



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİ, KORKUSU VE DÜŞME  
DAVRANIŞLARI İLE DÜŞMEYE YÖNELİK EVDE BAKIM  
GEREKİMLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Şennur CANER**

**Samsun**

**Mayıs - 2018**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİ, KORKUSU VE DÜŞME  
DAVRANIŞLARI İLE DÜŞMEYE YÖNELİK EVDE BAKIM  
GEREKSİNİMLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Şennur CANER**

**Danışman**

**Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI**

**Samsun**

**Mayıs – 2018**

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şennur CANER tarafından Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI Danışmanlığında hazırlanan ‘Yaşlılarda Düşme Riski, Korkusu ve Düşme Davranışları İle Düşmeye Yönelik Evde Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi’ başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 08/05/2018 tarihinde yapılan sınav ile Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / .... / ....

**Prof. Dr. Ahmet UZUN**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen, lisans eğitimimden itibaren ışığıyla yolumu aydınlatan, güç aldığım danışman hocam Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarım; Sayın Doç. Dr. Hatice KUMCAĞIZ'a, Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a, Yrd. Doç. Dr. Nuran MUMCU' ya, Yrd. Doç. Dr. Afitap ÖZDELİKARA'ya, Yrd. Doç. Dr. Esra TURAL BÜYÜK'e, Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN'e, Yrd. Doç. Dr. Selda RIZALAR'a, Öğr. Gör. Figen ÇAVUŞOĞLU'na ve Öğr. Gör. Seval AĞAÇDİKEN'e

Çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Sayın Doç. Dr. Kamil ALAKUŞ'a,

Çalışmam boyunca, beni cesaretlendiren, yardımını ve desteğini daima hissettiğim ve güç aldığım Arş. Gör. Alaattin ALTIN 'a, çeviri yapmamda yardımcı olan Arş. Gör. Mehmet KORKMAZ'a

Tez çalışmamın yürütülmesinde her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen, Hatay Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Sayın Dr. Ümit Mutlu TİRYAKI'ye

Beni yetiştiren, bu günlere gelmemde en çok emeği olan ve her zaman destekleri ile yanımda olan, annem Hatice YÜKSEL'e ve babam İbrahim YÜKSEL'e canım ablam Sezanur ÖNAL'a, biricik kardeşim Muhammed Anıl YÜKSEL'e ve her daim yanımda olan sevgili eşim Barış CANER'e sonsuz teşekkür ederim.

## ÖZET

### YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİ, KORKUSU VE DÜŞME DAVRANIŞLARI İLE DÜŞMEYE YÖNELİK EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN İNCELENMESİ

**Amaç:** Bu araştırma, yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimlerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Kesitsel araştırma ilkelerine uygun olarak yapılan bu çalışma, 3 Haziran 2015 - 3 Kasım 2015 tarihleri arasında Hatay İli Antakya ilçesinde 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezindeki bir birime kayıtlı olan ve o bölgede yaşayan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma seçim kriterlerine uyan 65 yaş ve üzeri 135 kişi ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri; Görüşme Formu, Türkçe-Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği, Standardize Mini Mental Test, Türkçe-Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama, cronbach alfa katsayısı ve Ki-Kare ( $X^2$ ) testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmadaki katılımcıların yaş ortalaması  $72,56 \pm 6,92$  olup %57,8'i kadındır. Yaşlıların %96,3'ünün tanı koyulmuş en az bir hastalığı olup %92,6' sının sürekli kullandığı ilaç vardır. Yaşlı bireylerin evde bakım ile ilgili en çok yardıma gereksinim duydukları konu % 49,6 oranında temizlik olup, evde bakım ile ilgili eğitim alma gereksinimi %51,9'dur. Yürümeye yardımcı araç kullananların oranı %64,4, son bir yıl içinde düşenlerin oranı %56,3 olup düşme sıklığı  $1,74 \pm 1,61$ 'dir. Yaşlı bireylerin düşme korkusu %84,4, Türkçe-Morse düşme riski belirleme ölçeği yüksek düşme riski %31,9, yaşlılar için düşme davranışları puan ortalaması  $2,90 \pm 0,37$  olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını  $3,71 \pm 0,47$  ile acelecilik, en düşük puan ortalamasını  $2,04 \pm 1,20$  ile seviye değişikliği alt boyutu aldığı bulunmuştur. Son bir yıl içinde düşme öyküsü olan yaşlıların, düşme korkusu ve düşme riski arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Yaşlılarda düşme davranışlarının yüksek olduğu ve yaşlı bireylerde en çok düşme davranışı eğiliminin acelecilik olduğu belirlenmiştir. Düşme korkusu olan yaşlılarda, evde bakım ile ilgili eğitim alma gereksinimi ve düşmeleri önlemek için alınan önlemler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık personellerinin yaşlı bireylere yönelik görsel tasarımlar yapılarak (afiş, broşür, video vb.) eğitim verilmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Düşme riski; Yaşlı; Evde bakım; Düşme korkusu; Düşme davranışı

Şennur CANER, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Mayıs-2018

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF HOME CARE NEEDS AND FALLING WITH RISK, FEAR, AND FALLING BEHAVIORS IN ELDERLY

**Aim:** This study was conducted to examine the risk of falling in the elderly, fear and falling behaviors, and home care needs for falling.

**Materials And Methods:** This study, which is conducted in accordance with sectional research principles, was conducted between June 3 and November 3, 2015 in Hatay Province, Antakya with a population of 5<sup>th</sup> Family Health Centers, living in that area, accepting participation in the study, was done with the 135 people over 65 years of age who met the selection criteria. Data from the study; Interview Form, Turkish-Morse Falls Risks Determination Questionnaire, Standardize Mini Mental Test, Turkish-Older Behavior Questionnaire. Number, percentage, mean, cronbach alpha coefficient and Ki-Square ( $X^2$ ) test were used in the evaluation of the obtained data.

**Finding:** The average age of participants in the study was  $72.56 \pm 6.92$  years old and 57.8% were females. 96.3% of the elderly are diagnosed with at least one disease and 92.6% have drugs that they use consistently. Elderly people need the most help with care at home, with 49.6% cleanliness, and 51.9% of home care education needs. The percentage of those who use assisted walking is 64.4%, the rate of falls in the last one year is 56.3% and the fall frequency is  $1.74 \pm 1.61$ . The fear of falling of elderly individuals was found to be 84.4%, Turkish-Morse fall risk determining scale high risk of falling 31.9%, and the average of falling behaviors for elderly people was  $2.90 \pm 0.37$ . It was determined that the highest score average of the scale subscales was  $3.71 \pm 0.47$ , and the lowest score average was  $2.04 \pm 1.20$  and the level change subscale. A significant correlation has been found between the fear of falling and the risk of falls in the elderly who have fallen in the last year.

**Conclusion:** It was determined that falling behaviors were high in the elderly and the tendency of falling behavior was the most impetuosity in elderly individuals. In the fear of falling, there was a significant relationship between the need for home care education and the measures taken to prevent falls. In line with these results, it may be suggested that health personnel should be educated by making visual designs for elderly individuals (posters, brochures, videos, etc.).

**Keywords:** Risk of falling; Elderly; Home care; Fear of falling; Fall behavior

Şennur CANER, M.Sc. Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, May -2018

## SİMGELER ve KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü  
**GYA** : Günlük Yaşam Aktiviteleri  
**SMMT** : Standardize Mini Mental Test  
**SMMT-E** : Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test  
**TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu  
**YDDÖ** : Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği  
**X<sup>2</sup>** : Ki-Kare





## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramları .....	4
2.1.1. Kronolojik Yaşlanma .....	4
2.1.2. Biyolojik Yaşlanma .....	4
2.1.3. Toplumsal Yaşlanma .....	4
2.1.4. Psikolojik Yaşlanma .....	5
2.1.5. Sosyal Yaşlanma .....	5
2.1.6. Ekonomik Yaşlanma .....	5
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus .....	5
2.3. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler.....	6
2.3.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri .....	7
2.3.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri .....	8
2.3.3. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri .....	8
2.3.4. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	9
2.3.5. Metabolik ve Endokrin Sistem Değişiklikleri .....	10
2.3.6. Üreme Sistemi Değişiklikleri.....	11
2.3.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri.....	11
2.3.8. Derideki Değişiklikler.....	12
2.3.9. Duyularda Değişiklikler.....	12
2.3.10. İmmün Sistem Değişiklikleri .....	13
2.3.11. Genito-Üriner Sistem Değişiklikleri.....	14

2.4.	Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik ve Sosyal Değişiklikler .....	15
2.5.	Yaşlılara Yönelik Verilen Hizmetler .....	15
2.5.1.	Evde Bakım Hizmeti.....	15
2.5.2.	Sosyal Hizmetler.....	18
2.6.	Yaşlılarda Düşmeler.....	19
2.6.1.	Yaşlılarda Düşme Sıklığı.....	20
2.6.2.	Yaşlılarda Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri.....	20
2.6.3.	Yaşlılarda Düşme Korkusu .....	21
2.6.4.	Yaşlılarda Düşmelerin Sonuçları .....	22
2.6.5.	Yaşlılarda Düşmelerin Değerlendirilmesi .....	23
2.6.6.	Yaşlılarda Düşmelerin Önlenmesi .....	24
2.6.7.	Evde Bakım Hemşiresinin Yaşlılarda Düşmeyi Önlemeye Yönelik Girişimleri.....	25
<b>3.</b>	<b>MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>28</b>
3.1.	Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	28
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
3.4.	Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması .....	28
3.5.	İstatistiksel Değerlendirme.....	32
3.6.	Araştırmanın Etik Yönü .....	33
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları .....	33
<b>4.</b>	<b>BULGULAR .....</b>	<b>34</b>
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>50</b>
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>54</b>
	<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>58</b>
	<b>EKLER .....</b>	<b>64</b>

Ek-1 Veri Toplama Formu .....	64
Ek-2 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı .....	75
Ek-3 Etik Kurul Raporu .....	76
Ek- 4 Kurum İzni .....	77
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>78</b>



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma ayrıcalıksız tüm canlılarda gerçekleşen, bütün fonksiyonlarımızda azalmaya sebep olan süregelen ve evrensel bir süreçtir (Kutsal, 2015). İnsanoğlunun doğumuyla başlayan yaşam sürecinde ölümden önce yaşanan ve bireyin fiziksel ve mental yönden, bağımsız durumdan bağımlılığa geçtiği, organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler seviyesinde, zamanın ilerlemesi sonucu ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tamamıdır (Koldaş, 2017). Yaşlılık fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla beraber ortaya çıkan değişimlerdir. Sosyolojik boyutuyla yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba yüklediği değerlerle alakalıdır. Psikolojik açıdan yaşlılık, psikomotor, algı, problem çözme, öğrenme ve kişilik özellikleri bakımından insanların uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe meydana gelen değişimlerdir ( Beğer ve Yavuzer, 2012).

Yirminci yüzyılda sanayi ve teknoloji alanındaki gelişmeler yaşamı kolaylaştırırken tıp alanındaki gelişmeler de erken ölümleri azaltmıştır. Kadınların aktif çalışma yaşamına katılımı ve etkili doğum kontrol yöntemlerinin kullanıma girmesi ile de doğurganlık oranları azalmıştır (Yaman, 2010). Teknoloji ve bilimdeki ilerlemeler neticesinde çevre koşullarında sağlanan gelişmeler, başta antibiyotikler olmak üzere yeni ilaçların ve tedavi yöntemlerinin keşfedilmesi, toplum sağlığını tehdit eden problemlerin çözümünde önemli başarıların kazanılmasını sağlamış ve sonuç olarak insan yaşamı uzamış ve yaşlı nüfus artmaya başlamıştır (Bilir, 2006). Nüfus yapısının esas temelini oluşturan doğurganlık ve mortalite hızlarının azalması Dünya’da ve Türkiye’de nüfusun yaşlanmasına neden olmaktadır (Güler, 2006).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, yaşlı nüfus (65 ve daha üstü yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3’e yükseldi. Yaşlı nüfusun %43,9’unu erkek nüfus, %56,1’ini kadın nüfus oluşturdu. Dünya nüfusunun 2016 yılında %8,7’sini yaşlı nüfus oluşturdu. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %31,3 ile Monako, %27,3 ile Japonya ve %21,8 ile Almanya oldu. 167 ülke arasında yapılan bu sıralamada Türkiye 66. sırada yer aldı (TÜİK, 2016).

Tüm toplumlarda ortalama yaşam süresinin artması, yaşlı bakımının ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu gündeme getirmektedir (Jensen ve ark., 2002). Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle birlikte tüm fonksiyonlarda gerileme yaşanmakta ve bununla birlikte kronik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Yaşlılarda fizyolojik fonksiyonlarda gerilemenin olması ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasının yaşlının düşme yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir (Işık ve ark., 2006). Yaşlanma sürecinde yaşlı bireyler birçok sağlık problemiyle karşılaşır ve bunların olumlu olmayan etkileriyle günlük yaşamlarını sürdürmekte zorluk yaşamakta ve çevrelerine bağımlı hale gelmektedirler (Jensen ve ark., 2002).

Düşme yaşlı bireylerin karşılaştığı, önemli hastalık ve ölüm sebebi olan en yaygın ve önemli sorunlardan bir tanesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşmeyi yaşlılık döneminin dört büyük sorunundan bir tanesi olarak kabul etmektedir. Yaşlılarda düşme; kaygı ve korku oluşturan, bağımsızlık kaybına sebep olan ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen ciddi bir durumdur (WHO, 2017; Akdeniz ve ark., 2010).

Düşmeler ile direkt ilişkili hastalığı olan yaşlı bireylerin çeviklik, endurans, denge ve alt ekstremitte kas kuvvetinin daha zayıf olduğu sonucuna varılmıştır (Toraman ve ark., 2010). Yaşlılarda ölümcül olabilen düşmelerin % 60'ı evde, % 30'u toplu yaşam alanlarında ve % 10'u hastane, huzurevi gibi kurumsal ortamlarda meydana gelmektedir. Düşme sonucu oluşan kırıkların içinde kalça kırıkları, en fazla ölüme veya ciddi sağlık sorunlarına sebep olan kırıklardır (DPT, 2007).

Düşme neden olduğu travma ve sağlık sorunları ile yol açtığı sağlık ve bakım harcamaları, ailelere ve topluma önemli oranda yük oluşturan toplum sağlığı sorunlarından biridir (Rao, 2005). Düşmeye sebep olan yaşlanmaya bağlı değişiklikler ve risk etmenleri önceden tespit edilerek gerekli önlemlerin alınmasıyla birçok yaşlının yaşam kalitesi korunabilir, engellilik önlenir ve ailelerinin yükü hafifletilir (Akdeniz ve ark., 2010).

DSÖ "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" bildirgesinde 2020 yılına kadar yaşam beklentisinde ve 65 yaşında engellilik olmadan yaşama beklentisinde en az %20 artışın sağlanması ve otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini devam ettirebilmelerine imkan sağlayan, ev ortamında sağlıklı bir seviyede yaşayabilen 80'li yaşlarda insanların oranının en az %50 artırılması hedeflenmektedir (Uysal ve ark., 2006).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşireler bireysel ve de ekip üyesi olarak düşmelerden korunma stratejileri geliştirmek, uygulamak ve sonuçlarını değerlendirmekte önemli role sahiptirler (Turaman, 2001).

Yaşlılarda düşme; kaygı ve korku oluşturan, bağımsızlık kaybına sebep olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir durumdur (Jensen ve ark., 2002). Pek çok risk faktörü düşme ile alakalı olmakla beraber, olası önleme ve koruma tedbirleri bakımından yüksek risk gruplarının tespit edilmesi önemlidir (Huang ve ark., 2003).

Bu çalışmanın amacı; düşmelerin en çok görüldüğü risk grubu olan yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimlerinin incelenmesidir.

Araştırmanın soruları;

- Yaşlıların tanıtıcı özellikleri nelerdir?
- Yaşlıların düşme korkusu ve düşme davranışları nasıldır?
- Yaşlıların düşmeye yönelik evde bakım gereksinimleri nelerdir?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramları**

Yaşlanma her canlıda görülen, organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zaman ile meydana gelen, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve işlevsel değişikliklerin hepsini kapsayan fizyolojik bir süreçtir (Kutsal, 2015).

Yaşlanma bireyde sosyal, ruhsal ve fiziksel yönden gerilemeye neden olur. Her bireyde kişisel farklılıklar olmakla birlikte, yaşlanma ruhsal ve fiziksel açıdan bazı işlevlerde bozulma, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplara sebep olmaktadır (Bilir ve Subaşı, 2006).

Yaşlılık kavramı, kronolojik olarak belli bir zaman dilimini tamamlamış kişileri tanımlayabildiği gibi, belli bir süreyi tamamlamadığı halde belli kayıplar sonucu gelinen durumu tanımlayabilmektedir (Ünalın ve ark., 2012).

#### **2.1.1. Kronolojik Yaşlanma**

Kronolojik açıdan yaşlılığın pek çok sınıflaması yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı kronolojik olarak 45-59 yaş arasını orta yaşlı, 60-74 yaş arasını yaşlı, 75 yaş ve üzerini ileri yaşlı biçiminde sınıflandırmıştır. Yaşlanma sürecinde kalıtım, yaşam şekli, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar, iş, kişilik özellikleri gibi kişisel özellikler etkili olarak 65 yaş yaşlılık sınırı olarak kabul edilmektedir (Arulat, 2009).

#### **2.1.2. Biyolojik Yaşlanma**

Biyolojik açıdan yaşlanma, döllenme ile başlayan ve hayat boyu devam eden, insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında değişiklikler meydana getiren süreç biyolojik yaşlanmayı ifade etmektedir. Bu değişiklikler sonucu olarak organlarda meydana gelen değişiklikler de fizyolojik yaşlanma olarak tanımlanmaktadır (Arulat, 2009). Kronolojik yaşlanmanın esas ölçüsü kişinin takvim yaşı iken biyolojik yaşlanmanın ki kişinin damar yaşı yani kardiyovasküler yaşlanmasıdır (Koldaş, 2012).

#### **2.1.3. Toplumsal Yaşlanma**

Genel nüfus içindeki yaş grubu 60-65 den yüksek olan toplumlarda toplum yaşlanmasından söz edilmektedir. Genç Toplum: 65 yaş üstü nüfus oranı % 4'den az olan toplumdur; Olgun Toplum: 65 yaş üstü nüfus oranı % 4-7 olan toplumdur; Yaşlı

Toplum: 65 yaş üstü nüfus oranı %7-10 olan toplumdur; Çok Yaşlı Toplum: 65 yaş üstü nüfus oranı % 10'un üzerinde olan toplumdur (Uçku, 2012).

#### **2.1.4. Psikolojik Yaşlanma**

Psikolojik yaşlanma bireylerin hislerinde, algılamalarında ve davranışlarında meydana gelen değişimler ve bireyin kendini yaşlı hissetmesi nedeniyle hayat görüşü ve yaşam biçiminin değişmesidir (Soyuer ve Soyuer 2008).

#### **2.1.5. Sosyal Yaşlanma**

Gerontologlar yaşlıları almış oldukları sosyal açıdan rollere ve alışkanlıklara göre tarif etmektedirler. Sosyal rol olarak; bireylerin baba, büyükanne, emekli gibi hayatları süresince yaptıkları olaylar ve beklentiler tanımlanan sosyal rol konularıdır (Soyuer ve Soyuer, 2008).

#### **2.1.6. Ekonomik Yaşlanma**

Yaşlanmaya bağlı olarak emeklilik ve işten ayrılma sonucunda maddi koşulların değişmesi, yaşlı kişinin yaşam biçiminin değişmesi, maddi olanaklarının azalması yaşlıyı bireyleri sıkıntıya düşürmektedir. Yaşamının önemli bir parçasını çocuklarına ve çevresine hizmet ederek geçirmiş yaşlı, çevresi ve ailesinden destek bulamadığında bunalıma girebilmektedir (Akın, 2006).

### **2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus**

Dünya ülkelerinde ve Türkiye'de yaşlı nüfus sayısı ilerleyerek artmaktadır. Cumhuriyetin ilanından sonra izlenen doğurganlığı teşvik edici politikalardan 30 yıl sonra vazgeçilmesi sonucunda doğurganlık hızlarında belirli bir azalış olmuş, bu azalma özellikle 1970'li yıllarda ivme kazanmıştır. Tıp alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle bebek ölümlerinin azalması, ortalama yaşam süresine olumlu açıdan etkileyerek, beklenen yaşam süresinin artmasını sağlamıştır ve sonuç olarak, Türkiye'de yaşlı (65 ve daha üzeri yaş) nüfusun oranı artmıştır (TÜİK, 2016).

Birleşmiş Milletlere göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun "yaşlı", %10'un üstünde olması ise "çok yaşlı" olduğu anlamına gelen bir tanım yapmışlardır (TÜİK, 2016). Nüfus



projeksiyonlarına göre Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye artacağı ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler içinde yer alacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2014).

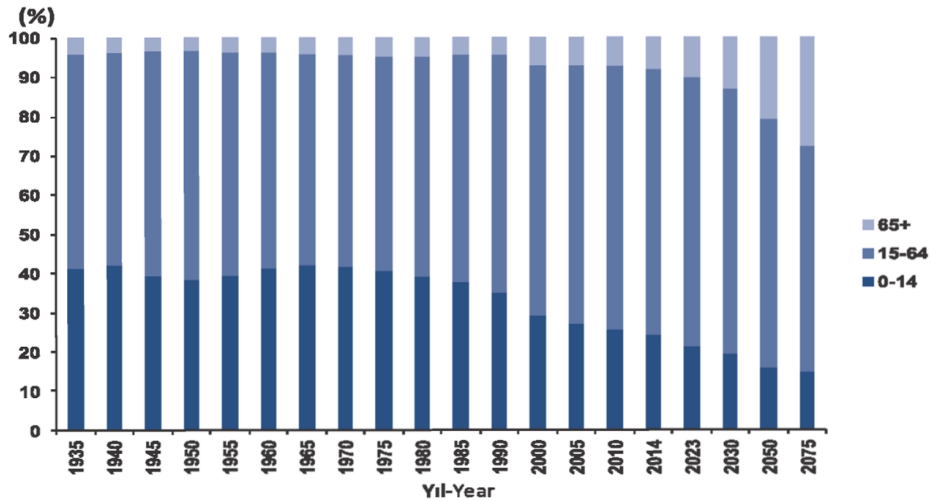
Yaşlı (65 ve daha üzeri yaş) nüfus oranı 2014 yılında %8 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye artacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2014).

Dünya nüfusunun 2016 yılında %8,7'sini yaşlı nüfus oluşturdu. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %31,3 ile Monako, %27,3 ile Japonya ve %21,8 ile Almanya oldu. Türkiye 2016 yılındaki bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır (TÜİK, 2016).

Yaşlı nüfus oranı, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, yaşlı nüfusta daha fazla bir artışın meydana geldiği görülmektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3'e yükseldi ve yaşlı nüfus oranı son beş yılda %17,1 arttı (TÜİK, 2016).

Dünya genelinde yaşlı nüfus arttıkça düşmeler de daha sık görülmekte ve insan sağlığının getirdiği yük ve sağlık harcamaları da artmaktadır (Kannus ve ark., 2005).

TÜİK 2014 verilerine göre; yaş grubuna göre nüfus oranı (Şekil 1) aşağıda verilmiştir.



Şekil 1. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2075 (TÜİK 2014)

### 2.3. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma süreci, tüm canlılar için rahim içinde başlayan ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönülemezdir (Akdemir, 2005).

1973 yılında Amerikan Hemşireler Birliği'nin meydana getirdiği, 2001 yılında yenilenip düzenlenen gerontoloji hemşireliği standartlarına göre gerontoloji ve geriatri hemşiresi bakım sürecinin aşamalarını hasta bakımı için kullanmalıdır. Yaşlı bireyin bakımını planlarken hemşire fizyolojik değişikliklerinin varlığını unutmamalı, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik değerlendirmesini yapmalıdır. Yaşlılığın umumi ve hususi bakım ihtiyaçlarını belirlemelidir. Bu nedenle yaşlı kişiyi değerlendirme yaklaşımları; sağlık geçmişi, tıbbi tedavi öyküsü, sistemlere bağlı işlevsel durum ve kayıpları, hareket kapasitesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyi, yeterliliği, fiziksel kapasitesi, kognitif ve zihinsel durumu, psikolojik durum, sosyal konumu başlıklarını içermelidir (Yıldırım ve ark., 2012).

Yaşlılığa bağlı fiziksel değişimler, hastalıklar, hem de bir kaç hastalığın bir arada yaşanması yaşlılığın hayatını oldukça zorlaştırmaktadır. Kronik ve dejeneratif hastalıklar yaşlılık döneminde sık görülen ve yaş ilerledikçe artış gösteren sağlık sorunlarıdır. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler yaşlılık döneminde önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir (Fadıloğlu ve ark., 2013).

### **2.3.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri**

Kardiyovasküler sistemde en sık görülen rahatsızlıklar; koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliğidir (Taşar ve ark.,2012). Kardiyovasküler hastalıklar, yaşlılarda en fazla morbidite ve mortalite nedenidir (Yıldırım ve ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlılarda kalp yetmezliğine neden olan risk faktörleri; kalbin yapısı ve işlevindeki yaş ile beraber gelişen kalıtsal nedenli değişiklikler ve fiziksel hareketsizliktir. Yaşlılarda kalpte görülen değişiklikler; kalbin toparlanma hızında yavaşlama, stres yanıtında azalma, kan basıncında artma, kardiyak miyositlerin büyümesi sebebi ile sol ventrikülde hipertrofi, atrial ve mitral kapaklarda skleroz biçiminde görülmesi sonucu kardiyak out put azalmaktadır. Ateroskleroz nedeni ile damar duvarları daha kalın ve daha az elastik hale gelir. Ateroskleroz sonucu yaşlılarda hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve felç görülme riski artmaktadır.

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; sigara kullanmama, düzenli ilaç kullanımı, az yağlı-az tuzlu diyet, stresten kaçınma, düzenli tansiyon kontrolü, kilo kontrolü ve düzenli egzersiz yapılmalıdır. Düzenli egzersiz ile beraber yaşlı birey egzersiz esnasında kardiyovasküler toleransı sağlanabilir. Düzenli egzersiz,

yaşlanmanın kalp ve dolaşım sistemindeki olumsuz etkileri ortadan kaldırabilir. Kadınlar ile yapılan prospektif bir çalışmada ev dışında gerçekleştirilen 400 metrelik bir yürüyüşün dahi kalbin fonksiyonel kayıplarını önlemede etkili olduğunu göstermiştir (Özbek ve Öner, 2008; Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

### **2.3.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri**

Akciğerin esnekliğinin azalması, göğüs duvarının sertliğinin artması, solunum kaslarının dayanıklılığı, gücü ve vital kapasitede azalmaya bağlı olarak yaşlılarda akciğer fonksiyonları azalır. Toraksın anatomik yapısındaki değişmeler ve kollajen liflerin elastikitesinin azalması sonucunda solunum kapasitesi azalır. Bu değişiklikler sonucunda; zorlu vital ve difüzyon kapasitesinde, gaz değişiminde, ventilasyonda ve respiratuvar duyarlılıkta ciddi progresif azalmalar ve öksürüğün etkinliğinde azalmalar görülür (Bilir ve Subaşı, 2006; Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlıda görülen solunum hastalıkları, kronik bronşit, amfizem, neoplazi ve akciğer enfeksiyonları, özellikle de tüberküloz ve pnömonidir (Özbek ve Öner 2008).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde solunum sistemi enfeksiyonları, özellikle de pnömoni, yaşlı bireylerde görülen önemli ölüm sebeplerindedir. İlerleyen yaş ile birlikte vücudun savunma sisteminin zayıflaması, akciğerlerde silyar aktivitenin azalması, öksürüğün azalması sebebiyle aspirasyon pnömonisi daha kolay oluşur.

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; düzenli egzersiz, sigara içmekten kaçınma, sekresyonları yumuşatmak için yeterli sıvı alımı, influenza aşısı, pnömoni aşısı, üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunmak gibi gerekli önlemler alınıp girişimde bulunulmalıdır (Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark.,2013; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

### **2.3.3. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri**

Gastrointestinal sistemde kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak gastrointestinal motilitede mukus ve emilimde azalma, ağız kuruluğu, susama hissinde azalma, koku ve tat almada azalma, özefajial ve gastrik boşalmada gecikme, prekanseröz lezyonlar, yutma güçlüğü, daha az özofagus kaslarında kasılma,

gastroözofageal reflü artışı, mide esnekliğinde azalma, azalan laktaz üretimi sonucu süt intoleransı artışı, kan akışı ve bir kaç enzimin etkinliğinin azalması gibi değişiklikler nedeniyle; iştahsızlık, ishal, kabızlık, hazımsızlık, aşırı zayıflık ya da aşırı kiloluluk gibi bazı problemler ortaya çıkabilmektedir. Anal sfinkter kontrolünün kaybı sonucu fekal inkontinans görülebilir (Taşar ve ark.,2012; Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; gargara yapılması, her gün diş fırçalanması ve diş ipinin kullanılması, düzenli diş kontrolünün yapılması, yemeklerin azar azar ve sık sık yenilmesi, yemekten sonra ağır aktivitelerden kaçınılması ve dik oturulması, yüksek lifli az yağlı diyet yapılarak dengeli ve düzenli beslenme, antiasit kullanımının kısıtlanması, laksatiflerin kısıtlanması, düzenli tuvalete gidilmesi ve yeterli sıvı alınması gibi önlemler alınarak gerekli girişimlerde bulunulmalıdır. Sıklıkla yaşlı bireylerde görülen kırık, eksik ya da çürük dişlerin ağız sağlığını, böbrek-kalp gibi organların sağlığını etkileyerek beslenmeyi bozduğu görülmektedir. Ağız ölçüleriyle uyumlu olmayan uygunsuz protezler ağızda yaralara neden olur. Bu sebeple ağız sağlığını korumak için alınan önlemler ve bakım uygulamaları önemlidir. Yaşlı bireyler ağız temizliğinde kalın saplı diş fırçası, protezler için fırça temizleme solüsyonu veya tableti kullanılabilir. Ayrıca yaşlı bireye ağız ve protez temizliği, diş hekimi kontrolüne düzenli gidilmesi konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013; Pehlivan ve Karadakovan, 2013 ).

#### **2.3.4. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri**

Yaşlanmayla beraber kemiklerin yoğunluğu azalır, kemikler daha zayıf ve kırılabilir olur, vücut postürü bozulur. Kısmen serum vitamin-D miktarının azalması kalsiyum emiliminin azalması sonucu yaşlı kadınlarda menopozdan sonra kemik kaybı çok hızlanır (Nalbant, 2015). Yaşlanma ile büyüme hormonu ve testosteron miktarının azalması nedeniyle kaslar incelik ve atrofiler oluşur. Kemik ve kas dokusu kayıpları sonucu; boy kısalması, diş kayıpları, kemiklerde kırılmalar, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma kas gücünde ve koordinasyonunda azalmalar gelişebilir. Kemik altındaki eklem kıkırdak dokusu da azaldığı için eklem eskisi kadar rahat hareket edemez ve travmalara karşı daha hassas duruma gelir. Bu bölgelere yönelik tekrarlayan travmalar, ileri yaşların en sık hastalığı olan osteoartritin hızlanmasına neden olur (Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013).

Eklemleri birbirlerine bağlayan ligamanların elastikiyetlerini kaybetmesinden dolayı eklemlerin hareket yetenekleri azalır (Yıldırım ve ark., 2012; Nalbant, 2015). Ligamanların yapısında yer alan proteinlerin kimyasal özelliklerinin değişmesi, elastikiyetin azalmasına sebep olur ve ligamanlar daha hızlı yırtılabilir, yırtıldıklarında ise daha geç iyileşirler (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; yaşlı bireye düzenli egzersiz programının yapılması, ev içi ve çevre düzenlemeleri yaparak güvenli hareket alanı sağlamak, işlerini ve günlük aktivitelerini kendisinin yapmasına teşvik etmek, sınırları dahilinde yürüyüş, duruş, postür ve beden egzersizleri yapmasını sağlamak, kalsiyum içeren diyet, diyetinde fosfor miktarının azaltılması, reçete edilmişse kalsiyum ve D vitamini alımın sağlanması, ayaklarına uygun ve altı kaygan olmayan ayakkabı tercih edilmeli, baston ve yürüteç kullanılmalıdır (Yıldırım ve ark., 2012; Fadiloğlu ve ark.,2013).

### **2.3.5. Metabolik ve Endokrin Sistem Değişiklikleri**

Endokrin sistemde oluşan değişiklikler sonucu seksüel, mineral-kemik, iskelet-kas sistemine olumsuz etkileri vardır (Nalbant, 2015). Endokrin sistemde yaşlanma ile birlikte pankreas ve tiroid dokusu bozulur. Tümör insidansı artar, diyabet genellikle asemptomatik seyrederek. Tiroid bezi küçülür ve buna bağlı olarak bazal metabolizma hızında yavaşlama görülür (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

İmmün sistem değişiklikleri genellikle humoral yanıtta azalmaya bağlı olarak lösemilerin görülmesi, pnömoni gibi enfeksiyonların sıklığında artma ve viral enfeksiyonlara yatkınlık şeklinde olabilir (Taşar ve ark., 2012). Yaşlanma süreci ile birlikte dokuların insüline cevabının azalması ve/veya glikoza karşı insülin salgılanmasındaki azalma sonucu glikoz toleransında azalma görülür. Bu nedenle yaşlılarda tanı amacıyla oral glukoz tolerans testi kullanılması mahzur olabilir. Kadınlarda östrojen azalması sonucu meydana gelen menopoza yaşlılığın başlıca belirtisidir. Menopoz ve paratiroid hormon artışına bağlı osteoporoz riski de artmaktadır. Erkeklerde ise; testosteron salınımında azalma daha yavaş ve geç gelişir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

İmmün ve nöroendokrin sistemler gibi baz organlar veya organ sistemleri yaşlanmaya duyarlı olabilir. İmmün yaşlılık ve yaşlanan immün sistemin hem gerilemesi hem de kontrolünün kaybı sonucu olabilir. Yaşlanmanın immün bozulma teorisini destekleyen gözlemler vardır bunlar: 1) Mitojen ve antijenlere karşı lenfosit

yanıtının azalması; 2) neoplazi ve otoimmünite sıklığının artması; 3) enfeksiyona duyarlılığın artmasıdır (Özbek ve Öner, 2008).

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; stres ile baş etme yöntemleri, düzenli sağlık kontrolü, eğitim ve danışmanlık girişimlerinde bulunulmalıdır (Fadıloğlu ve ark., 2013).

### **2.3.6. Üreme Sistemi Değişiklikleri**

Kadınlarda yaşlanmayla beraber meydana gelen üreme sistemi değişiklikleri; hormonal seviyedeki azalmaya bağlı olarak uterus ve overlerde atrofi görülür. Menopoz döneminde başlayan bu değişiklikler de vajen dokusu daha incelik, kuru ve daha az esnek olur; memeler daha sert, fibröz ve meme başı duyarlılığı azalmış olur. Fakat, kadınların çoğu için yaş seksüel aktivite üzerinde bir etkiye sahip değildir (Yıldırım ve ark., 2012).

Erkeklerde yaşlılıkta görülen üreme sistemi değişiklikleri ise; azalan testesteron üretimi, seminal sıvı ve sperm sayısında azalma, penis ve testislerde küçülme ve prostatta büyüme şeklinde sıralanabilir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

### **2.3.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri**

Santral sinir sistemi hastalıkları içinde Alzheimer hastalığının görülme sıklığı 65 yaş üzerinde %5 oranda ve bu oran her 5 yılda 2 katına çıkmaktadır. Serebral fonksiyonlarda görülen yavaşlama en önemli değişikliktir (Taşar ve ark., 2012).

İlerleyen yaşla beraber beyindeki hücre sayısı azalma ile tepkime hızı yavaşlamaya başlar ve bunun sonucunda sinir iletim hızında azalma gerçekleşerek; öğrenme, kelime hazinesi ve hatırlama, kısa süreli hafıza, bilgileri depolama ve kavrama gibi bazı zihinsel fonksiyonlar; spinal kordda bulunan hücre sayısının azalması sonucu duylarda kayıp olabilir (Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Spinal kordda 60 yaşından sonra hücre sayısının azalması sonucu duyu kayıpları meydana gelebilir. Bunun sonucunda da ısıya ve darbeye karşı duyarlılığın azaldığı görülmektedir. Yaşlı bireylerde sinir dokusu kendini, genç bireylerin sinir dokusuna oranla daha yavaş ve kısmen tamir edebilir. Bu nedenle travmalara karşı yaşlı bireyler daha kırılabilir ve hassastırlar (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; duysal uyarıyı arttırmak, ani konfüzyon durumlarında nedenlerin araması, yürüyüş eğitimi, dinlenirken yavaş yavaş kalkma gibi

girişimlerde bulunulabilir (Fadıloğlu ve ark., 2013). Yaşlıların yemek yemek, giyinmek, yıkanmak gibi eylemleri gerçekleştirirken daha fazla süreye ihtiyaçları vardır. Aynı zamanda soruları cevaplamak için de uzun süreye ihtiyacı olduğu kabul edilmeli ve aileye bu durum açıklanarak daha fazla süre tanınması sağlanmalıdır (Yıldırım ve ark., 2012; Nalbant 2015).

### **2.3.8. Derideki Değişiklikler**

Yaşlanmayla birlikte elastikiyetini kaybeden ciltte hassasiyet ve kırışıklıklar oluşur (Taşar ve ark., 2012). Cilt altı yağ dokusunun azalması ile deri daha ince, kuru, esnek ve kırışık bir hal alırken uzun yıllar güneşe maruz kalınması sonucu cilt daha sert daha kırışık hale gelir ve cildin soğuğa toleransı azalır. Ciltte duyarlılık azalır yaralanmalar artar, morluklar oluşur ve iyileşme yavaşlar, terleme ve doğal sekresyonların salınımında azalma, azalan melanosit sayısı sonucu derinin özellikle güneş ışığına karşı korunması azalır, güneş yanığı şikayetleri, ısıya intolerans şikayetleri olur (Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013; Nalbant, 2015).

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; D vitamini almak için gün içinde 10-15 dakika sınırlı güneşlenme, ısıya duyarlı giyinme, güvenli seviyede iç ortamın ısını sürdürme, küvet banyo yerine duş şeklinde banyo yapma, mineral yağlı losyonlarla cildin nemlendirilmesi gibi girişimlerde bulunulabilir. Kuruyan deriye haftada 1-2 kez yumuşak sabun ile suyu çok sıcak olmayan banyo önerilir. Banyoda kullanılan sabun veya şampuanlar alkol içermeyip yüksek yağ içermesi gerekir. Ayrıca mantar enfeksiyonlarının önlenmesi için banyo sonrası koltuk altı, meme, ayak parmak aralarının iyice kurulmalıdır. Pamuklu ayağı sıkmayan çoraplar ve ayağı saran terlik kullanımı önerilmelidir (Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu ve ark., 2013).

### **2.3.9. Duyularda Değişiklikler**

Duyu organlarının fonksiyonlarının tam olması, özellikle görme ve işitme, yaşam kalitesi, izolasyonun engellenmesi, topluma aktif katılım ve ruhsal sağlığının sürdürülmesi bakımından önemlidir (Bilir, 2008).

Yaşlının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli nedenler; katarakt, glokom, maküler dejenerasyon ve diyabetik nöropati görme kayıplarıdır (Kartal, 2012).

Gözde meydana gelen fizyolojik değişikliklerden bir tanesi de, gözden beyine giden sinir hücrelerinin sayısındaki azalma sonucu, gölge ve tonlardaki farklılıkların ve çok ince detayların fark edilebilirliğinin azalmasıdır. Diğer bir değişiklik ise; kuru göz gelişimi ve görme alanlarında hareket eden ince siyah beneklerdir. Bu durum sağlık yönünden önemli olmayan ancak yaşlı bireyi rahatsız edebilen değişikliklerdir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Nalbant, 2015). Gözlük, yaşlılar için son derece gerekli bir araçtır. Kaybetmemeleri için boyunlarına asabilecekleri zincir ve kordon önerilmelidir. Gözlük camlarını düzenli olarak temizlenmesi, su ile yıkanarak yumuşak bezle kurulması gerekir (Yıldırım ve ark., 2012; Nalbant, 2015).

Duyuma kalitesindeki azalmanın diğer bir sebebi kulak kiri toplanmasının yaş ile birlikte artmasıdır. Kulak kirinin artması sebebiyle özellikle gürültü ortamlarda duyma zorluğu çekebilir. Yüksek sesle konuşmak, hem duymasını güçleştirir, hem de onu husursuz ederek, iletişimi engeller. Yavaş ve çok yüksek olmayan sesle konuşarak duyma kolaylığı sağlanabilir (Yıldırım ve ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Nalbant, 2015).

Yaşlanmanın doğal sonuçlarından biri olarak sistemik hastalıklar, uygun olmayan beslenme, çoklu ilaç kullanımı, koruyucu ağız bakımı eksikliği ile ağız sağlığının bozulması sonucu tat alma yeteneğinde azalma görülür (Fadıloğlu ve ark., 2013; Nalbant, 2015).

### **2.3.10. İmmün Sistem Değişiklikleri**

Bağışıklık sistemiyle beraber sisteminin işlevindeki yavaşlama ile enfeksiyonlara karşı hassasiyet artarak enfeksiyonlar daha ciddi seyreder. İnfluenza ve pnömoni enfeksiyonları, enfeksiyöz diyare, bakteriyemi, endokardit, septik artrit, menenjit, açıklanamayan ateş, otoimmün hastalıklar ve reaktivasyon tüberkülozu yaşlılarda daha sık görülür. Yaşlılarda bağışıklık hücrelerinin bakteri, kanser hücreleri ve diğer yabancı cisimlerle savaşma hızı azalmıştır. Bağışıklık hücrelerindeki bu yavaşlama, yaşlılarda kanser görülme sıklığındaki artışın nedenlerinden biridir. Bağışıklık sistemindeki farklılaşmaların olumlu tek yanı allerjik semptomların ciddiyetindeki azalmadır. Yaşlılarda kanser sıklığındaki artışın sebeplerinden bir tanesi immün sistemin zayıflamasıdır. Yaşlı bireyler ve yakınları, bağışıklık sistem değişikliklerini ve enfeksiyona yatkınlıkları dikkate almalı, hijyenik bakım, gerekli



aşılannmalar ve alınacak diğer önlemler konusunda hassasiyet göstermeli ve bilgilendirmelidir (Yıldırım ve ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

İmmün cevapta azalma ve otoantikör da artma sonucunda; yara iyileşmesinde geç yada yetersiz iyileşme, hastalıkların atipik prezentasyonu, ciddi patojenlerden kaynaklanan enfeksiyon bulguları ortaya çıkar (Fadıloğlu ve ark., 2013).

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; uygun immünizasyon, korunma ve aşılannmanın sağlanması, eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (Fadıloğlu ve ark., 2013).

### **2.3.11. Genito-Üriner Sistem Değişiklikleri**

Yaşlanmaya bağlı olarak böbreklerin dokusu ufalır, kan akımı azalır buna bağlı olarak glomerüler filtrasyon hızı yavaşlar, soğurma ve sekresyon yeteneği azalır bu süreçlerin ilerlemesiyle nefron kaybı görülür. Böbreğin sodyum tutma yeteneğinde azalma, idrarı konsantre etme ve susuzluk algılanmasında bozulma sebebiyle sıvı elektrolit dengesizlikleri meydana gelir (Yıldırım ve ark., 2012).

Yaşlanmayla meydana gelen değişiklik sonucu mesane kapasitesi azalır ve mesane kasları idrar yapmanın dışında da kendiliğinden bazen kasılıp idrar yapma hissi uyandırırılar. Yaşlılarda mesane kaslarının zayıflamasıyla rezidü idrar miktarının artmasına ve bunun sonucunda da inkontinansı görülür (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).Yaşlı bireylerde idrar inkontinansı prevalansının % 8-34 arasında değiştii belirtilmektedir (Akdemir, 2005).

Böbrek fonksiyonlarında azalma, idrar inkontinansı, erkeklerde prostat boyutlarında artışla beraber prostat kanser görülme sıklığının artması görülebilmektedir (Taşar ve ark., 2012).

Menopoza bağlı azalan östrojenin etkisi ile kadınlarda üretra kısalır, iç yüzey kalınlığı azalır ve üretra sfinkter tonusu azalmasına bağlı olarak idrar inkontinansı gelişebilir ayrıca gebelikler nedeniyle pelvik yapının zayıflaması inkontinans nedenleri arasındadır (Yıldırım ve ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Prostatın idrar geçişini engelleyecek kadar büyümesi sonucunda ise erkeklerde üriner retansiyon görülebilir (Yıldırım ve ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Sağlığı destekleyici girişimler olarak; yeterli miktarda sıvı içilmesi, mesane uyarıcılarından kaçınılması, akşam kafeinli içecekler ve alkol gibi içeceklerin içiminin sınırlandırılması, idrar yapma için uzun süre beklenmemesi, üroloji takibi, pelvik taban kas egzersizlerinin öğretilmesi girişimlerinde bulunulabilir (Fadıloğlu ve ark., 2013).

## **2.4.Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Psikolojik ve Sosyal Değişiklikler**

Yaşlılığın psikolojik boyutu incelendiğinde bu dönemde bilişsel değişimler ve ruhsal farklılaşmalar olduğu görülmektedir. Bilişsel değişim olarak becerilerin, öğrenme, dikkat, bellek, akıl yürütmenin azaldığı ve ruhsal farklılaşmalar ile içe kapanma, geçmişe özlem, bazı değerlerin kaybolduğu düşüncesinde olma, hayattan zevk alamama, duygusal doyuma azalma gibi değişimler görülmektedir. Lakin bu değişimler 65 yaş üstü ve yaşlı grubuna giren her yaşlı için aynı derecede olmayabilir ve farklılık gösterebilir. Bu farklılık içindeki çevreye ve koşullara göre şekillenip tamamen yeni bir boyut kazanmaktadır. Depresyon yaşlılık döneminde en fazla karşılaşılan psikolojik sorunların başında gelmektedir. Yaşlanma depresyonu tetikleyici bir faktör olup, bu durum yemek yeme bozukluğu, isteksizlik hareket etme gibi fiziksel rahatsızlıkları da meydana getirmektedir. Ayrıca yeni rahatsızlıkların oluşmasına taban hazırlamakta ve yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir (Yumurtaçı, 2013).

Yaşlılık döneminde meydana sosyal değişiklikler de sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Özellikle ileri yaşlarda dejeneratif ve kronik hastalıklar yaşlıları yatağa bağımlı hale getirmektedir. Yatağa bağımlı hale gelen yaşlı birey başkasının yardım, bakım ve desteğine ihtiyaç duymaktadır (Vehid, 2008).

Yaşlılar özellikle emeklilik dönemlerinde artık üretmedikleri için, iş yaramama hissine kapılabilmektedirler. Özellikle birkaç kuşak bir arada yaşayan ailelerde kültürel özelliklerimiz nedeniyle de büyüklerin köşede oturtulması, hiçbir iş yaptırılmaması beklenenin aksine, bitmişlik hissi gibi olumsuz hislere neden olabilir. Bu nedenle, aile büyüklerine fiziksel kapasiteleri ölçüsünde sorumluluklarının devam etmesinin desteklemelidir. Evde bakım için yaşlıyı ziyaret eden ekip yaşlıyı hareketlenmesi, aileye ve topluma karışması, sorumluluk alması için desteklemeli, aile fertlerini bu konuda bilgilendirmelidir ( Fadıloğlu ve ark., 2013).

## **2.5.Yaşlılara Yönelik Verilen Hizmetler**

### **2.5.1. Evde Bakım Hizmeti**

Bazı sanayileşmiş ülkelerde yaşlı oranı % 12-18 arasında değişim göstermektedir. 2050'li yıllarda 65 yaş üstü nüfusun 15-64 yaş nüfusuna göre 2 kat ve gelişmekte olan ülkelerde ise 3 kat daha hızlı artacağı ve 2025 yılında dünyadaki yaşlı insan sayısının 800 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de yaşayan

yaşlıların durumuna baktığımızda; Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 1995 yılında yaşlıların oranı %4,7 iken bu oran 2000 yılında %5,6'ya çıkmıştır. 2005 yılında %6,3, 2010 yılında ise %7,2'ye ulaşmıştır. ABD' de 2030 yılında toplam nüfusun %20.0'sinin yaşlı olması beklenmektedir. Verilerde görüldüğü gibi gerek dünya ülkelerinde, gerekse de ülkemizde yaşlı nüfus sayısı gittikçe artmaktadır (Fadıloğlu ve ark., 2013).

Gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşme ve kentleşme sebebiyle köyden kente göç, aile içi ilişkilerin azalması, kadının iş hayatına girmesi, gençlerin öğrenim ve evlenme gibi nedenlerle evden ayrılmaları, geniş aile tipinin çekirdek aileye dönüşmesi gibi sebeplerle, ailelerin yaşlılara sağladığı desteğin azalmasıyla, yaşlıların evde bakım sorunları gündeme gelmiştir. Aynı zamanda teknolojinin gelişmesi ile beraber bir çok sağlık hizmeti ev ortamında da verilebilmektedir. Yaşlıların önemli bir bölümü kendi ev ortamında kalmayı tercih etmektedirler. Tüm bu faktörler yaşlıların ev ortamında bakımını gündeme getirmiştir (Aylaz ve ark., 2005; Fadıloğlu ve ark., 2013).

Yaşlının evde bakımında amaç; yaşlının sağlık ve sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenip para ödenerek alınacak hizmetlerin ve ödeme yapılmaksızın alınacak aile ve arkadaş yardımlarının koordine edilerek yaşlı bireyin mümkün olduğunca bağımsız yaşamasını sağlamak olarak tanımlanmaktadır (Fadıloğlu ve ark., 2013).

Yaşlının evde bakımında hedefler; yaşlının sağlığının, fonksiyonunun ve rahatının en üst düzeyde sürdürülmesini ve bozulduğu durumlarda gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Bu hedeflere ulaşmada temel ilke; sağlık sistemi içinde yer alan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerin ve sosyal destek hizmetlerinin entegre edilmesidir. Yaşlılıkta evde bakımın; fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal katılım, bağımsızlık düzeyi, kişilerarası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur (Fadıloğlu ve ark., 2013). Yaşlılıkta evde bakım Türkiye'de kültürel kavram olarak destek göreceği özelliklere sahiptir. Bireyin kendi aile ortamında bakılması, bakım maliyetinin azaltılması açısından da önemlidir (Bilge ve ark., 2014).

Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları;

- Hastalara bağımsızlıklarını ve kendiliklerini koruma imkanı vererek insanların kendi yaşadıkları ortamda daha mutlu olmalarını sağlamaktadır.

- Hastaların çevre ile olan iletişimleri onların daha hızlı iyileşmelerini sağlamaktadır.
- Hastanın hastanede hasta rolünü oynadığı ve bu rolü oynamasının iyileşmeyi geciktirdiğine inanılmaktadır.
- Evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmaktadır.
- Evde bakım hizmetleri uygunsuz hastane yatışlarını azaltmakta olup daha ekonomik ve daha etkilidir.
- Hastaneye başvurularda, hastanede kalış süresinde ve hastane enfeksiyonlarında azalma olmakta ve bu durum hastane enfeksiyonlarının maliyetleri oldukça arttırmaktadır (Yılmaz ve ark., 2010).

#### Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları;

- Evde bakım hizmetleri detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren bir çok dış etkene açık olan güç organizasyonlardır.
- Sağlık personeli sürekli hasta yakınında değildir.
- Evde damar yolu tedavisi alanlarda sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonlar teknolojinin hatalı kullanımına bağlı olarak gelişebilir.
- Evde bakım hizmeti verecek olan sağlık personelinin güvenliğini sağlamada bazı sorunlar ortaya çıkabilir (Yılmaz ve ark., 2010).

#### Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili olarak;

- 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri sunumu hakkında Yönetmelik
- 13.09.2005 sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Sağlık Bakanlığı Tebliği
- 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik
- 06.11.2007 tarih ve 2669 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

- 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik bulunmaktadır (Bilge ve ark., 2014).

### **2.5.2. Sosyal Hizmetler**

Yaşlı bakım hizmetleri, sosyal hizmetlerin çalışma alanlarından bir tanesidir. 1963 yılında Türkiye’de ilk defa yaşlı hizmetleri Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmasıyla kamu hizmetleri içinde yer almıştır. 1982 Anayasanın 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” hükmü yer almaktadır. Türkiye’de, sosyal hizmetler 1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” ile hukuken tanımlanmıştır. Buna göre; sosyal hizmetler, kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü”dür (Bahar ve ark., 2009).

Yaşlıların sosyal hizmetler kapsamına giren, sosyal rahatsızlık yaratan, sosyal hastalık aşamasına gelen gereksinimleri, sıkıntıları, sorunları, çaresizlikleri gibi durumları maddelemek gerekirse;

- Ekonomik sorunlar
- Sosyal sorunlar
- Psikolojik sorunlar
- Kültürel sorunlar
- Yaşlılıkta rutin toplumsal hizmetlere ulaşmakta güçlük yaşanması
- Kuşak sorunları
- Yalnızlık sorunu
- İletişimsizlik sorunu
- Sevgisizlik sorunu
- Sağlık sorunları
- Umutsuzluk sorunu

- Cinsel sorunlar
- Ev işlerini yapmada kendine yetememe
- Can sıkıntısı ve zaman geçirememesi sorunu (Tomanbay, 2015).

Aile, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam şeklinin yanında yoksulluğun azaltılması ve sosyal eşitlik sağlanmasına yönelik politikalar geliştirilmesi ile yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesi gerçekleştirilebilir (Erkılıç ve ark., 2006).

## 2.6. Yaşlılarda Düşmeler

Yaşlılarda düşme dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur (Alkan ve ark., 2014). Düşmeler yaşlıların en fazla yaşadığı sorunlardan birisidir. Yaşlanma ile beraber görmenin azalması, baş dönmesi, hipotansiyon, duyu bozuklukları gibi bütün vücuttaki sistemlerde işlevsellik azalmakta, geri dönüşümü olmayan değişiklikler ortaya çıkmakta ve düşmeye eğilim artmaktadır (Chu ve ark., 2005).

Denge, santral sinir sisteminin en üst düzeyi olan serebral korteks tarafından kontrol edildiği kabul edilmekte olup, destek yüzeyinin yer değiştirmesine karşı vücudun cevabı olarak tanımlanır. Vücudun büyük bir bölümünü içine alan tüm hareketlerde, hedefe yönelik hareket ile vücudun duruş şekli olmak üzere iki unsur vardır. Hareket ile ilişkili olan hazırlayıcı vücudun duruş şekli unsuruna “önceden postüral uyum” adı verilir. Sadece içeriden gelen komutlara dayalı istemli hareketlerle ilişkili olan postüral uyum için uygulanır. İstemli hareketten önce olan postüral cevaplar stabilitenin potansiyel olarak bozulmasına karşı fonksiyon görürler. Bu fonksiyon öğrenilen bir işlemdir ve santral olarak organize edilir. Yaşlanma ile bu santral eşleştirme fonksiyonunda bozulma olur. Dolayısıyla yaşlılarda motor kontrol sorunlarına neden olur (Gündüz, 2000).

Kas-iskelet sistemi dengenin devam ettirilmesinde rol oynayan diğer sistemdir. Kas gücünün azalması dengeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlanma sürecinde vücudun denge merkezi değişir, yerçekimi çizgisi kaydığı için ayakta duruş pozisyonunda alt ekstremit eklemlerinin ekstansiyonu imkânsız hale gelir. Dizlerin fleksiyonuna bağlı olarak ağırlık merkezi kalçanın arkasına alınır ve baston gibi yardımcı alet kullanımı ile mümkün olabilir. Ağırlık merkezi motor aktivite sırasında vücudun ağırlık merkezinde değişikliğe yol açabilen sınırlı bir destek alanı içerisinde kaldığı sürece hareket bozulmadan sürdürülebilir. Yaşlı bireylerde duyu uyarı

duyarlılığının azalması hareket açıklığını ve postüral stabiliteyi etkiler. Ağırılık merkezi sınırlara doğru yer değiştirdikçe denge kaybı olasılığı artar (Gündüz, 2000).

### **2.6.1. Yaşlılarda Düşme Sıklığı**

Yaşlı nüfusunun artmasıyla yaşlı sorunları da artmaktadır ve bunun sonucunda ilerleyen yaş ile beraber düşmeye bağlı kazaların görülme sıklığı artmaktadır (Yeşilbalkan ve Karadakovan, 2005).

Yaşlı bireylerde kazaların % 82'sinin evde meydana geldiği ve ölümlerle sonuçlanan kazaların % 60'ının evde meydana gelen düşmelerin oluşturduğu bildirilmektedir (Turaman, 2001; Bilgili ve Çelik, 2006).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üstü yaşlılarda ev ve çevresinde yaşanan bir yıllık düşme sıklığı % 33 olarak bildirilmiştir (Taşkiran, 2005). Diğer bir çalışma ise; 65 yaş ve üstü bireylerde görülen düşmelerin % 60'ının ev ortamında, % 30'unun toplumsal alanlarda, % 10'unun ise sağlık bakım kurumlarında gerçekleştiğini bildirilmiştir (Naharcı ve Doruk, 2009).

### **2.6.2. Yaşlılarda Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri**

Düşmelerin her bir nedeni risk faktörüdür. Tüm düşmelerin tek bir nedeni yoktur, bireylerin karşı karşıya kaldığı birçok risk faktörü vardır ve çoğu önlenebilir risk faktörleridir. Bazı yaşlı bireyler ise düşmenin yaşlanmanın doğal bir parçası olduğuna inanmaktadır. Bu inanış doğrultusunda koruyucu önlemlerin bilinmesindeki yetersizlikler düşmelerle sonuçlanmaktadır (Yeşilbalkan ve Karadakovan, 2005).

Literatürde düşme sebepleri oldukça geniş olarak incelenmiş olup, içsel (intrensek) ve dışsal (ekstrensek) riskler şeklinde tanımlanmaktadır. İçsel riskler arasında; artan yaş , cinsiyet, yalnız yaşama, akut ve kronik hastalıklar, fonksiyonel ve kognitif bozukluk, polifarmasi tıbbi ve fiziksel problemler, kullanılan ilaçlar, hareketsizlik, beslenme yetersizlikleri, mental fonksiyonlarda bozulma ve yaşlanmanın getirdiği görme ve işitme sorunları gibi duyu yetersizliği, yürüme ve denge sorunları, önceki düşme hikayesi, korku ve alkol etkileri gibi faktörler yer almaktadır.

Dışsal riskleri ise; hızla yerinden kalkmak, merdiven inmek, az aydınlatılmış ortam, loş veya fazla parlak ışık, kaygan-ıslak ve dağınık zeminler, kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunacak destek yerlerin olmaması, banyoda güvenli eşyaların kullanımı gibi, uygun olmayan ayakkabılar ve hava koşulları gibi yaşam ortamıyla ilgili

sorunlar, yüksek kaldırım, engebeli veya buzlu yol düşmelere neden oluşturmaktadır (American Geriatrics Society, 2001; Kırımlı, 2002; Huang ve ark., 2003; Tinetti, 2003; Yeşilbalkan ve Karadakovan, 2005; Işık ve ark., 2006 ; WHO, 2017; Akdeniz ve ark., 2010; Berke ve Aslan, 2010; Erdil ve Bayraktar, 2010; Beyazay ve ark., 2014).

Yaşlıda uyku probleminin olması da düşmeyi arttıran bir risk olarak bildirmiştir (Larson ve Bergmann, 2008). Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle birlikte tüm fonksiyonlarda gerileme yaşanmakta ve bununla birlikte kronik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Yaşlılarda fizyolojik fonksiyonlarda gerilemenin olması ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasının yaşlının düşme yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir (Işık ve ark., 2006).

Düşmelerle doğrudan ilişkili hastalık tipleri olarak, hipotansiyon, inmeyi takip eden anormal durumlar gibi kardiyovasküler hastalıklar, göz hastalıkları (katarakt, glokom, göz kuruması, alerjiler), iç kulak iltihabı, baş dönmesi, parkinson hastalığı, tremor, epilepsi gibi nörolojik hastalıklar, artroz, omurgada ve/veya alt ekstremitte eklemlerinde artritler ve ağrı, ayak deformiteleri, ayak başparmağının tırnağında sorunlar, ayaklarda ağrı, nasır, dar, uygunsuz ya da rahat olmayan ayakkabı kullanımı, romatizma, gut, postural eğrilikler (hiperkifoz, skolyoz) gibi kas iskelet sistemi problemleri ve diyabet gibi metabolik hastalıklar gösterilir (Toraman ve Yıldırım, 2010).

Düşmelerle dolaylı ilişkili hastalık tipleri olarak da hipertansiyon, aritmi, taşikardi, kalp çarpıntısı, anjina, hiperkolesterolemi gibi kardiyovasküler hastalıklar, Alzheimer hastalıkları, depresyon, korku, işitme kaybı gibi nörolojik hastalıklar, üst ekstremitelerde artroz, bursit, artrit, tendinit, gibi kas iskelet sistemi sorunları, osteoporoz, hipotiroidizm gibi metabolik hastalıklar gösterilir (Toraman ve Yıldırım, 2010).

### **2.6.3. Yaşlılarda Düşme Korkusu**

Yaşlı bireylerde düşme korku ve kaygı yaratan, bağımsızlık kaybına neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli sağlık sorunudur (Akdeniz ve ark., 2010). Düşme korkusu yaşlılarda mobilite yeteneğini sınırlamaya veya hareketsiz kalmasına neden olmaktadır (Erdem ve Emel, 2004; Yeşilbalkan ve Karadakovan, 2005). DSÖ düşmeyi yaşlılık döneminin dört önemli sorunundan biri olarak kabul eder. 75 yaş üstü kişilerde kaza ile ölümlerin %70'inden düşme sorumludur. DSÖ Avrupa



bölge ofisi 2004 yılında yayınladığı bir raporda 65 yaş üstü yaşlıların %30'unun, 80 yaş üzeri kişilerin %50'sinin her yıl düştüğünü bildirmektedir. Düşme sonrası yaralı şekilde acil servise başvuran yaşlılarda yapılan çalışmada da hastaların %2,2'sinin öldüğü saptanmıştır (Akdeniz ve ark., 2010).

Düşme tehlikesi geçirmiş, düşmüş ya da düşme riski altındaki yaşlı bireyleri düşme korkusu önemli derecede etkileyen bir sorundur. Yapılan çalışmalar, düşme korkusunun pek çok yaşlı birey tarafından yaşandığını ve düşme korkusu prevalansının net olarak bilinmemekle birlikte %25-85 arasında olduğunu bildirmektedir. Yaşlı bireyler düşme hakkında kaygılandığı durumda fiziksel aktivitesi etkilenmekte ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlamaktadır. Dolayısıyla bu durum düşme korkusunu meydana getirmekte veya korku, düşmeye neden olabilecek fiziksel ve bilişsel güçsüzlüğe neden olmaktadır; böylece bir kısır döngü oluşur. Bunun sonucunda yaşlı bireyin bağımlılığının artmasına ve dolayısıyla yetersizlik duygusu yaşamasına sebep olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşanan düşme korkusunun, bireyin duyu ve davranış alanlarında da önemli farklılıklar yarattığı tespit edilmiş olup; düşme korkusunun “Günlük Yaşam Aktivitelerini” gerçekleştirme yeteneğini ve sosyal etkileşimi azalttığı da bildirilmektedir (Kara ve ark., 2009). Aynı zamanda düşme korkusu, yaşlının sosyal aktivitelere daha az katılmasının yanı sıra, depresyon yaşamasına, ilaç ya da alkol kullanımına ve sonuç olarak da bireyin düşmesine neden olmaktadır. Her yıl 65-74 yaş arasındaki yaşlıların dörtte birinin düştüğü, düşenlerin üçte birinin 6 ay içinde yeniden düştüğü ve düşmenin yaşlıda ölüme neden olduğu bildirilmektedir. Yaşanılan korkuyu yok saymak ya da ciddiye almamak sorunu çözmeyeceği gibi, yeni sorunların oluşmasına da neden olmaktadır. Düşme korkusu olan yaşlılara, yaşadıkları korkuya ilişkin rahatlatıcı yaklaşımlarda bulunulmadığı zaman, yaşlının korkusu giderek yoğunlaşmakta, bu durum düşme riskini daha da artırmaktadır (Erdem ve Emel, 2004).

#### **2.6.4. Yaşlılarda Düşmelerin Sonuçları**

Yaşlılarda düşme, ekimozlardan yaşamı tehdit eden yaralanmalara kadar bir çok probleme neden olur. Düşme sonucu yaralanan yaşlıların yaklaşık yarısı bakıma muhtaç bağımlı hale gelmekte, kendileri ve aileleri için bakım sorununu meydana getirmektedir. Yaşlı bireyler düşme sonrası yaralanma durumu olmasa dahi tekrar düşme korkusuyla yaşamlarını kısıtlamakta, daha hareketsiz bir yaşamı tercih

etmektedirler. Hareket kısıtlanması sonucunda yaşlılar daha da güçsüzleşir ve düşme riski artmaktadır bu durum düşme düşkünlüğünün ve bazı tıbbi sorunların ilk habercisi de olabilir (Akdeniz ve ark., 2010).

Aktaş'ın (2016), yapmış olduğu çalışmada %38,5'inin düşme sonucu yaralandığı bildirmiştir. Yaşlı bireylerde, acil servise başvuruların % 10'unu ve acil yatış yapılanların % 6'sını düşmeler ve hastaneye yatışların % 5-10'unu düşmeye bağlı kırıklar oluşturmaktadır (Tinetti, 2003).

Yaşlılardaki düşmelere bağlı olarak, hastalık ve ölüm hızı artmakta, ayrıca bu durum bireyin genel fonksiyonlarının azalmasına yol açarak bağımsız bir yaşam sürmesini engellemekte ve uzun dönem bakım sorunları ile erken ölüm riskini artırmaktadır (Beyazay ve ark., 2014).

Yaşlılarda ölüm nedenleri arasında beşinci sırada olan kazaların 2/3'ünü oluşturan düşmeler, neden olduğu travma ve sağlık sorunları, yol açtığı bakım ve sağlık harcamaları ile aileler ve toplum için de önemli oranda yük oluşturan bir toplum sağlığı sorunudur (Beyazay ve ark., 2014).

### **2.6.5. Yaşlılarda Düşmelerin Değerlendirilmesi**

Düşmeler, yaşlı bireylerin en sık karşılaştığı en ciddi ev içi kazalardan biridir (Beyazay ve ark., 2014). Yaşlı bireylerin çevresinde düşme riski oluşturabilecek etmenler bakımından değerlendirilerek yaşlı ve bakım veren aile bilgilendirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Yaşlıların sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi kendilerine güven duygusunu artırıp düşme anksiyetesini azaltabilir. Yaşlı, aile, hekim ve diğer sağlık çalışanları bir ekip yaklaşımı içinde çalışır ve resmi olarak da desteklenirse yaşlılarımızın daha etkin, bağımsız, onurlu ve kaliteli bir hayat şansları olabilir (Akdeniz ve ark., 2010).

Düşen ya da düşme riski olan yaşlıların düşmelerinin değerlendirilmesi;

**Düşme deneyimlerinin değerlendirilmesi:** Kaygan veya düz olmayan yürüme yüzeyleri, zayıf aydınlatma vb. sebeple daha önce düştüğü çevre, düştüğü dönemde yaşlının yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı, düşme öncesi baş dönmesi olup olmadığı, yaralanmanın tipi sorgulanmalıdır.

**İlaç kullanma öyküsünün değerlendirilmesi:** Yaşlı bireye reçeteli veya reçetesiz kullanılan tüm ilaçlar detaylı olarak sorulmalı, ilaç sayısı belirlenmeli, yüksek risk grubunda olan ilaçlara özellikle dikkat edilmelidir.

**Görmenin değerlendirilmesi:** Görme derinliği, keskinliği, ve kontrast duyarlılığını kapsayan görme muayenesi yapılarak mutlaka katarakt açısından değerlendirilmelidir.

**Postural kan basıncı ölçümü:** En az 5 dakika sırt üstü pozisyonunda yattıktan sonra ilk kan basıncı, ayağa kalktıktan ve 3 dakika ayakta bekledikten sonra ikinci ve üçüncü kan basıncı ölçümleri yapılmalıdır. Ayağa kalktıktan hemen veya 3 dakika sonra sistolik kan basıncında 20 mm Hg ya da üstü olduğunda düşme semptomatik veya asemptomatik olsun postural hipotansiyon olarak kabul edilmelidir.

**Denge ve yürümenin değerlendirilmesi:** Pratik bir test olan kalk ve yürü testi kullanılabilir. Yaşlı bireye ellerini ve kollarını kullanmadan oturduğu sandalyeden kalkması, birkaç metre yürümesi ve geriye dönmesi söylenir.

**Nörolojik değerlendirme:** Hastalar kas kuvveti ve tonusu, serebellar koordinasyon, kognitif fonksiyonlar, derin tendon refleksi, periferik sensoriyel persepsiyon ve depresyon açısından değerlendirilmelidir.

**Kas-iskelet sistemi değerlendirilmesi:** Eklemlerin değerlendirilmesi ve ayak muayenesi yapılmalıdır.

**Kardiyovasküler değerlendirme:** Senkop, aritmi ve koroner arter hastalığı öyküsü sorgulanmalıdır. Prekordiyal ve boyun oskültasyonu ile üfürüm-yayılmı ve ritim değerlendirilmelidir. Karotis sinüs hipersensitivitesi değerlendirilirken damar yolunun açık ve monitorizasyona dikkat edilmesi gerekmektedir.

**Ev içi tehlikelerin değerlendirilmesi:** Az aydınlatılmış ortam, kaygan zemin, banyoda güvenli olmayan eşyaların kullanımı gibi düşmeye sebep olabilecek faktörler değerlendirilmelidir (Işık ve ark., 2006).

### 2.6.6. Yaşlılarda Düşmelerin Önlenmesi

Devlet planlama teşkilatının (2007) “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal eylem Planı” Raporunda; yaşlılarda sık görülen hastalıklara daha fazla ağırlık verilmesi, kaza ve yaralanmaların önlenmesi ve sebeplerini anlamaya yönelik çalışmalar yapılması, düşmeleri önleme programlarının uygulanması, yangınlar dahil evdeki kaza tehlikelerinin en aza indirilmesi ve güvenlik önlemleri ile ilgili önerilerde bulunmuş ve yaşlılarda düşmelerin en aza indirilmesi için alınabilecek önlemler belirtilmiştir.

Düşmelerin önlenmesinde sağlık personeline özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler yaşlıları düzenli ev ziyaretleri yaparak evinde

izlemeli, yaşıyı değerlendirirken; demografik, sağlık ve ev içi çevre özelliklerini düşme yaşama yönünden değerlendirebileceği tam ve sistemli bir anamnez almalıdır (Kehinde, 2009).

Düşmenin önlenmesi için ev içi düzenlemelerde, halıların kaldırılması, banyoda tutunma barlarının olması, gece ışığın kolayca yakılabileceği bir düzenek kurulması, eşyaların azaltılması gibi önlemler önerilmektedir (Turaman, 2001).

Yaşlılarda düşmelerin 2/3' ünün önlenilebileceği, bu nedenle risk faktörlerinin tanımlanmasının düşmenin önlenmesinde önemli bir gereksinim olduğu saptanmıştır. Birçok risk faktörü düşme ile ilişkili olmakla birlikte, olası önleme ve koruma tedbirleri açısından yüksek risk grubunun belirlenmesi önemlidir (Bulut Doğan, 2014). Bu yüzden risk faktörleri belirlenmeli ve ona yönelik önlemler alınmalıdır.

### **2.6.7. Evde Bakım Hemşiresinin Yaşlılarda Düşmeyi Önlemeye Yönelik Girişimleri**

Tıp alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimiyle doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması, ortalama yaşam süresine olumlu şekilde etkileyerek, ölüm yaşının yükselmesini sağlamış ve 65 yaş ve üstü nüfusun oranı da artmıştır. Dolayısıyla hızla artan yaşlı nüfusun fiziksel ve zihinsel sağlığını koruyucu önlemler alınmalı, yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler tanınarak yaşlının tedavi ve bakımı planlanmalıdır (Fadıloğlu ve ark., 2013).

Yaşlılara yönelik verilen yaşlı bakım hizmetinde hemşireler bakım verici, eğitici, danışman ve bakım koordinatörü rollerini üstlenmektedir. Hemşirelerin, yaşlanma, yaşlanmaya bağlı fizyolojik, psikososyal, bilişsel ve ekonomik değişiklikler, yaşlılarda görülen kronik hastalıklar ve yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal destek hizmetleri konusunda yeterli bilgi ve deneyimlerinin olması, bilgi ve deneyimlerini sürekli eğitimlerle geliştirmeleri gerekmektedir (Erdil ve Bayraktar, 2010). Ayrıca evde yaşayan yaşlıları yaşadıkları ortamda izleyerek, onlara ilişkin veriler toplayarak sorunları saptamalı, saptadığı sorunları öncelik sırasına koyarak her bir soruna uygun amaçlar geliştirmelidir (Hacıoğlu, 2009).

Yaşlı bakımında ki amaç, hastalık tedavilerinin yanı sıra, yaşlı bireylerin zihinsel, fiziksel, ve ruhsal olarak fonksiyonel kapasitelerini en üst düzeyde tutmak ve

yaşam kalitelerini artırmaktır. Hemşire yaşlının duygularını ifade etmesini, kendi kararlarını vermesini, becerilerini sergilemesini destekleyerek, daha bağımsız hareket etmesine yardımcı olmalıdır. Ayrıca belirli aralıklarla yaşlıların mobilite düzeylerinin değerlendirilmesi ve düşme ile ilgili korkularının belirlenmesi önemlidir (Yıldırım ve Karadakovan, 2004; Erdem ve Emel, 2004; Yeşilbalkan ve Karadakovan, 2005).

Yaşlı bireylerin başarılı deneyimlerini artırıp kendini daha iyi hissetmesini sağlamak; amaç oluşturmak ve problem çözmeye katılmalarını gerçekleştirmek amacıyla geliştirilmiş olan güçlendirme modeli doğrultusunda; öz bakım, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimini içeren konularda eğitim ve motivasyonlarının sağlanması da hemşirelerin temel sorumluluklarındandır (Fadıloğlu ve ark., 2013).

Birincil bakım hekimlerinin de yaşlılarda düşme problemlerinin farkına vararak herhangi bir sebeple kendilerine başvuran tüm yaşlı bireyleri düşme öyküsü olmasa dahi düşme riski açısından değerlendirmeleri gerekir. Belirlenmiş olan risk etmenlerine yönelik girişimler düşmeleri önlemede etkilidir. Düşme olmuş ise düşme anının ayrıntılı sorgulandığı kapsamlı bir öykü ve görme ve işitme muayenesini de içeren fiziki muayeneye ek olarak nörolojik muayene ile yürüme ve dengeyi değerlendirme testleri birincil bakımda kolaylıkla yapılabilir. Düşmeye neden olabilecek tıbbi durumlar tedavi edilmeli, ilaçlar düzenlenmelidir. Kas geliştirme, yürüme ve denge eğitimlerinin yaşlının bedensel olarak güçlenmesini sağlaması ile düşmeyi ve yaralanmayı azaltmış olduğu kanıtlanmıştır (Akdeniz ve ark., 2010).

Düşmeyi önlemeye ilişkin önlemler birincil, ikincil ve üçüncül önlemler olmak üzere üç farklı düzeyde ele alınabilmektedir. Henüz düşmemiş fakat bir ya da daha fazla risk faktörünün bulunması nedeni ile düşme ya da kırık oluşumu açısından yüksek riskli olan kişilerde yaşam biçimi ile ilgili düzenlemeler düşmeyi önlemeye ilişkin birincil düzey önlemlerdir. Düşme önlenmesi sürecinde yaşlı bireyin tıbbi hikâyesi, ilaç tedavisi, fonksiyonel durumu ve ev güvenliğini içeren kapsamlı değerlendirme yapılması, yaşlı bireyin yaşadığı ortamın düzenlenmesi, sağlık ekibi üyeleri, yaşlı birey ve ailesinin eğitilmesi önem taşımaktadır. İkincil korunma düzeyinde alınacak önlemler geçmişte en az bir kez düşmüş kişiyi kapsamaktadır ve amaç tekrarlı düşmelerin önlenmesidir. Düşme öyküsü olan bireylerde tekrar düşmeleri engellemek amacıyla sekonder önlemlerle kontrol altına alınamayan risk faktörleri bulunan bireylerde tekrar düşmeleri ve ilişkili sorunları önlemeye yönelik önlemler üçüncül düzey korunma

önlemleri olarak adlandırılır. Üçüncül düzey korunma önlemleri, güçsüz yaşlıları, demanslı ya da parkinson hastalığının son aşamasında olan bireyler için önemlidir (Beyazay ve ark., 2014).



### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı**

Kesitsel tipte yapılan arařtırmada; yařlılarda dūřme riski, korkusu ve dūřme davranıřları ile dūřmeye yōnelik evde bakım gereksinimlerinin incelenmesi amaçlanmıřtır.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Hatay İli Antakya ilçesinde 3 Haziran 2015 - 3 Kasım 2015 tarihleri arasında 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezindeki bir birime kayıtlı olan ve o bōlgede yaşayan, araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerle yapılmıştır.

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

Araştırmada örnekleme seçimine gidilmemiş Antakya 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezindeki bir Aile Hekimliği Birimine kayıtlı olan 3800 kişilik nüfus içerisinde 65 yaş ve üzeri 190 yaşlı bulunmakta olup, bu hastaların tamamının alınması hedeflenmiş ancak örnekleme seçim kriterlerine uyanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Seçim kriterleri; Türkçe bilmek, araştırma yapılacak tarihlerde Őehir içinde olmak, Standardize Mini Mental Testten (SMMT) 23 puan ve üzeri almak, ankete gönüllü olarak katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir. Bunlardan; Türkçe bilmeyen 5 kişi, Őehir dışında olan 15 kişi, SMMT puanı 23 puan altında olan 24 kişi ve ankete katılmak istemeyen 11 kişi olmak üzere 55 kişi araştırma kapsamı dışında bırakılmış ve araştırma seçim kriterlerine uyan 135 kişi ile yapılmıştır.

#### **3.4.Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması**

Arařtırmada veriler, Görüřme Formu, Türkçe-Morse Dūřme Riski Belirleme Ölçeęi, Standardize Mini Mental Test, Türkçe - Yařlılar için Dūřme Davranıřları Ölçeęi (YDDÖ) kullanılarak toplanmıřtır.

Soru formu dōrt bōlüm halinde yapılandırılmıř olup yařlıların Sosyo-demografik özellikler, dūřmeye yōnelik evde bakım gereksinimleri, saęlık-hastalık özellikleri, dūřme öyküsü ve dūřme özelliklerini tanımlamaya yōnelik hazırlanmıř sorulardan oluřmaktadır. Form literatürde belirtilen ve yařlılarda dūřme ile ilgili etkili olduęu dūřünölen deęiřkenler dikkate alınarak oluřturulmuřtur. Arařtırma için kurumlardan yazılı, arařtırmaya katılan bireylerden sözlü izin alınmıřtır.

### 1. Sosyo-Demografik Özellikler

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence ve ekonomik durum yaşlılara doğrudan sorularak öğrenilmiştir.

### 2. Düşmeye Yönelik Evde Bakım Gereksinimleri

Kiminle yaşadığı, kişisel günlük bakımını kendinin yapıp yapamadığı, evde bakımda en çok hangi konuda yardım gereksinimi olduğu, evde bakımınızla ilgilenen biri var mı, kimler ilgileniyor, evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinimi var mı soruları yaşlılara doğrudan sorularak öğrenilmiştir.

### 3. Sağlık - Hastalık Özellikleri

Düzenli doktor kontrolleri, düzenli kilo kontrolü, diyet, egzersiz, uyku düzeni, sağlığı algılama durumu, sigara ve alkol kullanımı, tanı konmuş hastalıklar, kullandığı ilaçlar, yürüme ve denge ile ilgili problemler, yardımcı araç kullanımı yaşlılara doğrudan sorularak öğrenilmiş ve gözlem yoluyla değerlendirilmiştir.

### 4. Düşme Öyküsü ve Düşme Özellikleri

Bu kapsamda yer alan değişkenler düşme öyküsü, düşme özellikleri, düşmeye yönelik evde alınan önlemler ve düşme korkusudur.

**Düşme ve özellikleri:** Yaşlı bireylere doğrudan sorularak öğrenilmiştir. Düşme değişkeni bireyin son bir yıl içinde düşme olayının gerçekleşip gerçekleşmemesine göre değerlendirilmiştir. Düşme özellikleri olarak “düşme sayısı, ne zaman düştüğü ( gece-gündüz), nerede düştükleri (bina içi/dışı yürürken, yataktan kalkarken, sandalyeden kalkarken, duş/banyo yaparken, tuvalette, merdiven iner/çıkarken vb) ve nasıl düştükleri (takılma, kayma, denge kaybı, baş dönmesi, bayıldım, emin değilim vb) sorgulanmış ve yanıtlar “Evet” ve “Hayır” olarak sınıflandırılmıştır. Düşme sonrası sakatlanma durumu “Herhangi bir travma gelişmedi, Kırık, Ezilme, Yırtılma” şeklinde sınıflandırılmıştır.

**Evde düşmeye yönelik önlem alma durumu:** Yaşlı bireylere doğrudan sorularak evde düşmeyi önlemek için önlem alıp almadıkları öğrenilmiş “Evet-Hayır” şeklinde sınıflandırılmıştır. Cevabı evet olan yaşlı bireylere, evde düşmeyi önlemek için hangi önlemleri uyguluyorsunuz sorusu sorularak “Yeterli aydınlatma var, Ev içinde kaymaz ve ayağıma uygun terlik giyiyorum, Küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayacak tutunacaklar var, Banyo ve tuvalette ve gereken yerlerin zeminin de kaymaz



malzemeler kullanılmış, Merdiven kenarlarında tırabzan, tutunacak yerler var, Halı, kilim kenarları takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açmayacak şekilde düzenlenmiştir, Kapı eşikleri düşmeyi önleyecek şekilde yapılmıştır, Elektrik, telefon vb. kabloları düşmeyi engelleyecek şekilde düzenlenmiştir vb.” şeklinde maddelenmiştir.

**Düşme Korkusu:** Düşme korkusu değişkeni tek maddelik soru ile ölçülmüştür. Bu tip değerlendirme kararında düşme korkusunun değerlendirilmesine yönelik literatür bilgileri yol gösterici olmuştur. Literatürde düşme korkusu çok farklı şekillerde tanımlanmış ve ölçülmüştür. Düşme korkusunu inceleyen ilk araştırmalarda *Düşmekten korkar mısınız?* Sorusuna verilen “evet / korkuyorum” veya “hayır / korkmuyorum” gibi tek soru ile değerlendirilmiştir. Bu tip değerlendirmenin prevalans hesaplamalarında daha kolay ve anlaşılır bir yol olduğu belirtilmektedir. Kullanımı kolay olduğu için bu şekilde ikili yanıt seçeneği olan ölçümün toplum temelli araştırmalarda kullanılması önerilmektedir (Ersoy ve ark., 2009). Bu araştırmada kullanım kolaylığından dolayı ikili yanıt seçeneği tercih edilmiştir.

Düşmekten korkmanın yaşlı bireyin günlük aktivitelerini yerine getirmesinde sınırlamalar getirip getirmediği sorularak öğrenilmiş ve “Evet-Hayır” olarak sınıflandırılmıştır.

**Türkçe Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği** kullanılarak düşme riski değerlendirilmiştir. Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği, Janice M. Morse (2009) tarafından 1985 de İngilizcede geliştirilmiş, 2008 yılında yeniden düzenlemesi yapılmıştır. Ölçek 6 maddeli (düşme öyküsü, ikincil hastalık, yürürken yardım alma, IV tedavi alma, yürüyüş şekli ve mental durum), kısa ve kullanımı kolay bir araçtır. Ölçekten alınan toplam puana göre bireyin düşme risk düzeyi belirlenir. 0– 44 arası puan “düşme riski az /yok” olarak, 45 ve üstü puan “düşme riski yüksek” olarak değerlendirilmektedir. Dikotom ve kategorik tipte bir ölçektir. Ölçeğin uygulanmasından sonra bireyin aldığı toplam puana göre düşme risk düzeyi belirlenmektedir (Morse ve ark., 1986; Morse ve ark., 1989). Uymaz ve Nahcivan (2011) tarafından ölçeğin Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Mevcut veriler *Türkçe Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği*'nin Türk toplumunda sağlık profesyonelleri tarafından kullanılabilir ve geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğunu göstermiştir. Cronbach alfa 0,57 dir. Cronbach alfa bu araştırma için 0,51 dir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Türkçe-Morse düşme riski belirleme ölçeğine ilişkin bulgular

<b>Düşme Riski</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>
Yüksek Risk (45 puan ve üzeri puan )	43	31,9	0,506
Risk Yok/Düşük Risk (0-44 puan arası)	92	68,1	

**SMMT** yaşlılarda bilişsel durumunu değerlendirmek için eğitim düzeyine göre, ilkokul ve daha ileri eğitimi olan yaşlı bireyler için “Standardize Mini Mental Test (SMMT)”, okuryazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş yaşlılar için “Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT-E)” kullanılmıştır. 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen aracın Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Bu test eğitilmiş ve eğitimsizler için iki tipte olup, yönelim, kayıt hafıza, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve dil testleri ve yapılandırma bölümlerinden oluşmaktadır. Bu çalışmada iki tipte kullanılmıştır. Testte her soru “1” puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan “30” ‘dur. Alınan puanlara göre; 0-12 puan “şiddetli”, 13-22 puan “orta” ve 23-24 puan “ hafif” düzeyde “bilişsel bozukluk var” olarak, 25-30 puan arası ise “bilişsel bozukluk yok” olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada araştırma kapsamına 23 puan ve üstü alan yaşlılar dahil edilmiştir.

**Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği**, Clemson ve arkadaşları (2003) tarafından İngilizce’de geliştirilen ölçek, 30 maddeli ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Öz-bildirime dayalı olan ölçek, yaşlıların potansiyel düşmelerden kendilerini korumak için sergiledikleri davranışlarını ve farkındalıklarını tanılamaya yöneliktir. Ölçekteki ifadeler, yaşlı bireylerin ev yaşamlarında, aydınlatma ve görme, ayakkabı kullanımı, açık hava ve günlük yaşamlarında yaptıkları şeyleri sorgulamaktadır. Her bir ifade 1’den 4’e kadar puanlanmış, 4’lü Likert tipte bir ölçektir. “Hiçbir zaman” yanıtına 1 puan, diğerlerine sırasıyla “ara sıra” 2 puan, “genellikle” 3 puan ve “her zaman” yanıtına 4 puan verilir. Toplam ölçek ve alt ölçeklerinden alınabilecek olası en düşük ve en yüksek puan 1–4 arasında olup, Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin düşmeye ilişkin güvenli / koruyucu davranışlarını, düşük puanlar ise riskli davranışlarını gösterir. Ölçek alt boyutları sırasıyla; Bilişsel Uyum (6 madde), Hareketlilik (5 madde), Sakınma (5 madde), Farkındalık (4 madde), Acelecilik (2 madde), Pratiklik (3 madde), Aktivite Planında Değişiklik (1 madde), Dikkatlilik (1 madde), Seviye Değişiklikleri (2 madde ), Telefona Yetişme (1 madde)’dir. Ölçekte 6 soru (7., 8., 9., 10., 19. ve 23. maddeler) ters

olduğundan bu maddelere verilen puanlar tersine çevrilir. Bireyin tüm maddelerden aldığı puanı toplanır. Daha sonra madde sayısına bölünerek 1–4 arasında ölçek toplam puanı elde edilmiş olur. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek olası puan 1–4 arasındadır. Alt boyutların puanlarının hesaplanması da toplam ölçek puanlarının hesaplanması gibidir, her alt boyutta madde puanlarının toplanmasıyla elde edilen ham puan madde sayısına bölünerek alt boyut puanı belirlenir. Tüm alt boyutlardan da alınabilecek olası en düşük ve en yüksek puanları 1-4 arasındadır. Uymaz ve Nahcivan (2013) tarafından ölçeğin Türk toplumuna uyarlanma işlemi yapılmıştır. Yapılan analizler ölçeğin Türk yaşlı örnekleminde kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir. Cronbach alfa 0,90 dır. Cronbach alfa bu araştırma için 0,78 dir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Yaşlılar için düşme davranışları ölçeğine ait puan ortalamalarının dağılımı

YDDÖ ve Alt Boyutları	X±SD	Min-Max	Soru Sayısı	Cronbach Alfa
<b>Bilişsel Uyum</b> (6, 13, 21, 24, 25,26 nolu maddeler)	3,26±0,45	1-4	6	0,676
<b>Hareketlilik</b> (1, 2, 4, 5,22 nolu maddeler)	2,52±0,81	1-4	5	0,697
<b>Sakinme</b> (11,12,16,17, 29 nolu maddeler)	2,96±0,52	1-4	5	0,308
<b>Farkındalık</b> (15, 18, 28, 30 nolu maddeler)	2,69±0,59	1-4	4	0,082
<b>Acelecilik</b> (7, 8 nolu maddeler)	3,71±0,47	1-4	2	0,894
<b>Pratiklik</b> (3, 9, 27 nolu maddeler)	2,47±0,49	1-4	3	0,081
<b>Aktivite Planında Değişiklik</b> (23 nolu madde)	3,44±0,78	1-4	1	---
<b>Dikkatlilik</b> (20 nolu madde)	3,38±0,71	1-4	1	----
<b>Seviye Değişiklikleri</b> (14,19nolu maddeler)	2,04±1,20	1-4	2	0,373
<b>Telefona Yetişme</b> (10 nolu madde)	3,28±1,04	1-4	1	---
<b>Toplam</b>	<b>2,90±0,37</b>	<b>1,67-3,67</b>	<b>30</b>	<b>0,775</b>

Veriler araştırmacı tarafından ilgili Aile Sağlığı Merkezine araştırmanın yapılacağı tarihlerde başvuran ve araştırmanın yapıldığı birime kayıtlı olan yaşlılara ev ziyareti yapılarak toplanmıştır.

### 3.5.İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesinde “IBM SPSS Statistics 20” istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bilgilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, cronbach alfa katsayısı ve çapraz tablolarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

### **3.6.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır (B.30.2.ODM.0.20.08/1685) (Ek-3).

Ayrıca çalışmanın aile sağlığı merkezinde yapılabilmesi için Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli yazılı izin alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya katılan yaşlı bireylere, araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiş, gönüllü olanların çalışmaya dahil edilmeleri sağlanarak yazılı onam formu okutulmuş ve izinleri alınmıştır.

### **3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma Hatay İli Antakya ilçesindeki bir birime kayıtlı olan yaşlı bireyler ile yapılmış olması ve düşmenin yaşlı bireyin bildirimine dayalı olarak belirlenmiş olmasıdır.

#### 4. BULGULAR

Bu çalışma, Hatay İli Antakya İlçesi 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezindeki bir Aile Hekimliği Birimine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri, araştırma seçim kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 135 kişi ile yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler bu bölümde verilmiştir.

**Tablo 3.** Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri dağılımı (n=135)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
<b>Yaş Ortalaması</b>	72,6±6,9 yıl	(Min-Max=65-98)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	78	57,8
Erkek	57	42,2
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuma-yazma bilmiyor	50	37,0
Okuma-yazma biliyor	23	17,0
İlköğretim	36	26,7
Lise mezunu	26	19,3
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	96	71,1
Eşi Ölmüş	39	28,9
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Var	121	89,6
Yok	14	10,4
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	40	29,6
Gelir gidere denk yada fazla	95	70,4
<b>Toplam</b>	135	100

Tablo 3’de araştıma kapsamına alınan yaşlı bireylerin Sosyo- Demografik özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde, çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin yaş ortalaması 72,6±6,9 yıldır (min-max = 65-98). Yaşlı bireylerin %57,8’i kadın, %71,1’i evli, %37’si okuma-yazma bilmiyor, %89,6’sının sosyal güvencesi var, %70,4’ünün geliri giderine denk yada fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Yaşlı bireylerin evde bakım ile ilgili bazı gereksinim özellikleri dağılımı (n=135)

<b>Evde Bakım Gereksinim Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kiminle yaşadığı</b>		
Yalnız ya da bakıcı ile	25	18,5
Eşimle	88	65,2
Çocuklarımla kendi evimde ya da çocuklarımla yanında	22	16,3
<b>Kişisel günlük bakımını kendi yapabilme durumu</b>		
Yapabilen	111	82,2
Yapamayan	24	17,8
<b>Evde bakımda en çok hangi konuda yardım gereksiniminin olduğu</b>		
Temizlik	67	49,6
Alışveriş	9	6,7
Ulaşım (toplu taşıt kullanma)	4	3,0
Yemek hazırlama+beslenme	41	3,4
Yıkama+Tuvalet ihtiyacı	12	8,9
Ev içi aktiviteler+ Giyinme	2	1,5
<b>Evde bakımıyla ilgilenen birilerinin olma durumu</b>		
Yok	72	53,3
Var	63	46,7
<b>Evde bakımıyla kimler ilgileniyor (n=63)</b>		
Eş	23	36,5
Çocuklar	33	52,4
Bakıcı	7	11,1
<b>Evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinim durumu</b>		
Yok	70	51,9
Var	65	48,1
<b>Toplam</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

Tablo 4’ de yaşlı bireylerin evde bakım ile ilgili bazı gereksinim özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; %65,2’sinin eşiyile beraber yaşadığı, %82,2’sinin kişisel günlük bakımını kendisinin yapabildiği, %49,6’sının evde bakımda en çok temizlik konusunda yardım gereksiniminin olduğu, %46,7’sinin evde bakımıyla ilgilenen birinin olduğu ve bunların %52,4’ünün çocukları tarafından ilgilenildiği, %51,9’unun evde bakımla ilgili eğitim alma gereksiniminin olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 5.** Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı (n=135)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	n	%
<b>Düzenli Doktor Kontrol Durumu</b>		
Yaptıran	87	64,4
Yaptırmayan	48	35,6
<b>Düzenli Kilo Kontrol Durumu</b>		
Yaptıran	53	39,3
Yaptırmayan	82	60,7
<b>Diyet</b>		
Yapan	72	53,3
Yapmayan	63	46,7
<b>Egzersiz</b>		
Yapan	31	23,0
Yapmayan	104	77,0
<b>Uyku Düzeni</b>		
Düzenli	62	45,9
Düzensiz	73	54,1
<b>Kendi Sağlığını Algılama Durumu</b>		
Çok iyi	5	3,7
İyi	48	35,6
Orta	51	37,8
Kötü	29	21,5
Çok kötü	2	1,5
<b>Sigara İçme Durumu</b>		
İçmeyen	106	78,5
İçen	29	21,5
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Hiç kullanmayan	128	94,8
Kullanan	7	5,2
<b>Toplam</b>	135	100

Tablo 5’ de yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yer verilmiştir. Yaşlı bireylerin; %64,4’ünün düzenli doktor kontrolüne gittiği, % 60,7’sinin düzenli kilo kontrolü yaptırmadığı, %53,3’ünün diyet yaptığı, %77’sinin egzersiz yapmadığı, %54,1’inin uyku düzeninin düzensiz olduğu, %37,8’inin kendi sağlığını orta düzeyde

algıladığı, %78,5'inin sigara içmediği, %94,8'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6.** Yaşlı bireylerin sağlık-hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımını (n=135)

Sağlık-Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
<b>Tanı Koyulmuş Hastalık</b>		
Yok	5	3,7
Var	130	96,3
<b>Tanı Koyulmuş 2. Hastalık</b>		
Yok	49	36,3
Var	86	63,7
<b>Hastalık Dağılım Durumu</b>		
Hipertansiyon	53	40,77
Osteoporoz	20	15,38
Diyabet	18	13,85
Kalp hastalıkları	6	4,62
Romatizma	5	3,85
Astım	4	3,08
Prostat	4	3,08
Parkinson	3	2,31
Vertigo	3	2,31
Dolaşım bozukluğu	3	2,31
Alzheimer	2	1,54
Kanser	2	1,54
Hemipleji	2	1,54
Böbrek hastalığı	2	1,54
Aksiyete	1	0,77
Cilt hastalıkları	1	0,77
Tiroid hastalığı	1	0,77

Tablo 6'da yaşlı bireylerin sağlık-hastalıkla ilgili özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde; yaşlı bireylerin %96,3'ünün tanı koyulmuş bir hastalığın olduğunu, %63,7'sinin tanı koyulan bu hastalıklardan başka hastalık tanısı olduğu ve hastalık dağılımına bakıldığında %40,77'sinin hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).



**Tablo 7.** Yaşlı bireylerin sağlık-hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı (n=135)

Sağlık-Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
<b>Sürekli Kullanılan İlaç</b>		
Yok	10	7,4
Var	125	92,6
<b>Kullanılan ilaç türü (n=125)</b>		
Kardiyovasküler Sistem İlaçları	63	50,4
Kas- İskelet Sistemi İlaçları	21	16,8
Hormon ilaçları	19	15,2
Sinir Sistemi İlaçları	9	7,2
Genitoüriner Sistem İlaçları	6	4,8
Solunum Sistemi İlaçları	4	3,2
Antineoplastik İlaçları	2	1,6
Dermatolojik İlaçlar	1	0,8
<b>Yürüme ile İlgili Sorun</b>		
Sorun Yok	73	54,1
Sorun Var	62	45,9
<b>Denge ile İlgili Sorun</b>		
Sorun Yok	63	46,7
Sorun Var	72	53,3
<b>Yardımcı Araç Kullanımı</b>		
Yok	48	35,6
Var	87	64,4
<b>Kullanılan Yardımcı Araç Türü (n=87)</b>		
Baston	47	54,0
Gözlük veya Lens	30	34,5
Tekerlekli Sandalye ya da Yürüteç	5	5,7
İşitme Cihazı	5	5

Tablo 7’de yaşlı bireylerin sağlık-hastalıkla ilgili özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde; yaşlı bireylerin %92,6’sının sürekli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaç türünün %50,4’ünün kardiyovasküler sistem hastalıkları ilacının olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerden %45,9’unun yürüme ile ilgili sorunu olduğu, %53,3’ünün denge sorunu yaşadığı, %64,4’ünün yardımcı araç kullandığı ve kullanılan yardımcı aracın %54’ünün baston olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

**Tablo 8.** Yaşlıların düşme ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=135)

<b>Düşme İle İlgili Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Düşme Öyküsü</b>		
Evet	76	56,3
Hayır	59	43,7
<b>Son Bir Yıl İçinde</b>		
<b>Düşme Sıklığı (n=76)</b>	<b>Ortalama ±SD</b>	<b>Min-Max</b>
	<b>1,74±1,61</b>	<b>1-10</b>
<b>Düşme Zamanı (n=76)</b>		
Gece	19	25,0
Gündüz	57	75,0

Tablo 8’de yaşlıların düşme ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; yaşlı bireylerin %56,3’ünün düşme öyküsünün olduğu, son bir yıl içinde düşme sıklığının ortalama 1,74±1,61 (min-max = 1-10), düşme zamanı %75’inin gündüz olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

**Tablo 9.** Yaşlıların düşme durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı (n=76)

<b>Düşme Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Düşme Yeri</b>		
Bina içi/dışı yürürken	37	48,7
Yataktan kalkarken	14	18,4
Tuvalette	9	11,8
Duş/banyo yaparken	7	9,2
Merdiven inerken/çıkarken	5	6,6
Sandalyeden kalkarken	4	5,3
<b>Düşme Nedeni</b>		
Kaydım	25	32,9
Dengemi kaybettim	25	32,9
Başım döndü	17	22,4
Takıldım	4	5,3
Emin değilim	3	3,9
Bayıldım	2	2,6
<b>Düşme Sonucu Sakatlanma Durumu</b>		
Kırık	31	40,8
Herhangi bir travma gelişmedi	22	28,9
Ezilme	17	22,4
Yırtılma	6	7,9

Tablo 9’da yaşlıların düşme durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; düşme yerlerinden %48,7’sinin bina içi/dışı yürürken, düşme nedenleri arasında %32,9’unun kayma ve %32,9’unun denge kaybı nedeniyle olduğu, düşme sonucu sakatlanma durumlarından %40,8’inin kırık olduğu belirlenmiştir (Tablo 9) .

**Tablo 10.** Yaşlıların evde düşmeyi önlemeye ilişkin özelliklerin dağılımı ( n= 135)

<b>Düşmeyi Önlemeye İlişkin Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Önlem Alma Durumu</b>		
Alan	105	77,8
Almayan	30	22,2

Tablo incelendiğinde; %77,8'inin düşmeyi önlemeye yönelik önlem aldığı belirlenmiştir. Evde düşmeyi önlemeye yönelik önlem alan yaşlı bireylerin %55,2'sinin “yeterli aydınlatmanın olması; ev içinde kaymaz ve ayağa uygun terlik giyilmesi; küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayan tutamakların olması; banyo tuvalet ve gereken yerlerin zemininde kaymaz malzemeler kullanılması; merdiven kenarlarında trabzan, tutunacak yerlerin olması; halı, kilim kenarlarına takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açmayacak şekilde düzenlenmesi; kapı eşiklerinin düşmeyi önleyecek şekilde yapılmış olması; elektrik, telefon vb. kabloların düşmeyi engelleyecek şekilde düzenlenmiş olması” gibi tüm önlemleri aldığı, %44,8'inin “küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayan tutamakların olması” dışında tüm önlemleri aldığı belirlenmiştir (Tablo 10).

**Tablo 11.** Yaşlıların düşme korkusunun günlük yaşam aktivitelerini ( GYA) etkileme durum dağılımı

<b>Düşme Korkusu ve GYA Etkileme Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Düşme Korkusu</b>		
Var	114	84,4
Yok	21	15,6
<b>Düşme Korkusunun GYA Sınırlama Durumu</b>		
Sınırlayan	40	29,6
Sınırlamayan	95	70,4
<b>Toplam</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

Tablo 11’de yaşlıların düşme korkusu ve günlük yaşam aktivitelerinin etkileme durum dağılımı verilmiştir. Yaşlı bireylerin %84,4’ünü düşme korkusu yaşadığı ve %70,4’ünün düşme korkusunun günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 11).

**Tablo 12.** Türkçe-Morse düşme riski belirleme ölçeğine ilişkin bulgular

<b>Düşme Riski</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>
Yüksek Risk (45 puan ve üzeri puan )	43	31,9	0,506
Risk Yok/Düşük Risk (0-44 puan arası)	92	68,1	

Tablo 12’de Türkçe-Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeğine ilişkin bulgular verilmiştir.%31,9’unda düşme riski yüksek risk grubunda olup, %68,1’inin risk yok/düşük risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Cronbach  $\alpha$  0,51’dir (Tablo 12).

**Tablo 13.** Yaşlılar için düşme davranışları ölçeğine ait puan ortalamalarının dağılımı

<b>YDDÖ ve Alt Boyutları</b>	<b>X<math>\pm</math>SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Soru Sayısı</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
<b>Bilişsel Uyum</b> (6, 13, 21, 24, 25,26 nolu maddeler)	3,26 $\pm$ 0,45	1-4	6	0,676
<b>Hareketlilik</b> (1, 2, 4, 5,22 nolu maddeler)	2,52 $\pm$ 0,81	1-4	5	0,697
<b>Sakinme</b> (11,12,16,17, 29 nolu maddeler)	2,96 $\pm$ 0,52	1-4	5	0,308
<b>Farkındalık</b> (15, 18, 28, 30 nolu maddeler)	2,69 $\pm$ 0,59	1-4	4	0,082
<b>Acecelilik</b> (7, 8 nolu maddeler)	3,71 $\pm$ 0,47	1-4	2	0,894
<b>Pratiklik</b> (3, 9, 27 nolu maddeler)	2,47 $\pm$ 0,49	1-4	3	0,081
<b>Aktivite Planında Değişiklik</b> (23 nolu madde)	3,44 $\pm$ 0,78	1-4	1	---
<b>Dikkatlilik</b> (20 nolu madde)	3,38 $\pm$ 0,71	1-4	1	---
<b>Seviye Değişiklikleri</b> (14,19nolu maddeler)	2,04 $\pm$ 1,20	1-4	2	0,373
<b>Telefona Yetişme</b> (10 nolu madde)	3,28 $\pm$ 1,04	1-4	1	---
<b>Toplam</b>	<b>2,90<math>\pm</math>0,37</b>	<b>1-4</b>	<b>30</b>	<b>0,775</b>

Tablo 13’de Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeğine ait puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yaşlıların ölçek toplam puan ortalaması 2,90 $\pm$ 0,37 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını 3,71 $\pm$ 0,47 ile acecelilik alt boyutu aldığı, en düşük puan ortalamasını 2,04 $\pm$ 1,20 ile seviye değişikliği alt boyutu aldığı belirlenmiştir (Tablo 13).

**Tablo 14.** Sosyo-demografik özelliklerin Morse düşme riski belirleme ölçeği puanlarına etkisinin dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği					
	Risk Yok/Düşük Risk		Yüksek Risk		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	54	58,7	24	55,8	0,100	0,752
Erkek	38	41,3	19	44,2		
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okuma-yazma bilmiyor	28	30,4	22	51,2	19,155	<b>0,000</b>
İlkokulu bitirmemiş okuma yazma biliyor	15	16,3	8	18,6		
İlkokul mezunu	23	25,0	13	30,2		
Lise mezunu	26	28,3	0	0		
<b>Medeni Durumu</b>						
Bekar	23	25,0	16	37,2	2,126	0,145
Evli	69	75,0	27	62,8		
<b>Sosyal Güvence</b>						
Var	86	93,5	35	81,4	4,603	<b>0,032</b>
Yok	6	6,5	8	18,6		
<b>Gelir durumu</b>						
Gelir giderden az	26	28,3	15	34,9	0,608	0,436
Gelir gidere denk	66	71,7	28	65,1		
<b>Toplam</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>		

Tablo 14’de Sosyo-demografik özelliklerin Morse düşme riski belirleme ölçeği puanlarına etkisinin dağılımı verilmiştir. Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği ile eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumu arasında ilişkinin önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği ile cinsiyet, medeni durum ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15.** Evde bakım gereksinim özelliklerinin Morse düşme riski belirleme ölçeği puanlarına etkisinin dağılımı

Evde Bakım Gereksinim Özellikleri	Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği					
	Risk Yok/Düşük Risk		Yüksek Risk		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Kiminle yaşama durumu</b>						
Yalnız	17	18,5	8	18,6	9,424	<b>0,009</b>
Eşi ile	66	71,7	22	51,2		
Çocukları ile kendi evinde	9	9,8	13	30,2		
<b>Kişisel günlük bakımı kendi yapabilme durumu</b>						
Yapan	86	93,5	25	58,1	25,036	<b>0,000</b>
Yapamayan	6	6,5	18	41,9		
<b>Evde bakımla ilgilenen birinin olma durumu</b>						
Yok	62	67,4	10	23,3	22,935	<b>0,000</b>
Var	30	32,6	33	76,7		
<b>Kimler ilgileniyor</b>						
Eş	12	40,0	11	33,3	0,317	0,853
Çocuklar	15	50,0	18	54,5		
Bakıcı	3	10,0	4	12,1		
<b>Evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinim durumu</b>						
Yok	59	64,1	11	25,6	17,442	<b>0,000</b>
Var	33	35,9	32	74,4		
<b>Toplam</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>		

Tablo 15’de evde bakım gereksinim özelliklerinin Morse düşme riski belirleme ölçeği puanlarına etkisinin dağılımı verilmiştir. Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği ile kiminle beraber yaşadığı, kişisel günlük bakımı yapabilme durumu, evde bakımla ilgilenen birininin olması ve evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinimleri arasında ilişkinin önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği ile evde bakımda kimin ilgilendiği arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 16.** Düşme özelliklerinin Morse düşme riski belirleme ölçeği puanlarına etkisinin dağılımı

Düşme Özellikleri	Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği					
	Risk Yok/Düşük Risk		Yüksek Risk		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Son bir yıl içinde evde düşme durumu</b>						
Düşmeyen	55	59,8	4	9,3	30,351	<b>0,000</b>
Düşen	37	40,2	39	90,7		
<b>Evde düşmeyi önlemek için önlem alma durumu</b>						
Evet	73	79,3	32	74,4	0,412	0,521
Hayır	19	20,7	11	25,6		
<b>Toplam</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>		

Tablo 16’da düşme özelliklerinin Morse düşme riski belirleme ölçeği puanlarına etkisinin dağılımı verilmiştir. Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği ile son bir yıl içinde düşme öyküsünün olması durumları arasında ilişkinin önemli olduğu belirlenmiştir ( $X^2 = 30,351$ ;  $p < 0,05$ ). Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği ile evde düşmeyi önlemek için alınan önlemler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).



**Tablo 17.** Sosyo-demografik özelliklerin düşmekten korkma durumuna etkisinin dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Düşmekten korkma durumu				X <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	68	59,6	10	47,6	1,052	0,305
Erkek	46	40,4	11	52,4		
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okuma-yazma bilmiyor	49	43,0	1	4,8	18,603	0,000
İlkokulu bitirmemiş okuma yazma biliyor	16	14,0	7	33,3		
İlkokul mezunu	32	28,1	4	19,0		
Lise mezunu	17	14,9	9	42,9		
<b>Medeni Durum</b>						
Bekar	35	30,7	4	19,0	1,172	0,279
Evli	79	69,3	17	81,0		
<b>Sosyal Güvence</b>						
Var	100	87,7	21	100,0	2,877	0,090
Yok	14	12,3	-	-		
<b>Gelir durumu</b>						
Gelir giderden az	37	32,5	4	19,0	1,508	0,219
Gelir gidere denk	77	67,5	17	81,0		
<b>Toplam</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>		

Tablo 17’de sosyo-demografik özelliklerin düşmekten korkma durumuna etkisinin dağılımı verilmiştir. Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile eğitim düzeyi arasında önemli fark belirlenmiştir ( $p<0,01$ ).

Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence ve gelir durumu arasında fark önemsiz saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 18.** Evde bakım gereksinim özelliklerinin düşmekten korkma durumuna etkisinin dağılımı

Evde Bakım Gereksinim Özellikleri	Düşmekten korkma durumu				X <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
<b>Kiminle yaşama durumu</b>						
Yalnız	21	18,4	4	19,0	2,496	0,287
Eşi ile	72	63,2	16	76,2		
Çocuklarını ile kendi evimde	21	18,4	1	4,8		
<b>Kişisel günlük bakımını kendi yapabilme durumu</b>						
Yapan	90	78,9	21	100,0	5,377	0,200
Yapamayan	24	21,1	-	-		
<b>Evde bakımla ilgilenen biri olma durumu</b>						
Yok	54	47,4	18	85,7	10,477	0,001
Var	60	52,6	3	14,3		
<b>Kimler ilgileniyor</b>						
Eş	21	35,0	2	66,7	1,353	0,508
Çocuklar	32	53,3	1	33,3		
Bakıcı	7	11,7	-	-		
<b>Evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinim durumu</b>						
Yok	51	44,7	19	90,5	14,860	0,000
Var	63	55,3	2	9,5		
<b>Toplam</b>	114	100,0	21	100,0		

Tablo 18’de evde bakım gereksinim özelliklerinin düşmekten korkma durumuna etkisinin dağılımı verilmiştir. Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile kişisel günlük bakımını kendi yapabilme durumu, evde bakımla ilgilenen birinin olma durumu ve evde bakım ile ilgili eğitim alma gereksinimi arasında önemli fark belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile kiminle yaşadığı ve kimin ilgilendiği arasında fark önemsiz saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19.** Düşme özelliklerinin düşmekten korkma durumuna etkisinin dağılımı

Düşme Özellikleri	Düşmekten korkma durumu				X <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
<b>Son bir yıl içinde evde düşme durumu</b>						
Düşmeyen	39	34,2	20	95,2	26,844	0,000
Düşen	75	65,8	1	4,8		p<0,001
<b>Evde düşmeyi önlemek için önlem alma durumu</b>						
Alan	93	81,6	12	57,1	6,126	0,013
Almayan	21	18,4	9	42,9		p<0,05
<b>Yürümeyle ilgili problem</b>						
Sorun yok	56	76,7	17	23,3	7,234	0,007
Sorun var	58	93,5	4	6,5		p<0,01
<b>Denge ile ilgili problem</b>						
Sorun yok	45	71,4	18	28,6	15,235	0,000
Sorun var	69	95,8	3	4,2		p<0,001
<b>Toplam</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>		

Tablo 19’da düşme özelliklerinin düşmekten korkma durumuna etkisinin dağılımı verilmiştir. Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile son bir yıl içinde evde düşme durumu, evde düşmeyi önlemek için önlem alma durumu, yürüme ve denge ile ilgili problem yaşama arasında önemli fark belirlenmiştir (p<0,01).

**Tablo 20.** Morse düşme riski ölçek puanı ve yardımcı araç kullanımının düşmekten korkma durumuna etkisinin dağılımı

Türkçe-Morse Düşme Riski Ölçeği	Düşmekten korkma durumu				X <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Yüksek Risk (45 puan ve üzeri puan )	43	37,7	-	-	11,623	0,001
Risk Yok/Düşük Risk (0-44 puan arası)	71	62,3	21	100,0		
<b>Yardımcı araç kullanımı</b>						
Yok	32	67	16	33	18,76	0,000
Var	82	94,3	5	5,7	0	

Morse düşme riski ölçek puanı ve düşmekten korkma durumu arasında anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ( $X^2 = 11,623$ ;  $p < 0,01$ ). Düşmekten korkma durumu ile yardımcı araç kullanımı arasında anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ( $X^2 = 18,760$ ;  $sd=1$ ,  $p=0,000$  ,  $p < 0,05$ ) (Tablo 20).

## 5. TARTIŞMA

Hatay İli Antakya İlçesi 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezindeki bir Aile Hekimliği Birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin; yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimlerinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilen bu araştırmada elde edilen bulgular bu bölümde tartışılacaktır.

Yaşlı bireylerden %45,9'unun yürüme ile ilgili sorunu olduğu, %53,3'ünün denge sorunu yaşadığı, %64,4'ünün yardımcı araç kullandığı ve kullanılan yardımcı aracın %54 baston, %34,5 gözlük veya lens, %5,7 tekerlekli sandalye veya yürüteç, %5 işitme cihazı olduğu belirlenmiştir. Uymaz'ın (2012), yaptığı çalışmada katılımcıların %81,4'ü gözlük kullanmakta ve yürümeye yardımcı araç olarak baston kullanma oranı %7 olduğunu belirtmiştir (Tablo 7). Yeşilbalkan ve Karadakovan'ın (2005) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin % 29,7'si yürürken yardımcı bir araca ihtiyaç duyduklarını ve yardımcı araç olarak % 91,3'ü baston kullandığını bildirmiştir. Sonuçlar literatür ile benzerdir.

Çalışma kapsamındaki yaşlı bireylerin son bir yıl içinde %56,3'ünün düşme öyküsünün olduğu, düşme sıklığının ortalama  $1,74 \pm 1,61$  (min-max = 1-10) olarak belirlenmiştir (Tablo 8). Uymaz'ın (2012), yaptığı çalışmada bir yıl içinde düşme deneyimleyen yaşlı oranı %46,5'dir. Aktaş'ın (2016), yapmış olduğu çalışmada yaşlı bireylerin son bir yıl içinde %34,2'si düşme deneyimledikleri belirtilmiştir. Lök (2010), son bir yıl içinde düşme yaşayan yaşlıların oranını %47,7 ve düşme sayısı bir olanların oranını %90,5 olarak bildirmiştir. Kıvrımlı (2002), yaptığı çalışmada yaşlılarda bir yıllık düşme sıklığını %33,9 olarak bildirmiştir. Fisher ve arkadaşları (2005), yaşlılarda bir yıllık düşme sıklığını %55 olarak ifade etmiştir. Bıyıklı ve Nahcivan (2007), çalışmasında yaşlıların son bir yıl içinde %33,3'ünün en az bir kez düştüğünü saptamıştır. Yeşilbalkan ve Karadakovan (2005), yaptıkları çalışmada %48,7'sinin düştüğünü bildirmiştir. Akın ve Emiroğlu (2003), son bir yıl içinde bir ya da daha fazla düşme olayı yaşayanların oranını %49,7 ev içinde düşenlerin oranını ise %45,8 olarak bildirmiştir. Erdem ve Emel (2004), çalışmalarında yaşlıların %33'nün düştüğünü saptamıştır. Erkal (2005), yaptığı çalışmada yaşlılardan ev kazası geçirdiğini belirtenler arasında en fazla görülen ev kazasının %60,5 oranıyla düşme olduğunu saptamıştır. Ülkemizde 65 yaş ve üstü yaşlılarda ev ve çevresinde yaşanan bir yıllık düşme sıklığı

%33 olarak bulunmuştur (Taşkıran, 2005). Bu araştırmanın sonuçları literatürdeki araştırma sonuçları ile benzerdir.

Yaşlı bireylerin günün hangi saatinde daha fazla düşme deneyimledikleri incelendiğinde %75'inin gündüz saatlerinde olduğu belirlenmiştir. Yeşilbalkan ve Karadakovan'ın (2005) yaptıkları çalışmada %50,4 öğle saatlerinde daha fazla düşme deneyimlediklerini bildirmişlerdir. Bu sonuç bu çalışmadan elde edilen sonuç ile paralellik göstermektedir. Bu durumu; yaşlı bireylerin daha çok günün gündüz saatlerinde daha fazla aktif olmalarının daha çok düşmeye maruz kalmalarına sebep olduğu şeklinde açıklanabilir.

Düşme nedenleri olarak %32,9'unun kayma ve %32,9'unun denge kaybı nedeniyle olduğu belirlenmiştir. Uymaz'ın (2012), yaptığı çalışmada denge kaybı %14, takılma %11,86, kayma %11,86 ve baş dönmesi %7 düşme nedenleri olarak belirtilmiştir. Yeşilbalkan ve Karadakovan (2005), yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin %36,2'si baş dönmesi, %34'ü ise ayağın takılması nedeni ile düştüklerini belirtmişlerdir. Keskinoglu ve arkadaşları (2004), son 6 ayda yaşlıların %38'nin ev içi kaza geçirdiğini ve geçirilen kazaların çoğunluğunu kayma ve düşmelerin oluşturduğunu belirlemiştir. Budak (2008), yaptığı çalışmada ev kazası geçiren yaşlıların %53,8 oranla en fazla kaygan zeminde düşme olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada evde yaşayan yaşlıların düşmekten korkan ve son bir yıl içinde düşme oranı %65,8'dir ve yaşlı bireylerde düşme korkusu ile son bir yıl içinde düşme durumu arasında önemli fark belirlenmiştir (Tablo 19). Düşme korkusuna odaklanan bir literatür inceleme çalışmasında, evde yaşayan yaşlıların %29-55'inin düşmekten korktuğu, daha önce düşmüş olanlarda bu oranın %50-65'e yükseldiği belirtilmektedir (Skelton ve Beyler, 2003). Bu çalışma literatür ile benzer olup, düşme korkusunun daha önceki düşme deneyimlerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Bu araştırmada yaşlı bireylerde düşme korkusu ile eğitim düzeyi arasında önemli fark belirlenmiştir. Düşük eğitim seviyesine sahip olan yaşlı bireylerin düşmekten daha çok korktuğu saptanmıştır (Tablo 17). Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile evde düşmeyi önlemek için önlem alma durumu, yürüme ve denge ile ilgili problem yaşama arasında önemli fark belirlenmiştir (Tablo 19). Yaşlı bireylerin %77,8'inin düşmeyi önlemeye yönelik önlem aldığı ve önlem alanların %55,2'sinin maddelenen önlemlerden; yeterli aydınlatmanın olması; ev içinde kaymaz ve ayağa uygun terlik

giyilmesi; banyo tuvalet ve gereken yerlerin zemininde kaymaz malzemeler kullanılması; merdiven kenarlarında trabzan, tutunacak yerlerin olması; halı, kilim kenarlarına takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açmayacak şekilde düzenlenmesi; kapı eşiklerinin düşmeyi önleyecek şekilde yapılmış olması; elektrik, telefon vb. kabloların düşmeyi engelleyecek şekilde düzenlenmiş olması gibi önlemleri aldığı belirlenmiştir. Evde düşmeyi önlemek için önlem alan yaşlı bireylerin düşmekten daha fazla korktuğu saptanmıştır. Bu durum düşmekten korkan yaşlı bireylerin korkmayanlara göre evde düşmeyi önlemeye yönelik tedbirler aldığı düşünülebilir. Yürüme ve denge ile ilgili sorunu olan yaşlı bireylerin düşmekten daha fazla korktuğu belirlenmiştir.

Çalışma kapsamındaki yaşlı bireylerin Türkçe-Morse düşme riski %31,9'unda yüksek risk grubunda olup, %68,1'inin risk yok/düşük risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Uymaz (2012), yaptığı çalışmada Türkçe-Morse düşme riski %39,62'sinin yüksek risk grubunda olduğu, %60,4'ünün risk yok/düşük risk grubunda olduğunu belirtmektedir. Bu araştırmanın sonuçları literatürdeki araştırma sonuçları ile benzerdir.

Bu çalışmada Türkçe-Morse düşme riski belirleme ölçeği ile eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumu arasında farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Eğitim düzeyi azaldıkça düşme riski daha da artmaktadır. Sosyal güvencesi olan yaşlıların sosyal güvencesi olmayan yaşlılara göre düşme riski daha yüksektir. Bu çalışmada Türkçe-Morse düşme riski ölçeği ile evde bakım gereksinim özellikleri arasındaki anlamlı ilişkiler incelendiğinde; eşyle beraber yaşayan, evde bakımıyla ilgilenen birine sahip olan, kişisel günlük bakımı yapabilen ve evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinimi olan yaşlıların düşme riski daha yüksektir (Tablo 15). Yaşlı bireylerin eşle beraber yaşama ve kişisel günlük bakımını kendi yapabilme durumunda daha aktif olacağından düşme riskinin daha yüksek olabileceğini söyleyebiliriz. Eğitim düzeyi düşük ve eğitim alma gereksinimi olan yaşlı bireylerin bilgi eksikliğinden dolayı düşme riskinin daha yüksek olduğu düşünülebilir. Türkçe-Morse düşme riski belirleme ölçeği ile son bir yıl içinde düşme öyküsünün olması durumları arasında farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 16). Son bir yıl içinde düşme deneyimi olan yaşlı bireylerin daha fazla düşme riskinin olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada yaşlılar için düşme davranışları ölçeğinden alınan ölçek toplam puan ortalaması  $2,90 \pm 0,37$  olarak bulunmuştur (Tablo 13). Boğa ve ark. (2015),

yaptıkları çalışmada yaşlılar için düşme davranışları ölçeğinden alınan ölçek toplam puan ortalaması  $2,70\pm 0,43$  olarak bulunmuştur. Uymaz'ın (2012) yaptığı çalışmada yaşlılar için düşme davranışları ölçeğinden alınan ölçek toplam puan ortalaması  $2,25\pm 0,29$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puanın 1, en yüksek puanın ise 4 olduğu düşünüldüğünde, yaşlıların düşme davranışlarının yüksek olduğu söylenebilir. Elde edilen bulgular literatür ile benzerdir.

Yaşlılar için düşme davranışları ölçeğinin alt boyutlarından en yüksek puanı  $3,71\pm 0,47$  ile acelecilik alt boyutunun aldığı, en düşük puan ortalamasını  $2,04\pm 1,20$  ile seviye değişikliği alt boyutunun aldığı belirlenmiştir. Boğa ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada ölçek alt boyutlarından en yüksek puanı  $3,30\pm 0,91$  ile seviye değişiklikleri alırken, en düşük puan ortalamasını  $2,38\pm 0,59$  ile pratiklik alt boyutu almıştır. Uymaz'ın (2012) yaptığı çalışmada ölçek alt boyutlarından en yüksek puanı  $2,71\pm 0,52$  ile sakınma alırken, en düşük puan ortalamasını  $1,88\pm 0,84$  ile seviye değişikliği alt boyutu almıştır. Literatürdeki yaşlılar için düşme davranışları ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı alan alt boyut sonuçları incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Yaşlılar için düşme davranışları ölçeği alt boyutlarından en düşük puanı alan alt boyut sonuçları incelendiğinde ise, Uymaz'ın (2012) yaptığı çalışmada ölçek alt boyutlarından en düşük puan ortalamasını  $1,88\pm 0,84$  seviye değişikliği ile benzer fakat Boğa ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada ölçek alt boyutlarından en düşük puan ortalamasını  $2,38\pm 0,59$  pratiklik alt boyutu ile farklılık belirlenmiştir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştıma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaş ortalaması  $72,6 \pm 6,9$  yıldır (min-max = 65-98). Yaşlı bireylerin %57,8'i kadın, %71,1'i evli, %37'si okuma-yazma bilmiyor, %89,6'sının sosyal güvencesi var, %70,4'ünün geliri giderine denk yada fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Yaşlı bireylerin evde bakım ile ilgili bazı gereksinim özellikleri incelendiğinde; %65,2'sinin eşiyile beraber yaşadığı, %82,2'sinin kişisel günlük bakımını kendisinin yapabildiği, %49,6'sının evde bakımda en çok temizlik konusunda yardım gereksiniminin olduğu, %46,7'sinin evde bakımıyla ilgilenen birinin olduğu ve bunların %52,4'ünün çocukları tarafından ilgilenildiği, %48,1'inin evde bakımla ilgili eğitim alma gereksiniminin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Yaşlı bireylerin; %64,4'ünün düzenli doktor kontrolüne gittiği, %60,7'sinin düzenli kilo kontrolü yaptırmadığı, %53,3'ünün diyet yaptığı, %77'sinin egzersiz yapmadığı, %54,1'inin uyku düzeninin düzensiz olduğu, %37,8'inin kendi sağlığını orta düzeyde algıladığı, %78,5'inin sigara içmediği, %94,8'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Yaşlı bireylerin %96,3'ünün tanı koyulmuş bir hastalığının olduğu, %63,7'sinin tanı koyulan bu hastalıklardan başka hastalık tanısı olduğu ve hastalık dağılımına bakıldığında %40,77'sinin hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Yaşlı bireylerin %92,6'sının sürekli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaç türünün %50,4'ünün kardiyovasküler sistem hastalıkları ilacının olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerden %45,9'unun yürüme ile ilgili sorunu olduğu, %53,3'ünün denge sorunu yaşadığı, %64,4'ünün yardımcı araç kullandığı ve kullanılan yardımcı aracın %54'ünün baston olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Yaşlı bireylerin %56,3'ünün düşme öyküsünün olduğu, son bir yıl içinde düşme sıklığının ortalama  $1,74 \pm 1,61$  (min-max = 1-10), düşme zamanı %75'inin gündüz olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Düşme yerlerinden %48,7'sinin bina içi/dışı yürürken, düşme nedenleri arasında %32,9'unun kayma ve %32,9'unun denge kaybı nedeniyle olduğu, düşme sonucu sakatlanma durumlarından %40,8'inin kırık olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Yaşlı bireylerin %77,8'inin düşmeyi önlemeye yönelik önlem aldığı belirlenmiştir. Evde düşmeyi önlemeye yönelik önlem alan yaşlı bireylerin %55,2'sinin “yeterli aydınlatmanın olması; ev içinde kaymaz ve ayağa uygun terlik giyilmesi; küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayan tutamakların olması; banyo tuvalet ve gereken yerlerin zemininde kaymaz malzemeler kullanılması; merdiven kenarlarında trabzan, tutunacak yerlerin olması; halı, kilim kenarlarına takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açmayacak şekilde düzenlenmesi; kapı eşiklerinin düşmeyi önleyecek şekilde yapılmış olması; elektrik, telefon vb. kabloların düşmeyi engelleyecek şekilde düzenlenmiş olması” gibi tüm önlemleri aldığı, %44,8'inin “küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayan tutamakların olması” dışında tüm önlemleri aldığı belirlenmiştir (Tablo 10).

Yaşlı bireylerin %84,4'ünü düşme korkusu yaşadığı ve %29,6'sının düşme korkusunun günlük yaşam aktivitelerini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 11).

Yaşlı bireylerin %31,9'unda düşme riski yüksek risk grubunda olup, %68,1'inin risk yok/düşük risk grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Yaşlılar için düşme davranışları ölçeğine ait puan ortalamalarının dağılımı  $2,90 \pm 0,37$  olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını  $3,71 \pm 0,47$  ile acelecilik alt boyutu aldığı, en düşük puan ortalamasını  $2,04 \pm 1,20$  ile seviye değişikliği alt boyutu aldığı belirlenmiştir (Tablo 13). Bu sonuç yaşlılarda düşme davranışlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Eğitim düzeyi azaldıkça düşme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 14).

Yaşlı bireylerden eşiyile beraber yaşayan, kişisel günlük bakımlarını kendi yapabilen ve evde bakımıyla ilgilenen kişiye sahip olan kişilerin Morse düşme riski belirleme ölçeğinde yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 15).

Morse düşme riski belirleme ölçeğinde yüksek risk grubunda olan yaşlı bireylerden %74,4'ünün evde bakım ile ilgili eğitim alma gereksiniminin olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 15).

Morse düşme riski belirleme ölçeği ile son bir yıl içinde düşme öyküsünün olması durumları arasında ilişkinin önemli olduğu belirlenmiştir ( $X^2 = 30,351$ ;  $p < 0,05$ ). Morse düşme riski belirleme ölçeğinde yüksek risk grubunda olan yaşlı bireylerden son bir yıl içinde düşenlerin oranı %90,7 olarak saptanmıştır (Tablo 16).

Yaşlı bireylerde eğitim düzeyi azaldıkça düşmekten korkma durumunun arttığı belirlenmiştir ( $p<0,01$ ) (Tablo 17).

Yaşlı bireylerden kişisel günlük bakımlarını kendi yapabilen ve evde bakımıyla ilgilenen kişiye sahip olanların daha çok düşmekten korkan kişiler olduğu belirlenmiştir ( $p<0,01$ ) (Tablo 18).

Düşme korkusu olan yaşlı bireylerin son bir yıl içinde %65,8'inin düştüğü, %81,6'sının evde düşmeyi önlemek için önlem aldığı, %93,5'inin yürüme ve %95,8'inin denge ile ilgili sorunu olduğu belirlenmiştir ( $p<0,01$ ) (Tablo 19).

Düşme korkusu olan yaşlı bireylerin daha fazla düşme riskinin olduğu belirlenmiştir. Morse düşme riski ölçek puanları incelediğinde %37,7'sinin yüksek risk grubunda olduğu, %62,3'ünün düşük risk grubunda olduğu saptanmıştır ( $X^2 = 11,623$ ;  $p<0,01$ ). Düşmekten korkan yaşlı bireylerin %94,3'ünün yardımcı araç kullanmakta olduğu belirlenmiştir ( $X^2 = 18,760$ ;  $sd=1$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 20).

## 6.2. Öneriler

Yaşlanma sürecine bağlı olarak meydana gelen değişimler, bireyin aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşlılarda düşme, korku ve kaygı oluşturarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, bağımsızlık kaybına neden olan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gözlenmektedir. Bu yüzden yaşlı bireyin mevcut fonksiyonel kapasitesini en yüksek düzeyde kullanması için teşvik edici ve cesaretlendirici bir tutum sergilemelidir.

Yaşlı bireylere, bakım veren kişilere ve sağlık personellerine, farkındalıklarını arttırıcı, düşme ile ilgili olası riskler ve düşmelerin önlenmesi konusunda eğitim verilerek bu durumun farkında olunmalıdır.

Yaşlı bireyler evde düşmeyi önlemeye yönelik “yeterli aydınlatmanın olması; ev içinde kaymaz ve ayağa uygun terlik giyilmesi; küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayan tutamakların olması; banyo tuvalet ve gereken yerlerin zemininde kaymaz malzemeler kullanılması; merdiven kenarlarında trabzan, tutunacak yerlerin olması; halı, kilim kenarlarına takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açmayacak şekilde düzenlenmesi; kapı eşiklerinin düşmeyi önleyecek şekilde yapılmış olması; elektrik, telefon vb. kabloların düşmeyi engelleyecek şekilde düzenlenmiş olması” gibi önlemleri alması önerilebilir.

Düşmelerin önlenmesi için yaşlı bireyin yaşam alanında gerekli çevresel düzenlemeler yapılması ve belirli aralıklarla hareket değerlendirilmesi yapılarak olası yardımcı araç gereç vb. ihtiyacını erken dönemde saptanması önerilebilir.

Yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimleri hakkında farkındalığı arttıracak sosyal faaliyetler ve eğitimler verilebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık personellerinin yaşlı bireylere yönelik görsel tasarımlar yapılarak (afiş, broşür, video vb.) eğitim verilmesi önerilebilir.



## KAYNAKLAR

- Akdemir N. Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. In: Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset. 2005; 165-167.
- Akdeniz M, Yaman A, Kılıç S, Yaman H. Aile hekimliğinde önlenebilen sorunlar: yaşlılarda düşmeler. Gero Fam Dergisi 2010; 1:117-132.
- Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6:59-67.
- Akın G. Her Yönüyle Yaşlılık. Ankara, Palme Yayıncılık. 2006; 43-83.
- Aktaş B, Erci B. Rehber doğrultusunda verilen eğitimin yaşlı bireylerde düşmeyi önlemeye etkisi. İç Hastalıkları Dergisi 2016; 23: 49-59
- Alkan H, Yıldız N, Sarsan A, Akkaya N, Fındıkoğlu G, Sevinç Ö, Topuz O, Ardıç F. Toplumda yaşayan yaşlı bireylerde posturografik düşme riski ile klinik denge testleri arasındaki ilişki. Turkish Journal of Geriatrics 2014; 17 (3) 242-248.
- American Geriatrics Society (AGS). American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001; 49:664-672.
- Arulat T. Aile hekimlerinin birinci basamakta yaşlı hasta değerlendirmesindeki sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi, Antalya, Kongre Kitabı. 2009; 17-22.
- Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(3):177-183.
- Bahar G, Bahar A, Savaş A.H. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12): 85-98.
- Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012; 25:1-3.
- Berke D, Eti Aslan F. Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: düşmeler, nedenleri ve önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(4): 72-77.
- Beyazay S, Durna Z, Akın S. Yaşlı bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014; 6(1):1-12.
- Bıyıklı K, Nahcivan N. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda düşme ile ilişkili faktörler: demografik özellikler, sağlık sorunları ve kullanılan ilaçlar. Sağlık ve Toplum 2007; 95-108.

- Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Türkiye’de yaşı evde bakım hizmetleri. *Euras J Fam Med* 2014; 3(1):1-8
- Bilgili N, Çelik SŞ. Yaşı bireylerde ev kazalarına bağlı düşme sorunu ve önlenmesi. *Sağlık ve Toplum* 2006; 15:18-24.
- Bilir N, Subaşı Paksoy N. Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı olmayan Hastalıkların Kontrolü. In: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006; 1020-1024.
- Bilir N. Yaşlanan Toplum Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara, 2008; 10-14.
- Boğa N. M, Özdelikara A, Ağaçdiken S. Huzurevindeki yaşı hastalarda düşme davranışlarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4(3): 364-368
- Budak ED. Isparta ili keçiborlu ilçesindeki yaşlılarda ev kazaları sıklığı ve konut durumunun buna etkisinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Bulut Doğan, Z. Huzurevinde ve evde yaşıyan yaşlılarda düşme ile ilişkili risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Chu, LW, Chi I, Chiu AY. Incidence and predictors of falls in the chinese elderly. *Ann Acad Med Singapore* 2005; 34:60-72.
- Clemson, L, Cumming R. G, Heard R. The development of an assessment to validate behavioral factors associated with falling. *The American Journal of Occupational Therapy* 2003; 57(4): 380-388.
- DPT. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007; 17-107.
- Erdem M, Emel FH. Yaşlılarda mobilite düzeyi ve düşme korkusu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; (7)1: 1-10.
- Erdil F, Bayraktar N. Yaşı bireylerde kas-iskelet sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları. *İ.U.F.N. Hem. Dergisi* 2010; 18(2): 106-113.
- Erkal S. Kırıkkale ovacık mahallesinde yaşıyan 65 yaşı ve üzeri kişilerin ev kazaları ile karşılaşma durumlarının ve kaza nedenlerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2005; 8:17-21.

- Erkılıç M, Aydoğdu F, Aslan D, Kutsal YG. Yaşlının Evi ve Çevresi. Geriatri Derneği Yayınları, Ankara. 2006;22-37.
- Ersoy Y, MacWalter R.S., Durmus, B., Altay,Z. & Baysal,Ö. Predictive effects of different clinical balance measures and the fear of falling on falls in postmenopausal women aged 50 years and over. Gerontology 2009; 55:660-665.
- Fadıloğlu Ç. Yaşlılıkta Evde Bakım. Fadıloğlu Ç, Ertem G, Aykar Şenuzun F. Editör, Evde Sağlık ve Bakım. Amasya, Göktuğ Yayıncılık. 2013; 159-179.
- Fisher AA, Davis MW, McLEAn AJ, Couteur DGL. Epidemiology of falls in elderly semi -independent resident in residential care. Australasian Journal on Ageing 2005; 24:98-102.
- Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1.Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006; 1019-1029.
- Gündüz H. Yaşlılarda postür ve yürüme. Geriatri 2000; 3(4):155-162.
- Güngen, C, Ertan T, Eker E, Yaşar R. & Engin F. Standardize mini mental test'in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4): 273-281.
- Hacıaloğlu N. Halk Sağlığı Hemşireliği. In: Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği. 2009; 30-33.
- Huang H, Gau M, Lin W, Kernohan G. Assessing risk of falling in older adults. Public Health Nursing 2003; 20(5), 399–411.
- Işık AT, Cankurtaran M, Doruk H, Mas MR. Geriatrik olgularda düşmelerin değlendirmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(1):45-50.
- Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Yngve Gustafson Y. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. Annals of Internal Medicine 2002; 136:733-741.
- Kannus P, Sievanen H, Palvanen M, Jarvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. Lancet 2005; 366:1885-1893.
- Kara B, Yıldırım Y, Genç A, Ekizler S. Geriatriklerde ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi. Fizyoterapi Rehabilitasyon 2009; 20(3):190-200.
- Kartal M. Yaşlıda görme kaybı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012; 3(6):44-48.

- Kehinde JO. Instruments for measuring fall risk in older adults living in long-term care facilities. J Gerontol Nurs 2009; 35:46-55.
- Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü sağlık ocağı bölgesi'ndeki yaşıllarda ev içi kazalar. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7:2:89-94.
- Kırımlı E. Huzurevinde kalan yaşıllarda düşme sıklığı ve buna etki eden nedenler. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, İstanbul, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2002.
- Koldaş L. Yaşıllık ve kardiyovasküler yaşılanma nedir? Turk Kardiyol Dern Ars 2017; 45:1-4
- Kutsal, G.Y. Yaşıllık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları.  
[http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta\\_kaliteli\\_yasam\\_son.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf),  
Erişim tarihi: 26.08.2015
- Larson L, Bergmann TF. Taking on the fall: The etiology and prevention of falls in the elderly. Clinical Chiropractic 2008; 11:148-154.
- Morse BM, Tylko S. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging 1986; 8, 66-77.
- Morse J.M., Morse B.M. & Tylko S. Development of a scale to identify the fall-prone patient.  
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7785631&fileId=S0714980800008576> , Erişim tarihi: 26.08.2015
- Morse J.M. Preventing Patient Falls, Establishing a Fall Intervention Program. Second Edition, Springer Publishing Company, New York, 2009.
- Naharcı Mİ, Doruk H. Yaşlı popülasyonda düşmeye yaklaşım. TAF Prev Med Bull 2009; 8:437-444.
- Nalbant S. Yaşıllıkta Fizyolojik Değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi 4(2):4-11  
<http://www.nobelmedicus.com/Content/1/11/04-11.pdf> , Erişim tarihi: 26.08.2015
- Özbek Z, Öner P. Geriatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2008; 6(2):73-80.
- Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2 (3):385-395.
- Rao SS. Prevention of falls in older patients. Am Fam Physician 2005; 72(1):81-8.



- Skelton,D.A. & Beyer, N. Exercise and injury prevention in older people. Scand I Med Sci Sports 2003; 13:77-85.
- Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15(3):219-224.
- Taşar T.P, Akçiçek F. Yaşlılıkta fizyolojik değişimler. Türkiye Klinikleri. J Fam Med-Special Topics 2012; 3(6):9-15.
- Taşkıran ÖÖ. Yaşlılarda düşme ve düşmeye yol açabilecek risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, 2005; 62-75.
- Tinetti, ME. Preventing falls in elderly persons. N Eng J Med 2003; 348:42-49.
- Toraman A, Ün Yıldırım N. Düşme ile ilişkili ve ilişkisiz hastalığı olan yaşlı bireylerde düşme riski ve fiziksel uygunluk. Turkish Journal of Geriatrics 2010; 13(2):105-110.
- Tomanbay İ, Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler.  
[http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal\\_boyut/yaşlılara\\_yonelik\\_sosyal\\_1\\_hizmet.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaşlılara_yonelik_sosyal_1_hizmet.pdf) , Erişim tarihi: 26.08.2015
- TÜİK 2016. İstatistiklerle yaşlılar  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>, Erişim tarihi: 28.02.2018
- Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Türk Geriatri Dergisi 2001; 4:22-27.
- Uçku R. “Yaşlı Bakımında Temel Bilgiler”, Yaşlı ve Hasta Bakım Hizmetleri içinde, Editör: Didem Arslantaş, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2491, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1462, Eskişehir. 2012; 1-25.
- Uymaz P, Nahcivan, N. Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. 2011; 221-222.
- Uymaz P. Huzurevinde yaşayan yaşlılara uygulanan düşme önleme programının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, İstanbul, Doktora Tez, 2012.
- Uymaz P, Nahcivan N. Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. FN Hem Derg 2013; (21)1: 22-32.
- Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde Yaşayan yaşlılarda düşme riskini belirlenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; (9)2:25-30

- Ünalın D, Soyuer F, Elmalı F. Geriatri merkezinde çalışanlarda yaşlılık tutumunun değeriendirilmesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2012; 2(3):115-120
- Vehid S. Yaşlılık ve Yaşlılıkla İlgili Sorunlar. Halk Sağlığı Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü. İstanbul. 2008; 421-424.
- WHO 2007. Global report on falls prevention in older age. [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf) , Erişim Tarihi: 30.12.2017
- Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam Kavramı: Önümüzdeki Demografik Değişime Yönelik Bir Çözüm Önerisi. Gero Fam 2010; 1(1): 1-14.
- Yeşilbalkan ÖU, Karadakovan A. Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8(2):72-77.
- Yıldırım B, Özkahraman Ş , Ersoy S, Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2(2): 19-23.
- Yıldırım Y.K, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde düşme korkusu, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2): 78-83
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, et al. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Med J 2010; 11(3):125-32.
- Yumurtacı A. Demografik Değişim: Psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik boyutları ile yaşlılık. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi 2013; 4(6):10-30.

## EKLER

### Ek-1 Veri Toplama Formu

1). **Cinsiyetiniz:** 1.Kadın( ) 2.Erkek ( )

2). **Yaşınız:**.....

3). **Medeni Durumu**

1.Bekar ( ) 2.Evli ( ) 3.Eşi ölmüş ( ) 4.Boşanmış/Ayrı yaşıyor ( )

4). **Eğitim Düzeyi**

1. Okuma-yazma bilmiyor ( ) 2. İlkokulu bitirmemiş, okuma-yazma biliyor ( )

3. İlkokul mezunu ( ) 4. Ortaokul mezunu ( ) 5. Lise mezunu ( )

5). **Sosyal Güvence Durumu:** 1. Var ( ) 2. Yok ( )

6). **Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?**

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

7). **Kiminle yaşıyorsunuz ?**

1. Yalnız( ) 2. Eşimle( ) 3. Çocuklarımla kendi evimde( ) 4.Çocuklarımla yanında( )

5. Akrabalarımın yanında ( ) 6. Kendi evimde bakıcı ile ( ) 7. Diğer (belirtiniz).....

8). **Kişisel günlük bakımınızı kendiniz yapabiliyor musunuz?**

1. Yapıyorum 2. Yapamıyorum

9). **Evde bakımda en çok hangi konuda yardım gereksiniminiz var?(Tek seçenek işaretleyiniz.)**

1.Temizlik 2.Alış veriş 3.Ulaşım (toplu taşıt kullanma) 4.Yemek hazırlama+beslenme 5. Yıkama+Tuvalet ihtiyacı 6.Ev içi aktiviteler+ Giyinme 7 .Diğer.....

10). **Evde bakımınızla ilgilenen biri var mı?** 1. Yok ( ) 2. Var ( )

11). **Kimler ilgileniyor?** 1.Eş 2.Çocuklar 3.Anne-Baba 4. Bakıcı 5.Diğer.....

12). **Evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinimi var mı?** 1. Yok ( ) 2. Var ( )

13). **Düzenli Doktor Kontrollerine gidiyor musunuz?** 1. Gidiyorum 2. Gitmiyorum

14). **Düzenli kilo kontrolü yaptırıyor musunuz?** 1. Yaptırıyorum 2. Yaptırmıyorum

15). **Diyet yapıyor musunuz?** 1. Yapıyorum 2. Yapmıyorum

16). **Egzersiz yapıyor musunuz?** 1. Yapıyorum 2. Yapmıyorum

17). **Uykunuz düzenli mi?** 1. Düzenli 2. Düzensiz

**Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)**

**18).Kendi sağlığını nasıl algılıyorsunuz?**

1.Çok İyi( ) 2. İyi ( ) 3. Orta ( ) 4. Kötü ( ) 5. Çok Kötü ( )

**19). Sigara içiyor musunuz?** 1. Hayır ( ) 2. Evet ( )

**20). Alkol kullanıyor musunuz?** 1. Hiç kullanmam ( ) 2. Kullanırım ( )

**21).Tanı Koyulmuş Hastalık var mı?** 1. Yok 2.Var .....

**22). Bu hastalıktan başka hastalığınız var mı?** 1. Yok 2.Var .....

**23). Sürekli kullandığınız ilaç var mı?** 1. Yok 2.Var .....

**24.) Sürekli kullandığınız ilaç var ise ne ilacı kullanıyorsunuz ?**

1. Kardiyovasküler Sistem İlaçları 2. Sindirim Sistemi İlaçları 3.Dermatolojik ilaçlar  
4.Kan ve Kan Oluşturan ilaçlar 5.Kas- İskelet Sistemi İlaçları 6.Genitoüriner Sistem  
İlaçları 7.Solunum Sistemi İlaçları 8.Antineoplastik İlaçlar 9.Hormon ilaçları  
10.Sinir Sistemi İlaçları 11.Diğer ilaçlar

**25).Yürüme ile ilgili problem yaşıyor musunuz?** 1.Sorun yok ( ) 2. Sorun var ( )

**26). Denge ile ilgili problem yaşıyor musunuz?** 1.Sorun yok ( ) 2. Sorun var ( )

**27). Kullandığınız yardımcı araç var mı?** 1. Yok 2.Var

**28). Kullandığınız yardımcı araç türü nedir?**

1.Tekerlekli sandalye( ) 2.Yürüteç( ) 3.Gözlük/ lens ( ) 4.Baston( ) 5.İşitme cihazı( )

**29). Son bir yıl içinde evde düştünüz mü?** 1. Hayır ( ) 2.Evet ( )

**30). Son bir yıl içinde evde kaç kez düştünüz? .....**

**31). Ne zaman düştünüz?** 1.Gece ( ) 2.Gündüz ( )

**32). Eğer düştüyse; Nerede ?**

1. Bina içi/dışı yürürken	1Evet( ) 2Hayır ( )
2. Yataktan kalkarken	1Evet( ) 2Hayır ( )
3. Sandalyeden kalkarken	1Evet( ) 2Hayır ( )
4. Duş/banyo yaparken	1Evet ( ) 2Hayır ( )
5. Tuvalette	1Evet ( ) 2Hayır ( )
6. Merdiven inerken/çıkarken	1Evet ( ) 2Hayır ( )
7. Diğer ( )	1Evet ( ) 2Hayır ( )

**Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)**

**33). Nasıl düştünüz?(Çoklu düşmelerde, düşme sayısı kadar neden işaretlenecektir.)**

- |                      |           |            |
|----------------------|-----------|------------|
| 1. Takıldım          | 1Evet ( ) | 2Hayır ( ) |
| 2. Kaydım            | 1Evet ( ) | 2Hayır ( ) |
| 3. Dengemi kaybettim | 1Evet ( ) | 2Hayır ( ) |
| 4. Başım döndü       | 1Evet ( ) | 2Hayır ( ) |
| 5. Bayıldım          | 1Evet ( ) | 2Hayır ( ) |
| 6. Emin değilim      | 1Evet ( ) | 2Hayır ( ) |
| 7. Diğer             | 1Evet ( ) | 2Hayır ( ) |

**34). Düşme sonrası herhangi bir sakatlanma durumu oldu mu?**

- |                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| 1. Herhangi bir travma gelişmedi ( ) | 2. Kırık ( )    |
| 3. Ezilme ( )                        | 4. Yırtılma ( ) |

**35). Evde düşmeyi önlemek için önlem alıyor musunuz?** 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**36). Cevabınız evetse Evde düşmeyi önlemek için hangi önlemleri uyguluyorsunuz ?**

1. Yeterli aydınlatma var ( )
2. Ev içinde kaymaz ve ayağıma uygun terlik giyiyorum ( )
3. Küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayacak tutamaklar var ( )
4. Banyo ve tuvalette ve gereken yerlerin zeminin de kaymaz malzemeler kullanılmış ( )
5. Merdiven kenarlarında trabzan, tutunacak yerler var ( )
6. Halı, kilim kenarları takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açmayacak şekilde düzenlenmiştir ( )
7. Kapı eşikleri düşmeyi önleyecek şekilde yapılmıştır ( )
8. Elektrik, telefon vb kabloları düşmeyi engelleyecek şekilde düzenlenmiştir.( )
- 9)Diğer .....

**37).Düşmekten Korkar mısınız?** 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**38).Düşmekten korkmak sizi günlük aktivitelerinizi yerine getirmede size sınırlamalar getiriyor mu?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)****MORSE DÜŞME RİSKİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ –Türkçe Form**

Morse Düşme Riski Belirleme Ölçeği sağlık profesyonelleri tarafından erişkin ve yaşlı bireylerde düşme

riskinin değerlendirilmesinde kullanılan, hızlı ve basit bir tanılama aracıdır. Lütfen aşağıdaki her bir durumu bireyin özelliklerini dikkate alarak değerlendiriniz ve belirtilen göstergelere göre puanlandırınız.

<b>Maddeler</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Puan</b>
<b>1. Düşme Öyküsü</b>	Hayır 0 Evet 25	.....
<b>2. İkincil Hastalık</b>	Hayır 0 Evet 15	.....
<b>3. Yürürken Yardım Alma</b> -Yardımsız yürüyor / Yatak istirahatında/ Tekerlekli sandalye kullanıyor/ sürekli birisinden yardım alıyor - Koltuk değneği/ baston /yürüteç kullanıyor - Mobilyalardan /duvarlardan destek alarak yürüyor	0 15 30	
<b>4. IV tedavi/ IV katater kullanıyor mu?</b>	Hayır 0 Evet 20	
<b>5. Yürüyüş Şekli</b> - Normal/ yatak istirahatında/tekerlekli sandalye kullanıyor - Zayıf/ Güçsüz - Kötü/ Bozulmuş	0 10 20	
<b>6. Mental Durum</b> - Hareket sınırlılıklarının farkında - Hareket sınırlılıklarının farkında değil	0 15	
	<b>Toplam Puan</b>	.....

**Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)**

**STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)**

T.Puan:

**YÖNELİM (Toplam puan 10)**

Hangi yıl içindeyiz .....(....)

Hangi mevsimdeyiz .....(....)

Hangi aydayız .....(....)

Bugün ayın kaçı .....(....)

Hangi gündeysiniz .....(....)

Hangi ülkede yaşıyoruz .....(....)

Şuan hangi şehirde bulunmaktayız .....(....)

Şuan bulunduğumuz semt neresidir .....(....)

Şuan bulunduğumuz bina neresi .....(....)

Şuan bu binada kaçınca kattasınız .....(....)

**KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)**

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

**DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)**

100'den geriye doğru 7 çıkararak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

(Her doğru işlem için 1 puan).....(....)

**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 (20sn tut).....(....)

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum"(10 sn tut) 1puan .....(....)

c) Şimdi sizden birşey yapmanızı isteyeceğim. Beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen. (Toplam 3 puan, süre30 sn, her bir doğru işlem için 1 puan).....(....)

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.

**Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)**

**“GÖZLERİNİZİ KAPATIN”**

e) Size vereceğim kağıda anlamlı bir cümle yazın .....(....)

(30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin .....(....)

(1 dk süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)





**Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)**

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

T.Puan:

**YÖNELİM** (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz .....(....)

Hangi mevsimdeyiz .....(....)

Hangi aydayız .....(....)

Hangi gündeyiz ..... (....)

Günün hangi bölümündeyiz ..... (....)

Hangi ülkede yaşıyoruz ..... (....)

Şuan hangi şehirde bulunmaktayız .....(....)

Şuan bulunduğumuz semt neresidir .....(....)

Şuan bulunduğumuz bina neresi .....(....)

Şuan 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 1puan .....(....)

**DİKKAT ve HESAP YAPMA** (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

(Her doğru işlem için 1 puan) .....(....)

**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 (20sn tut) .....(....)

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “Eğer ve fakat istemiyorum”(10 sn tut) 1puan .....(....)

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim. Beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen.

(Toplam 3 puan, süre30 sn, her bir doğru işlem için puan) .....(....)

**Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)**

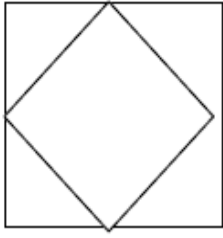
d) Şimdi dikkatlice yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını yapın.

(Uygulayıcı gözlerini kapatır ve tekrar açar) .....(...)

e) Evinizle ilgili bir şey söyleyin .....(...)

(30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin .....(...)



## Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)

### YAŞLILAR İÇİN DÜŞME DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (Türkçe Form)

Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarında yaptıkları 30 farklı davranışı içeren bir listedir. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve günlük yaşamınızda yaptığınız şeyleri her ifadenin ne ölçüde tarif ettiğini aşağıda örnekte sunduğumuz gibi daire içine alınız. 'Bana uymuyor' ifadesini sadece, durum sizin karşı karşıya kalmadığınız bir şeye daire içine alın (örneğin, telefonunuz yoksa).

Hiçbir zaman	Ara sıra	Genellikle	Her zaman
--------------	----------	------------	-----------

### Günlük Yaşamınızda Yaptığınız Aktiviteler Hakkında

1. Ayağa kalktığımda, dengemi sağlamak için kısa bir süre olduğum yerde beklerim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
2. Düşmemek için yavaş hareket ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
3. Düşmeyi önlemeye yardım edebilecek şeyler hakkında birileriyle konuşurum.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
4. Bir şeyi almak için eğilmeden önce mutlaka bir yere sağlam bir şekilde tutunurum.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
5. İhtiyaç duyduğumda bir baston veya yürümeme yardımcı bir araç kullanırım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
6. Kendimi iyi hissetmediğimde günlük işlerimi yaparken daha dikkatli olurum.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
7. Bir şeyler yaparken acele ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
8. Hızlıca arkaya dönerim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	

## Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)

### Ev içinde yaptığınız aktiviteler hakkında

9. Yüksek bir yere/şeylere erişmek için en yakınimdaki sandalye ya da herhangi bir mobilyanın üzerine çıkarım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
10. Telefon çaldığında cevaplamak için acele hareket ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
11. Ampul değiştirmek için başkasından yardım isterim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
12. Yüksekteki bir şeyi almak için başkasından yardım alırım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
13. Hasta olduğumda, oturduğum yerden kalkarken ve dolaşırken daha dikkatli davranırım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
14. Merdivenlerden inerken bir sonra adım atacağım basamağı düşünürüm.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor

### Aydınlatma ve görmeniz hakkında

15. Yere dökülmüş olan şeylere dikkat ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
16. Gece yataktan kalkmam gerekirse, ışığı açarım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
17. Yaşadığım ortamın daha iyi aydınlanması için değişiklikler yaparım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
18. Gözlük camlarımı temizlerim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
19. Uzak/yakın mesafe gözlüğümü takarak yürüdüğüm için yerdeki seviye değişikliklerini iyi göremem ya da yanlış adım atarım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor

### Ayakkabı seçiminiz hakkında

20. Ayakkabı satın alırken, tabanının kaygan olup olmadığını kontrol ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
--	--------------	----------	------------	-----------	--

## Ek-1 Veri Toplama Formu (devamı)

### Ev dışında yaptığımız aktiviteler hakkında

21. Dışarıda yürürken, düşmeme neden olabilecek tehlikeler için etrafıma dikkat ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
22. Yokuş çıkmaktan kaçınırım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
23. Rüzgârlı, soğuk ve yağmurlu günlerde dışarı çıkarım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
24. Dışarı çıktığımda, düşmemek için hareketlerime dikkat ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
25. Mümkün olduğunca trafik lambaları ve yaya geçitlerini kullanarak karşıdan karşıya geçerim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
26. Merdivenlerden çıkarken tırabzanlara tutunurum.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
27. Kalabalık yerlerde dolaşmaktan kaçınırım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	
28. Evimin giriş çıkış kapısının açıldığı yürüme yolunda, yürümemi engelleyen şeylerin olmamasına dikkat ederim.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
29. Çarşıdan aldıklarımı evime azar azar taşıırım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor

### İlaçlarımız hakkında

30. İlaçlarımın yan etkilerini, eczacıma, hemşireme veya doktoruma sorarım.	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Genellikle	Her Zaman	Bana Uymuyor
---	--------------	----------	------------	-----------	--------------

## Ek-2 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

07.05.2015

Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

T.C.  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Karar Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
20.03.2015	11	191 - 200

**Karar No:**

**2015/193** Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Şennur YÜKSEL'in tez konusunun belirlenmesi ile ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 11.03.2015 tarih ve 11503 sayılı yazısı ve eklerinin görüşülmesi.

Yapılan görüşme sonucunda; adı geçen tezli yüksek lisans öğrencisinin tez konusunun Etik Kurul onayı alınması şartı ile, Anabilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı ve OMÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin 33 üncü maddesi uyarınca aşağıdaki gibi olmasına toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verildi.

Şennur YÜKSEL'in Tez Konusu: "Yaşlılarda Düşme Riski, Korkusu ve Düşme Davranışları ile Düşmeye Yönelik Evde Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi"

ASLI GİBİDİR

## Ek-3 Etik Kurul Raporu



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1685

04.05.2015

Sayın Doç.Dr.İlknur AYDIN AVCI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimlerinin incelenmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2015/ 197 Karar nolu **Anket Çalışması** nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 30.04.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNTER  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## Ek- 4 Kurum İzni



T.C.  
HATAY VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı :53365225.4.31.24.00/12554  
Konu: Tez Çalışması

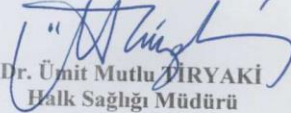
03-06-2015

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı)

13.05.2015 tarihinde Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi Koordinasyon Kurulu toplantı sonucunda alınan kararla, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Şennur YÜKSEL'in "Yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimlerinin incelenmesi" yönelik tez çalışmasının uygunluğuna karar verilmiştir.

05.12.2013 tarihinde imzalanan protokolün 8. maddesine istinaden göre araştırma sonuç raporlarının bir örneğinin faaliyet raporu ile birlikte Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Bilgi ve gereğini arz ederim.

  
Dr. Ümit Mutlu YIRYAKI  
Halk Sağlığı Müdürü

Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü / Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü  
hatay.ailevetsm.subesi@hotmail.com İrtibat için: C.KANAK  
Adres: Fevzi Çakmak Mah. Hastane Cad. No:37 P.K.:31070 Antakya / HATAY  
Tel 0 (326) 216 06 14/17, Dâhili Tel. 1011-1012Fax: 213 69 49-213 82 35  
E-posta: hatay.hsmtsagligi@saglik.gov.tr, hatay31.tsh@saglik.gov.tr





## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Şennur CANER

**Doğum Yeri:** Samsun

**Doğum Tarihi:** 01.01.1990

**Medeni Hali:** Evli

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):** Samsun Lisesi Sayısal Bölümü, 2003-2006  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü, 2007- 2011  
Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi, 2016- Halen

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:** Samsun Özel Medical Park Hastanesi, 2011-2012  
Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü (Adalet Aile Sağlığı Merkezi), 2012-2014  
Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü (AR-GE Birimi), 2014-2015  
Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü (Atakum Toplum Sağlığı Merkezi, Eğitim Birimi), 2015-2016  
Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü (Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü, Eğitim ve Geliştirme Birimi), 2016-2017  
Samsun İl Sağlık Müdürlüğü (Aile Hekimliği Birimi), 2018- Halen

**E-posta:** sennur.yuksel55@hotmail.com