



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSK
VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba ÇINARLI

**Samsun
Haziran 2014**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSK
VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba ÇINARLI

**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Haziran 2014**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tuğba ÇINARLI tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Servise Başvuran Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 26 / 06 / 2014 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Üye : Yrd. Doç. Dr. Latif DURAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Üye : Yrd. Doç. Dr. Kemal BİLGİN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

ONAY:

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

26 / 06 / 2014

Prof. Dr. Süleyman KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ'a,

Değerli bilgileriyle daima yol gösteren ve her zaman destek veren Prof.Dr.Süleyman KAPLAN'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Yrd.Doç.Dr.Latif DURAN, Prof.Dr.Yücel YAVUZ, Doç.Dr.Türker YARDAN, Doç.Dr.Ahmet BAYDIN, Yrd.Doç.Dr.H.Ufuk AKDEMİR, Yrd.Doç.Dr.Celal KATI'ya,

Tez çalışmama değerli katkılarından dolayı Prof.Dr.Yüksel BEK, Doç.Dr. A.Tevfik SÜNTER ve Araştırma Görevlisi Selçuk ORHAN'a,

Beni yetiştiren, attığım her adımda yanımda olan, sevgisini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem ve aramızda olmayan çok özlediğim babama,

Sevgisini, ilgisini, sabrını ve desteğini daima hissettiren ve varlığından güç aldığım çok değerli eşime,

Sonsuz Teşekkür Ediyorum...

ÖZET

ACIL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSK VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Amaç: Acil servise başvuran yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 15.10.2013-30.05.2014 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Servisine çeşitli problem ve şikayetler nedeniyle başvuran 151 yaşlı oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen yaşlıyı tanıttıcı bilgi formu ile Standardize Mini Mental Test, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği, Morse Düşme Risk Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili ve Modifiye Barthel İndeksi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, yüzde, ki-kare, Fisher's Exact Test, Mann-Whitney U Testi, independent sample-t test ve Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların %51,7'sini erkekler, %48,3'ünü kadınlar oluşturmakta olup, yaş ortalamaları $72,74 \pm 6,25$ yıldır. Bu çalışmada Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı ile Modifiye Barthel İndeksi puanı arasında önemli negatif bir korelasyon bulunmuş ($p < 0,001$), Tinetti Düşme Risk Ölçeği puanı arttıkça günlük yaşam aktivitesini gösteren Modifiye Barthel İndeksi puanının azaldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Acil Servise başvuran yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda; sağlık bakım profesyonellerinin periyodik aralıklarla düşme risk tanılması ve değerlendirmesi yapmaları; yaşlılara, bakım vericilere ve sağlık bakım profesyonellerine yönelik olarak eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Düşme korkusu; risk; yaşam kalitesi; yaşlılık

Tuğba ÇINARLI, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2014

ABSTRACT

**THE EFFECT OF THE RISK AND FEAR OF FALLING ON THE DAILY
ACTIVITIES AND LIFE QUALITY OF OLD PEOPLE WHO COME TO THE
EMERGENCY SERVICE**

Purpose: This study has been planned as a cross-sectional study to determine the effect of the risk and fear of falling on the daily activities and life quality of old people who refer to the emergency service.

Material and Method: The universe of the study consists of 151 old people who came to the emergency service of Ondokuz Mayıs University Health Practice and Research Center with various problems and complaints between the dates 15.10.2013-30.05.2014. The data was collected through the information form developed in line with the literature, Standard Mini Mental Test, Tinetti Fall Efficacy Scale, Morse Fall Risk Scale, Nottingham Health Profile and Modified Barthel Index. SPSS 15.0 package program was used for the statistical analysis of the data. Averages, frequencies, chi-square, Fisher's Exact Test, Mann-Whitney U Test, Independent Sample-t Test and Spearman's rho correlation test were used for the analysis of the data.

Findings: Of the old people who participated in the study, 51,7% were male while 48,3% were female and the average of their ages was $72,74 \pm 6,25$. A significant negative correlation was found between Tinetti Fall Efficacy Scale scores and Modified Barthel Index scores ($p < 0,001$); it was found that as Tinetti Fall Efficacy Scale scores increased, Modified Barthel Index scores which showed daily activities decreased.

Result: The results showed that the risk and fear of falling caused dependence for old people in their daily activities and their quality of life was affected negatively. In the light of findings, it is recommended that health care professionals should define and evaluate the risk of falling at certain intervals and training programs should be organized for old people, care givers and health care professionals.

Key Words: Fear of falling; risk; quality of life; old age

Tuğba ÇINARLI, Master's Thesis
Ondokuz Mayıs University Samsun, June-2014

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Tablo 2. Yaşlıların Klinik Özelliklerinin Dağılımı.....	38
Tablo 3. Yaşlıların Acil Servise Başvurma Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	41
Tablo4. Yaşlıların Düşme Risk ve Korkularına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 5. Yaşlıların Cinsiyetinin Düşme Durumuna Etkisi.....	43
Tablo 6. Yaşlıların Sahip Olduğu Kronik Hastalıkların Düşme Durumuna Etkisi.....	44
Tablo 7. Yaşlıların Kronik Hastalıklarına Yönelik Olarak Kullandıkları İlaçların Düşme Durumuna Etkisi.....	45
Tablo 8. Yaşlıların Standardize Mini Mental Testten Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.....	46
Tablo 9. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Standardize Mini Mental Test Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması.....	47
Tablo 10. Yaşlıların Morse Düşme Risk Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.....	48
Tablo 11. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Morse Düşme Risk Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Yaşlıların Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.....	50
Tablo 13. Yaşlıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması.....	51
Tablo 14. Yaşlıların Modifiye Barthel İndeksinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Düşmeye Etkisi.....	52
Tablo 15. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Modifiye Barthel İndeksi Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması.....	53
Tablo 16. Yaşlıların Nottingham Sağlık Profili Toplam Puan Ortalamaları ile Alt Alanlarından Aldıkları Puanların Dağılımı.....	55
Tablo 17. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin	

Nottingham Sağlık Profili Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması.....	56
Tablo 18. Yaşlılarda Düşme Riski ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 19. Yaşlılarda Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki.....	58
Tablo 20. Yaşlıların Düşme Riski ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	59
Tablo 21. Yaşlılarda Düşme Korkusu ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	59
Tablo 22. Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusu ile Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki.....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
SMMT : Standardize Mini Mental Test
MMT : Mini Mental Test
FES : Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği
NSP : Nottingham Sağlık Profili
MBI : Modifiye Barthel İndeksi



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Yaşlıların Sahip Oldukları Kronik Hastalık Sayısına Göre Yüzdelerik Dağılımı.....	40
Şekil 2. Yaşlıların Sağlığı Algılama Durumlarına Göre Yüzdelerik Dağılımı.....	40



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR	viii
İÇİNDEKİLER	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlılık	5
2.2. Yaşlılığın Organizmaya Etkileri	7
2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	7
2.2.2. Pulmoner Sistem Değişiklikleri	7
2.2.3. Üriner Sistem Değişiklikleri	8
2.2.4. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	8
2.2.5. Kas-İskelet Sistemi	9
2.2.6. Sinir Sistemi Değişiklikleri	9
2.2.7. Deri Değişiklikleri	10
2.2.8. Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler	10
2.2.9. Metabolik ve Endokrin Değişiklikler	10
2.2.10. İmmün Sistem Değişiklikleri	11
2.2.11. Psikososyal Değişiklikler	11
2.3. Düşme	11
2.4. Yaşlılarda Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri	13
2.4.1. İçsel Faktörler	14
2.4.2. Dışsal Faktörler	15
2.4.3. Durumsal Faktörler	16
2.4.4. Davranışsal Faktörler	16
2.5. Yaşam Kalitesi	16
2.6. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi	18
2.7. Günlük Yaşam Aktiviteleri	19

3. MATERYAL METOT	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	25
3.4. Verilerin Toplanması	25
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.5.1. Yaşlıyı Tanıtıcı Bilgi Formu	26
3.5.2. Standardize Mini Mental Test	26
3.5.3. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği	28
3.5.4. Morse Düşme Ölçeği	28
3.5.5. Nottingham Sağlık Profili	30
3.5.6. Modifiye Barthel İndeksi	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	35
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
4. BULGULAR	37
4.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
4.2. Yaşlıların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	38
4.3. Yaşlıların Acil servise Başvurma Durumlarına İlişkin Bulgular	40
4.4. Yaşlıların Düşme Risk ve Korkularına İlişkin Bulgular	42
4.4.1. Standardize Mini Mental Test Puan Ortalamasının Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Karşılaştırılması	46
4.4.2. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Morse Düşme Risk Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması	48
4.4.3. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği Puan ortalaması ile Karşılaştırılması	50
4.5. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular	52
4.6. Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	54
4.7. Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusu ile Günlük Yaşam Aktivitelerine	

İlişkin Bulgular.....	57
4.8. Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusu ile Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular.....	58
4.9. Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	60
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuçlar.....	71
6.2. Öneriler.....	73
7. KAYNAKLAR.....	74
8. EKLER.....	89
Ek-1 Anket Formu.....	89
Ek-2 Standardize Mini Mental Test.....	92
Ek-3 Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği.....	94
Ek-4 Morse Düşme Ölçeği.....	95
Ek-5 Nottingham Sağlık Profili.....	96
Ek-6 Barthel İndeksi.....	98
Ek-7 Etik Kurul Onayı.....	102
Ek-8 Hastane İzni.....	103
Ek-9 Standardize Mini Mental Test Ölçeği Kullanım İzni.....	104
Ek-10 Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği Kullanım İzni.....	106
Ek-11 Morse Düşme Ölçeği Kullanım İzni.....	107
Ek-12 Nottingham Sağlık Profili ve Modifiye Barthel İndeksi Kullanım izinleri.....	108
9. ÖZGEÇMİŞ.....	109

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlanma; kronolojik, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan (Beğer ve Yavuzer, 2012), intrauterin yaşamda başlayıp, ölüme kadar süren bir değişim sürecidir. (Kalıncara, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı, “Yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen düşüş, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamaktadır (Cebeci, 2010). Bununla birlikte 65-74 yaş “genç yaşlılık”, 75-84 yaş “ileri yaşlılık”, 85 yaş ve üzerini ise “çok ileri yaşlılık” olarak sınıflandırmaktadır (Tümerdem, 2006; Tezcan, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1970-2025 yılları arasındaki öngörülerine göre yaşlı insan sayısı 624 milyon olarak belirlenmiştir. 2025 yılında ise yaklaşık 1,2 milyon insanın 60 ve üzeri yaşta olacağı ve 2050 yılında 2 milyona ulaşacak olan yaşlı nüfusunun %80’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı bildirilmektedir. DSÖ’nün 2002 yılındaki verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde 60 yaş ve üzeri insan sayısının 400 milyon olduğu belirtilirken; 2025 yılında ise sayısı 840 milyona ulaşacak yaşlıların %70’inin gelişmekte olan ülkelerde özellikle Asya kıtasında yaşayacağı beklenmektedir (WHO, 2002; Beğer ve Yavuzer, 2012).

Türkiye gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ve yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkelere biridir. 1955 yılı nüfus sayımında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %3,4 olarak tespit edilmiştir. 2010’daki nüfus sayımında ise bu oran %7,1’e yükselmiştir. Mevcut demografik eğilimler, 21. yüzyılın dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçen Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Türkiye İstatistik Kurumunun son güncellemesine göre (Ocak 2009) Türkiye nüfusunun 71.517.100 olduğu bildirilmektedir. Bunun %6,8’i 65 ve üzeri yaş grubundadır (yaklaşık 4.863.163 kişi). Türkiye nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 100 milyon olacağı, 65 yaş üzeri nüfusun 2030 yılında toplam nüfusun %10,8’ini, 2040 yılında %13,6’sını ve 2050 yılında ise %17,3’ünü oluşturacağı beklenmektedir. Türkiye’de 2010 yılı için yaşam beklentisi ise kadınlarda 76,5, erkeklerde 69,3 yıldır (Akın, 2012). Bu doğrultuda değişen yaş yapısı ile birlikte özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması beklenmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Sağlık bakım uygulamalarında, yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek önemli bir hedeftir. Bu doğrultuda yaşlılarda yaşam kalitesini arttırmak giderek önem kazanmaktadır. Yaşam kalitesi; kişinin hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları dikkate alınarak, kültür ve değerleri ile ilişkili, kişinin yaşadığı kognitif ve emosyonel reaksiyonların bir toplamı olarak tanımlanmaktadır (Levasseur ve ark., 2008). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi yalnız hastalık, bozukluk ya da yetersizliğin bulunmaması değil, aynı zamanda yaşamın fiziksel, mental ve sosyal alanları başta olmak üzere bütün alanlarında bireyin iyi ve aktif olmasını ifade eder (Kırdı ve ark., 2006).

Yaşlılarda meydana gelen fizyolojik ve fiziksel değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayabilmekte, yaşlıların kendilerini mutsuz hissetmelerine neden olarak, özellikle yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Tajvar ve ark., 2008). Yaşlılarda sağlık sorunları arttıkça kendi kendilerine yeterlilik durumları giderek azalmakta, fiziksel yetersizliklerin ortaya çıkması nedeniyle kazalar, düşmeler, morbidite ve mortalite oranlarında artışlar olmaktadır (Koç, 2006).

Yaşlı bireylerde özellikle düşme risk ve korkusu da yaşam kalitesini azaltan ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizliğe neden olan önemli bir risk faktörüdür (Brouwer ve ark., 2003). Düşme korkusu literatürde, temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken düşmeden korunmada kendini düşük düzeyde yeterli hissetme olarak tanımlanmaktadır (Tinetti ve ark., 1990; Legters 2002; Scheffer ve ark., 2008). Literatürde, toplumda yaşayan yaşlılarda düşme korkusu prevalansının yaklaşık olarak %29-77 arasında olduğu, kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü, aynı zamanda yaş ile birlikte arttığı bildirilmektedir (Kressig ve ark., 2001).

Yaşlanmayla birlikte biyolojik, psikolojik, fizyolojik olarak bireylerde gerilemeler meydana gelmekte, fonksiyonlarda gözle görülür yetersizlikler ortaya çıkmakta buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde zorluklar yaşanmaktadır (Uysal, 2002). Yapılan bazı çalışmalarda yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığı bildirilmiştir (Erdem ve Emel, 2004; Yıldırım ve Karadakovan, 2004; Meriç ve Oflaz 2007; Kaya ve ark., 2012). Düşme korkusu günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki güven duygusunu olumsuz yönde etkiler. Yaşlıların kendilerini kısıtlamasına ve daha az aktif olan bir yaşam

tarzına neden olur. Bu durum ise düşme riskini arttıran, özellikle alt ekstremitelerde meydana gelen kas atrofisi ve kas güçsüzlüğü ile sonuçlanır (Hawk ve ark., 2006).

Düşme korkusu, toplumda, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve maliyeti arttırma açısından önemli bir sağlık problemi olarak gösterilmektedir (Zijlstra ve ark., 2007). Düşmeler yaşlılarda kalıcı sakatlıklara neden olan kafa travmaları ve kırıklar gibi ciddi problemlerle sonuçlanabilir. Yaşlılarda düşmelerin önlenmesi, yetersizliği azaltarak, yaşam kalitesini arttıracak ve sağlıkla ilgili maliyeti düşürecektir (Kawanabe ve ark., 2007). Bu doğrultuda günümüzde yaşlılarda düşme risk ve korkusunun değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır.

Toplumda ve bakım kurumlarında yaşayan yaşlı bireylerin düşme riskini ve düşme korkusunu azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada hemşirelerin önemli rolü bulunmaktadır. Hemşireler düşmeyi önlemek için yaşlı bireye ve bu bireye bakım veren aile üyelerine sağlık bakım hizmeti sunmalı, eğitim vermeli, düşme risk ve korkusunu periyodik aralıklarla değerlendirmelidir. Ayrıca hemşireler hastaların düşme riskini azaltmada, güvenliğini ve mobilitesini arttırmada tıbbi hikaye, ilaçlar, fonksiyonel tanılama ve ev güvenliğini içeren kapsamlı değerlendirme de yapmalıdırlar (Rubenstein, 2006; Moylan ve Binder, 2007; Kumar ve ark., 2008).

Yaşlıların yaşam kalitelerinde çok önemli bir yeri olan düşme risk ve korkusuna ilişkin çalışmalar yurt dışında yaygın olarak yapılmasına karşın (Lachman ve ark., 1998; Cumming ve ark., 2000; Kressing ve ark., 2001; Bruce ve ark., 2002; Suzuki ve ark., 2002; Li ve ark., 2003; Kumar ve ark., 2008; Boyd ve Stevens., 2009) ülkemizde bu konudaki çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Erdem ve Emel, 2004; Yıldırım ve Karadakovan, 2004; Uz, 2008;). Bununla birlikte literatür incelendiğinde acil servise çeşitli nedenlerle başvuran yaşlıların düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisini belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Kesitsel olarak planlanan bu araştırma sonrasında elde edilecek bulgular doğrultusunda, yaşlılarda düşme risk ve korkusu belirlenecek ve uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, acil servise başvuran yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil servise bařvuran yařlılarda dűřme risk ve korku dűzeyi nedir?
2. Acil servise bařvuran yařlıların gűnlűk yařam aktivitelerine iliřkin bağımlılık-bağımsızlık durumları ne dűzeydedir?
3. Acil servise bařvuran yařlılarda yařam kalitesi hangi dűzeydedir?
4. Acil servise bařvuran yařlıların dűřme risk ve korku dűzeyleri ile sosyodemografik ve klinik ۆzellikleri arasında iliřki var mı?
5. Acil servise bařvuran yařlıların gűnlűk yařam aktiviteleri ile sosyodemografik ve klinik ۆzellikleri arasında iliřki var mı?
6. Acil servise başvuran yaşlıların yaşam kalitesi ile sosyodemografik ve klinik ۆzellikleri arasında ilişki var mı?
7. Acil servise bařvuran yařlılarda dűřme risk ve korkusu yařlıların gűnlűk yařam aktiviteleri ve yařam kalitesini etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma, her canlıda görülen, normal ve kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşlanma yaşın ilerlemesine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişikliklerinin tümü olarak tanımlanmaktadır (Güler, 1998). Bir başka tanımla yaşlanma; kalıtsal yapının ve dış faktörlerin etkisiyle, hücredeki biyokimyasal tepkimelerden başlayarak, hücre, doku, organ ve vücut düzeyindeki işlevlerin azalması olarak ta tanımlanabilir (Arıoğul, 2006).

Yaşlılık biyolojik, kronolojik ve sosyal boyutları olan bir süreçtir. Dolayısıyla yaşlılığı kronolojik, biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere farklı şekillerde tanımlamak mümkündür.

Biyolojik Yaşlılık: Yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerdir (Arpacı, 2005).

Kronolojik Yaşlılık: Doğumdan itibaren, insanın içinde bulunduğu zamana kadar geçen bir yıllık süre esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır (Güler, 1998).

Fizyolojik Yaşlılık: Fiziksel kapasitenin düşmesi, hafıza kayıpları, vücut postürünün değişmesi, derinin elastikiyetini kaybetmesi, kırışıklıkların oluşması gibi yapısal ve fonksiyonel değişiklikler olarak tanımlanır (Soyuer ve Soyuer, 2008).

Sosyal Yaşlılık: Kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da birikimiyle yaşadığı dönemdir (Güler, 1998).

Psikolojik Yaşlılık: Yaşın kronolojik ilerlemesine bağlı olarak bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bellek gücü ile kişilik kazanma alanlarındaki değişimleri kapsar (Arpacı, 2005).

Bruce'e göre yaşlılık; bazı sistemlerin organlarına ait doku ve hücrelerin fonksiyonlarının azalması ve yapılarının değişmesiyle ortaya çıkan çok etkenli bir değişim sürecidir (Dönmez, 2010).

Norman ise yaşlanmayı; sakatlık ve hastalık sonucunda oluşan kayıplar dışında vücudun çeşitli sistemlerinin işlevselliğinin azar azar yitirilmesi olarak tanımlamıştır (Soyuer ve Soyuer, 2008).

Goethe'ye göre yaşlılık, deneyim ve tecrübelerin zirveye ulaştığı bir dönem olup iyi uyum sağlayan yaşlı birey bu dönemi aktif bir şekilde geçirebilir (Er, 2009).

Mazzeo ve arkadaşları (1998) yaşlılığı; genetik faktörler, yaşam şekli, kronik hastalıklar gibi bir çok değişkeni içeren karmaşık bir süreç olarak tanımlamışlardır (Mazzeo, 1998).

Tıpta ve teknolojiadaki gelişmeler, yaşam süresinin uzaması ve yaşam standardının yükselmesi, yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Dünyada yaşlılarda yaşam beklentisinin artması ve doğum hızlarının azalması yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranını artırmaktadır. 2000 yılından 2030 yılına kadar dünya'da 65 yaş ve üzeri nüfusun 550 milyondan 973 milyona yükselerek %6,9'dan %12'ye çıkması beklenmektedir. Bu oranın Avrupa'da ise %15,5'den %24,3'e, Kuzey Amerika'da %12,6'dan %20,3'e, Asya'da %6'dan %12'ye ve Latin Amerika ve Karayiplerde de %5,5'den %11,6'ya yükselmesi beklenmekte, Afrika'da ise hem doğum hem de ölüm oranının yüksek olması nedeniyle 65 yaş ve üzeri nüfusun aynı kalması, 2000 yılında %2,9 olan oranın fazla artış göstermeyerek 2030 yılında %3,7 olması beklenmektedir (Goulding, 2008). 1991 yılı sonuçlarına göre yaşlı nüfus oranı İsveç'te %22,8, İtalya'da %20,8, Almanya'da %20,6, Hollanda'da %17,6, Japonya'da %17,2 ve ABD'de %16,8 olarak saptanmıştır (Özyalçın, 2003). Ayrıca 2000-2030 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri yaşlı insan sayısının 3 kat artarak yaklaşık olarak 2000 yılında 249 milyon olan sayının 2030 yılında 690 milyona yükselmesi ve bu oranın %59'dan, %71'e çıkması beklenmektedir (Goulding, 2008).

Dünyanın her yerinde olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfusta artış beklenmektedir. Ülkemizde yapılan nüfus sayımlarından elde edilen verilere göre yaşlı nüfusun giderek arttığı belirlenmiştir. Nüfus sayımı bilgilerine göre, 2000 yılında 65 yaş ve üstü nüfus, toplam ülke nüfusunun %5,6'sını oluşturmaktadır (Akgün ve ark., 2004). Bu oranın 2032 yılında da %10,9 olması beklenmektedir (Özyalçın, 2003). Aynı şekilde 2002 yılında 70 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2020 yılında 73,9 yıla ulaşacaktır (Akgün ve ark., 2004). Bu doğrultuda 2020 yılında nüfusun 97 milyon olacağı ve bu sayının 7 milyonunu da 65 yaş ve üzeri yaşlıların oluşturacağı tahmin edilmektedir (Seyyar 2008).

2.2. Yaşlılığın Organizmaya Etkileri

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen, kişide fizyolojik ve anatomik bazı değişikliklerin meydana geldiği bir süreçtir. Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve giderek artan bu değişiklikler, bireyin hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız hale gelmesine neden olmaktadır (Kutsal, 2007).

2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri: Yaşın ilerlemesi kardiyovasküler sistemde anatomik ve fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır (Beyazay, 2011). Yaşlanmayla beraber kardiyak fonksiyonda yani kalp debisinde, kalp atım hacminde, kalp atım sayısında ve maksimal oksijen tüketiminde azalma meydana gelmektedir (Mazzeo ve ark., 1998). Yaşlanma ile kan damarları yapısal değişikliklere uğramakta, venlerdeki elastik doku kaybolmakta ve intima tabakası kalınlaşmaktadır. Arterlerde ise düz kas ve kollajen içeriği artarken elastik doku oranı azalmaktadır. Aynı zamanda sol ventrikül duvarında kalınlaşma ve sol atriyum hacminde artma görülmektedir (Alkan, 2009). Bu duruma bağlı olarak periferik direnç artmakta, hem diastolik hem de sistolik hipertansiyon ortaya çıkmaktadır (Uz, 2008). Yaşlı bireylerde baroreseptör reflekslerin etkinliğindeki azalma postür al hipotansiyona neden olmakta; postür al hipotansiyona denge bozukluklarının eklenmesiyle de yaşlılarda düşme görülme sıklığı artmaktadır (Tideiksaar, 1988; Uz, 2008).

2.2.2. Pulmoner Sistem Değişiklikleri: Yaşlanma tüm vücut sistemlerinde olduğu gibi solunum sisteminde de etkisini göstermektedir (Akçay, 2012). Yaşlanmayla birlikte akciğer dokuları elastikiyetini kaybetmekte, göğüs duvarı sertleşmekte ve solunum kaslarında kuvvet azalması meydana gelmektedir. Bu durum oksijen taşınmasıyla ilişkili solunum fonksiyonlarında azalmalara neden olmaktadır. Göğüs kafesindeki elastikiyet azalmakta, toraks hareketi zorlaşmakta, solunum sisteminde verim düşmekte ve toraks solunumunun yerini karın solunumu almaktadır (Soyuer ve Soyuer, 2008). Yaşlanma akciğerlerin sadece fizyolojik fonksiyonlarını değil, aynı zamanda kendilerini savunma yeteneklerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu değişiklikler ise enfeksiyona, hipoksiye ve oksijen kullanımında azalmaya yol açmaktadır (Ersan ve Arıoğul, 2002).

2.2.3. Üriner Sistem Değişiklikleri: Yaşlanma ile birlikte glomerüllerin yaklaşık %30'unda skleroz meydana gelmekte, işlevsel glomerül sayısının azalması nedeniyle filtrasyon hızı giderek düşmektedir. Bununla birlikte kortekste daha belirgin bir şekilde olmak üzere kitle kaybı, renal plazma kan akımında azalma ve filtrasyon fraksiyonunda artma gözlenmektedir. Mesanenin kapasitesi de ilerleyen yaşla birlikte azalmakta, altmış beş yaş civarında normalin yaklaşık yarısına inmektedir (Dikmenoğlu, 2008). Duyu reseptörlerinin zayıflaması nedeniyle yaşlılar mesanelerinin yeterince dolup dolmadığını hissedememektedirler. Ayrıca mesane kaslarının zayıflamasına bağlı olarak inkontinans gelişebilmektedir (Bakış, 2002). Aynı zamanda yaşlılık sürecinde böbreklere gelen kan miktarının azalması nedeniyle metabolik artıkların vücuttan atılımında gecikme meydana gelmektedir. Tüm bu değişiklikler sonucunda yaşlılarda üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık, sıvı-elektrolit dengesinde bozulmalar, ilaçların vücuttan atılımında gecikmeler ve intoksikasyon riski artmaktadır (Dönmez, 2010).

2.2.4. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri: Yaşlanmayla birlikte gastrointestinal sistem fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmekte, hareket, salgı ve emilim kapasitesinde azalmalar görülmektedir. Özofagus kasılmalarının 70 yaşından sonra azalması nedeniyle yutma zorluğu yaşlılarda sık karşılaşılan bir problem olarak ortaya çıkmaktadır (Dikmenoğlu, 2007). Bununla birlikte alt özofagus sfinkter basıncının azalması, mide içeriğinin reflüsüne neden olmakta ve aspirasyon pnömonisine yol açmaktadır (Oğuz, 2012). Yaşlanma ile birlikte aynı zamanda mide mukozasının yenilenme ve iyileşme kapasitesi de azalmaktadır. Pepsinojen ve intrinsik faktör salgısında da hafif bir azalma gözlenmektedir. Özellikle sıvıların ya da sıvı katı karışımlarının mideden boşalması yavaşlamakta (Dikmenoğlu, 2007), emilim ve sindirim fonksiyonları azalmakta, ilaçların çözünürlükleri değişkenlik göstermektedir (Oğuz, 2012). İnce ve kalın barsaklarda ise anatomik olarak sindirim enzimleri sekresyonunda azalma meydana gelmektedir. Aynı zamanda rektum duvarının elastisitesinde, internal anal sfinkter tonusunda ve mukus sekresyonunda azalma ortaya çıkmaktadır. İnce ve kalın barsaklarda meydana gelen değişiklikler sonucunda yağ ve B12 vitamini emilimi bozulmakta, rektal inkontinans, inkomplet boşalım ve konstipasyon ortaya çıkmaktadır (Oğuz, 2012).

2.2.5.Kas-iskelet Sistemi: Yaşlanma ile birlikte kas kitlesi, kuvveti ve işlevinde azalma meydana gelir (Dikmenoğlu, 2007). Kas gücü 25 yaşta en yüksek değerine ulaşır, 35-40 yaş arası plato yapar ve 65 yaşından sonra düşüş göstermeye başlar (Shephard, 1998). Kas kitlesi, kuvveti ve işlevinde meydana gelen bu değişimlere denge kontrolünün bozulması da eklenince yaşlılarda düşme riski artar. Vücut kompozisyonu da yaşla birlikte değişir. İskelet kasında yaşa bağlı ortaya çıkan en belirgin değişiklik yağsız kas kitlesindeki azalmadır. Bu azalma her dekat için %6 oranındadır ve 65 yaşından sonra hızlanır. Kişi 80 yaşlarında total tepe kas kitlesinin %30-40'ını kaybeder (Berker 2006).

Yaşlanmayla birlikte kemiklerin kitlesinde azalmalar ve stresin artması kırıkların oluşmasına neden olabilir. Kadınlarda 30-35 yaşlarından sonra ve erkeklerde ise 50-55 yaşlarından sonra % 0,75-1 oranında kemik kayıpları oluşur (Gündüz, 2000). Yaşlanmaya bağlı kemik kaybı kadınlarda menopoz sonrasında hızlanır ve osteoporozu yol açabilir. Osteoporozda kemik kaybının yanısıra kemik ağrısı, basıya bağlı spinal şekil bozuklukları, boy kısalması ve kırıklar da gözlenebilir (Dikmenoğlu, 2007). Yaşlanmaya bağlı olarak intervertebral disklerde dejenerasyon, kırık ve kırıklarda kalsifikasyon meydana gelir. Eklemlerde elastikiyet kaybı ve kırıklarda ise bozulmalar ortaya çıkar (Soyuer ve Soyuer, 2008).

2.2.6.Sinir Sistemi Değişiklikleri: Yaşlanma ile birlikte beyin arterielleri ve kapillerinde aterosklerotik değişimler meydana gelir. Serebrovasküler direncin artması ile serebral kan akışında genel bir azalma gözlenir (Alkan, 2009). Merkezi sinir sisteminde hücre kaybı meydana gelir. Bellek zayıflığı, metabolik değişiklikler ve sinir hücresinin yenilenememesi nedeniyle merkezi sinir sisteminin uyarılabilme özelliği azalır. Sonuçta reflekslerde cevap verme süresi uzar. Periferik duyu resöptörlerinin zayıflaması nedeniyle sıcak-soğuk, ağrı basınç duyusunu alan sinir uçlarında duyarlılık kaybolur (Bakış, 2002, Beyazay, 2011). Sinir ileti hızında, 80 yaşından sonra %10-15 oranında azalma meydana gelir. 60 yaş üzerindeki bireylerin %10'unda, 75 yaş üzerindeki bireylerin ise %50'sinde vibrasyon duyusunda azalma görülür (Berker, 2006). Yaşın ilerlemesiyle, yapılan işin reaksiyon zamanında uzama, hızında ise azalma meydana gelir. Tehlikeyi algılamak ve tehlikeden korunmaya yönelik harekete geçmek arasındaki süre uzar. Bu durum düşme için bir risk oluşturur. Dengeyi korumak için

vücudu uyaran vestibüler fonksiyonlardan biri olan düzeltme refleksi de artan yaşla birlikte azalır (Tideiksaar, 1988).

2.2.7. Deri Değişiklikleri: Yaşlılık tüm organlarda olduğu gibi deride de bir takım değişikliklere neden olur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte epidermis giderek incelik (Dikmenoğlu, 2007). Dermisteki kollajen lifler kalınlaşarak, kalın kaba demetler oluştururlar. Sonuç olarak dermis elastikiyetini kaybeder ve dermisin sık sık katlandığı bölgelerde, özellikle göz ve ağız kenarlarında kırışıklıklar meydana gelir (Arpacı, 2005). Yaşlanmaya bağlı olarak deri altı yağ dokusu özellikle kol ve bacaklarda azalırken, karın ve kalçalarda artar. Ter bezlerinin fonksiyonu azalır. Derinin pigment hücrelerinin sayısında genellikle azalma gözlenir. Bu durum kılların grileşmesine, saçların beyazlamasına neden olur (Beğer, 1998; Ersan ve Arıoğlu 2002).

2.2.8. Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler: Yaş ilerledikçe lens elastikiyeti azalır ve uyumu gecikir. Kornea refleksi ve gözyaşı azalır. Gözler kurur (Beğer, 1998) ve katarakt gelişebilir. Beyin yapısında glukoz kullanımındaki kayıplar, yaşlanmayla duyusal kavrayışta düşüşe neden olur (Soyuer ve Soyuer, 2008). Yaşlanmayla yüksek frekanslı sesleri işitmek güçleşir (Beğer, 1998). Tat ve koklama duyularındaki kayıp iştahı ve beslenmeyi etkiler (Soyuer ve Soyuer, 2008). Derinliğin algılanması da yaşlanma ile ilişkili olarak azalır ve bu durum yaşlı bireylerde düşmelere zemin hazırlayabilir (Tideiksaar, 1988).

2.2.9. Metabolik ve Endokrin Değişiklikler: Yaşlı bireylerde bir çok hormonal kontrol mekanizmasının daha az verimle çalışması sonucu insüline bağlı olmayan diyabet, obeziteyle sonuçlanan miksödem, soğuk toleransında azalma ve depresyon meydana gelir (Shephard, 1998). Diyabet yaşlılarda ketoz, hiperglisemi ve hipoglisemi gibi komplikasyonların görülme sıklığını artırır. Yaşlılarda deri infeksiyonları, ülserler, periferik vasküler ateroskleroz, miyokard iskemisi, periferik nöropati, retinopati ve katarakt formasyonu gibi uzun dönem komplikasyonlar kişinin egzersiz toleransını kısıtlar (Shephard, 1998). Aynı zamanda artan yaş ile birlikte beden kitlesi azalır ve yağ oranı artar (Beğer, 1998). Yaşın ilerlemesine paralel olarak bazal metabolik hızda % 10-20 oranında bir düşüş meydana gelir. Yaşlılık döneminde fiziksel

aktivitedeki azalma, bedenin enerji harcamasında azalmaya yol açtığı gibi yaşla ilişkili hastalıkların riskini de artırır. Kadınlarda östrojen salgısının durmasıyla menopoz dönemi yaşanır. Erkeklerde ise seks hormonlarının salınımındaki azalma kadınlara göre daha geç ve yavaş gerçekleştiği için andropoz dönemi de daha geç yaşanır (Arpacı, 2005).

2.2.10. İmmün Sistem Değişiklikleri: Yaşın ilerlemesiyle birlikte immün sistem fonksiyonları yavaşlar ve daha verimsiz hale gelir. Hücrel ve humoral immünite zayıflayarak, enfeksiyon ve malignite gelişme sıklığında artış görülür (Arpacı, 2005). Antikor cevabındaki azalmaya bağlı olarak allerjik reaksiyonlarda azalma olurken, oto antikorlardaki artış sonucu otoimmün hastalıkların görülme sıklığı artar (Soyuer ve Soyuer, 2008).

2.2.11. Psikososyal Değişiklikler: Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler psikososyal sorunları da beraberinde getirebilir. Yaşlanma ile birlikte algılama ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında azalma ortaya çıkabilir. Öğrenme yeteneğinde azalma ve hareketlerde yavaşlama görülebilir (Akdemir ve Birol, 2003). Yaşlılık döneminde yaşanan en önemli ve sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biri depresyondur (Göktaş, 2006). Maddi güvence, sevdiği kişileri kaybetme, hakimiyet kaybı, kendini fazlalık olarak görme, yakınlarına yük olduğunu düşünme yaşlıların depresyona girmesine neden olabilir (Akdemir ve Birol, 2003). Depresyon yaşlı bireylerde önemli yeti yitimleri ile birlikte yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilir. Bu doğrultuda sağlık bakım hizmetlerinin kullanımını ve maliyetini arttırabilir (Göktaş, 2006).

2.3. Düşme

Düşme, ani ve istem dışı pozisyon değişikliği sonucu bireyin yere, bir objeye, zemine, alana veya diğer yüzeylere ya da bulunduğu seviyeden daha düşük bir seviyeye inmesi olarak tanımlanır (Victorian Government of Human Services, 2004). Başka bir tanıma göre bireyin dikkatsizliği nedeniyle, bulunduğu seviyeden daha aşağıda hareketsiz hale gelmesidir (Naharcı ve Doruk, 2009). Aynı zamanda düşme, kişinin herhangi bir kasıtlı hareket, inme gibi major bir intrinsik olay ya da araba çarpması gibi ekstrinsik bir

kuvvet olmadan yerde veya bulunduğu seviyeden daha aşağıdaki bir seviyede durur hale gelmesi olarak tanımlanabilir (Chu ve ark., 2005).

Morse (2002), tüm düşmeleri kaza ile oluşan düşmeler, tahmin edilebilen düşmeler ve tahmin edilemeyen düşmeler olmak üzere üç başlık altında sınıflandırmaktadır:

Kaza ile Oluşan Düşmeler; tüm düşmelerin %14'ünü oluşturmakta olup; kayma, takılma gibi çevresel tehlikelerden kaynaklanan düşmelerdir.

Tahmin Edilebilen Düşmeler; Morse Düşme Ölçeğine göre risk grubunda olan bireylerde meydana gelen düşmelerdir. Tüm düşmelerin %78'ini oluşturur.

Tahmin Edilemeyen Düşmeler; tüm düşmelerin %8'ini oluşturur. Önceden bilinen bir risk faktörü olmayan bireylerde meydana gelen bayılma, baş dönmesi veya patolojik kalça kırığı gibi fizyolojik nedenlerle oluşan düşmelerdir (Morse, 2002).

Düşmeler, diğer sağlık problemlerinden bağımsız olarak mobilitenin kısıtlanmasına, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olan (Işık ve ark., 2006), yaşam kalitesini ciddi oranda etkileyen, sağlık hizmet yükünü ve maliyetini arttıran önemli bir sorundur (Atay, 2011). Düşme yaşlılığa özgü bir durum olmamasına rağmen görülme sıklığı yaşla birlikte artar (Massud ve Morris, 2001). Aynı zamanda, düşme yaşlıların karşılaştığı sorunlar içinde en ciddi ve en yaygın olanıdır (Akdeniz ve ark., 2010).

Yaşlılık vücudun farklı sistemlerinde yaşla ilişkili değişikliklerin ortaya çıktığı doğal bir dönemdir. Bu dönemde yaşlı bireyler genç yaş grubundan daha farklı ve daha yüksek oranda sorun ve risklerle karşı karşıyadır. Bunlar içinde en önemlilerinden biri yüksek mortalite ve morbidite nedeni olan düşmelerdir (Karataş ve Maral 2001; Işık ve ark., 2006).

Dünya Sağlık Örgütü düşmeyi yaşlılık döneminin dört önemli sorunundan biri olarak kabul etmektedir (Akdeniz ve ark., 2010). Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Bölge Ofisi 2004 yılında yayınladığı bir raporda 65 yaş üzeri yaşlıların %30'unun, 80 yaş üzeri yaşlıların %50'sinin her yıl düştüğünü bildirmiştir (Todd ve Skelton, 2004).

Yaşlılarda düşmeler kolaylıkla dokularda yaralanmalara, kırık, fonksiyon kaybı, hatta ölüme bile neden olabilirler (Karataş ve Maral, 2001). Düşmeler yaşlı bireylerin %20-30'unda hareket ve bağımsızlık kaybı ve ölüm riskini arttıran yaralanmalarla sonuçlanır. Düşmelerin %10'u ciddi yaralanmalarla sonuçlanmaktadır.

Bu yaralanmaların %5'ini kırıklar, kırıkların %25'ini ise kalça kırıkları oluşturmaktadır (Todd ve Skelton, 2004).

Düşme sonucu, bireylerin acil bakım harcamaları artmakta, tıbbi bakım ve tedaviye olan ihtiyaçları ve bakım süreleri uzamakta, bu durumlar da sağlık bakım maliyetini arttırmaktadır (Van Doorn, 2003). Aynı zamanda yaşlılarda önemli bir sağlık sorunu olan düşme, korku ve kaygı yaratan (Arkfen, 1994), yaşam kalitesini olumsuz etkileyen (WHO, 2007; Atay ve Akdeniz, 2011), günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybına neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Akdeniz ve ark., 2010; Aktaş, 2012; Damian, 2013).

2.4. Yaşlılarda Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri

Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal olarak fonksiyonel kapasitesini en üst düzeyde tutarak yaşam kalitesini arttırmak (Erdem ve Emel, 2004; Yıldırım ve Karadakovan, 2004), yaşlı bireylerin mümkün olduğu kadar sağlıklı ve bağımsız olmasını sağlamaktır (Bıyıklı, 2006). Düşmeler, yaşlı bireylerde mortalite ve morbiditeye neden olan (Daal, 2005), yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yaygın bir sorundur (WHO, 2007). Dolayısıyla yaşlılarda düşmeye neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi düşmeye karşı koruma stratejilerinin geliştirilmesini ve yaşlılarda düşmenin önlenmesini sağlayacaktır.

Tinetti ve ark., (2003) yaptıkları bir çalışmada, hiç risk faktörü olmayanlarda son bir yıl içerisinde düşme oranı %8 iken, dört ve daha fazla risk faktörü olanlarda bu oranın %78'e çıktığını bildirmişlerdir. Reyes ve ark., (2004) Meksikalı Amerikalı yaşlılar üzerinde düşmeye ilişkin risk faktörlerini incelemeye yönelik yapmış oldukları çalışmalarında hiç risk faktörü olmayan bir yaşlının düşme riskinin %14 iken, 3 ve daha fazla risk faktörüne sahip olan bireylerde düşme riskinin %41'e kadar yükseldiğini bildirmişlerdir.

Yaşlılarda düşme risk faktörleri içsel faktörler, dışsal faktörler (Todd ve Skelton, 2004; Bıyıklı, 2006; Uz, 2008), durumsal faktörler (Doruk ve Naharcı, 2009) ve davranışsal faktörler şeklinde sınıflandırılmaktadır (Toraman, 2007; Beyazay, 2011).

2.4.1. İçsel Faktörler: İçsel faktörler; demografik özellikler, fizyolojik değişiklikler ve sağlık sorunları, ilaç kullanımı, denge ve yürüme sorunlarını içermektedir (Bıyıklı, 2006; Beyazay, 2011).

Demografik Özellikler

Yaş ile düşme bağlantılı bir risk faktörüdür. Literatürde 70 yaş grubu yaşlı bireylerde düşme oranının %25 iken, 75 yaş üzeri grupta bu oranın %35'e yükseldiği bildirilmiştir (Tinetti ve Speechley, 1989). Bununla birlikte nedeni tam bilinmemekle beraber bayanların erkeklere göre düşme yönünden daha fazla risk altında oldukları belirtilmiştir (Işık ve ark., 2006; Toraman, 2007; Berke, 2008; Kamel ve ark., 2013).

Yalnız yaşama düşme riskini etkileyen içsel faktörlerden biridir (Todd ve Skelton, 2004; Atman ve ark., 2007). Kamel ve ark., (2013) yaptığı bir çalışmada yalnız yaşayan yaşlılarda ailesi ile birlikte yaşayanlara göre düşme olayının anlamlı olarak daha fazla yaşandığı bildirilmiştir.

Fizyolojik Değişiklikler ve Sağlık Sorunları

Düşme korkusu günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan (Cumming, 2000; Zılstra, 2007; Dukyoo, 2008), yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen (Arkfén, 1994; Yıldırım ve Karadakovan, 2004; Dönmez, 2010) düşme riskini arttıran içsel faktörlerden biridir (Todd ve Skelton, 2004). Düşme korkusu, önceden düşme deneyimi yaşanması ile ilgili olmasına rağmen, ciddi bir düşme deneyimlemeyen pek çok yaşlıda da görülmektedir (Erdem ve Emel, 2004).

Daha önce düşme olayı yaşama durumu yaşlılarda düşme riskini arttıran içsel faktörlerden bir diğeridir (Todd ve Skelton, 2004). Literatürde önceki düşmelerin gelecekteki düşmeler için anlamlı bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Chu ve ark., 2005; Doruk ve Naharcı, 2009). Literatürde üriner inkontinans probleminin yaşlı bireylerde düşme riskini arttırdığı bildirilmiştir (Todd ve Skelton, 2004; Victorian Government of Human Services, 2004; Berke, 2008). Dolaşım sistemi hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon, artrit, baş dönmesi, diyabet (Todd ve Skelton, 2004), postüral hipotansiyon (Rubenstein, 2006) gibi yaşlılığın organizmada meydana getirdiği değişiklikler de yaşlılarda düşmelere yatkınlığı arttırabilmektedir.

Bununla birlikte literatürde yaşlıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı arttıkça düşme riskinde arttığı bildirilmiştir (Damian, 2013).

İlaç Kullanımı

İlaç kullanımı düşmelerde en çok modifiye edilebilen risk faktörüdür. Spesifik ilaç tipleri, çok sayıda ilaç kullanımı, ilaç dozunda son zamanlarda yapılan değişiklikler düşme riski ile ilişkilidir (Doruk ve Naharcı, 2009). Yapılan çalışmalar ilaç sayısı ile düşme riski arasında bir ilişki olduğunu, dört yada daha fazla ilaç kullanımının düşme riskini arttırdığı bildirilmektedir (Todd ve Skelton, 2004; Victorian Government of Human Services, 2004; Daal, 2005; Damian, 2013). Bununla birlikte dört ve daha fazla ilaç kullanımı, bilişsel yetersizliği ve düşme korkusunu dokuz kat arttırmaktadır (Health Evidence Network, 2004).

Merkezi sinir sistemini etkileyen nöroleptik, benzodiazepin ve antidepresanlar düşme riski açısından en belirgin etkinliğe sahip ilaçlardır (Doruk ve Naharcı, 2009). Ayrıca antiaritmik, diüretik ve digoksin kullanımının da düşmelerle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Todd ve Skelton, 2004; Victorian Government of Human Services, 2004).

Denge ve Yürüme Sorunları

Düşmeye sebep olan faktörlerden biri de yürüme problemleri ve güçsüzlüktür. Yürüme kabiliyeti normal olarak birden fazla işlevin uyumlu olarak çalışması ile sağlanmaktadır. Bu işlevler bacaklardaki serbest eklem hareketliliği, kas işlevinin uygun zamanlaması, görme, propriyosepsiyon ve vestibüler sistemlerden alınan duylardır. 65 yaş üstündeki bireylerin %20-40'ında, 85 yaş üstündeki bireylerin %40-50'sinde yürüme ve denge problemleri vardır ve bunların en azından yarısı ciddi sorunlardır (Doruk ve Naharcı, 2009).

2.4.2. Dışsal Faktörler

Yaşlı bireylerde düşmelerin çoğu, yürüme yada pozisyon değiştirme gibi günlük aktiviteler sırasında meydana gelmektedir. Toplumda yaşayan yaşlılarda meydana gelen düşmelerin %5'i ise sandalye yada merdivene çıkmak gibi tehlikeli aktiviteler yada spro yapma esnasında gelişir (Tinetti ve Speechley, 1989).

Aydınlatmanın yetersiz olması, evin içindeki ve dışındaki merdivenlerde korkulukların bulunmaması, tuvalet ve banyo küvetinin etrafında tutunma barlarının olmaması, banyo küvetinin zemininde ayağın kaymaması için bir önlem alınmaması, tuvalette oturma yerlerinin çok alçak olması, yer halılarının kaygan olması, yaya kaldırımlarının aralıklı ve engebeli olması, buz ve kar, protez, baston veya yürüteç kullanımı düşmeye neden olan dışsal faktörler içinde yer almaktadır (Toraman, 2007; Beyazay, 2011).

Yapılan bir çalışmada yaşlılarda yaşanan düşmelerin %43'ünün ev dışında, %31'inin ise ev içinde meydana geldiği bildirilmiştir (Lök, 2010). Tinetti ve Speechley (1989), toplumdaki düşmelerin %10'unun merdivende meydana geldiğini; inişlerin çıkıştan daha tehlikeli olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan diğer bir çalışmada yaşlıların en fazla banyo ve tuvalette düştüğü bildirilmiştir (Lök, 2010).

2.4.3. Durumsal Faktörler

Durumsal faktörler düşme ile ilişkili yaralanmaların şiddetini etkilemektedir (Toraman, 2007). Örneğin, yaşlı bir kişi ayakta iken lateral olarak düşerse kalçasına direk etki olduğu için yaralanma olasılığı artar ve kalça kırığı meydana gelebilir (Doruk ve Naharcı, 2009).

2.4.4. Davranışsal Faktörler

Yaşlılarda düşmeye neden olan davranışsal risk faktörleri; bireylerin yüksek raflara uzanmak için sandalyeye çıkmak, koşmak gibi fiziksel yeteneklerinin üstünde enerji gerektiren aktivite ve davranışları içerir (Toraman, 2007).

2.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından ortaya atılmış ve sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlanmıştır (Yapıcı, 2006). Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili ortak bir fikir bulunmamakla birlikte geçmişten günümüze çeşitli tanımlamaları yapılmıştır.

Patrick ve Erickson'a göre yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik ve fiziksel), sağlık algısı ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır (Kalınkara, 2011).

Hoernquist ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiyet ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır (Kalınkara, 2011).

Cella yaşam kalitesini “fiziksel, fonksiyonel, duygusal ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali” şeklinde ifade etmiştir (Kalınkara, 2011).

Mc Daniel ve Bach ise yaşam kalitesinin dinamik özelliği, çok boyutluluğu, interaktif olması, bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi gibi dört temel özelliğinden söz etmektedirler (Kalınkara, 2011).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı ile gündeme gelmiştir (Arslantaş ve ark., 2006). DSÖ sağlığı sadece hastalık olmaması değil, bedensel zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Ancak bu tanımda kültürel farklılıklara yer verilmemesi, kişilerin algılarının göz önüne alınmaması, tanımın ulaşılabilir ve ölçülebilir olmaması sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramını gündeme getirmiştir (Sönmez ve ark., 2007). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ile ilgilidir. Mental alan kapsamında ise depresyon, anksiyete, korku, kırgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır (Arslantaş ve ark., 2006).

Günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda vazgeçilmez olan yaşam kalitesi kavramı bireyden bireye değişiklikler gösterir. Yaşam kalitesinin objektif olarak değerlendirilebilmesi amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Genel ölçekler, genel iyilik halini yaşam kalitesinin tüm boyutlarıyla değerlendiren yöntemlerdir. Kısa Form 36, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hastalık Etki Profili, Nottingham Sağlık Profili, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Sağlık Değerlendirme Anketi, EuroQol genel yaşam kalitesi ölçeklerinden bazılarıdır (Başaran, 2005; Bölükbaşı, 2007). Hastalığa özgü ölçekler ise spesifik hastalık veya belirli bir hasta gurubuna yönelik ölçeklerdir. Kanseri, yeti yitimi, fonksiyon kayıplarının

değerlendirilmesi gibi özel alanlara ilişkin ölçekler bu grup içinde yer almaktadır (Başaran, 2005; Aslan, 2009).

2.6. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi

Günümüzde doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde artması yaşlılıkta yaşam kalitesi kavramını ortaya çıkarmaktadır (Çalıştır ve ark., 2006). DSÖ'nün 1999 yılında yayınladığı 'Sağlıklı Yaşlanma Deklerasyonu'nda Herkes İçin Sağlık Hedefleri listesinde Sağlıklı yaşlanma/yaşanan yıllara yaşam katılması hedefine yer verilmiştir. Bu hedefe yönelik stratejiler geliştirilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Bu stratejiler sağlıklı davranışları benimseyerek, fiziksel ve mental işlevselliği sürdürmek ve güçlendirmek için adımlar atmak, aktif ve üretici olmak, toplum içinde olmak ve toplumsal katılım, anlamlı kişilerarası ilişkileri sürdürmeyi içermektedir (Oran ve Öztürk, 2004). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler, politik, sosyal ve ekonomik olarak sınıflandırılabilir.

Politik faktörler; Hem bireyin sağlığı hem de ulusal politika ve kararlar yaşlı sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir.

Sosyal faktörler; Yaşlının barınma koşulları, ekonomik yetersizliği, ulaşım zorlukları, kişilerarası ilişkilerde bozulma, öz-bakım gücünde azalma ve ihmal-istismarı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Ekonomik faktörler; Emeklilik ya da evin geçimini sağlayan bireyin ölümü yaşlıların yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemektedir (Oran ve Öztürk, 2004).

Yaşam kalitesini etkileyen pek çok sosyodemografik özellik vardır (Yazgan ve ark., 2006). Yaş bu sosyodemografik özelliklerden biridir. Yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, yıkımla birlikte günlük yaşam aktiviteleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır (Dönmez, 2010). Çalıştır ve ark., (2006)'ın Muğla il merkezinde yaşayan 1047 yaşlı bireyin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

Dönmez (2010)'in huzurevinde kalan ve aile ortamında yaşayan 65 yaş üstü 96 birey üzerinde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek üzere yapmış olduğu çalışmada kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Yaşlılıkta görülme sıklığı artan kronik hastalıklar kişinin genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına neden olur (Sönmez ve ark., 2007). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği diğer bir çalışmada, kronik hastalığı olan yaşlılarda yaşam kalitesinin bütün alt alanlarında ortalama değerlerin düşük olduğu bulunmuştur (Altuğ ve ark., 2009).

Yaşlılarda aktif bir yaşam biçimi fiziksel fonksiyonun korunmasını sağlayarak yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır (Dönmez, 2010). Yaşlılarda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelendiği diğer bir çalışmada, fiziksel olarak daha aktif olan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Acree ve ark., 2006).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden bir diğeri de sosyoekonomik durumdur. Literatürde yaşlıların ekonomik düzeyleri ile yaşam kalitesi algıları (Çalıştır ve ark., 2006) ve evlilik ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Çakar ve ark., 2011). Hem düşmeler hem de düşme korkusu yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen majör problemlerden biridir (Dönmez, 2010). Düşme korkusu fiziksel aktivitede kısıtlamalara neden olarak hem fiziksel fonksiyonu hem de sosyalizasyonu azaltmaktadır. Bu durum yaşlılarda düşme riskini artırarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Dönmez, 2010). Yıldırım ve Karadakovan (2004)'ın yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmaları sonrasında düşme korkusu yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

2.7. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri; bireyin kendi bakımı için temel olan beslenme, boşaltım, banyo yapma, giyinme, hareket etme, kişisel bakım gibi aktivitelerini ifade eder. Günlük yaşam aktiviteleri, temel günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri olmak üzere iki başlık altında toplanır. Temel günlük yaşam aktiviteleri, beslenme, giyinme, banyo, kişisel bakım, sandalye ve yatak arasında hareket etme, tuvalet kullanma, barsak ve mesane kontrolü, yürüme, merdiven kullanma gibi bireyin hergün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını içerir. Yemek hazırlama, ev işi yapma, ilaç alma, para idaresi, telefon kullanma gibi bireyin

toplum içinde bağımsız yaşaması ve çevreye uyum sağlaması için gereken etkinlikler ise yardımcı günlük yaşam aktiviteleri içinde yer alır (Ulusel ve ark., 2004).

Roper, Logan ve Tierney; hemşireliği hastalık durumunun tedavisinden çok, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunları önlenme ya da çözümlenme olarak algılamaktadırlar. Günlük yaşam aktiviteleri modeli hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlar ile ilgilidir. Hemşire bu üç fonksiyonu birlikte yürütür. Çünkü bunlar birbirleriyle doğrudan ilişkili etkinliklerdir (Biol, 2005).

Roper ve arkadaşları, günlük yaşam aktiviteleri kapsamında geliştirdikleri hemşirelik modelinin sadece hasta bireylerin bakımında değil, toplum sağlığı hemşireliğinde de uygulanabilen bir yöntem olduğunu ileri sürmektedirler (Biol, 2005).

Roper ve arkadaşları, insanın günlük yaşamını sürdürürken gerekli yaşam aktivitelerini gözlemişler ve 12 tür günlük yaşam aktivitesini belirlemişlerdir (Biol, 2005). Bunlar;

- ✓ Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama ve sürdürme
- ✓ İletişim
- ✓ Solunum
- ✓ Yeme ve içme alışkanlıkları
- ✓ Boşaltım alışkanlığı
- ✓ Kişisel temizlik ve giyim
- ✓ Beden ısısının kontrolü
- ✓ Hareket
- ✓ Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme
- ✓ Cinselliğini ifade etme
- ✓ Uyku alışkanlığı
- ✓ Ölüm

Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama ve sürdürme: Hastanın görme, işitme gibi sorunlarının olup olmadığı araştırılmalıdır. Kulağı iyi duymayan bir hasta tehlike uyarısını duymayabilir. Yatağa bağımlı paraplejik bir hastada yatak yaralarının açılmaması için önlemler alınır. Hastanın lökositleri düşük ise, hastayı enfeksiyonlardan korumak için izole edilir.

İletişim: Hastanın görme, işitme, konuşma ve algılama fonksiyonları gözlenerek; iletişim kurmada herhangi bir güçlüğü olup olmadığı değerlendirilir. Bu fonksiyonlarda bir yetersizlik olduğunda hasta, çevresi ile yeterli iletişim kuramayacağından, hem tedavisi hem de ilişkileri olumsuz yönde etkilenir.

Solunum: Hemşire hastanın solunum aktivitesini değerlendirmek amacıyla solunum güçlüğü var mı?, solunum güçlüğü'nün nedeni ağrı mı?, solunum yollarındaki sekresyon mu?, solunum güçlüğü gece artıyor mu? ve sigara ile ilişkili mi? gibi sorulara yanıt arar ve bunları yorumlayarak, hastanın solunum sıkıntısının nedenini saptar.

Yeme içme alışkanlıkları: Hastanın, hastalığı nedeni ile özel bir diyet kullanıp kullanmadığı, alerjiye neden olan besin maddelerinin olup olmadığı, sevdiği ve sevmediği yiyeceklerin neler olduğu, dini inançları nedeni ile yemediği yiyeceklerin olup olmadığı, hastanın kendi başına yemeğini yiyip yiyemediği, şişman ya da zayıf olup olmadığı gibi beslenmeye ilişkin sorunlar saptanır.

Boşaltım alışkanlığı: Hastanın dışkılama ya da idrar yapmada probleminin olup olmadığı açık ve hastayı rahatsız etmeyecek şekilde araştırılır. Hastanın dışkı ve idrarının miktarı, kokusu, rengi ve sıklığı ile ilgili gözlemler yapılır. Ayrıca hemşire, hastanın normal boşaltımını etkileyebilecek olası durumları saptar ve gerekli önlemleri alır.

Kişisel temizlik ve giyim: Kişi kendi başına temizliğini yerine getiriyor mu? getiremiyorsa hastanın bu hijyenik alışkanlıkları yapmamasının nedenleri araştırılır. Hasta kendi başına temizliğini ve giyimini yerine getiremediğinde, bu gereksinimini karşılamak ve hastayı rahatlatmak hemşirenin görevidir.

Beden ısısının kontrolü: Hastanın beden ısısının yükselip yükselmediğini anlamak için, hastanın rengi, terleme durumu, solunum sayısı, titreme varlığı, ellerin sıcak ya da soğuk oluşu gibi belirtiler gözlenir. Hastanın beden ısısı normal sınırlarda tutulmaya çalışılır. Örneğin; hava sıcak ise oda havalandırılır, soğuk ise ek battaniye verilir.

Hareket: Öncelikle hastanın kas-iskelet sistemine ilişkin bir sorunu var mı diye gözlenir. Varsa, koltuk değneği ve tekerlikli iskemle gibi yardımcı araç ve gereçlere gereksinim duyup duymadığı araştırılır. Hastanın hareketini engelleyen; ağrı, kırık, eklemlerde kireçlenme, ilerlemiş kalp yetmezliği gibi durumlar araştırılır. Böylece

hastanın hareketini kısıtlayan ya da engelleyen neden belirlenir ve uygun hemşirelik bakımı planlanır.

Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme alışkanlıkları: Hemşire hastanın mesleğini, nerede çalıştığını, çalışma koşullarının hastalığı ile ilgili olup olmadığını, çalışma süresini, eğlenmeye ne kadar zaman ayırdığını araştırır. Hasta çocuk ise en çok hangi oyuncaklardan hoşlandığını öğrenir. Böylece hemşire, hastanın işi ile hastalığı arasında bağlantı kurabilir ve boş vakitlerini nasıl değerlendireceği konusunda ön bilgi edinmiş olur.

Cinselliğini ifade etme: Hemşire, hastanın mensturasyon periyodu, kontraseptif uygulamaları, cinsel ilişkileri ile ilgili veri toplar. Ancak bu konular, son derece hassas olduğundan hastaya stres yaratmayacak şekilde dikkatli davranılmalıdır.

Uyku alışkanlığı: Hasta, hastalığı ne olursa olsun, normal uykusunu uyuyamıyorsa hemşire bunun nedenlerini araştırır. Çünkü, hastanın iyileşmek için normal alışkanlığı olan sürede uykuya gereksinimi vardır. Hemşire hastanın normal alışkanlıklarını, uyuyamadığı zaman hangi yollara başvurduğunu araştırmalıdır. Ayrıca hastanın uykusunu engelleyen nedenler hasta ile konuşularak çözüme kavuşturulur.

Ölüm: Ölmek üzere olan hastanın ve yakınlarının, hemşirenin destekleyici yaklaşımına gereksinimleri vardır. Bu aşamada hemşire hastanın fiziksel ve ruhsal gereksinimlerine karşılamaya özen göstermelidir. Hasta ve ailesi korkularını ve ölümle ilgili düşüncelerini ifade etmek istediklerinde gerekli zamanı ayırmalı, onlarla yakından ilgilenmelidir (Biol, 2005).

Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, yeme ve içme alışkanlıkları, boşaltım alışkanlığı, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, uyku alışkanlığı, ölümden oluşan günlük yaşam aktivitelerini etkileyebilecek birçok faktör bulunmaktadır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda yaş ile günlük yaşam aktiviteleri arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Şahbaz ve Tel (2006)'in evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma sonrasında, yaş arttıkça temel günlük yaşam aktivitelerinde ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşama durumunun anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur (Şahbaz ve Tel, 2006).

Yapılan çalışmalarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşama durumları üzerine yaş faktöründen sonra en çok etkileyen faktörlerden bir diğerinin bireyin sahip olduğu kronik hastalıklar olduğu belirtilmiştir (Şahbaz ve Tel, 2006). Uçku ve Ergin yaptıkları çalışmada hiçbir kronik hastalığı olmayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranının %9,1 olduğunu, bir ya da daha fazla kronik hastalığı olan yaşlılarda bu oranının %28,8'e kadar arttığını saptamışlardır (Şahbaz ve Tel, 2006).

Yaşlılarda cinsiyet ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun incelendiği diğer bir çalışmada ise kadınların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumunun erkeklerden daha düşük olduğu bildirilmiştir (Şahbaz ve Tel, 2006).

Yıldırım ve Karadakovan (2004)'ın çalışmasında, bireylerin banyo yapma, giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumlarının düşme korkusundan etkilendiği; bu aktivitelerde biraz yardıma ihtiyacı olan bireylerin bağımsız olanlara göre düşmekten daha çok korktukları belirtilmiştir.

Literatürde yaşlı bireylerde yaşanan düşme korkusunun, bireyin duyu ve davranışlarında önemli farklılıklar yaratarak, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini azalttığı bildirilmiştir (Cumming ve ark., 2000; Erdem ve Emel, 2004; Meriç ve Oflaz, 2007).

Yapılan çalışmalar, yaşlılarda yaşanan düşme korkusunun fiziksel aktiviteleri kısıtlayarak fonksiyonel gerilemelere, düşme riskinde artmaya, sosyal katılımı sınırlamalara ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda yaşlılarda yaşanan düşme korkusu en az düşmeler kadar sağlık bakım maliyetini arttırmaktadır (Uz, 2008).

Bu çalışmada acil servise çeşitli nedenlerle başvuran yaşlılarda düşme risk ve korkusunun, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda yaşlılarda yaşam kalitesini, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumunu arttırmak amacıyla düşme risk ve korkusunu önlemeye yönelik stratejiler geliştirilmiştir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil servisine çeşitli problemler ve şikayetler nedeniyle başvuran yaşlıların düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla, kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15.10.2013-30.05.2014 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil kliniğinde yapılmıştır. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'ndeki en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup, Samsun ve bazı çevre illerdeki acil tedavi ve bakım gerektiren hastaların çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil kliniği beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm triyaj bölümü olup hastaların kısaca şikayetlerinin ve ilk yaşamsal bulgularının alındığı, aciliyet durumlarının belirlendiği bölümdür. İkinci bölüm yirmidört sedye alabilen sekiz odadan oluşan, yakın takip ve tedavi gerektirmeyen travma ve dahili hastalarına poliklinik hizmeti verilebilen bölümdür. Üçüncü bölüm ise kardiyopulmoner resüsitasyon yapılabilen, yakın takip ve tedavi gerektiren hastaların monitörle izlendiği ve gerekli müdahalelerin yapıldığı resüsitasyon bölümünden oluşmaktadır. Dördüncü bölüm durumu daha az kritik olan ve hastaların yatarak takip ve gözlemlerinin yapıldığı bölümdür. Bu bölümde toplam on hastanın yatarak takibi yapılabilmektedir. Bununla birlikte durumu kritik olan hastaların takip ve izlemine imkan sağlayan altı yatak kapasitesine sahip yoğun bakım ünitesi de beşinci bölüm olarak hizmet vermektedir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Kliniği'nde altı öğretim üyesi, yirmibir araştırma görevlisi, onsekiz hemşire, onsekiz paramedik olmak üzere toplam altmış üç sağlık bakım profesyoneli 8-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklinde hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi acil servisine çeşitli problem ve şikayetler nedeniyle başvuran yaşlılar oluşturmuştur. Araştırmaya çalışmaya katılmaya istekli, kolay iletişim kurulabilen, okuma ve yazma bilen, Standardize Mini Mental Testten 20 ve üzerinde puan alan, 65 yaş ve üzeri gönüllü yaşlılar alınmıştır. Acil servise başvuran yaşlıların tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=14), duyuşal değişimler nedeniyle iletişim kurulamayan (n=13), Standardize Mini Mental Test'ten 20'nin altında puan alan (n=17) ve acil serviste gözlem ve izlemi 24 saatten daha az süren (n= 20) yaşlılar çalışma kapsamı dışında bırakılarak araştırma 151 yaşlı ile tamamlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Erdem ve Emel, 2004; Dönmez, 2010; Atay ve Akdeniz, 2011) yaşlıyı tanıtıcı bilgi formu ile Standardize Mini Mental Test (SMMT), Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği (FES), Morse Düşme Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili (NHP) ve Modifiye Barthel İndeksi (MBI) kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler yaşlılar acil kliniğine kabul edildikten 24 saat sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlılara çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler yaşlılara uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 20-25 dakika sürmüştür. Yaşlılara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Yaşlı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan yaşlı tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyodemografik bilgilerini içeren 11 soru (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi, çocuk sayısı, evde kimlerle birlikte yaşadığı, sosyal güvencesi bulunma durumu, en uzun yaşadığı yerleşim birimi), klinik bilgilerini içeren 17 soru (acile başvuru nedeni, acile kabul zamanı ve saati, acile başvuru sıklığı, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sınırlı fonksiyonlara sahip olma durumu, yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyma durumu, görme ile ilgili problemi olma durumu, hergün düzenli olarak ilaç kullanma durumu vb.); düşme risk ve korkusunu belirlemeye yönelik 17 soru (evinde düşmeyi önlemeye yönelik koruyucu önlemlerin bulunma durumu, düşme korkusu yaşama durumu, düşme korkusu nedeniyle aktivitelerini sınırlama durumu, şu ana kadar toplam kaç kez düştüğü, düşme olayını nerede/nerelerde yaşadığı, düşmenin ne zaman meydana geldiği, düşme saatleri, düşme neden/nedenleri, düşme sonrasında uygulanan tedaviler, düşme sonrasında komplikasyon meydana gelme durumu vb.) olmak üzere 45 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Mini Mental Test (MMT), ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından 1975'te yayınlanmıştır. Test, bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirebilmek amacıyla kullanılan testlerin çok fazla soru içermeleri ve uygulamada 30 dakikadan daha fazla zaman almalarından dolayı yaşlıların bilişsel performansının kısa sürede değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. MMT bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilecek kısa, kullanışlı ve standardize bir metottur ancak klinik sendromların ayırt edilmesi açısından sınırlı bir özgüllüğe sahiptir (Güngen ve ark., 2002). Test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmakta ve on bir maddeden oluşmaktadır. Test, uygulama esnasında uygulayıcının öznel değerlendirmelere başvurmasına neden olacak şekilde esnek olmasından dolayı, Molloy ve Standish (1997) tarafından standardize edilmiş ve Standardize Mini Mental Test (SMMT) geliştirilmiştir (Molloy ve Standish, 1997). Molloy ve Standish (1997), MMT'in bir sorunun soruluş biçimi, anlaşılmadığı veya yanıt alınamadığı zaman kaç kez sorulacağı, kabul edilebilir cevabın ne olması

gerektiği, bir soruya yanıt için en fazla ne kadar bekleneceği gibi uygulamalara ait kuralları içeren ‘Standardize uygulama kılavuzu’ eşliğinde kullanıldığında serbest kullanıma göre daha yüksek uygulayıcılar arası tutarlılık gösterdiğini belirtmişlerdir (Güngen ve ark., 2002).

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sırasıyla Güngen ve arkadaşları (2002) ile Ertan ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (Tamam ve ark., 2008). Güngen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, ilk olarak Folstein ve arkadaşlarınca (1975) geliştirilen MMT ile Molloy ve Standish (1997) tarafından oluşturulan standardize versiyon ve uygulama yönergesi üç psikiyatrist tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Yönerge eşliğinde kullanılan Molloy ve Standish tarafından standardize edilen bu versiyonda testin farklı zamanlarda ve farklı kişilerce uygulanması ile oluşan değişikliği azaltmak amaçlanmıştır. Oluşturulan bu yönergenin amacı farklı uygulama biçimlerinin önüne geçilmesi ve testin puanlamasının sonradan da gözden geçirilmesidir. Güngen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında Molloy ve Standish (1997) tarafından oluşturulan standardize versiyonun şekil kopyalama figürüne, çalışmanın benzer uluslararası uygulamalarla eşgüdümünün sağlanması için uyulmamış ve iç içe geçmiş beşgenlerin orijinal biçimine sadık kalınmıştır. Kayıt hafızası ve hatırlama bölümlerinde tekrar edilen üç kelime ise Folstein’in orijinal veya Molloy’un standardize formundaki kelimelerden farklı olarak Türkçe’de heceleme yönünden birbirine benzeyen ve ayrı semantik kategorilerden ‘masa, bayrak, elbise’ olarak seçilmiştir. Güngen ve arkadaşları (2002) cümle tekrarı bölümündeki deyim, olduğu gibi çevirisinin Türkçe’ de anlamlı bir karşılığa sahip olmaması nedeniyle, hem akıcı konuşma yeteneğini koruması hem de anlaşılabilir olmasından dolayı ‘Eğer ve fakat istemiyorum’ cümlesini kullanmışlardır (Güngen ve ark., 2002). Molloy ve Standish tarafından oluşturulan SMMT, yönelim (10 puan), kayıt hafızası (3 puan), dikkat ve hesaplama (5 puan), hatırlama (3 puan) ve lisan (9 puan) olmak üzere 5 ana başlık altında toplanmaktadır. Bu test 11 maddeden oluşmakta ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Güngen ve arkadaşları alınabilecek en yüksek puanın 30 olduğunu, SMMT’in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğunu ve ideal kesme noktasının 23/24 olduğunu bildirmişlerdir. Bu testte 0-9 puan ağır bilişsel bozukluk, 10-19 puan orta bilişsel bozukluk, 20-23 puan hafif bilişsel bozukluk, 24-30 puan normal olarak değerlendirilmektedir.

SMMT'in kullanımı için bu ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Güngen ve Turan'dan izin alınmıştır (Ek-9). Molloy ve Standish'in (1997) çalışmasında SMMT'in güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği (FES)

Tinetti ve arkadaşları yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken algıladıkları düşme korkusunun derecesini belirlemek amacıyla Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğini (FES) geliştirmişlerdir (Tinetti ve ark., 1990).

Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği, 10 maddelik bir ölçektir. Bu maddeler; yatağa girmek ve çıkmak, sandalyeye oturmak ve kalkmak, banyo yapmak ya da duş almak, giyinmek ve soyunmak, dolaba uzanmak, çevrede yürümek, kapıya ya da telefona cevap vermek, ağır objeleri kaldırmadan yemek hazırlamak ve basit alışveriş yapmaktır. Ölçekte, “Düşmeden evi temizleyebildiğinizde ne kadar güvenlisiniz?”, “Düşmeden giyinip soyunabildiğinizde ne kadar güvenlisiniz?” gibi sorular yer alır. Her bir soruya verilen cevap, 1 (tamamen güvenli) ile 10 (hiç güvenli değil) arasında puanlanmıştır. Alınabilecek en düşük toplam puan 10, en yüksek toplam puan ise 100'dür (Tinetti ve ark., 1990). Toplam puanın 70 ve üzerinde olduğu yaşlı bireylerde düşme korkusunun olduğu varsayılmıştır (Hamilton County, 2014).

Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı Tinetti ve arkadaşlarının çalışmasında 0,71; Türkiye' de yapılan bir çalışmada ise (Erdem ve Emel, 2004) 0,89 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği güvenilirlik katsayısı cronbach alfa 0,989 olarak saptanmıştır. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinin kullanımı için Erdem ve Emel'den izin alınmıştır (Ek-10).

3.5.4. Morse Düşme Ölçeği

Morse Düşme Ölçeği, 1987 yılında Janica Morse tarafından yaşlılarda düşme riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek, hastanelerde düşen ve düşmeyen yaşlı hastaların düşme riskini önlemek için bireye özgü bir değerlendirme aracı olarak geliştirilmiştir (Yıldırım, 2009). Ölçeğin hastanın kliniğe kabul edildiği ilk 24 saat içinde uygulanması, hastanın sağlık durumunda bir değişiklik meydana geldiğinde tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir (Yıldırım, 2009). Morse, ölçeğin psikiyatri ve cerrahi klinikler dışındaki tüm kliniklerde bilinci açık hastalar üzerinde

kullanılabileceğini belirtmektedir. Morse Düşme Ölçeği, hastaları düşme risklerine göre sınıflandırmada kullanılan, değerlendirmesi pratik ve kolay bir ölçektir.

Ölçek; düşme hikayesi, ikincil tanı, hareket etmede yardımcı araç kullanma durumu, intravenöz tedavi alma durumu, transfer/yürüme durumu, mental durum ile ilgili altı değerlendirme alanından oluşmaktadır (Yıldırım, 2009).

Düşme hikayesinin varlığı; eğer hasta hastanede bulunduğu süreçte düşmemiş ise 0 puan verilerek, hastanede bulunduğu süreçte ya da son üç ay içerisinde düşmüş ise hastaya 25 puan verilerek düşme hikayesi puanlaması oluşturulur.

İkincil tanı; Hasta birden fazla tanıya sahip değil ise hastaya 0 puan verilerek, hasta birden fazla tanıya sahip ise hastaya 15 puan verilerek ikincil tanı puanlaması yapılır.

Mobilizasyon desteği; eğer hasta yatak istirahatinde, kendi başına ya da hemşire yardımı ile yürüyor ise hastaya 0 puan verilerek, koltuk değneği, baston ya da yürüteç kullanıyor ise hastaya 15 puan verilerek, destek mobilya ihtiyacı duyuyor ise hastaya 30 puan verilerek mobilizasyon desteği puanlaması yapılır.

İntravenöz yol varlığı ya da heparin kullanımı; hasta intravenöz yola sahip değil ya da hastada heparin kullanımı yok ise hastaya 0 puan verilerek, hasta intravenöz yola sahip ya da heparin kullanıyor ise hastaya 20 puan verilerek intravenöz yol varlığı ya da heparin kullanımı puanlaması yapılır.

Yürüyüş/Transfer; hastanın yürüyüşü normal ise, hasta devamlı yatakta kalma zorunluluğunda ise, ya da hasta immobil ise hastaya 0 puan verilir. Hastaya yürüyüş için eşya desteği gerekliyse, yürürken adımları kısa atıyor ve adımlarını birbirine karıştırma ihtimali bulunuyor ise, yürürken devamlı dokunacak, destek alacak yerler arıyor ise hastanın denge durumu zayıf demektir ve hasta 10 puan ile puanlandırılır. Eğer hastanın başı öne doğru eğilmiş, yere bakıyor durumda, oturduğu yerden kalkarken kollarından destek alarak kalkıyor, adımlarını kısa atıyor ve adımlarını karıştırıyor ise ve tüm bunlarla beraber insan, eşya ya da mobilya yardimsız yürüyemiyor ise hasta dengesini sağlayamaz demektir ve hasta 20 puanla puanlandırılarak yürüyüş/transfer durumu puanlaması yapılır.

Mental durum; hasta oryante ise hastaya 0 puan verilerek, eğer hasta konfüze ya da dezoryante ise hastaya 15 puan verilerek mental durum puanlaması yapılır (Demir, 2011).

Ölçeğin kesme puanlarına göre bir risk değerlendirilmesi yapılmaktadır. Morse tarafından ölçek için önerilen kesme puanları ve risk tanımları şu şekildedir; 0-24 puan arası riskli olmayan grup, 25-45 puan düşük riskli grup, 46 ve üzeri puan ise yüksek riskli grup olarak değerlendirilmektedir (Yıldırım, 2009).

Morse Düşme Ölçeğinin kullanımı için bu ölçeğin Türkçeye uyarlaması, duyarlılık ve seçicilik düzeyinin belirlenmesi çalışmasını yapan Demir ve İntepeler'den (2011) izin alınmıştır (Ek-11). "Morse Düşme Ölçeği'nin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Morse (1989) tarafından 0,16, Chow ve arkadaşları (2007) tarafından ise 0,26 olarak belirlenmiştir" (Chow ve arkadaşları, 2007: s. 562'deki alıntı). Demir ve İntepeler'in çalışmasında ise 0,55 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Morse Düşme Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı cronbach alfa 0,403 olarak saptanmıştır.

3.5.5. Nottingham Sağlık Profili (NSP)

Bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için NSP kullanılmıştır. Nottingham Sağlık Profili, Nottingham Üniversitesi Halk Sağlığı Departmanı tarafından bireylerin subjektif sağlık durumunu ölçmek için geliştirilmiştir. NSP; 6 alanın değerlendirildiği 38 adet soru içermektedir. Bu sorular; fiziksel aktivite (8), ağrı (8), uyku (5), sosyal izolasyon (5), emosyonel reaksiyon (9) ve enerji düzeyi (3) alt gruplarını oluşturmaktadır. Sorular, bireylerden alınan evet ya da hayır cevaplarına göre değerlendirilmiştir. Bireylerden kendilerine en yakın hissettikleri yanıtı vermeleri istenmiştir. Her bir alt grup 0 en iyi sağlık durumunu, 100 ise en kötü sağlık durumunu gösterecek şekilde hesaplanmaktadır (Hunt ve ark., 1980).

Nottingham Sağlık Profili'nin kullanımı için bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Küçükdeveci ve arkadaşlarından (2000) izin alınmıştır (Ek-12). Küçükdeveci ve arkadaşları Nottingham Sağlık Profili alt gruplarının güvenilirlik katsayısının 0,56 ile 0,83 arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Bu araştırmada ise Nottingham Sağlık Profili'nin güvenilirlik katsayısı cronbach alfa 0,938 olarak saptanmıştır.

3.5.6. Modifiye Barthel İndeksi

Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen Barthel İndeksi, dünyada ve ülkemizde birçok çalışmada sıkça kullanılan, günlük yaşam aktivitelerinin

değerlendirilmesine imkan veren bir ölçektir (Mahoney ve Barthel 1965). Barthel İndeksi, beslenme, yıkanma, öz bakımını yapabilme, giyinme, dışkılama kontrolü, idrar kontrolü, tuvalete gitme, yataktan tekerlekli sandalyeye geçebilme yetisi, yürüme ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olma gibi hareketlilik durumu ve merdiven çıkma işlevlerini, 0-15 puan arasında değerlendiren toplam 10 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçekle yapılan değerlendirmede temel amaç, hastanın günlük yaşam aktivitelerini ne düzeyde yaptığını saptayabilmektir. Bu ölçekte hastanın doğrudan test edilmesi zorunlu olmayıp, doğrudan gözlem, hastadan, hasta yakınlarından ya da bakımı ile ilgilenen hastabakıcı ya da hemşireden elde edilen bilgiler yardımıyla da değerlendirme yapılabilir. Alınabilecek puanın 0-100 arası olduğu bu ölçekte, skorun yüksekliği hastanın o derece diğer insanlardan bağımsız olduğu anlamına gelmektedir (Mahoney ve Barthel 1965; Tamam, 2008). Elde edilebilecek en yüksek toplam skor 100'dür ve bireyin fiziksel işlevlerinde tamamen bağımsız olduğu anlamına gelmektedir. En düşük skor ise 0'dır; bireyin fiziksel işlevlerinde tamamen bağımlı olduğunu göstermektedir. Bu ölçekte hastanın fonksiyonel bağımsızlığını etkileyebilecek olan bilişsel durum, lisan, görsel fonksiyon, duygusal bozukluklar ve ağrı değerlendirmeye alınmamıştır. Bu alanlarda ciddi yetersizlikleri olsa da hastalar yüksek skor elde edebilirler. Ayrıca akut dönemdeki inme hastalarının çoğu yatağa bağımlı olduğundan Barthel İndeksinin bu hastalarda kullanılması da düşük skor elde edilmesine yol açabilmektedir (Aksakallı, 2009). Barthel İndeksi 1988 yılında Shah ve arkadaşları tarafından revize edilmiş ve bu ölçek Modifiye Barthel İndeksi (MBI) olarak adlandırılmıştır (Shah ve ark., 1989).

MBI'nde bağımsızlık üç yerine beş düzeyde değerlendirilmektedir ve BI ile karşılaştırıldığında daha yüksek duyarlılık ve güvenilirliğe sahiptir. Modifiye Barthel İndeksinin alt grupları aşağıda gösterildiği şekilde puanlanmaktadır (Küçükdeveci ve ark., 2000).

A-Transfer

0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir.

3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardım gerekir.

8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir.

12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir.

15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/sandalyeye güvenle yaklaşır, frenler, kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenle yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine güvenle geçebilir. Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.

B-Ambulasyon

0: Ambulasyonda bağımlıdır.

3: Ambulasyonda sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.

8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.

12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir.

15: Hasta gerekirse cihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip açabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanadien, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50 m'lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüyebilir.

Tekerlekli İskemle Kullanma (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)

0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.

1: Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.

3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir.

4: Belirli güzergahlara, makul bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar.

5: Bağımsız kabul etmek için hasta köşeleri kendisi dönebilmeli, çevresinde dönebilmeli, iskemleyi masaya, yatağa, tualete vs. yaklaştırabilmeli; evde, koğuşta vs. sandalyeyi en az 50 m sürebilmelidir.

C-Merdiven İnip Çıkma

0: Hasta merdivenleri çıkamaz.

2: Merdiven inip çıkmanın tüm aşamalarında yardım gerekir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasını da içerir.

5:Hasta merdiven inebilir çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar.

8:Genelde hiç yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir.

10:Yardım veya gözetim olmadan güvenle basamakları iner-çıkarmak, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır; inerken çıkarken bu cihazları kullanabilmelidir.

D-Beslenme

0:Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir.

2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir.

5: Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz biber atma, yağ sürme, tabağı çevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir.

8: Et kesme, süt kartonu açma, kavanoz kapağı açma vs. hariç hazırlanmış tepside bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir.

10:Başka biri yiyecekleri ulaşabileceği bir yere koyunca tepside veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ sürebilir vs.

E-Giyinme

0:Hasta giyinmenin tüm aşamalarında bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz.

2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.

5:Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.

8:Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çitçitleri açıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde.

10:Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri splintleri takar çıkarır.

F-Kişisel Bakım

0:Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır.

1:Tüm aşamalarda yardım gereklidir.

3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.

4:Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.

5: Hasta ellerini-yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veya traş bıçağını kendi kullanabilmeli fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil veremeyebilir).

G-Banyo Yapma

0:Banyo yapmada tam bağımlıdır.

1:Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.

3:Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz.

4:Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.

5:Duş, küvet vs. hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.

H-Tuvalet Kullanımı

0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.

2:Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.

5:El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir.

8:Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir.

10:Tuvalete oturup kalkabilir, giysilerini giyer çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kağıdı kullanır. Gerekirse geceleri ördek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.

I-İdrar İnkontinansı

0:Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinandır veya daimi sondası vardır.

2:İnkontinandır ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir.

5:Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.

8:Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırma olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.

10:Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.

J-Gaita İnkontinansı

0:Hasta inkontinandır.

2:Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.

5:Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez. Sık sık kaçıır. Bez ile bağlama gerekir.

8:Supozituar veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçıır.

10:Bağırsak kontrolü vardır, hiç kaçırmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi yapabilir.

Modifiye Barthel İndeksi'nin kullanılması için bu ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Küçükdeveci' den (2000) izin alınmıştır (Ek-12). Küçükdeveci ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında Modifiye Barthel İndeksinin güvenilirlik katsayısı, stroke tanısı almış bireylerin hastaneye kabulünde 0,93, spinal kord yaralanması tanısı almış bireylerin hastaneye kabulünde ise 0,88 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ise Modifiye Barthel İndeksi güvenilirlik katsayısı cronbach alfa 0,944 olarak saptanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan yaşlılara ilişkin verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, yüzde; grupların karşılaştırıldığı analizlerde, ki-kare, Fisher's Exact Test, Mann-Whitney U Testi, independent sample-t test ve Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (27.09.2013/ sayı; B.30.2.ODM.020.08/ 659) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-7). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı üniversitede ilgili fakülte yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması
- Acil serviste gözlem ve izlemi 24 saatten daha az süren yaşlıların araştırma kapsamına alınamaması
- Duyusal değişimler nedeniyle iletişim kurulamayan yaşlıların çalışmaya dahil edilememesi
- Örneklem gurubu ile yapılan yüzyüze görüşmelerde verilen cevaplardaki ifadelerin doğruluğunu değerlendirecek uzun süreli gözlemlerin yapılamaması
- Araştırmaya katılan örneklem sayısının az olması
- Araştırma sonuçlarının toplum ile özel ve tüzel kişilere ait huzurevlerinde yaşayan yaşlılara genelleme yapılamaması

4. BULGULAR

4.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan yaşlılara ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 151)

Sosyodemografik özellikler		n= 151	%
Yaş grupları	65-74 yaş	93	61,6
	72,74 ± 6,25	58	38,4
Cinsiyet	Kadın	73	48,3
	Erkek	78	51,7
Medeni Durum	Evli	151	100,0
	Bekar	0	0,0
Eğitim düzeyi	Okuryazar	79	52,3
	İlkokul	58	38,4
	Ortaokul	14	9,3
Mesleği	Ev hanımı	72	47,7
	Serbest meslek	15	9,9
	Emekli	64	42,4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	5,3
	Çalışmıyor	143	94,7
Aile tipi	Geniş aile	75	49,7
	Çekirdek aile	76	50,3
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Tek başına	11	7,3
	Eşi ile birlikte	53	35,1
	Çocukları ile birlikte	11	7,3
	Aile üyeleri ile birlikte	76	50,3
Sosyal güvence durumu	Var	143	94,7
	Yok	8	5,3
En uzun yaşadığı yerleşim birimi	İl	47	31,1
	İlçe	47	31,1
	Köy	57	37,7

Çalışmaya katılan 151 yaşlının %51,7'sini erkek, %48,3'ünü kadınların oluşturduğu, tümünün evli olduğu, %52,3'ünün okuryazar, %47,7'sinin ev hanımı ve %42,4'ünün emekli olduğu, %94,7'sinin çalışmadığı, %50,3'ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu, %50,3'ünün aile üyeleri ile birlikte yaşadığı, %94,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %37,7'sinin köyde yaşadığı belirlenmiş olup bireylerin yaş ortalaması 72,74±6,25 yıl, çocuk sayısı ortalaması 4,14±1,98'dir.

4.2. Yaşlıların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan yaşlılara ilişkin klinik özellikler Tablo 2'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan 151 yaşlının %88,7'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %79,1'inde Hipertansiyon, %36,6'sında Kalp-damar sistemi hastalıkları ve %31,3'ünde ise Diyabetes Mellitus hastalığının bulunduğu, %83,4'ünün düzenli olarak ilaç kullandığı, %81,7'sinin antihipertansif ilaçlar, %32,5'inin kalp-damar sistemi ilaçları, %28,6'sının antidiyabetik ilaçlar aldığı, %27'sinin düzenli olarak hergün 4 ve daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %50,3'ünün günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu, %52,6'sının banyo ile ilgili sınırlı fonksiyona sahip olduğu, %37,1'inin yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyduğu, %100'ünün baston kullandığı ve %44'ünün görme problemi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Yaşlıların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=151)

Klinik özellikler		n= 151	%
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	134	88,7
	Yok	17	11,3
*Cevabı evet ise sahip olunan kronik hastalıklar (n=134)	Hipertansiyon	106	79,1
	Kalp-damar sistemi hastalıkları	49	36,6
	Diyabet	42	31,3
	Kanser	33	24,6
	Astım	8	6,0
	KOAH	13	9,7
	Depresyon	10	7,5
	Böbrek yetmezliği	14	10,4
	Diğer	16	11,9

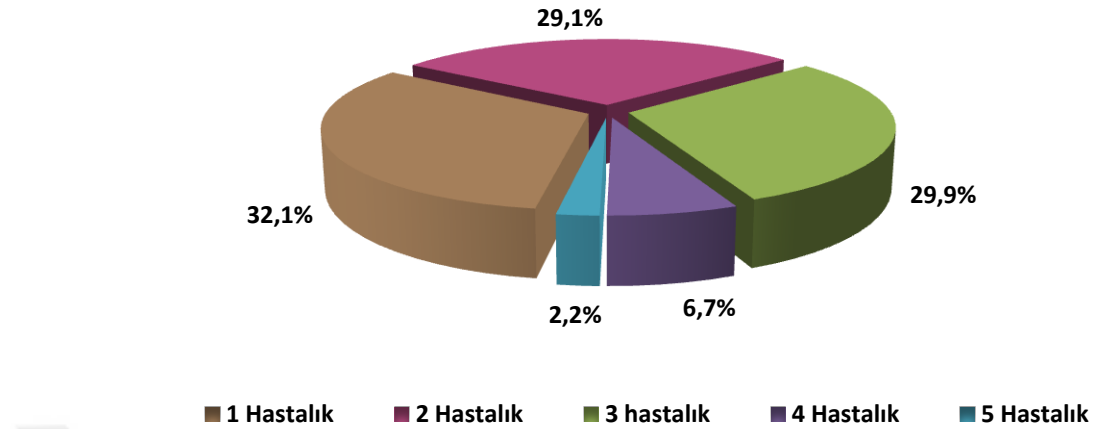
Tablo 2 Devam. Yaşlıların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=151)

Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	126	83,4
	Hayır	25	16,6
Cevabı evet ise kullandığı ilaç grupları (n= 126)	Antihipertansifler	103	81,7
	Antidiyabetik	36	28,6
	Diüretikler	24	19,0
	Astım ilaçları	15	11,9
	Antikoagülanlar	28	22,2
	Kalp-damar sistemi ilaçları	41	32,5
	Antidepresanlar	13	10,3
	Diğer	32	25,4
**GYA ile ilgili sınırlılığa sahip olma durumu	Evet	76	50,3
	Hayır	75	49,7
Cevabı evet ise GYA ile ilgili sahip olunan sınırlı fonksiyonların neler olduğu (n=76)	Tuvalet	8	10,5
	Banyo	40	52,6
	Ambulasyon	28	36,8
Yürürken yardımcı araca gereksinim duyma durumu	Evet	56	37,1
	Hayır	95	62,9
Cevabı evet ise kullanılan yardımcı araç/araçlar (n= 56)	Baston	56	100,0
Görme ile ilgili problemi olma durumu	Evet	67	44,4
	Hayır	84	55,6

*Birden fazla cevap verilmiştir

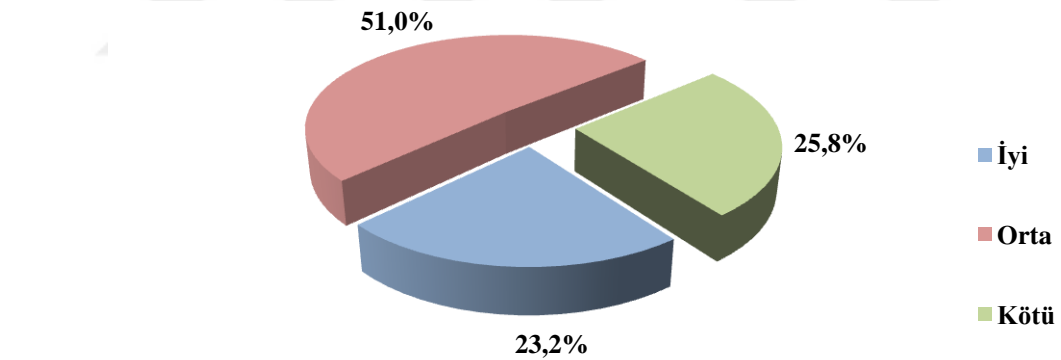
**GYA: Günlük yaşam aktiviteleri

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre yüzdeler dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Yaşlıların Sahip Oldukları Kronik Hastalık Sayısına Göre Yüzdeler Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen bireylerin sağlığı algılama durumlarına göre yüzdeler dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Yaşlıların sağlığı algılama durumlarına göre yüzdeler dağılımı

4.3. Yaşlıların Acil Servise Başvurma Durumlarına İlişkin Bulgular

Yaşlıların acil servise başvurma durumlarına ilişkin özellikler Tablo 3’de gösterilmektedir. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %87,4’ünün daha önce acile başvurduğu, %21,9’unun acile başvuru sıklığını 7 ve üzeri olarak ifade ettiği, acile başvurma neden ya da nedenlerine bakıldığında, %43’ünün ağrı, %13,2’sinin nefes darlığı, %7,3’ünün ise düşmeler nedeniyle acil servise başvurduğu, ağrı nedeni ile

başvuran yaşlıların %40,9'unda karın bölgesinde, %18,2'sinde göğüs bölgesinde ağrı şikayetinin bulunduğu, %70,2'sinin gündüz ve %38,4'ünün de 12-18 saatleri arasında acil servise başvurduğu belirlendi.

Tablo 3. Yaşlıların Acil Servise Başvurma Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=151)

Acil servise başvurma durumuna ilişkin özellikler		n=151	%	
Daha önce acile başvurma durumu	Evet	132	87,4	
	Hayır	19	12,6	
Acile başvurma neden/nedenleri	Ağrı	66	43,0	
	Düşme	11	7,3	
	Bulantı-kusma	17	11,3	
	Halsizlik	18	11,9	
	Nefes darlığı	20	13,2	
	Ateş	8	5,3	
	Rektal kanama	9	6,0	
	Mantar intoksikasyonu	7	4,6	
	Bayılma	7	4,6	
	Konstipasyon	6	4,0	
	Diğer	17	11,3	
	Eğer ağrı nedeniyle başvurduysa ağrı bölgesi (n=66)	Karın	27	40,9
		Göğüs	12	18,2
Baş		10	15,2	
Ayak-bacak		8	12,1	
Diğer		9	13,7	
Acile kabul zamanı	Gündüz	106	70,2	
	Gece	45	29,8	
Acile başvurma saati	6-12	52	34,4	
	12-18	58	38,4	
	18-24	26	17,2	
	24-06	15	9,9	

4.4. Yaşlıların Düşme Risk ve Korkularına İlişkin Bulgular

Yaşlıların düşme risk ve korkularına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4’de gösterilmektedir. Çalışma kapsamına alınan yaşlıların %48,3’ünün daha önce düşme deneyimi yaşadığı ve %41,1’inde düşme olayının son 1 ay içinde meydana geldiği, %34,2’sinde en önemli düşme nedeninin denge bozukluğu olduğu belirlenmiş olup, yaşlıların düşme sayısı ortalaması $1,97 \pm 1,28$ ’dir. Düşme sonrasında yaşlıların %31,5’inde ekimoz, hematoma ve sıyrık gibi yumuşak doku yaralanmaları, %15,1’inde kırık meydana geldiği, kırık meydana gelen bu grup içinde en çok sırasıyla, kol kırığı ve kalça kırığı olduğu ve %8,2’sinde ortopedik alçı tedavisi uygulandığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %63,6’sının düşme korkusu yaşadığı, %46,9’unun düşme korkusu nedeniyle aktivitelerini sınırladığı, %29,2’sinin en çok banyo yaparken düşme korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Acil servise başvuran yaşlıların %72,2’sinin evinde düşmeyi önlemeye yönelik koruyucu önlemler aldığı, %13,8’inin banyoda kaymayı önlemek amacıyla yer paspası kullandığı ve %17,4’ünün evinin merdivenlerinde tutunma barlarının bulunduğu belirlenmiştir. Yaşlılarda düşme olayının %84,9’unun gündüz, %37’sinin öğleden önce olduğu, %30,1’inin caddede, %21,9’unun odada, %12,3’ünün de banyoda meydana geldiği saptanmıştır.

Tablo 4. Yaşlıların Düşme Risk ve Korkularına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=151)

Düşme risk ve korkusuna ilişkin özellikler		n=151	%
Daha önce düşme olayı yaşama durumu	Evet	73	48,3
	Hayır	78	51,7
Düşme nedenleri (n= 73)	Baş Dönmesi	16	21,9
	Ayak Takılması	20	27,4
	Islak Zemin	6	8,2
	Kaygan Terlik	6	8,2
	Dengesizlik	25	34,2

Tablo 4 Devam. Yaşlıların Düşme Risk ve Korkularına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=151)

Düşme sonrasında meydana gelen tıbbi durumlar (n=73)	Sıyrık	9	12,3
	Kırık	11	15,1
	Hematom	3	4,1
	Ekimoz	11	15,1
	Ağrı	8	11,0
	Hiçbir şey olmadı	31	42,5
Düşme sonrasında eğer kırık meydana gelmişse kırığın yeri (n=11)	Kalça Kırığı	2	18,2
	Kol Kırığı	7	63,6
	Diğer	2	18,2
Düşme korkusu yaşama durumu	Evet	96	63,6
	Hayır	55	36,4
Düşme korkusu nedeniyle aktivitelerini sınırlama durumu (n=96)	Evet	45	46,9
	Hayır	51	53,1
Evinde düşmeyi önlemeye yönelik koruyucu önlemlerin bulunma durumu	Evet	109	72,2
	Hayır	42	27,8

Yaşlıların sosyodemografik özelliklerinden biri olan cinsiyet ile düşme arasındaki ilişki incelendiğinde, erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda düşme olayının anlamlı olarak daha fazla meydana geldiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşlıların cinsiyetinin düşme durumuna etkisi

Cinsiyet	Düşme var	Düşme yok	P
	n=73	n=78	
	n(%)	n(%)	
Kadın	43 (58,9)	30 (41,1)	0,012
Erkek	30 (38,5)	48 (61,5)	

Yaşlıların klinik özelliklerinden biri olan kronik hastalığa sahip olma durumu ile düşme olayı arasındaki ilişki incelendiğinde, hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp-damar sistemi hastalıklarına sahip olan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşlıların sahip olduğu kronik hastalıkların düşme durumuna etkisi

Kronik Hastalıklar		Düşme var	Düşme yok	P
		n=73 n(%)	n=78 n(%)	
Hipertansiyon	Var	59 (80,8)	47 (60,3)	0,006
	Yok	14 (19,2)	31 (39,7)	
Diabetes Mellitus	Var	32 (43,8)	10 (12,8)	0,000
	Yok	41 (56,2)	68 (87,2)	
Kalp-Damar Sistemi Hastalıkları	Var	31 (42,5)	18 (23,1)	0,011
	Yok	42 (57,5)	60 (76,9)	
Kanser	Var	12 (16,4)	21 (26,9)	0,119
	Yok	61 (83,6)	57 (73,1)	
Astım	Var	5 (6,8)	3 (3,8)	0,484
	Yok	68 (93,2)	75 (96,2)	
*KOAİ	Var	5 (6,8)	8 (10,3)	0,456
	Yok	68 (93,2)	70 (89,7)	
Depresyon	Var	4 (5,5)	6 (7,7)	0,747
	Yok	69 (94,5)	72 (92,3)	
Böbrek Yetmezliği	Var	10 (13,7)	4 (5,1)	0,070
	Yok	63 (86,3)	74 (94,9)	
Diğer	Var	11 (15,1)	5 (6,4)	0,084
	Yok	62 (84,9)	73 (93,6)	

*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Yaşlıların klinik özelliklerinden biri olan kronik hastalıklara yönelik olarak kullandıkları ilaçlar ile düşme olayı arasındaki ilişki incelendiğinde, antihipertansif, antidiyabetik, antikoagülan ve kalp-damar sistemine yönelik ilaç kullanan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Yaşlıların kronik hastalıklarına yönelik olarak kullandıkları ilaçların düşme durumuna etkisi

Kullanılan ilaçlar		Düşme var	Düşme yok	P
		n=73 n(%)	n=78 n(%)	
Antihipertansif	Kullanıyor	57 (78,1)	47 (60,3)	0,018
	Kullanmıyor	16 (21,9)	31 (39,7)	
Antidiyabetik	Kullanıyor	25 (34,2)	11 (14,1)	0,004
	Kullanmıyor	48 (65,8)	67 (85,9)	
Antikoagülan	Kullanıyor	19 (26,0)	9 (11,5)	0,022
	Kullanmıyor	54 (74,0)	69 (88,5)	
Kalp-Damar sistemi ilaçları	Kullanıyor	26 (35,6)	15 (19,2)	0,024
	Kullanmıyor	47 (64,4)	63 (80,8)	
Diüretik	Kullanıyor	14 (19,2)	10 (12,8)	0,286
	Kullanmıyor	59 (80,8)	68 (87,2)	
Astım ilaçları	Kullanıyor	5 (6,8)	10 (12,8)	0,220
	Kullanmıyor	68 (93,2)	68 (87,2)	
Psikotropik	Kullanıyor	6 (8,2)	7 (9,0)	0,869
	Kullanmıyor	67 (91,8)	71 (91,0)	
Diğer	Kullanıyor	20 (27,4)	12 (15,4)	0,071
	Kullanmıyor	53 (72,6)	66 (84,6)	

4.4.1. Standardize Mini Mental Test Puan Ortalamasının Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Karşılaştırılması

Yaşlıların Standardize Mini Mental Testten aldıkları puana göre dağılımları Tablo 8’de gösterilmektedir. Bu çalışmada yaşlıların %69,5’inin Standardize Mini Mental Testten 20-23 arası, %30,5’inin de 24-30 arası puan aldıkları belirlenmiştir. Standardize Mini Mental Testten 20’nin altın puan alan (n= 17) yaşlılar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Tablo 8. Yaşlıların Standardize Mini Mental Testten aldıkları puanlara göre dağılımı

SMMT puanı	Sayı	%
24-30 Puan (Normal)	46	30,5
20-23 Puan (Hafif bilişsel bozukluk)	105	69,5

Çalışma kapsamına alınan yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Standardize Mini Mental Test puan ortalaması Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Standardize Mini Mental Test puan ortalaması ile yaş grupları, cinsiyet ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Standardize Mini Mental Test puan ortalamasının 65-74 yaş grubunda, erkeklerde ve ortaokul mezunu olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Standardize Mini Mental Test puan ortalaması ile sosyal güvence durumu, sağlığı algılama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, günde kaç çeşit ilaç kullandığı, görme ile ilgili problemi olma durumu, daha önce düşme deneyimi ve düşme korkusu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinin SMMT puan ortalaması ile karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	SMMT puan ortalaması	Test değeri
Yaş grupları	65-74	23,60±2,60
	75 yaş ve üstü	21,97±1,57
Cinsiyet	Kadın	22,10±1,80
	Erkek	23,79±2,60
Eğitim düzeyi	Okuryazar	22,08±1,56
	İlkokul	23,21±2,41
	Ortaokul	27,07±1,64
Sosyal güvence durumu	Var	23,03±2,40
	Yok	21,88±2,23
Sağlığı Algılama Durumu	İyi	23,40±2,74
	Orta	22,99±2,25
	Kötü	22,56±2,34
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	22,93±2,44
	Yok	23,29±2,05
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	22,89±2,39
	Hayır	23,40±2,43
Günde Kaç Çeşit İlaç Kullandığı	1 çeşit	23,00±2,95
	2 çeşit	23,32±2,51
	3 çeşit	22,67±2,27
	4 ve üstü	22,76±1,89
Görme ile ilgili problemi olma durumu	Evet	22,67±2,33
	Hayır	23,21±2,44
Daha önce düşme yaşama durumu	Evet	22,56±2,06
	Hayır	23,36±2,63
Düşme Korkusu Yaşama Durumu	Evet	22,76±2,19
	Hayır	22,14±1,88

4.4.2. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Morse Düşme Risk Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların Morse Düşme Ölçeğinden aldıkları puanlara göre dağılımları Tablo 10’da gösterilmiştir. Morse Düşme Ölçeğinden yaşlıların %23,8’inin 0-24 puan (Riskli olmayan grup), %51’inin 25-45 puan (Düşük riskli grup), %25,2’sinin 46 ve üzeri (Yüksek riskli grup) puan aldığı saptanmıştır.

Tablo 10. Yaşlıların Morse Düşme Ölçeğinden aldıkları puanlara göre dağılımı

Morse Düşme Ölçeği puanı	Sayı	%
0-24 Puan (Riskli olmayan grup)	36	23,8
25-45 Puan (Düşük riskli grup)	77	51,0
46 ve üzeri (Yüksek riskli grup)	38	25,2

Çalışma kapsamına alınan yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Morse Düşme Ölçeği puan ortalaması Tablo 11’de karşılaştırılmıştır. Morse Düşme Ölçeği puan ortalaması ile sağlığını algılama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, günde kaç çeşit ilaç kullandığı, yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyma durumu, daha önce düşme deneyimi ve düşme korkusu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda düşme olayının kadınlarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayanlarda, kronik bir hastalığa sahip olanlarda, düzenli olarak ilaç kullananlarda, kullandığı ilaç çeşidi 4 ve daha fazla olanlarda, yürürken yardımcı araca gereksinim duyanlarda, daha önce düşme deneyimi ve düşme korkusu yaşayanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Morse Düşme Ölçeği puan ortalaması ile yaşlıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, görme ile ilgili bir probleme sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinin Morse Düşme Ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		Morse Düşme Ölçeği Puan Ortalaması	Test Değeri
Yaş grupları	65-74	37,69±15,67	0,058
	75 yaş ve üstü	45,43±21,11	
Cinsiyet	Kadın	42,26±17,91	0,170
	Erkek	39,17±18,61	
Eğitim düzeyi	Okuryazar	41,77±18,90	0,436
	İlkokul	40,60±18,36	
	Ortaokul	34,64±13,79	
Sosyal güvence durumu	Var	40,77±18,54	0,784
	Yok	38,75±13,56	
Sağlığı Algılama Durumu	İyi	34,57±16,78	0,021
	Orta	41,04±17,23	
	Kötü	45,38±20,40	
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	42,91±17,84	0,000
	Yok	22,94±10,62	
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	43,06±17,83	0,000
	Hayır	28,60±15,85	
Günde Kaç Çeşit İlaç Kullandığı	1 çeşit	30,34±16,25	0,000
	2 çeşit	47,05±18,30	
	3 çeşit	44,40±16,35	
	4 ve üstü	50,44±15,69	
Yürürken yardımcı araca gereksinim duyma durumu	Evet	49,29±18,65	0,000
	Hayır	35,58±16,11	
Görme ile ilgili problemi olma durumu	Evet	42,99±17,60	0,102
	Hayır	38,81±18,70	
Daha önce düşme yaşama durumu	Evet	51,85±17,96	0,000
	Hayır	30,19±10,94	
Düşme Korkusu Yaşama Durumu	Evet	45,63±18,75	0,009
	Hayır	32,00±13,76	

4.4.3. Yaşlıların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinden aldıkları puanlara göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir. Yaşlıların %56,3’u 70’in altında (düşme korkusu yok), %43,7’i ise 70 ve üzeri (düşme korkusu var) puan almıştır.

Tablo 12. Yaşlıların Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (N=151)

Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği Puanı	Sayı	%
70’in altı (Düşme korkusu yok)	85	56,29
70 ve üzeri (Düşme korkusu var)	66	43,71

Çalışma kapsamına alınan yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puan ortalaması Tablo 13’de karşılaştırılmıştır. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puan ortalaması ile yaş grupları, cinsiyet, sağlığını algılama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, günde kaç çeşit ilaç kullandığı, yürürken yardımcı araca gereksinim duyma durumu, daha önce düşme deneyimi ve düşme korkusu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda düşme korkusunun 75 yaş ve üzeri yaşlılarda, kadınlarda, sağlığını kötü olarak algılayanlarda, kronik bir hastalığa sahip olanlarda, ilaç çeşidi 4 ve üstü olanlarda, yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyanlarda ve daha önce düşme deneyimi yaşayanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puan ortalaması ile yaşlıların eğitimi düzeyi, sosyal güvence durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, görme ile ilgili bir probleme sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo13).

Tablo 13. Yaşlıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puan ortalaması	Test değeri
Yaş grupları	65-74	46,31±37,34	0,005
	75 yaş ve üstü	63,48±33,41	
Cinsiyet	Kadın	59,30±34,39	0,017
	Erkek	46,92±38,05	
Eğitim düzeyi	Okuryazar	55,43±36,06	0,641
	İlkokul	50,67±37,15	
	Ortaokul	47,93±40,35	
Sosyal güvence durumu	Var	52,87±34,37	0,866
	Yok	53,50±34,37	
Sağlığı Algılama Durumu	İyi	36,03±34,25	0,000
	Orta	46,95±35,03	
	Kötü	79,82±27,30	
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	56,10±36,68	0,006
	Yok	27,71±26,59	
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	55,09±36,91	0,134
	Hayır	41,92±34,50	
Günde Kaç Çeşit İlaç Kullandığı	1 çeşit	37,07±31,00	0,002
	2 çeşit	57,18±38,06	
	3 çeşit	51,60±37,88	
	4 ve üstü	73,88±31,29	
Yürürken yardımcı araca gereksinim duyma durumu	Evet	73,96±29,43	0,000
	Hayır	40,49±35,02	
Görme ile ilgili problemi olma durumu	Evet	55,24±36,92	0,486
	Hayır	51,05±36,70	
Daha önce düşme yaşama durumu	Evet	59,47±35,95	0,024
	Hayır	46,77±36,63	
Düşme Korkusu Yaşama Durumu	Evet	87,67±17,01	0,000
	Hayır	38,15±32,69	

4.5. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular

Yaşlıların Modifiye Barthel İndeksinden aldıkları puan ortalamalarının düşme durumuna etkisi Tablo 14’de gösterilmiştir. Bu çalışmada düşen yaşlıların Modifiye Barthel İndeksi toplam puan ortalaması; 78,22±24,29, ölçek alt boyutlarından transfer, ambulasyon, merdiven inip çıkma, beslenme, giyinme, kişisel bakım, banyo yapma, tuvalet kullanımı, idrar inkontinansı ve gaita inkontinansı puan ortalamaları ise sırasıyla 11,11±4,96, 11,58±4,72, 6,04±3,74, 8,95±1,84, 7,74±2,96, 3,85±1,33, 3,04±1,82, 7,96±2,71, 8,59±2,12, 9,42±0,91’dir. Bu çalışmada düşmeyen yaşlıların Modifiye Barthel İndeksi toplam puan ortalaması 84,81±21,50, ölçek alt boyutlarından transfer, ambulasyon, merdiven inip çıkma, beslenme, giyinme, kişisel bakım, banyo yapma, tuvalet kullanımı, idrar inkontinansı ve gaita inkontinansı puan ortalamaları ise sırasıyla; 12,29±4,00, 12,35±4,34, 7,26±3,43, 9,23±1,61, 8,54±2,29, 4,21±1,17, 3,50±1,79, 8,59±2,48, 9,24±1,60, 9,62±0,79’dur. Elde edilen bulgular doğrultusunda düşen ve düşmeyen yaşlılarda Modifiye Barthel İndeksi toplam puan ortalamaları ile alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Yaşlıların Modifiye Barthel İndeksi’nden Aldıkları Puan Ortalamalarını Düşmeye Etkisi

Modifiye Barthel İndeksi puanı	Düşen yaşlılar (n= 73)	Düşmeyen yaşlılar (n= 78)	Test Değeri
Transfer	11,11±4,96	12,29±4,00	0,258
Ambulasyon	11,58±4,72	12,35±4,34	0,325
Merdiven inip çıkma	6,04±3,74	7,26±3,43	0,060
Beslenme	8,95±1,84	9,23±1,61	0,291
Giyinme	7,74±2,96	8,54±2,29	0,168
Kişisel Bakım	3,85±1,33	4,21±1,17	0,080
Banyo yapma	3,04±1,82	3,50±1,79	0,096
Tuvalet kullanımı	7,90±2,71	8,59±2,48	0,084
İdrar inkontinansı	8,59±2,12	9,24±1,60	0,018
Gaita inkontinansı	9,42±0,91	9,62±0,79	0,171
Toplam MBI	78,22±24,29	84,81±21,50	0,076

Çalışma kapsamına alınan yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması Tablo 15’de karşılaştırılmıştır. Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması ile yaş grupları, sağlığı algılama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, günde kaç çeşit ilaç kullandığı, yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyma durumu ve düşme korkusu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun 75 yaş ve üzeri yaşlılarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayanlarda, kronik bir hastalığa sahip olanlarda, 4 ve daha fazla sayıda ilaç kullananlarda, yürürken yardımcı araca gereksinim duyanlarda ve düşme korkusu yaşayanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması ile yaşlıların cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, görme ile ilgili bir probleme sahip olma durumu ve daha önce düşme deneyimi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinin Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması ile karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması	Test değeri
Yaş grupları	65-74	84,69±22,17	0,006
	75 yaş ve üstü	76,71±23,78	
Cinsiyet	Kadın	80,04±23,52	0,250
	Erkek	83,10±22,66	
Eğitim düzeyi	Okuryazar	82,94±21,06	0,487
	İlkokul	79,05±25,29	
	Ortaokul	84,86±29,83	
Sosyal güvence durumu	Var	81,98±22,72	0,544
	Yok	75,25±29,48	
Sağlığı Algılama Durumu	İyi	92,17±15,42	0,000
	Orta	85,57±20,44	
	Kötü	64,36±24,69	

Tablo 15 Devam. Yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinin Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması ile karşılaştırılması

Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	80,13±23,63	0,024
	Yok	93,41±13,18	
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	80,60±23,79	0,231
	Hayır	86,80±18,43	
Günde Kaç Çeşit İlaç Kullandığı	1 çeşit	93,76±13,85	0,000
	2 çeşit	82,64±19,05	
	3 çeşit	79,69±36,23	
	4 ve üstü	68,94±24,52	
Yürürken yardımcı araca gereksinim duyma durumu	Evet	68,64±23,63	0,000
	Hayır	89,27±19,02	
Görme ile ilgili problemi olma durumu	Evet	81,07±24,85	0,646
	Hayır	82,06±21,66	
Daha önce düşme yaşama durumu	Evet	78,22±24,29	0,076
	Hayır	84,81±21,50	
Düşme Korkusu Yaşama Durumu	Evet	73,13±23,86	0,000
	Hayır	96,45±11,07	

4.6. Yaşlıların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Yaşlıların Nottingham Sağlık Profili toplam puan ortalamaları ile alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 16’da gösterilmiştir. Bu çalışmada yaşlıların Nottingham Sağlık Profilinden aldıkları toplam puan ortalaması 281,08±147,34, ölçek alt boyutlarından ağrı, fiziksel aktivite, enerji düzeyi, uyku, sosyal izolasyon ve emosyonel reaksiyonların puan ortalamaları ise sırasıyla; 47,19±41,71, 58,53±32,19, 69,32±43,29, 43,97±28,29, 22,78±27,43, 39,29±34,54’tür.

Tablo 16. Yaşlıların Nottingham Sağlık Profili Toplam Puan Ortalamaları ile Alt Alanlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

Nottingham Sağlık Profili (NSP)	Puan Ortalaması
Ağrı	47,19±41,71
Fiziksel Aktivite	58,53±32,19
Enerji Düzeyi	69,32±43,29
Uyku	43,97±28,29
Sosyal İzolasyon	22,78±27,43
Emosyonel Reaksiyonlar	39,29±34,54
NSP toplam puan	281,08±147,34

Çalışma kapsamına alınan yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması Tablo 17’de karşılaştırılmıştır. Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması ile yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, sağlığı algılama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, günde kaç çeşit ilaç kullandığı, yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyma durumu, daha önce düşme deneyimi ve düşme korkusu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşam kalitesinin 75 yaş ve üstü yaşlılarda, kadınlarda, okuryazarlarda, sağlığını kötü olarak algılayanlarda, kronik bir hastalığa sahip olanlarda, 4 ve daha fazla sayıda ilaç kullananlarda, yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyanlarda, daha önce düşme deneyimi ve düşme korkusu yaşayanlarda daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması ile yaşlıların sosyal güvence durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, görme ile ilgili bir probleme sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Yaşlıların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinin Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması ile karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması	Test değeri
Yaş grupları	65-74	262,17±149,14	0,046
	75 yaş ve üstü	311,38±140,39	
Cinsiyet	Kadın	322,85±139,51	0,001
	Erkek	241,98±144,54	
Eğitim düzeyi	Okuryazar	310,34±127,71	0,018
	İlkokul	261,97±162,51	
	Ortaokul	195,06±148,44	
Sosyal güvence durumu	Var	279,21±146,05	0,467
	Yok	314,44±176,50	
Sağlığı Algılama Durumu	İyi	180,86±133,79	0,000
	Orta	268,86±131,60	
	Kötü	395,14±110,15	
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	292,74±145,88	0,005
	Yok	189,15±128,49	
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	290,72±146,71	0,071
	Hayır	232,47±143,62	
Günde Kaç Çeşit İlaç Kullandığı	1 çeşit	239,84±158,82	0,033
	2 çeşit	284,07±134,33	
	3 çeşit	281,92±147,86	
	4 ve üstü	353,66±125,17	
Yürürken yardımcı araca gereksinim duyma durumu	Evet	357,27±121,69	0,000
	Hayır	236,16±143,11	
Görme ile ilgili problemi olma durumu	Evet	305,29±144,76	0,066
	Hayır	261,77±147,38	
Daha önce düşme yaşama durumu	Evet	319,54±136,41	0,02
	Hayır	245,08±148,92	
Düşme Korkusu Yaşama Durumu	Evet	341,14±119,27	0,000
	Hayır	176,24±132,92	

4.7. Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusu İle Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular

Yaşlılarda düşme riski ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki Tablo 18’de gösterilmiştir. Morse Düşme Ölçeğinden 0-24 arasında puan (riskli olmayan grup) alan yaşlıların Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması $96,25 \pm 9,22$, 25-45 arasında puan (düşük riskli grup) alan yaşlıların Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması $81,35 \pm 23,00$, 46 ve üzeri puan (yüksek riskli grup) alan yaşlıların Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması $68,32 \pm 24,45$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada düşme riski ile günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Morse Düşme Ölçeği puanlamasına göre yüksek riskli grupta olan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı oldukları belirlenmiştir.

Tablo18. Yaşlılarda düşme riski ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki (N=151)

Morse Düşme Ölçeği	Modifiye Barthel İndeksi ortalaması	p
0-24 puan (Riskli olmayan grup) (n=36)	$96,25 \pm 9,22$	
25-45 puan (Düşük riskli grup) (n=77)	$81,35 \pm 23,00$	*0,000
46 ve üzeri puan (Yüksek riskli grup) (n=38)	$68,32 \pm 24,45$	

*p<0,001

Yaşlıların düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmiştir. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinden 70’in altında puan alan bireylerin Modifiye Barthel İndeksi puan ortalamaları $96,04 \pm 9,32$, 70 ve üzeri puan alan bireylerin Modifiye Barthel İndeksi puan ortalamaları ise $63,06 \pm 22,20$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda

düşme korkusu yaşayan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı oldukları ortaya çıkarılmıştır.

Tablo 19. Düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki

	Modifiye Barthel İndeksi	p
	puan ortalaması	
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği		
(70'in altı)	96,04±9,32	
(n=85)		
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği		*0,000
(70 ve üzeri)	63,06±22,20	
(n=66)		

*p<0,001

4.8. Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusu İle Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Yaşlılarda düşme riski ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki Tablo 20'de gösterilmiştir. Morse Düşme Ölçeğinden 0-24 arası puan (riskli olmayan grup) alan yaşlıların Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması 174,42±124,29, 25-45 arası puan (düşük riskli grup) alan yaşlıların Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması 297,22±143,46, 46 ve üzeri puan (yüksek riskli grup) alan yaşlıların Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması 349,41±121,32'dir. Bu çalışmada düşme riski ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda yüksek riskli grupta yer alan yaşlıların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20. Düşme riski ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Morse Düşme Ölçeği	Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması	p
0-24 puan (Riskli olmayan grup) (n=36)	174,42±124,29	
25-45 puan (Düşük riskli grup) (n=77)	297,22±143,46	*0,000
46 ve üzeri puan (Yüksek riskli grup) (n=38)	349,41±121,32	

*p<0,001

Yaşlıların düşme korkusu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki Tablo 21’de gösterilmiştir. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinden 70’in altında puan alan yaşlıların Nottingham Sağlık Profili puan ortalamaları 205,66±130,97, 70 ve üzeri puan alan bireylerin ise Nottingham Sağlık Profili puan ortalamaları 378,21±104,46 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada düşme korkusu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda düşme korkusu yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Tablo 21. Düşme korkusu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

	Nottingham Sağlık Profili puan ortalaması	p
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği (70’in altı) (n=85)	205,66±130,97	
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği (70 ve üzeri) (n=66)	378,21±104,46	*0,000

*p<0,001

4.9. Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Yaşlıların Düşme Risk ve Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Tablo 22’de gösterilmiştir. Bu araştırmada Morse Düşme Ölçeği puanı ile Modifiye Barthel İndeksi puanı arasında önemli negatif bir korelasyon bulunmuştur. Yaşlıların Morse Düşme ölçeğinden aldıkları puan arttıkça Modifiye Barthel İndeksi puanı azalmaktadır. Bununla birlikte Morse Düşme Ölçeği puanı ile Nottingham Sağlık Profili puanı arasında ise önemli pozitif bir korelasyon bulunmuş olup, yaşlıların Morse Düşme Ölçeğinden aldıkları puan arttıkça, Nottingham Sağlık Profili puanı da artmaktadır.

Bu araştırmada Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı ile Modifiye Barthel İndeksi puanı arasında önemli negatif bir korelasyon bulunmuş olup Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı arttıkça, Modifiye Barthel İndeksi puanı azalmaktadır. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı ile Nottingham Sağlık Profili puanı arasında ise önemli pozitif bir korelasyon bulunmakla birlikte; yaşlıların Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı arttıkça, Nottingham Sağlık Profili puanı da artmaktadır.

Tablo 22. Düşme riski ve düşme korkusu ile yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki

	Modifiye Barthel İndeksi Puanı	Nottingham Sağlık Profili Puanı
Morse Düşme Ölçeği puanı	$r = - 0,504^*$ $p < 0,001$	$r = 0,449^*$ $p < 0,001$
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı	$r = - 0,786^*$ $p < 0,001$	$r = 0,635^*$ $p < 0,001$

5. TARTIŞMA

Acil servise başvuran yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada yaşlıların %50,3'ünün günlük yaşam aktivitelerinde diğer bireylere bağımlı oldukları belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler yönde Koç (2006)'un hastaneye yatan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivite durumlarını değerlendirmeye yönelik olarak yapmış olduğu çalışması sonrasında yaşlıların %56,4'ünün günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getiremediği bildirilmiştir.

Yaşlanmayla birlikte bireyin, fonksiyonlarında gözle görülür yetersizlikler ortaya çıkmakta ve buna bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesinde zorluklar yaşanmaktadır (Aştı, 1997; Birol ve ark., 1995). Yaşlılık dönemi bireylerde bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir (Uysal, 2002). Nitekim bu çalışmada yaşlıların %88,7'sinin kronik bir hastalığa sahip oldukları belirlenmiş olup yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun kronik bir hastalığa sahip olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada yaşlıların büyük çoğunluğunun (%88,7) hipertansiyon, kalp damar sistemi hastalıkları ve diyabet başta olmak üzere kronik bir hastalığa sahip olduğu, yaşlıların kronik hastalıklarına yönelik olarak düzenli ilaç kullandıkları (%83,4), kronik bir hastalığa sahip olma durumları ile günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de bu konuda yapılan diğer araştırmalarda, yaşlılarda kronik hastalık prevalansının %69,3 ile %85,3 arasında değiştiği (Yeşilbakan ve Karadakovan, 2005; Yıldırım ve Karadakovan, 2004; Uysal ve ark., 2006), yaşlılarda kronik hastalığa sahip olma prevalansı ile (Yeşilbakan ve Karadakovan 2005; Yıldırım ve Karadakovan 2004; Uysal ve ark., 2006), yaşlıların kronik hastalıklarına yönelik olarak sürekli ilaç kullanma durumunun (Yeşilbakan ve Karadakovan, 2005) yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bununla birlikte kronik hastalığı olan yaşlıların, kronik hastalığı olmayan yaşlılar ile karşılaştırıldığında günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı oldukları ortaya çıkarılmıştır. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak Şahbaz ve Tel (2006)'in yapmış olduğu çalışmada da yaşlıların sahip olduğu kronik hastalıklar ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada yaşlıların %19,8'inin son bir ay içinde düştüğü ve %7,3'ünün de düşme nedeniyle acil servise başvurduğu belirlendi. Yaşlılarda düşme durumunu araştırmak üzere yapılan önceki çalışmalarda yaşlı olgularda acil servise olan başvuruların %10,5'inin düşmeye bağlı yaralanmalar nedeniyle olduğu (Owens ve ark., 2006); düşme prevalansının %13 ile %55,6 arasında değiştiği bildirilmiştir (O'Loughlin ve ark., 1993; Garret ve Menke, 2000; Van, 2001; Yıldırım ve Karadakovan, 2004; Fisher ve ark., 2005; Krauss ve ark., 2005; Yeşilbakan ve Karadakovan, 2005; Hawk ve ark., 2006; Kumar ve ark., 2008; Uz, 2008;). Araştırma sonuçlarımız benzer araştırma metodolojisi içeren diğer araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında (Yeşilbakan ve Karadakovan 2005; Yıldırım ve Karadakovan 2004; Krauss ve ark., 2005; Kumar ve ark., 2008; Garret ve Menke, 2000), Samsun'da yaşlılarda düşme prevalansının daha düşük olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada yaşlılarda düşme durumunun en çok caddede meydana geldiği ve en önemli düşme nedeninin de denge bozukluğu olduğu belirlendi. Ülkemizde 65 yaşındaki bireylerde görülen düşmelerin %60'ının ev ortamında, %30'unun toplumsal alanlarda, %10'unun sağlık bakım kurumlarında meydana geldiği bildirilmiştir (Yıldırım ve Karadakovan, 2004). Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda yaşlılarda düşme durumunun caddede (Yeşilbakan ve Karadakovan 2005), hasta odasında (Krauss ve ark., 2005), hasta banyosunda (Krauss ve ark., 2005); baş dönmesi (Yeşilbakan ve Karadakovan 2005, Rubenstein 2006; Krauss ve ark., 2005), bayılma (Krauss ve ark., 2005), çevre ilgili kazalar (Rubenstein 2006), yürüme ve denge bozuklukları (Rubenstein 2006), halsizlik (Rubenstein 2006; Krauss ve ark., 2005) ve vertigo (Rubenstein 2006) nedeniyle meydana geldiği belirtilmiştir.

Bu çalışmada yaşlılarda düşme durumu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğu, kadınların düşme oranının erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile düşme durumu arasındaki ilişki yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte Lök (2010) ve Uz (2008)' un çalışmasında kadınların erkeklerden daha fazla düşme deneyimlediği; araştırma bulgularına karşın Bıyıklı (2006) ise cinsiyet ile düşme arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığını bildirmiştir. Kadınlardaki düşme oranının erkeklerden fazla olmasının literatürde (Suzuki ve ark., 2002) düşme nedeni olarak belirtilen osteoporoz ve kas iskelet sistemi güçsüzlükleri gibi sağlık problemlerinin kadınlarda daha fazla görülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşlılarda düşme nedenleri ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik olarak yapılan diğer araştırmalarda sosyodemografik değişkenler (O'Loughlin ve ark., 1993), ileri yaş (Fuller 2000), akut ve kronik problemler (O'Loughlin ve ark., 1993), baş dönmesi (O'Loughlin ve ark., 1993), halsizlik (Rubenstein 2006), fiziksel aktivite (O'Loughlin ve ark., 1993), alt ekstremitte problemleri (Krauss ve ark., 2005), denge kaybı (Krauss ve ark., 2005; Rubenstein 2006), yürüme kaybı (Rubenstein 2006, Krauss ve ark., 2005), idrar ve gaita inkontinansı (Krauss ve ark., 2005), görme kaybı (Rubenstein 2006, Yıldırım ve Karadakovan 2004; Krauss ve ark., 2005), mobilite (O'Loughlin ve ark., 1993), mobilite kısıtlılığı (Rubenstein, 2006), kognitif bozukluk (Rubenstein, 2006; Fuller, 2000), konfüzyon (Krauss ve ark., 2005), ilaçlar (Fuller 2000, O'Loughlin ve ark., 1993), sedatize/hipnotize ve diyabet ilaçları (Krauss ve ark., 2005), fonksiyonel denge kaybı (Rubenstein 2006, Fuller 2000), postüral hipotansiyon (Rubenstein 2006) ve kötü sağlık durumu (Fuller 2000) gibi faktörlerin yaşlılarda düşme olasılığını artırdığı bildirilmiştir. Yaşlılarda düşme prevalansı ve risk faktörleri yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu farklılığın araştırma metodolojisinden, araştırma yapılan toplumdaki yaşlıların sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşlıların %29,2'sinin en çok banyo yaparken düşme korkusu yaşadığı ve bu korkuları nedeniyle aktivitelerini sınırladığı (%46,9) belirlendi. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, bu konuda yapılan diğer araştırma bulgularıyla uyumlu olarak yaşlıların düşme korkusu yaşadıklarını (Yeşilbakan ve Karadakovan 2005; Yıldırım ve Karadakovan 2004; Suzuki ve ark. 2002), düşmekten korktukları için aktivitelerini sınırladıklarını (Yıldırım ve Karadakovan, 2004), özellikle yürüme ve banyo yapma aktivitelerinde tam yardıma ihtiyacı olan yaşlıların, aktivitelerinde bağımsız olan yaşlılara göre düşmekten daha çok korktuklarını göstermektedir (Kara ve ark., 2009; Suzuki ve ark. 2002).

Bu çalışmada yaşlılarda düşme durumunun en çok gündüz ve öğleden önce meydana geldiği belirlendi. Yaşlıların düşme durumlarının gündüz meydana gelmesinin, günün bu saatlerinde bireysel bakım gereksinimlerini karşılamalarından, alışveriş yapmalarından, yakınlarını ziyarete gitmelerinden dolayısıyla bu saatlerde günlük yaşam aktiviteleri nedeniyle daha aktif olmalarından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili Modifiye Barthel İndeksinden aldıkları puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu, yaşlılarda yaş ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun arttığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularını destekler yönde Ulusel ve ark. (2004)'nın, toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk faktörlerini belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları çalışma sonrasında yaş arttıkça yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bağımlılık durumunun da arttığını bildirmişlerdir. Bu durumun yaşlanma ile birlikte bireylerde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak meydana gelen gerilemelerden ve fonksiyon yetersizliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada yaşlıların Modifiye Barthel İndeksinden aldıkları puan ortalamaları ile düzenli olarak kullanılan ilaç sayısı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşlıların kullandığı ilaç sayısı arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumlarının da arttığı belirlenmiştir. Akın ve Emiroğlu (2003)'nun yaşlılar üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada da yaşlılarda kullanılan ilaç sayısı arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin de bu duruma paralel olarak arttığı bildirilmiştir.

Bu araştırmada yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Günlük yaşam aktiviteleri ile cinsiyet arasındaki ilişki yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Kavlak ve Demirtaş (2012)'in yapmış olduğu çalışmada günlük yaşam aktiviteleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı, araştırma bulgularımıza karşın Erdem ve Emel (2004), ise kadınların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşama durumlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Yaşlılık dönemi bireyin fiziksel yeteneklerinin azaldığı, bağımlılık yaşama durumlarının arttığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bir dönemdir (Tajvar ve ark., 2008). Bu araştırmada yaşlıların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği puan ortalamaları ile yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, sağlığı algılama durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, günde kaç çeşit ilaç kullandığı, yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyma durumu, daha önce düşme olayı ve düşme korkusu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Nottingham Sağlık Profiliinden alınan yüksek puan yaşam kalitesinin düşüklüğünü göstermekle birlikte, bu

çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda yaşlı bireylerde yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ile yaş arasındaki ilişki yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda yaşın ilerlemesi ile yaşlılarda yaşam kalitesinin azaldığı bildirilirken (Güler ve Akal, 2009; Çalıştır ve ark., 2006; Gülseren ve ark., 2000; Birtane ve ark., 2000) bazı çalışmalarda ise yaş ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Dönmez, 2010; Özcan ve ark., 2005; Diker ve ark., 2011). Yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azalması ile ilgili bu durumun bireylerin bağımlılık durumlarının artmasından, fiziksel yeteneklerinin azalmasından ve pek çok kronik hastalığa sahip olmalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, cinsiyetin de yaşam kalitesi için önemli bir risk faktörü olduğu, kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda (Dönmez, 2010; Çalıştır ve ark., 2006) erkeklerin yaşam kalitesi algılarının kadınlardan yüksek olduğu, bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunamadığı belirtilmiştir (Innocenti ve ark., 2002).

Eğitim düzeyi önemli bir sosyodemografik parametre olmakla birlikte, bu çalışmada yaşlıların eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin yükseldiği belirlenmiştir. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak bu konuda yapılan bir araştırmada (Aydın ve Karaoğlu, 2012), eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu; araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise (Almeida ve Rodrigues, 2008; Innocenti ve ark., 2002) yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Yaşlanma sürecine bağlı olarak, yaşlı bireylerde çeşitli kronik hastalıklar gelişebilmekte ve bu durum da bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda yaşlı bireylerin kronik bir hastalığa sahip olma durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşam kalitesinin kronik bir hastalığa sahip olan yaşlılarda daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte literatürde ilerleyen yaşa bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü (Altuğ ve ark 2009), herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu (Aydın ve Karaoğlu, 2012)

belirtilmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada kronik hastalıklarına yönelik olarak ilaç kullanan yaşlı sayısının oldukça yüksek olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, yaşlıların kullandıkları ilaç sayısı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış ve ilaç sayısı arttıkça yaşlıların yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler yönde Dönmez (2010)'in yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapmış olduğu çalışmasında, kullanılan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada yaşlıların %37,1'inin yürümeye yardımcı araç olarak baston kullandıkları, yürümeye yardımcı araç kullanmayan diğer yaşlılarla karşılaştırıldığında bu bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularımızı destekler yönde, Sönmez ve ark. (2007)'in İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapmış oldukları çalışma sonrasında baston kullanan yaşlıların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir.

Bu çalışmada yaşlıların sosyodemografik özelliklerinden biri olan cinsiyet ile Morse Düşme Risk Ölçeği Puan Ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Gemalmaz ve ark., (2004)'nin yaşlılarda düşme riskini değerlendirmek amacıyla Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirme Skalası kullanarak yapmış oldukları çalışmaları sonrasında, kadınlarda düşme riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma bulgularının destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise (Avcı, 2012) yaşlı bireylerde cinsiyet ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada 151 yaşlıdan 56 yaşının yürümeye yardımcı araç olarak baston kullandığı saptanmıştır. Literatürde (Yeşilbakan ve Karadakovan, 2005; Karataş ve Maral, 2001) de belirtildiği gibi yürümeye yardımcı araç kullanımı düşme için önemli bir risk faktörü olmakla birlikte bu çalışmada yaşlı bireylerde yardımcı araç kullanımının düşme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada görme problemi ile düşme riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olmasına karşın, Uz (2008)'un yapmış olduğu çalışmada, görme problemi olan bireylerde düşmenin anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak Lök (2010) ise, görme problemi ile düşme riski arasında bir ilişki bulunamadığını belirtmiştir.

Bu çalışmada hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp damar sistemi hastalıklarına sahip olan ve bu hastalıklara yönelik olarak düzenli ilaç kullanan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği belirlenmiştir. Literatürde de belirtildiği gibi yaşlıların sahip oldukları kronik hastalıklar fizik aktivitede azalma, kas güçsüzlüğü ve denge bozukluğu gibi direkt ve indirekt etkileri nedeniyle düşme riskini arttırabilirler (Lawlor ve ark., 2003). Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Karataş ve Maral (2001), 65 yaş üstü bireyler üzerinde yapmış oldukları çalışmada hipertansiyon tanısının düşen yaşlı gurubunda daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Araştırma bulgularına karşın Uz (2008), ise düşme durumu ile hipertansiyon ve diyabetes mellitus arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığını bildirmiştir.

Bu araştırmada yaşlıların büyük çoğunluğunun kronik hastalıklarına yönelik olarak ilaç kullandığı, 4 veya daha fazla ilaç kullanımı ile düşme riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve bu durumun yaşlı bireylerin Morse Düşme Risk Ölçeği puan ortalamasını arttırdığı saptanmıştır. Araştırma bulgularını destekler nitelikte literatürde de kullanılan ilaçların ve ilaç sayısının yaşlıların düşme riskini artırdığı (Victorian Government of Human Services, 2004) ve çoklu ilaç kullanımı ile düşme riski arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Damian, 2013). Araştırma bulgularına karşın Gemalmaz ve ark. (2004) ile Uz (2008)'un yapmış olduğu çalışmada ilaç kullanımı ile düşme riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte bu araştırmada antihipertansif, antidiyabetik, antikoagülan ilaçlar ile kalp-damar sistemine yönelik ilaç kullanan bireylerde düşme olayının daha fazla olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bu çalışmada diüretik ve antidepresan kullanımı ile düşme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olmasına karşın, literatürde sedatiflerin, antidepresanların, antiaritmik ajanların, diüretiklerin, antihipertansiflerin, antiparkinson ajanlarının ve antikonvülzanların düşme riskini arttırdığı belirtilmiştir. (Health Evidence Network, 2004; Chu ve ark., 2005). Bu araştırmada yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun kronik bir hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıklarına yönelik olarak sürekli ilaç kullandıkları göz önüne alındığında, çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin düşme riski ve ilaçların yan etkileri yönünden yakından izlenmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Düşme korkusunun, fiziksel yetersizliğe neden olduğu, yaşam kalitesini azalttığı ve düşme için önemli bir risk faktörü olduğu literatürde de (Brouwer ve ark., 2003) belirtilmiş olmakla birlikte, bu araştırmada yaşlıların yarıdan fazlasının düşme

korkusu yaşadığı ve düşme korkusu yaşadığını bildiren bireylerde Morse Düşme Ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte Todd ve Skelton (2004)'un da belirttiği gibi, düşme hikayesi varlığı intrinsik düşme faktörlerinden biri olmakla birlikte, bu çalışmada daha önce düşme deneyimleyen bireylerin Morse Düşme Risk Ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Yaş ilerledikçe düşme korkusu artmakla birlikte (Legters, 2002; Meriç ve Oflaz, 2007; Zilstra ve ark., 2007; Scheffer ve ark., 2008; Lök, 2010), bu çalışmada düşme korkusunun ileri yaşla ilişkili olduğu ve yaşın ilerlemesine bağlı olarak düşme korkusunun arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda cinsiyet ve düşme korkusu arasında da anlamlı bir ilişki olduğu, kadınların erkeklere göre daha fazla düşme korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da düşme korkusu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu, kadınların erkeklere göre daha fazla düşme korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Lök, 2010; Yıldırım ve Karadakovan, 2004; Murphy ve ark., 2002). Bu durumun Türk toplumunun kadın ve erkeği yetiştirme tarzı ile ilgili geleneksel yapısından kaynaklandığını, kadınların düşme korkusu ile ilgili duygularını daha rahat ifade ederken, erkeklerin düşme korkusunu ifade etmekten kaçındıklarını düşündürmektedir.

Düşme korkusu düşme için önemli bir risk faktörü olmakla birlikte (Brouwer ve ark., 2003) bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puan ortalamasının düşme olayı yaşayan yaşlılarda daha yüksek olduğu ve bu duruma bağlı olarak daha fazla düşme korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgularımız destekler nitelikte Murphy ve ark. (2002) da düşme korkusu prevelansının daha önce düşme olayı deneyimleyen bireylerde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda düşme açısından riskli olmayan yaşlı gurubunda Modifiye Barthel İndeksi puan ortalaması $96,25 \pm 9,22$; düşük riskli grupta $81,35 \pm 22,99$; yüksek riskli grupta ise $68,32 \pm 24,44$ olarak saptanmıştır. Bu doğrultuda yaşlı bireylerde düşme riski arttıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte yaşlıların düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düşme korkusu yaşayan bireylerin Modifiye Barthel İndeksi puan ortalamasının, düşme korkusu yaşamayan bireylerle karşılaştırıldığında daha düşük olduğu, düşme korkusunun yaşlı bireylerin

günlük yaşam aktivitelerini anlamlı bir şekilde kısıtladığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda düşme korkusunun günlük yaşam aktivitelerini engelleyen önemli bir faktör olduğu (Erdem ve Emel, 2004), bireylerin banyo yapma ve giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerinin düşme korkusundan etkilendiği; günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyacı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olanlara göre düşmekten daha çok korktukları (Yıldırım ve Karadakovan, 2004), düşme korkusundan dolayı aktivitelerini sınırladıkları (Cumming ve ark., 2000) ve bu durumun yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini azalttığı bildirilmiştir (Zilstra ve ark., 2007).

Bu çalışmada yaşlı bireylerde düşme korkusu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinden 70 ve üzeri puan alanların Nottingham Sağlık Profili puan ortalamalarının, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeğinden 70'in altında puan alanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum yaşlı bireylerdeki düşme korkusunun yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir. Araştırma bulgularımızı destekler yönde, literatürde de yaşlılarda var olan düşme korkusunun yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir. (Brouwer ve ark., 2003; Suzuki ve ark., 2002; Dönmez, 2010; Cumming ve ark. 2000; Arkfen ve ark., 1994) Bununla birlikte, yaşlı bireylerdeki düşme riski ile yaşam kalitesi arasında da anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş olup, düşme açısından yüksek riskli grupta olan yaşlıların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ortaya çıkarılmıştır. Literatürde de araştırma bulgularımızı destekler nitelikte, denge, fonksiyonel mobilite, kas gücü ve düşme korkusu gibi risk faktörlerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Özcan ve ark., 2005).

Bu araştırmada; yaşlıların düşme riski arttıkça günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Bununla birlikte bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda yaşlılarda var olan düşme korkusunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olduğu ve yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır. Çalışma bulgularımızı destekler yönde, Uz (2008), düşme korkusu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve mental komponentleri ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla kullandığı Barthel İndeksi skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Suzuki ve ark. (2002)'nin da, yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi

belirlemek üzere yapmış oldukları çalışma sonrasında da yürüme ve banyo yapma aktivitelerinde tam yardıma ihtiyacı olan bireylerin bağımsız olanlara göre düşmekten daha çok korktuklarını bildirmişlerdir. Yıldırım ve Karadakovan (2004) da, düşme korkusu ve günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve düşme korkusunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir.

Sonuç olarak bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkarılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşlılarda düşme risk ve korkusunu azaltma ve önleme amacıyla yönelik olarak, sağlık bakım profesyonellerinin periyodik aralıklarla düşme risk tanılması ve değerlendirmesi yapmaları; yaşlılara, bakım vericilere ve sağlık bakım profesyonellerine yönelik olarak eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Yaşlı bireylerde düşme korkusunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olduğu ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı sonucu göz önünde bulundurularak, düşme korkusuna neden olan faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmaya katılan yaşlıların %51,7'sini erkek, %48,3'ünü kadınların oluşturduğu, %52,3'ünün okuryazar, %47,7'sinin ev hanımı ve %42,4'ünün emekli olduğu, %94,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %37,7'sinin köyde yaşadığı belirlenmiş olup yaş ortalaması $72,74 \pm 6,25$ yıldır.

Yaşlıların %88,7'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %79,1'inde hipertansiyon, %36,6'sında kalp damar sistemi hastalıkları ve %31,3'ünde ise diyabetes mellitus hastalığının bulunduğu, %83,4'ünün düzenli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin %50,3'ünün günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu, %52,6'sının banyo ile ilgili sınırlı fonksiyona sahip olduğu, %37,1'inin ise yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %87,4'ünün daha önce acile başvurduğu, acile başvurma neden/nedenlerinin ise %43'ünde ağrı, %7,3'ünde ise düşmeler olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan yaşlıların %48,3'ünün daha önce düşme olayı yaşadığı, düşme olayının %84,9'unun gündüz, %30,1'inin caddede meydana geldiği, yaşlıların %63,6'sının düşme korkusu yaşadığı, %46,9'unun düşme korkusu nedeniyle aktivitelerini sınırladığı belirlenmiştir.

Yaşlıların sosyodemografik özelliklerinden biri olan cinsiyet ile düşme arasındaki ilişki incelenmiş, erkeklerde karşılaştırıldığında kadınlarda düşme deneyimi yaşamının anlamlı olarak daha fazla meydana geldiği bulunmuştur.

Bu çalışmada kronik hastalıklarına yönelik olarak antihipertansif, antidiyabetik, antikoagülan ilaçlar ile kalp damar sistemine yönelik olarak ilaç kullanan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği ortaya çıkarılmıştır. Aynı zamanda çoklu ilaç kullanımı ile düşme arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, 4 ya da daha fazla sayıda ilaç kullanan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği belirlenmiştir.

Yaşlılarda düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelenmiş, düşme korkusu olan bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte düşme korkusu ile yaşam kalitesi

arasındaki ilişki de incelenmiş, düşme korkusu yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Yaşlılarda düşme riski ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş olup, düşme riski açısından yüksek riskli grupta yer alan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada Morse Düşme Ölçeği puanı ile Modifiye Barthel İndeksi puanı arasında önemli negatif bir korelasyon bulunmuştur. Yaşlıların Morse Düşme ölçeğinden aldıkları puan arttıkça Modifiye Barthel İndeksi puanı azalmaktadır. Sonuç olarak Modifiye Barthel İndeksinden alınan düşük puanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunu gösterdiği bu çalışmada yaşlılarda düşme riski arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu artmaktadır. Bununla birlikte Morse Düşme Ölçeği puanı ile Nottingham Sağlık Profili puanı arasında ise önemli pozitif bir korelasyon bulunmuş olup, yaşlıların Morse Düşme Ölçeğinden aldıkları puan arttıkça, Nottingham Sağlık Profili puanı da artmaktadır. Nottingham Sağlık Profili puanından alınan yüksek puanın düşük yaşam kalitesini gösterdiği bu çalışmada yaşlılarda düşme riski arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varılmıştır.

Bu araştırmada Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı ile Modifiye Barthel İndeksi puanı arasında önemli negatif bir korelasyon bulunmuş olup Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı arttıkça, Modifiye Barthel İndeksi puanı azalmaktadır. Sonuç olarak; Modifiye Barthel İndeksinden alınan düşük puanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığı gösterdiği bu çalışmada yaşlılarda düşme korkusu arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumları da artmaktadır. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı ile Nottingham Sağlık Profili puanı arasında ise önemli pozitif bir korelasyon bulunmakla birlikte; yaşlıların Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği puanı arttıkça, Nottingham Sağlık Profili puanı da artmaktadır. Bu doğrultuda Nottingham Sağlık Profili puanından alınan yüksek puanın düşük yaşam kalitesini gösterdiği çalışmamızda; yaşlılarda düşme korkusu arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan düşmelerin önlenmesine yönelik protokoller oluşturulması ve bu protokollerin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Hizmet içi eğitim programları ile düşmeyi önleme ve risk faktörlerini belirleme konusunda sağlık bakım profesyonellerinin eğitilerek farkındalıklarının artırılması,
- Yaşlılarda düşme risk ve korkusunu azaltma ve önleme amacına yönelik olarak, sağlık bakım profesyonellerinin periyodik aralıklarla, bireye özgü düşme risk tanınması ve değerlendirmesi yapmaları,
- Düşme risk değerlendirmesinde hastanın tıbbi tanısı, var olan kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve yürümeye yardımcı araç kullanımı dikkate alınarak düşme önlemlerinin artırılması,
- Yaşlılara, yakınlarına ve bakım vericilerine düşme ile ilgili olası riskler ve düşmelerin önlenmesi konusunda eğitim verilmesi.
- Yaşlılarda düşme risk ve korkusuna yönelik olarak gerek toplumda ve huzurevlerinde gerekse sağlık bakım kurumlarında tedavi ve bakım alan yaşlılar üzerinde geniş ölçekli ve ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjelstad J, Schank B, Nickel KJ, Montgomery PS, Gardner AW. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006; 4 (37): 1-6.
- Akçay Ş. Yaşlılarda Sık Görülen Pulmoner Hastalıklar ve Tedavi İlkeleri. Birinci Basamak için Temel Geriatri. 1. Baskı, Ankara, Algi Tanıtım. 2012; 31.
- Akdeniz M, Yaman A, Kılıç S, Yaman H. Aile Hekimliğinde Önlenebilen Sorunlar: Yaşlılarda Düşmeler. *GeroFam*. 2010; 1 (1): 117-132.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, 2003; 167-170.
- Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2004; 7 (2): 105-110.
- Akın A. Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık. Aslan D, Ertem M. Editör. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. 1. Baskı, Palme Yayıncılık. 2012; 17-25.
- Akın B, Emiroğlu O. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yeti Yitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2003; 6 (2): 59-67.
- Aksakallı E, Turan Y, Şendur Ö. İnme Rehabilitasyonunda Son Durum Skalaları. *Türk Fiz. Tıp Rehab. Derg.* 2009; 55: 168-172.
- Aktaş B. Yaşlı Bireylerde Düşmeleri Önlemeye Yönelik Rehber Geliştirme ve Rehber Doğrultusunda Verilen Eğitimin Düşmeye Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Doktora Tezi, 2012; 6-16.

- Alkan S. 65 Yaş ve Üstü Bireylerde D Vitamini Düzeyi ile Düşme Riski Arasındaki İlişki. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli, Uzmanlık Tezi, 2009; 4.
- Almeida A, Rodrigues V. The Quality of Life Aged People Living in Homes for the Aged. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16 (6): 1025-31.
- Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Bükler N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2009; 1: 48-60.
- Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP. The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. American Journal of Public Health. April 1994; 84 (4): 565-570.
- Arıoğul S. Yaşlanmanın Biyolojik Temelleri. Arıoğul S, Editör. Geriatri ve Gerontoloji. 1. Baskı, Ankara, MN Medikal & Nobel, 2006; 81.
- Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. 2005: 15-40.
- Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2006; 28 (2): 81-89.
- Aştı N. Demans ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul, Tayf Ofset. 1997: 5-7.
- Atay E, Akdeniz M. Yaşlılarda Düşme, Düşme Korkusu ve Bedensel Etkinlik. GeroFam-Kanıtı Dayalı, Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi. 2011; 2 (1): 11-28.
- Atman ÜC, Dinç G, Oruçoğlu A, Oğurlu H, Ecebay A. Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza ile ilişkili Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2007; 10 (2): 83-87.

- Avcı Ş. Yaşlı Bireylerde Denge Eğitimi, Düşme Riski ve Yaşam Kalitesi İlişkilerinin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Doktora Tezi, 2012; 65-80.
- Aydın S, Karaoğlu L. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2012; 15 (4): 424-433.
- Bakış E. Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Öz Bakım Gücünün Yaşam Doyumlarına Etkilerinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2002; 13-16
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. Romatizma. 2005; 20 (1): 55-63.
- Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012; 25 (3): 1-3.
- Beğer T. Geriatrik Hasta ve Sorunları. 1. Baskı, İstanbul, Güncel Tıp Yayınları. 1998; 9-11.
- Berke D. Nöroşirurji Hastalarında Düşme Risk Derecesinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 35-40.
- Berker E. Yaşlı Özürlülüğünün Boyutları. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2006; 52: 1-3.
- Beyazay S. Yaşlı Hastalarda Tedavi Süreçlerindeki Düşme Riskinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 12.

- Bıyıklı K. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme ile İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 1-73.
- Bırol L. Hemşirelik Süreci. 7. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık. 2005; 86-90.
- Bırol L, Akdemir N, Bedük T. İç hastalıkları Hemşireliği. Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları. 1995; 18-24.
- Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2000; 3 (4): 141-145.
- Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. Age and Ageing. 2009; 38: 423-428.
- Bölükbaşı N. Yaşam Kalitesi Kavramı. Geriatri. 1. Baskı, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2007; 45-50.
- Brouwer B, Walker C, Rydahl SJ, Cukham EG. Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: A randomised trial. Journal Of American Geriatrics Society. 2003; 51 (6): 829-834.
- Bruce DG, Devine A, Prince RL. Recreational Physical Activity Levels in Healthy Older Women: The Importance of Fear of Falling. J Am Geriatr Soc. 2002; 50: 84-89.
- Cebeci S. Ülkemizde Yaşlanan Nüfus. Yaşama Sanatı Dergisi. 2010; 21: 29-31.

Chow KYS, Lai KYC, Wonk KST. Evaluation of the Morse Scale: Applicability in Chinese Hospital Population. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44: 556-565.

Chu LW, Chi I, Chiu A. Incidence and Predictors of Falls in the Chinese Elderly. *Ann Acad Med Singapore*. 2005; 34: 60-72.

Cumming R, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. Prospective Study of the Impact of Fear of Falling on Activities of Daily Living, SF-36 Scores, and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*. 2000; 55A (5): 299-305.

Çakar E, Durmuş O, Dinçer Ü, Kıralp MZ, Soydan Cerit F. Yaşlılarda Evliliğin Yaşam Kalitesi ve Düşme Riskine Etkileri. 2011; 14 (4): 331-336.

Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006; 9 (1): 30-33.

Daal J, Lieshout J. Falls and Medications in the Elderly. *The Journal of Medicine*. 2005; 63 (3): 91-94.

Damian J, Barriuso R, Gama E, Coesta J. Factors Associated With Falls Among Older Adults Living in Institutions. *BMC Geriatrics*. 2013; 13 (6): 2-9.

Demir NY. Morse Düşme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Duyarlılık-Seçicilik Düzeyinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 22-23.

Dikmenoğlu N. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. *Geriatrici*. 1. Baskı, Ankara, Türk Tabip Birliği Yayınları. 2007; 27-36.

- Doruk H, Naharcı Mİ. Düşmelere Yaklaşım. Işık AT, Eker E. Editörler. Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller. 1. Baskı, İstanbul, Özal Matbaa, 2009; 73-81.
- Dönmez G. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Dukyoo J. Fear of Falling in Older Adults: Comprehensive Review. Asian Nursing Research. 2008; 2 (4): 214-220.
- Er D, Psikososyal Açıdan Yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4 (11): 134.
- Erdem M, Emel FH. Yaşlılarda Mobilite Düzeyi ve Düşme Korkusu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 7 (1): 1-10.
- Ersan T, Arıoğul S. Yaşlılarda Fizyolojik Değişiklikler. Hacettepe Tıp Dergisi. 2002; 33 (2): 68-72.
- Fisher A, Davis M, McLean A, Couteur D. Epidemiology of Falls in Elderly Semi-independent Residents in Residential Care. Australasian Journal on Ageing. 2005; 24 (2): 98-102.
- Fuller G. Falls in the Elderly. American Family Physician. 2000; 61: 2159–2168, 2173–2174.
- Garret MD, Menke K. Falls Among The Elderly At The St Michael Geriatric Hospital. Quarterly Journal Of The International Institute Ageing. 2000; 10 (2): 16-23.
- Gemalmaz A, Dişçigil G, Başak O. Huzurevi Sakinlerinin Yürüme ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2004; 7 (1). 41-44.
- Güler Ç. Yaşlılıkta Tanımlar ve Yaşlılık Üstüne Söylenenler. Geriatri 1998; 1(2): 105.

Güler N, Akal Ç. Quality of Life of Elderly People Aged 65 Years and Over Living at Home in Sivas, Turkey. Turkish Journal of Geriatrics. 2009; 12 (4): 181-189.

Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş Asuman, Vural N. Huzurevinde Yaşamakta olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2000; 3 (4): 133-140.

Gündüz OH. Yaşlılarda Postür ve Yürüme. Turkish Journal of Geriatrics. 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.

Goulding MR: Public Health and Aging: Trends in Aging-United States and Worldwide. MMWR. 2003; 52 (06): 101-106. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>, 2014.

Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon. Psychiatry in Türkiye. 2006; 8 (1): 31-37.

Hamilton County. www.fallpreventiontaskforce.org/tools.htm, 2014.

Hawk C, Hyland JK, Rupert R, Colonvega M, Hall S. Assessment of balance and risk for falls in a sample of community-dwelling adults aged 65 and older. Chiropractic & Osteopathy. 2006; 14: 3.

Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A Quantitative Approach to Perceived Health Status: A Validation Study. Journal of Epidemiology and Community Health. 1980; 34: 281-286.

- Innocenti A, Elmfeldt D, Hansson L, Breteler M, James O, Lithell H, Olofsson B, Skoog I, Trenkwalder P, Zanchetti A, Wiklund I. Cognitive Function and Health-Related Quality of Life in Elderly Patients With Hypertension-Baseline Data From the Study on Cognition and Prognosis in The Eldery. *Blood Pressure*. 2002; 11: 157-165.
- Işık A, Cankurtaran M, Doruk H, Mas MR. Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006; 9 (1): 45-50.
- Kalınkara V. Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi.1. Basım, Ankara, Nobel Kitabevi. 2011; 1-7.
- Kamel MH, Abdulmajeed AA, El-Sayed S. *PanAfrican Medical Journal*. 2013. www.researchgate.net/publication/8383143_Risk_Factorcs_for_Falling_in_Older_Mexicon_Americans, 2014.
- Kara B, Yıldırım Y, Genç A, Ekizler S. Geriatriklerde Ev Ortamı ve Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve Düşme Korkusu ile İlişkisinin İncelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2009; 20 (3): 190-200.
- Karataş GK, Maral I. Ankara Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme için Risk Faktörleri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2001; 4 (4): 152-158.
- Kavlak Y, Demirtaş RN. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Bilişsel Durumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Özet. Sakarya Med J*. 2012; 2 (1).
- Kawanabe K, Kawashima A, Sashimoto I, Takeda T, Sato Y, Iwamoto J. Effect of whole-body vibration exercise and muscle strengthening, balance, and walking exercises on walking ability in the elderly. *Keio J Med*. 2007; 56: 28-33.

- Kaya T, Karatepe AG, Avcı A, Günaydın R. Yaşlılarda Düşme Korkusu ve Düşmeye Karşı Yetkinlik. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012; 15 (3): 260-265.
- Kırdı N, Bumin G, Kayıhan H. Geriatrik Yaş grubunda Yaşam Kalitesi ve Değerlendirmesi. Arıoğul S, Editör. 1. Baskı, Ankara, MN Medical & Nobel. 2006; 246.
- Koç Z. Hastaneye Yatan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2006; 16 (3): 84-96.
- Krauss M.J, Evanoff B, Hitcho E, Nquqi K.E, Dunagan WC, Fischer I. A Case-control Study of Patient, Medication and Care Related Risk Factors For Inpatient Falls. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20: 116–122.
- Kressig RW, Wolf SL, Sattin RW, Grady M, Greenspan A, Curns A, Kutner M. Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to fragility. *Journal Of American Geriatrics Society*. 2001; 49(11): 1456-1462.
- Kumar S, Vendhan G, Awasthi S, Tiwari M, Sharma VP. Relationship Between Fear of Falling, Balance Impairment and Functional Mobility in Community Dwelling Eldery. *IJPMR*. 2008; 19(2): 48-52.
- Kutsal G. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. *Geriatri*. 1.Baskı, Ankara, Türk Tabip Birliği Yayınları. 2007; 13-19.
- Küçükdeveci A, yavuzer G, Tennand A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of The Modified Barthel Index For Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehab Med*. 2000; 32: 87-92.

- Lachman ME, Howland J, Tennstedt S, Jette A, Assmann S, Peterson E. Fear of falling and activity restriction: The survey of activities and fear falling in the elderly (SAFE). *Journal of Gerontology*. 1998; 53B(1): 43-50.
- Lawlor DA, Patel R, Ebrahim S. Association Between Falls in Elderly Women and Chronic Disease and Drug Use: Cross Sectional Study. *British Medical Journal*. 2003; 327: 712-717.
- Legters K. Fear of Falling. *Phys Ther*. 2002; 82: 264-272.
- Levasseur M, Desrosiers J, Tribble DSC. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6: 30.
- Li F, Fisher KJ, Harmer P, McAuley E, Wilson NL. Fear of Falling in Elderly Persons: Association with Falls, Functional Ability and Quality of Life. *Journal of Gerontology*. 2003; 58B (5): 283-290.
- Lök N. Yaşlılarda Düşmelere Sebep Olan Ev İçi Çevresel Risk Faktörleri ve Düşme ile İlişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Masud T, Morris R. Epidemiology of Falls. *Age and Ageing*. 2001; 30 (4): 3-7.
- Mazzeo R, Evans W, Hagberg J, McAuley E, Statzell J. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1998; 30 (6): 992-1008.
- Meriç M, Oflaz F. Yaşlı Bireylerin Düşme Yaşantısıyla İlgili Algıları ve Günlük Yaşamlarına Etkisi Üzerine Niteliksel Bir Çalışma. 2007; 10 (1): 19-23.

- Molloy W, Standish T. Mental Status and Neuropsychological Assessment. A Guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. *International Psychogeriatrics*. 1997; 9 (1): 87-94.
- Morse J. Enhancing the Safety of Hospitalization by Reducing Patient. *American Journal of Infection Control*. 2002; 30 (6): 376-380. [www.ajicjournal.org/article/So196-6553\(02\)00018-4/fulltext](http://www.ajicjournal.org/article/So196-6553(02)00018-4/fulltext), 2014.
- Moylan K, Binder E. Falls in Older Adults: Risk Assessment, Management and Prevention. *The American Journal of Medicine*. 2007; 120: 493-497.
- Murphy SL, Williams CS, Gill TM. Characteristics Associated with Fear of Falling and Activity Restriction in Community-Living Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50: 516-520.
- Naharcı Mİ, Doruk H. Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009; 8(5): 437-444.
- Oğuz D. Yaşlıda Gastrointestinal Sistem Sorunları. Birinci Basamak için Temel Geriatri. 1. Baskı, Ankara, Algi Tanıtım. 2012; 46-52.
- O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and Risk Factors For Falls and Injurious Falls Among the Community-dwelling Elderly. *American Journal of Epidemiology*. 1993; 137 (3): 342-354.
- Oran NT, Öztürk H. Yaşlanmayla Birlikte Sık Görülen ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Vulva Problemleri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2004; 7 (4): 237-240.
- Owens P, Russo A, Spector W, Mutter R. Emergency Department Visits for Injurious Falls Among the Elderly. NCBI. 2006. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53603, 2014.

- Özcan A, Donat H, Gelecek N, Özdirenç M, Karadibak D. The Relationship Between Risk Factors for Falling and the Quality of Life in Older Adults. *BMC Public Health*. 2005; 5: 1-6.
- Özyalçın S. Yaşlılık Çağında Ağrı. İstanbul, Nobel Matbaacılık. 2003; 1-4.
- Reyes CA, Al S, Lorea J, Ray LA, Makides K. Risk Factors for Falling in Older Mexican-Americans. *Abstract. Ethn Dis*. 2004; 14 (3): 417-422.
- Rubenstein L. Falls in Older People: Epidemiology, Risk Factors and Strategies for Prevention. *Age and Ageing*. 2006; 35 (2): 37-41.
- Seyyar A. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. (http://www.sosyal-siyaset.net/documents/yaslilara_yonelik_sp.htm, Erişim Tarihi: 15/03/2014).
- Scheffer AC, Schuurmans MJ, Dijk NV, Hooft TVD, Rooij AED. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*. 2008; 37: 19-24.
- Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 15 (3): 219-224.
- Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kuralay M, Gülcen MA. İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 21 (3): 145-153.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989; 42 (8): 703-709.
- Shephard RJ. Aging and Exercise. *Encyclopedio of Sports Medicine and Science*, <http://www.sportsci.org/encyc/agingex/agingex.html>, 2014.

- Suzuki M, Ohyama N, Yamada K, Kanamori M. The Relationship Between Fear of Falling, Activities of Daily Living and Quality of Life Among Elderly Individuals. *Nursing and Health Sciences*. 2002; 4: 155-161.
- Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish of Journal of Geriatrics*. 2006; 9 (2): 85-93.
- Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008; 8: 323.
- Tamam B, Taşdemir N, Tamam Y. İnme Sonrası Demans: Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008; 19 (1): 46-56.
- Tezcan S, Seçkiner P. Türkiyede Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler*. 1. Baskı, Palme Yayıncılık, 2012; 1-9.
- Tideiksaar R. Falls in the Elderly. *Bull. N. Y. Acad. Med*. 1988; 64 (2): 145-159.
- Tinetti M. Preventing Falls in Elderly Persons. *The New England Journal of Medicine*. 2003; 2: 42-47.
- Tinetti M, Richman D, Powell L. Falls Efficacy as a Measure of Fear of Falling. *Journal of Gerontology*. 1990; 45 (6): 239-243.
- Tinetti M, Speechley M. Prevention of Falls Among the Elderly. *The New England Journal of Medicine*. 1989; 320 (16): 1055-1059.
- Todd C, Skelton D. What are The Main Risk Factors for Falls Among Older People And What Are The Most Effective Interventions to Prevent These Falls. *Health Evidence Network*. 2004; 6-9.

- Toraman A. Yaşlılarda Düşme Riski ve Fiziksel Uygunluk. Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 4-28.
- Tümerdem Y. Editöre Mektup. Gerçek Yaş. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9 (3): 195-196.
- Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri. Turkish Journal of Geriatrics. 2004; 7 (4): 199-205.
- Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Risklerinin Belirlenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9 (2): 75-80.
- Uysal A. Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhmali. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 2002; 2 (5): 44.
- Uz S. Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Van CL. Relationship Between Balance and Falls Among Older Adults Living in the Community [unpublished thesis]. Kingston, Ontario, Canada: Queen's University. 2001.
- Van Doorn C, Gruber BA, Zimmerman S, Hebel R, Port C, Baumgarten M, Quinn C, Taler G, May C, Magaziner J. Dementia as a Risk Factor for Falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. JAGS. 2003; 51: 1213-1218.
- Victorian Government Department of Human Services. Minimising the Risk of Falls & fall-related Injuries. 2004.

Yapıcı A. Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yeti Yitimi ve Yaşam kalitesine Etkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006; 17-18.

Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. Huzurevinde Kalana Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9 (3): 143-149.

Yeşilbakan ÖU, Karadakovan A. Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2005; 8 (2): 72-77.

Yıldırım M. Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerin Düşme Riskinin Değerlendirilmesinde Morse Düşme Ölçeğinin Kullanılması: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 24-26.

Yıldırım YK, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. 2004; 7 (2): 78-83.

WHO. Global Report on Falls Prevention in Older Age. 2007; 1-7.

World Health Organization. Active Ageing. A policy Framework. 2002.

Zijlstra GAR, Van Haastregt JCM, Van Eijk TM, Van Rossum E, Stalenhoef PA, Kempen GIJM. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. Age Aging. 2007; 36: 304-309.

8. EKLER

Ek-1 Anket Formu

ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSK VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu araştırma OMÜ Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran yaşlıların düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisini belirlenmek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

OMÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba ÇINARLI

YAŞLIYI TANITICI BİLGİ FORMU

1-Yaşı:.....

2-Cinsiyeti: ()Kadın ()Erkek

3-Eğitim düzeyi:

()Okur yazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite

4-Mesleği:

()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Serbest meslek ()Çiftçi ()Emekli

()Diğer(belirtiniz):

5-Medeni durumu: ()Evli ()Bekar

6-Çalışma Durumu: ()Evet ()Hayır

7-Aile tipi: ()Geniş ()Çekirdek

8-Çocuk sayısı:

9-Evde kimlerle birlikte yaşadığı:()Eşi ()Aile üyeleri ()Çocukları ()Tek başına

- 10-Sosyal güvencesi bulunma durumu:** ()Var ()Yok
- 11-En uzun yaşadığı yerleşim birimi:** ()İl () İlçe () Köy
- 12-Sağlığı algılama durumu:** ()İyi ()Orta ()Kötü
- 13-Herhangi bir kronik hastalığı olma durumu:** () Evet () Hayır
- 14--Cevabınız evet ise bu kronik hastalığın ne/neler olduğu:**
- 15-Şu anda acile başvurma neden/nedenleri:**
- 16-Eğer acile ağrı şikayeti ile başvurdu ise ağrının bölgesi:**
()Karın ()Baş ()Göğüs ()Bel ()Diğer(belirtiniz):
- 17-Acile kabul zamanı** ()Gündüz ()Gece
- 18-Acile başvurma saati:** ()6-12 ()12-18 ()18-24 ()24-06
- 19-Daha önce acile başvurma durumu:** ()Evet ()Hayır
- 20- Acile başvuru sıklığı:**
() İlk kez başvurdum ()1 kez ()2 kez ()3 kez ()4 kez ()5kez ()6 kez
() 7 ve üzeri
- 21-Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sınırlı fonksiyonlara sahip olma durumu:**
()Evet ()Hayır
- 22-Cevabı evet ise günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bu sınırlı fonksiyonlarının ne/neler olduğu:**
- 23-Yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyma durumu:()Evet ()Hayır**
- 24-Cevabı evet ise yürürken yardımcı araç olarak ne kullandığı:**
()Baston ()Walker (yürüteç) ()Tekerlekli sandalye ()Diğer(belirtiniz):
- 25-Görme ile ilgili problemi olma durumu:** ()Evet ()Hayır
- 26- Her gün düzenli olarak ilaç kullanma durumu:()Evet ()Hayır**
- 27-Cevabı evet ise kullandığı ilaç grupları:**
- 28- Günde kaç çeşit ilaç içtiği:**
- 29-Evinde düşmeyi önlemeye yönelik koruyucu önlemlerin bulunma durumu:**
()Evet ()Hayır
- 30-Cevabı evet ise bu önlemlerin ne/neler olduğu:**
()Merdivenlerde tutunma barlarının bulunması ()Banyo ve tuvaletlerde tutunma demirlerinin bulunması ()Oda ve dış mekanların döşemesinin düzgün oluşu
()Banyolarda kaymayı önleyecek yer paspasının bulunması ()Diğer(belirtiniz):
- 31-Düşme korkusu yaşama durumu:()Evet ()Hayır**

32-Cevabı evet ise en çok nerede/nerelerde düşme korkusu yaşadığı:

()Merdivenden inerken ()Banyo yaparken ()Diğer(belirtiniz):

33-Düşme korkusu nedeniyle aktivitelerini sınırlama durumu:()Evet ()Hayır

34-Daha önce düşme olayını yaşama durumu: ()Evet ()Hayır

35-Cevabı evet ise ne zaman düştüğü:

36-Toplamda kaç kez düştüğü:

37-Düşme olayını ne/nerede yaşadığı:

()Caddede ()Odada ()Banyoda ()Tuvalette ()Ev içinde merdivende

()Ev dışında merdivende ()Diğer(belirtiniz):

38-Düşmenin ne zaman meydana geldiği:()Gece ()Gündüz

39-Düşme saatleri:

()Sabah kalkarken ()Öğleden önce ()Öğle ()Öğleden sonra ()Akşam

()Gece yatarken ()Diğer(belirtiniz):

40-Düşme neden/nedenleri (Birden fazla işaretlenebilir)::

()Baş dönmesi ()Ayak takılması ()Islak zemin ()Kaygan terlik ()Dengesizlik

()Ortostatik hipotansiyon ()Sersemlik ()İnkontinans

()Yürüme ve denge bozukluğu ()Hareket ve kuvvet problemleri

()Depresyon ()İlaç kullanımı ()Serebrovasküler hastalık

()Genel durum bozukluğu ()Osteoporoz ()Görme-işitme problemi ()Yardımcı

cihaz kullanımı()Denge/hareket/kuvvet problemi ()Yetersiz aydınlatma

()Dağınık oda ()Yetersiz koruyucu parmaklık desteği ()Uyumsuz ayakkabı

()Diğer(belirtiniz):

41-Düşme sonrasında ne meydana geldiği:

()Sıyrık ()Yırtılma ()Kırık ()Hematom ()Hiçbir şey olmadı ()Diğer(belirtiniz):

42-Düşme sonrasında uygulanan tedaviler:

()Hiçbir şey yaptırmama ()İlaç alma ()Cerrahi tedavi ()Ortopedik alçı tedavisi

()Diğer(belirtiniz):

43-Eğer kırık meydana gelmiş ise kırığın yeri:

()Kalça kırığı ()Kol kırığı ()Diz kapağı kırığı ()Diğer(belirtiniz):

44-Düşme sonrasında komplikasyon meydana gelme durumu: ()Evet ()Hayır

45-Cevabı evet ise bu komplikasyonların ne/neler olduğu:

()Kontraktür ()Bacakta kısalma ()Diğer(belirtiniz):

Ek-2 Standardize Mini Mental Test

YÖNELİM (Toplam puan 10)

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

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

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

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

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

Her doğru işlem 1 puan. (100,93,86, 79, 72, 65).....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise).....()

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)

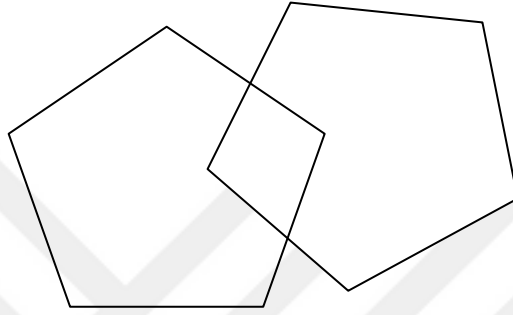
.....()

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

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın

- lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan.....()
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
- "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada).....()
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan).....()
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan).....()



Ek-3 Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği

Soru	En güvenli	↔	En az güvenli
Banyo yapma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Dolaba uzanma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Yemek hazırlama (ağır veya sıcak objeleri taşımayı gerektirmeyen)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Evi dolaşma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Yatağa gitme ve yataktan kalkma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Kapı veya telefona bakma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Sandalyeye oturma ve sandalyeden kalkma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Giyinip soyunma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Evi toparlama	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Alışveriş yapma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Ek-4 Morse Düşme Ölçeği (Morse Fall Scale)

1. Düşme Hikayesinin Varlığı/Kabulde ya da 3 ay içinde	Yok: 0 Var: 25
2. İkincil Tanı	Yok: 0 Var: 15
3. Mobilizasyon Desteği Yatak İstirahati/Hemşire Yardımı Koltuk Değneği/Baston/Yürüteç Destek Mobilya	0 15 30
4. IV Yol Varlığı ya da Heparin Kullanımı	Yok: 0 Var: 20
5. Yürüyüş/Transfer Normal/Yatakta/İmmobil Denge Durumu Zayıf Dengesini Sağlayamaz	0 10 20
6. Mental Durum Oryante Konfüze/Dezoryante	0 15

Ek-5 Nottingham Sağlık Profili

EVET (1 PUAN)

HAYIR (0 PUAN)

AĞRI:

- () Gece ağrım var.
- () Dayanılmaz ağrım var.
- () Hareket ederken ağrım var.
- () Yürürken ağrım var.
- () Ayakta ağrım var.
- () Devamlı ağrı içindeyim.
- () Merdiven inip çıkarken ağrım var.
- () Otururken ağrım var.

FİZİKSEL AKTİVİTE:

- () Yalnız ev içinde yürüyebiliyorum.
- () Eğilmek çok zor.
- () Hiç yürüyemiyorum.
- () Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum.
- () Bir yere uzanmakta güçlük çekiyorum.
- () Giyinmede güçlüğümlerim var.
- () Uzun süre ayakta duramıyorum.
- () Sokakta yürümek için yardım gerekiyor.

ENERJİ DÜZEYİ:

- () Her zaman yorgunum.
- () Her şey gayret gerektiriyor.
- () Hiç enerjimlerim yok.

UYKU:

- () Uyku ilacı alıyorum.
- () Sabah erken saatte uyanıyorum.
- () Gece uykum kaçıyor.
- () Uyumakta güçlük çekiyorum.
- () Gece uykum çok kötü.

SOSYAL İZOLASYON:

- () Kendimi yalnız hissediyorum.
- () İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum.
- () Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum.
- () İnsanlara ayak bağı olduğumu düşünüyorum.
- () İnsanlarla geçinemiyorum.

EMOSYONEL REAKSİYONLAR:

- () Olaylar beni zorluyor.
- () Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum.
- () Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum.
- () Günler zor geçiyor.
- () Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum.
- () Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum.
- () Endişelerim gece uyumama engel oluyor.
- () Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum.
- () Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum.

Ek-6 Barthel İndeksi

A-TRANSFER

0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir.

3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardım gerekir.

8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir.

12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir.

15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/sandalyeye güvenle yaklaşır, frenler, kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenle yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine güvenle geçebilir. Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.

B-AMBULASYON

0: Ambulasyonda bağımlıdır.

3: Ambulasyonda sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.

8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.

12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir.

15: Hasta gerekirse cihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip açabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanadien, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50 m'lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüyebilir.

TEKERLEKLİ İSKEMLE KULLANMA (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)

0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.

1: Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.

3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir.

4: Belirli güzergahlara, makul bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar.

5: Bağımsız kabul etmek için hasta köşeleri kendisi dönebilmeli, çevresinde dönebilmeli, iskemleyi masaya, yatağa, tuvalete vs. yaklaştırabilmeli; evde, koğuştta vs. sandalyeyi en az 50 m sürebilmelidir.

C-MERDİVEN İNİP ÇIKMA

0: Hasta merdivenleri çıkamaz.

2: Merdiven inip çıkmanın tüm aşamalarında yardım gerekir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasının da içerir.

5: Hasta merdiven inebilir çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar.

8: Genelde hiç yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir.

10: Yardım veya gözetim olmadan güvenle basamakları iner-çıkır, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır; inerken çıkarken bu cihazları kullanabilmelidir.

D-BESLENME

0: Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir.

2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir.

5: Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz biber atma, yağ sürme, tabağı çevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir.

8: Et kesme, süt kartonu açma, kavanoz kapağı açma vs. hariç hazırlanmış tepsiden bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir.

10: Başka biri yiyecekleri ulaşabileceği bir yere koyunca tepsiden veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ sürebilir vs.

E-GİYİNME

0: Hasta giyinmenin tüm aşamalarında bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz.

2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.

5: Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.

8: Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çitçitları açıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde.

10: Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri splintleri takar çıkarır.

F-KİŞİSEL BAKIM

0: Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır.

1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir.

3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.

4: Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.

5: Hasta ellerini-yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veya traş bıçağını kendi kullanabilmeli fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil veremeyebilir).

G-BANYO YAPMA

0: Banyo yapmada tam bağımlıdır.

1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.

3: Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz.

4: Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.

5: Duş, küvet vs. hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.

H-TUVALET KULLANIMI

0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.

2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.

5: El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir.

8: Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir.

10: Tuvalete oturup kalkabilir, giysilerini giyer çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kağıdı kullanır. Gerekirse geceleri ördek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.

I-İDRAR İNKONTİNANSI

0: Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinandır veya daimi sondası vardır.

2: İnkontinandır ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir.

5: Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.

8: Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırma olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.

10: Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.

J-GAİTA İNKONTİNANSI

0: Hasta inkontinandır.

2: Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.

5:Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez. Sık sık kaçırır. Bez ile bağlama gerekir.

8: Supozituar veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçırır.

10: Bağırsak kontrolü vardır, hiç kaçırmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi yapabilir.

Ek-7 Etik Kurul Onayı

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/635

27.09.2013


Sayın : Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil servise başvuran yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi** başlıklı OMÜ KA EK 2013/413 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş 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 26.09.2013 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir Bilgilerinize arz/rica ederim.



Doç. Dr. A. Tefik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkan Yard.

Ek-8 Hastane İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 15374210-806.01.03/3328 - 5358
Konu : Tuğba Çınarlı'nın Tez Çalışması Hk.

09/09/2013

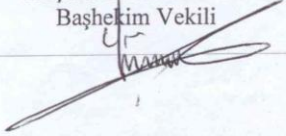
SN.DOÇ.DR.ZELİHA KOÇ

İlgi :06/09/2013 tarihli yazı.

İlgi yazınızda adı geçen Tuğba ÇINARLI'nın " Acil Servise Başvuran Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi " konulu tez çalışmasını Hastanemiz Acil Servisinde yapma isteği uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Yücel YAVUZ
Başhekim Vekili



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Tic. Sic. No : 2323121010-2327

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Meral Tulum
Faks : 0 362 4576029

Ek-9 Standardize Mini Mental Test Ölçeği Kullanım İzni

FW: Standardize Mini Mental Durum Testinin Kullanım İzni

Zeliha Koç

08.06.2014

Kime: Tuğba Çınarlı-Acil Tıp Hemşireliği YL 2012-2013-Güz Girişi

Date: Tue, 17 Dec 2013 02:36:07 -0800

From: turanertan@yahoo.com

Subject: Re: Standardize Mini Mental Durum Testinin Kullanım İzni

To: zelihaceren@hotmail.com

Sayın Koc

Standardize Mini Mental Test'i calismalarinizda kullanmanizdan memnunluk duyar iyi calismalar dilerim,

Prof. Dr. Turan Ertan

Istanbul Universitesi

Cerrahpasa Tip Fakultesi

Psikiyatri ABD

Turan Ertan MD

Professor of Psychiatry

Istanbul Univ.

Cerrahpasa Med. Sch.

Tel: 0212 414 31 30

0212 414 30 00 / 22084

0212 414 30 00 / 22085

tertan@istanbul.edu.tr

turanertan@yahoo.com

On Tuesday, December 17, 2013 12:31 PM, Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com> wrote:

Sayın Hocam,

Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılmış bulunan, “Standardize Mini Mental Durum Testini” tez danışmanlığını yürütmekte olduğum Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırma Görevlisi Tuğba Çınarlı'nın “ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSK VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ” konulu tez çalışmasında kullanabilmemiz için gerekli izin verilebilmesi hususunu arz ve rica ederim.

Saygılarımla.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Samsun Sağlık Yüksekokulu
SAMSUN



Ek-10 Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği Kullanım İzni

FW: Tinetti Düşme Riski Ölçeği Kullanım İzni

Zeliha Koç

08.06.2014

Kime: Tuğba Çınarlı-Acil Tıp Hemşireliği YL 2012-2013-Güz Girişi

> Date: Thu, 19 Dec 2013 10:07:32 +0200
> Subject: Re: Tinetti Düşme Riski Ölçeği Kullanım İzni
> From: hemel@pau.edu.tr
> To: zelihaceren@hotmail.com

> Sayın Hocam,
> Çalışmada kullandığımız ölçek Tinetti'nin DÜŞME KORKUSU ölçeğiydi. kontrol listesi şeklinde bir ölçektir. geçerlilik çalışması yapılmadı biz çalışmada sadece iç tutarlılığını vermiştik. bu anlamda ölçeği kullanıp kullanmamayı tekrar değerlendirebilirsiniz. saygılarımla

> Fadime Hatice İNCİ
> Pamukkale Üniversitesi
> Denizli Sağlık Yüksekokulu
> Denizli/TÜRKİYE

Ek-11 Morse Düşme Risk Ölçeği Kullanım İzni

FW: Morse Düşme Ölçeği Kullanım İzni

Zeliha Koç

08.06.2014

Kime: Tuğba Çınarlı-Acil Tıp Hemşireliği YL 2012-2013-Güz Girişi

> Date: Thu, 19 Dec 2013 12:36:31 +0200
> Subject: Re: Morse Düşme Ölçeği Kullanım İzni
> From: seyda.seren@deu.edu.tr
> To: zelihaceren@hotmail.com

> Sayın Zeliha Koç,
> Mors Düşme Ölçeği'ni kullanmanızda bir sakınca yoktur, çalışmanızda başarılar dilerim.
> Selam ve sevgilerimle...

> Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER
> Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim
> Anabilim Dalı
> 35340 İnciraltı / İzmir
> İş Tel : 0 232 412 47 84/412 47 51
> İş Fax : 0 232 412 47 98
> GSM : 0 532 743 01 05
> e- mail : seyda.seren@deu.edu.tr
> seydaseren@gmail.com

>> Sayın Hocam,
>> Türkçe uyarlaması, duyarlılık ve seçicilik çalışması Demir ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan, "Morse Düşme Ölçeğini" tez danışmanlığını yürütmekte olduğum Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırma Görevlisi Tuğba Çınarlı'nın "ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSK VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ" konulu tez çalışmasında kullanabilmemiz için gerekli izin verilebilmesi hususunu arz ve rica ederim.
>> Saygılarımla.

>> Doç.Dr. Zeliha KOÇ
>> Ondokuz Mayıs Üniversitesi
>> Samsun Sağlık Yüksekokulu
>> SAMSUN

Ek-12 Nottingham Sağlık Profili ve Modifiye Barthel İndeksi Kullanım İzni

FW: Nottingham Sağlık Profili ve Barthel İndeksi Kullanım İzni

Zeliha Koç

08.06.2014

Kime: Tuğba Çınarlı-Acil Tıp Hemşireliği YL 2012-2013-Güz Girişi

> Date: Thu, 26 Dec 2013 15:04:27 +0200

> Subject: Re: Nottingham Sağlık Profili ve Barthel İndeksi Kullanım İzni

> From: Ayse.Kucukdeveci@medicine.ankara.edu.tr

> To: zelihaceren@hotmail.com

> Zeliha Hanım, İkisini de kullanabilirsiniz. Ölçekler elinizde mi? benim rutin kullandığım mail adresim bu değil. Lütfen ayse.kucukdeveci@gmail adresime yazınız.

> Ayşe Küçükdeveci

>> Sayın Hocam,

>> Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılmış bulunan, ?Nottingham Sağlık Profili ve Barthel İndeksini? tez danışmanlığınızı yürütmekte olduğum Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırma Görevlisi Tuğba Çınarlı'nın ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSK VE KORKUSUNUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ? konulu tez çalışmasında kullanabilmemiz için gerekli izin verilebilmesi hususunu arz ve rica ederim.

>> Saygılarımla.

>> Doç.Dr. Zeliha KOÇ

>> Ondokuz Mayıs Üniversitesi

>> Samsun Sağlık Yüksekokulu

>> SAMSUN

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Tuğba ÇINARLI

Doğum Yeri: Samsun

Doğum Tarihi: 06/07/1984

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2007

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2012-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Servisi 2008-2009

Sağlık Bakanlığı Sinop Türkeli Devlet Hastanesi 2009-2010

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ameliyathane Bölümü 2010-2013

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2013-

E-posta: tugba_kitap55@hotmail.com