurabilir
- 2 Kendi başına ayaklarını birleştirip 30 saniye ayaktadurabilir.
- 1 Yardım ile istenilen pozisyona gelebilir, ama ayaklar bitişik vaziyetteancak 15 saniye ayaktadurabilir.
- 0 Yardım ile istenilen pozisyona gelebilir, ama bu pozisyonu 15 saniye muhafazaedemez.

8. AYAKTAYKEN KOLLAR GERGİN ÖNE DOĞRUUZANMAK

YÖNERGE: **Kollarınızı 90 derece kaldırım. Parmaklarınızı uzatın ve öne doğru uzanabildiğiniz kadar uzanın. (Gözetmen eller 90 derecedeyken hastanın parmak uçları hizasında bir cetvel tutar. Öne uzanırken hastanın parmakları cetvele değmemelidir. Hastanın en ileri uzanabildiği noktada parmak uçlarının katettiği mesafe kaydedilmelidir. Gövdenin dönmesini önlemek için, hastaya mümkünse iki kolunu da uzatmasını söyleyin.)**

- 4 Rahatça öne uzanabilir >25cm.
- 3 Rahatça öne uzanabilir >12.5cm.
- 2 Rahatça öne uzanabilir >5cm.
- 1 Öne uzanabilir ama gözleme ihtiyacıvardır.
- 0 Öne uzanmaya çalışırken dengesini kaybeder/dışarıdan destekgerekir

9. AYAKTAYKEN YERDEN NESNEALMAK

YÖNERGE: Ayacağınızın hemen önünde bulunan ayakkabıyı/terliği alın.

- 4 Terliği rahatça alabilir.
- 3 Terliği alabilir ama gözetimsizliğinde.
- 2 Terliği alamaz ama terliğe 2-5 cm kadar yaklaşabilir ve kendi kendine denge sağlayabilir.
- 1 Terliği alamaz, almaya çalışırken de gözetime ihtiyacı vardır.
- 0 Terliği almayı denemez/düşmemek ya da dengesini kaybetmemek için yardıma ihtiyacı vardır.

10. AYAKTAYKEN SAĞ YA DA SOL OMUZ ÜZERİNDEN DÖNEREK GERİYE BAKMAK

YÖNERGE: Sol omzunuzun üzerinden dönerek arkanıza bakın. Aynı işlemi sağ tarafınızda tekrar edin. Gözetmen deneyin daha iyi bir dönüş hareketi gerçekleştirmesini sağlamak için deneyin arkasında yer alan bir nesneyi bakış noktası olarak belirleyebilir.

- 4 Her iki vücut yanından da arkaya bakabiliyor ve ağırlık aktarımı iyi.
- 3 Sadece bir yanından arkaya bakabiliyor, diğer yandan olan bakışta denge aktarımı çok iyidir.
- 2 Yanlara dönebiliyor ama dengesini koruyor.
- 1 Dönerken gözetime gereksinimlidir.
- 0 Dengesini kaybetmemek veya düşmemek için yardıma gereksinimlidir.

11. 360 DERECE DÖNMEK

YÖNERGE: Tam daire çizecek şekilde kendi etrafınızda dönün. Durun. Sonra ters yönde tam daire çizin.

- 4 4 saniye ya da daha kısa sürede emniyetli bir şekilde 360 derece dönebilir.
- 3 4 saniyeye daha kısa sürede sadece bir taraf doğru emniyetli bir şekilde 360 derece dönebilir.
- 2 Emniyetli bir şekilde fakat yavaş bir şekilde 360 derece dönebilir.
- 1 Yakın gözetime ya da sözlü uyarıya ihtiyacı vardır.
- 0 Dönerken yardıma ihtiyacı vardır.

12. DESTEKSİZ AYAKTA DURURKEN ALTERNE OLARAK AYAĞI
BASAMAK VEYA TABUREYERLEŞTİRMEK

YÖNERGE: İki ayağı da sırasıyla taburenin üstüne koyun. Her iki ayak da tabureye 4 kere değene kadar harekete devam edin.

- 4 Kendibaşınaemniyetlibirşekildeayaktadurabilirve20saniyede8adımı tamamlayabilir.
- 3 Kendibaşınaayaktadurabilirve8adımı20saniyedendahauzunbirsürede tamamlayabilir.
- 2 Gözetim altında yardım almadan 4 adımtamamlayabilir.
- 1 Az yardımla 2 adımtamamlayabilir.
- 0 Düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır/çabagösteremez.

13. DESTEKSİZ AYAKTA DURURKEN ALTERNE OLARAK AYAĞI
BASAMAK VEYA TABUREYERLEŞTİRMEK

YÖNERGE: İki ayağı da sırasıyla taburenin üstüne koyun. Her iki ayak da tabureye 4 kere değene kadar harekete devam edin.

- 4 Kendibaşınaemniyetlibirşekildeayaktadurabilirve20saniyede8adımı tamamlayabilir.
- 3 Kendibaşınaayaktadurabilirve8adımı20saniyedendahauzunbirsürede tamamlayabilir.
- 2 Gözetim altında yardım almadan 4 adımtamamlayabilir.
- 1 Az yardımla 2 adımtamamlayabilir.
- 0 Düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır/çabagösteremez.

14. BİR AYAK ÖNDE OLARAK DESTEKSİZ AYAKTADURMAK

YÖNERGE: Hastaya gösterin: Bir ayağınızı diğerinin tam önüne koyun. Bunu yapamıyorsanız, ayağınızı, topuk kısmı öteki ayağınızın başparmağı hizasına gelecek şekilde bir adım atın. (3 puan vermek için adımın mesafesi diğer ayağın uzunluğunu geçmeli ve duruşun genişliği deneğin normal yürüyüş adımındaki genişliğe yakın olmalı.)

4 Normal yürüyüş adımını bağımsız olarak atabiliyor ve 30 saniyetutabiliyor

3 Ayağını diğerinin önüne bağımsız olarak koyabiliyor ve 30 saniyetutabiliyor.

2 Bağımsız olarak küçük adım atabiliyor ve 30 saniyetutabiliyor.

1 Adım atmak için yardıma ihtiyacı var ama 15 saniyedurabiliyor

0 Adım atarken veya ayakta dururken yardıma ihtiyacıvar.

15. TEK AYAK ÜSTÜNDE AYAKTADURMAK

YÖNERGE: Tek ayak üzerinde tutunmadan durabildiğiniz kadar durun.

4 Bacağını bağımsız olarak kaldırıp > 10 saniyetutabiliyor

3 Bacağını bağımsız olarak kaldırıp 5-10 saniyetutabiliyor

2 Bacağını bağımsız olarak kaldırıp ≥ 3 saniyetutabiliyor.

1 Bacağını kaldırımağa çalışıyor, 3 saniye tutamıyor ama bağımsızolarakayakta durabiliyor.

0 Deneyemiyor ve düşmemek için yardımagereksinimivar.

Toplam Puan (Maksimum =56)

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçını ()
Hangi gündeyiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

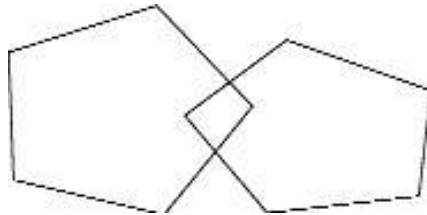
100’den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise) ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
“Eğer ve fakat istemiyorum” (10 sn tut) 1 puan ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
“Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”
Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
“GÖZLERİNİZİ KAPATIN” (arka sayfada) ()
e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan) ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



EK-7 – GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDÖ)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Ev et	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?		
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?
-
- 18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?
-
- 19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?
-
- 20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?
-
- 21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?
-
- 22) zmsz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?
-
- 23) oğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?
-
- 24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür msnz?
-
- 25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?
-
- 26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?
-
- 27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?
-
- 28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?
-
- 29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?
-
- 30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?
-

EK-8– BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir.

5 puan : Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar.

0 puan : Tam bağımlıdır.

2. Yıkanma (5)

5 puan: Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir.

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır.

3. Kendine bakım (5)

5 puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Giyinip soyunma (10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir, ayakkabı bağlarını çözebilir.

5 puan: Yardıma gereksinim duyar. (İşin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir.)

0 puan: Tam bağımlıdır.

5. Bağırsak bakımı (10)

10 puan: Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.

5 puan: Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.

0 puan: İnkontinansı mevcuttur.

6. Mesane bakımı (10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.

5 puan: Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçarır.

0 puan: İnkontinandır veya kateterlidir ve mesanesini kontrol edemez.

7. Tuvalet bakımı (10)

10 puan: Duvardan ya da bardan destek alabilir, tuvalet kağıdını kendi kullanabilir.

5 puan: Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardıma gereksinim duyar.

0 puan: Tam bağımlıdır.

8. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transfer (15)

15 puan: Tam bağımsızdır.

10 puan: Geçişler sırasında minima yardım alır. (sözel veya fiziksel)

5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır.

0 puan: Tam bağımlıdır.

9. Düzgün yüzeyde yürüme, Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (15)

15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Bireys, baston, koltuk değneği,

yürüteç kullanabilir. (Bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.)

10 puan: Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir.

5 puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.

0 puan: Tekerlekli sandalyeye oturabilir ancak kullanamaz.

10. Merdiven inip çıkma (10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir. (Tırabzan, Baston, Koltuk değneği..)

5 puan: Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

0 puan: Yapamaz.

0-20 puan: Tam bağımlı

21-61 puan: İleri derecede bağımlı

62-90 puan: Orta derecede bağımlı

91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

100 puan: Tam bağımsız

EK 9 – SHORT FORM 36

1

SF-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: _____

Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınıza hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çok sayıda merdiven basmağın çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Tek bir merdiven basmağın çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Öne eğilme, çömelme veya diz çökme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)İki kilometreden çok yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Bir kilometre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)100 metre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer yaptığımız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
- Çok az
- Orta derecede
- Epeyce
- Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç olmadı
 Çok az
 Az
 Orta derecede
 Çok
 Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
 Biraz etkiledi
 Orta derecede etkiledi
 Epey etkiledi
 Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıt işaretleyin.

	Strekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Çok sinirli biri mi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Sağlığımız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yorum: