

**T.C.**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI**  
**SAĞLIK EĞİTİMİ DALI**

**60 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE**  
**UYUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Necla BİÇER**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN**

**HAZİRAN-2015**

**KARS**

**T.C.**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI**  
**SAĞLIK EĞİTİMİ DALI**

**60 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE**  
**UYUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Necla BİÇER**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN**

**HAZİRAN-2015**

**KARS**

T.C. Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Sağlık Eğitimi Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Necla Biçer'in Yrd. Doç. Dr. Zümrüt Akgün Şahin'in danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "60 Yaş ve Üzeri Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine Uyumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sınavı sonunda jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy.....*barlıgı*..... ile kabul edilmiştir.

*16/06/2015*

**Adı ve Soyadı**

**Başkan : Yrd. Doç. Dr. Zümrüt Akgün ŞAHİN**

**Üye : Yrd. Doç. Dr. Funda Kardaş ÖZDEMİR**

**Üye : Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE**

**imza**

*[Handwritten signatures of Zümrüt Akgün Şahin, Funda Kardaş Özdemir, and Sevinç Köse]*

Bu tezin kabulü, Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun ....../..../20 . gün ve ..../  
..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

## ÖNSÖZ

Çalışmada 60 yaş ve üzeri hastaların günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Tez çalışmamda en büyük emeği geçen, çalışmalarından bana zaman ayırarak bilgilerinden faydalanma fırsatı veren, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum Sayın Yrd. Doç. Dr. Zümrüt Akgün ŞAHİN'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

Bu araştırma, 60 yaş ve üzeri hastaların günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini Eylül 2014- Şubat 2015 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 60 yaş ve üzeri 340 hasta, örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişime açık, en 60 yaş ve üstü 320 hasta oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, ve WHOQOL Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada %73.5'ünün görme, %67.3'inin işitme, %60.3'ünün hareket, %78.2'sinin tat almada yetersizlik yaşadığı, %68.3'ünün Alet/Protez/cihaz kullandığı, %69.5'inin baston kullandığı saptanmıştır. Hastaların fiziksel yetersizliğine göre bağımlılık durumlarının dağılımına bakıldığında; görme, işitme, hareket, tat alma sorunu yaşayanlarda bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yapmakta yetersiz oldukları, yardımcı araç-gereç (gözlük, işitme cihazı, protez, baston) kullananlarda ise günlük yaşam aktivitelerini yine bağımsız bir şekilde yerine getirmekte zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Bedensel alan (10.45±1.53), ruhsal alan (9.23±1.87), sosyal alan (9.45±1.76) ve çevresel alan (9.65±1.66) puan ortalamalarının dağılımının düşük olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik yaşadıkları, yardımcı alet kullanarak fiziksel yetersizliklerini tamamlamaya çalıştıkları ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlı, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi.

## ABSTRACT

**Introduction:** This study was conducted descriptively in order to evaluate the compliance of the patients aged 60 and over with daily life activities and their life qualities.

**Material and Method:** The population of this study conducted as descriptively was comprised of 340 patients aged 60 and over who received inpatient treatment at Medical Faculty Hospital of Caucasus University between the dates of September 2014 and February 2015 and sample was comprised of 320 patients who accepted to take part in the study and are extrovert and aged 60 and over. In The Study Data Collection, Personal Information Form including descriptive characteristics of the patients, Daily Life Activity Scale and WHOQOL Bref Quality of Life Scale were used.

**Findings:** It was found that 73.5 percent of patients have deficiency in seeing, % 67.3 in hearing, % 60.3 in movement, % 78.2 in taste, and also % 68.3 use appliance/prosthesis/device, % 69.5 use cane. When looked at the distribution of the patients' dependency states according to their physical disabilities, it was determined that those having deficiency in vision, hearing, movement and taste are independently unable to perform daily life activities and those using assistive tools and equipment (glasses, hearing aids, prostheses, canes) have difficulty in fulfilling daily life activities independently again. When Subdimension Average Scores of Patient's Quality of Life were analyzed, the distribution of average scores of Physical area ( $10.45 \pm 1.53$ ), Psychological area ( $9.23 \pm 1.87$ ), Social area ( $9.45 \pm 1.76$ ), Environmental area ( $9.65 \pm 1.66$ ) were found to be low.

**Result:** It was found that patients are inadequate in performing daily life activities, that they try to make up their physical disabilities by using assistive tools and that average scores of their quality of life are low.

**Keywords:** Elderly, daily life activities, life quality.

## İÇİNDEKİLER

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÖZET</b> .....   | <b>İV</b> |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | <b>V</b>  |
| <b>1. GİRİŞ</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....                                    | <b>2</b>  |
| 2.1. YAŞLILIK .....   | 2         |
| 2.2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLILIK.....                         | 1         |
| 2.3. YAŞLILARDA BAĞIMLILIK.....                                   | 3         |
| 2.4. YAŞLANMAYLA BİRLİKTE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER.....        | 5         |
| 2.5. YAŞLILARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE UYUMU .....           | 8         |
| 2.6. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI .....                                 | 9         |
| 2.7. YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ .....                              | 10        |
| 2.8. YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ..... | 11        |
| <b>3. MATERYAL VE METOD</b> .....                                 | <b>14</b> |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ .....                                     | 14        |
| 3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....                    | 14        |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....                   | 14        |
| 3.4. ARAŞTIRMAYA ALINAN BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ .....              | 14        |
| 3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....                                   | 15        |
| 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI .....                                   | 16        |
| 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....                             | 16        |
| 3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ.....       | 16        |
| 3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ.....                              | 17        |
| <b>4. BULGULAR</b> .....  | <b>18</b> |
| <b>TABLO 4.1</b> .....  | <b>18</b> |
| <b>TABLO 4.2</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>TABLO 4.3</b> .....  | <b>20</b> |
| <b>5. TARTIŞMA</b> .....  | <b>22</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....                                 | <b>24</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....   | <b>32</b> |
| <b>EKLER</b> .....  | <b>1</b>  |

## TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 4.1</b> Hastaların tanıtıcı özellikleri ve bakım alma ile ilgili veriler.....   | 18 |
| <b>Tablo 4.2</b> Hastaların tanıtıcı özellikleri ve bakım alma özellikleri ile ilgili veriler.....                                     | 19 |
| <b>Tablo 4.3</b> Hastaların fiziksel yetersizlik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre dağılımı..... | 20 |
| <b>Tablo 4.4</b> Hastaların fiziksel yeterliliğine göre bağımlılık durumlarının dağılımı.....  | 21 |
| <b>Tablo 4.5</b> Hastaların WHOQOL Bref yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının Dağılımı.....                                       | 21 |



## 1. GİRİŞ

Yaşlanma, insan yaşamında doğumdan itibaren gelişen fizyolojik ve geri dönülmez bir süreçtir. Çağımızda yaşamın bir parçası olarak görülen yaşlanma, insanlarda zamana bağlı değişimleri de içine alır [1,2]. Yaşlanma tüm canlılarda görülen, işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. İnsan nüfusu yaşlandıkça sağlık bakımına olan gereksinmesi artmaktadır. Çünkü fiziksel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlamakta ya da engellenmekte, bağımsız yapabildiği işleri giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı duruma gelmektedir [3]. Yaşam kalitesi, bireyin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna iyi algılama biçimidir [4]. Yaşam kalitesi; hastalığın olmaması kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olması, kendisini iyi hissetmesi ve yaşam memnuniyetini kapsar [5]. Yaşlılarda yaşam kalitesinin azalmasında yalnızlık, çalışma yaşamından uzaklaşma, sosyal ilişkilerin kaybı, ekonomik sorunlar, beslenme düzeyi, barınma sorunları ve kronik hastalıklar etkilidir [6]. Yaşlıların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde; günlük yaşam aktivitelerini bağımlılığın azaltılması, düşmelerin engellenmesi ve güvenliğin sağlanması önemlidir [7]. Yaşlıların düşme riskine karşı gerekli önlemlerinin alınması, yardımcı araçlar veya tekerlekli sandalye kullanıyorsa transferler, banyo, tuvalet aktivitelerini kolaylaştırıcı yöntemler konusunda bilgilendirme yapılması yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler [8]. Yatağa bağımlı kişilerde bağımsızlık seviyesini arttırmak için pozisyon verme, yatak yüksekliği ve yatak yakınındaki eşyaların yerleşimi önemlidir [8]. Ayrıca, 65 yaş ve üstü yaşlılarda kronik hastalıklara bağlı olarak düşme ve sakatlıklar, yaralanmalar olabilir. Bilişsel durum, işitme ve denge problemleri gibi düşme riski oluşturan etkenler de değerlendirilmelidir [9].

Yaşlı bireylerin, yaşam kalitelerinin artırılması için fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal iyilik durumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekir. Birçok sağlık bakım hizmetinin oluşturulması için yaşlılarda fonksiyonel durum değerlendirmesi temel oluşturur [10].

Bu araştırma 60 yaş ve üzeri yatan hastaların günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlılık

Yaşlılık insan hayatının çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal dönemlerinden biridir [11]. Yaşlanma; fiziksel, fonksiyonel, mental ve psikososyal işlevlerde azalmaya neden olan, çeşitli hastalıkların bir araya geldiği doğal bir süreçtir [12]. Sağlık açısından bakıldığında bağımlılık dönemi çalışma yaşamı açısından bakıldığında çalışma performansının azalıp emekliliğin yaşandığı dönem ve kronolojik olarak bakıldığında ise 65 yaş ve üzerini kapsayan dönemdir (13).

Demografik açıdan yaşlılığın sınırı 65 yaş olarak kabul edilmektedir. Literatürde yaşlılık şu şekilde sınıflandırılmaktadır [14] ;

- **Genç (erken) yaşlılık (young old):** 65-74 yaş arasını kapsar. Bu dönem sıklıkla emekliliği takip eden dönemdir.
- **Yaşlılık (old):** 75-84 yaş arasını kapsar. Bu dönemde sıklıkla işlevsel kayıplar gözlenir, ancak kişi başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilir.
- **İleri yaşlılık (old old):** 85 yaş ve üzerini kapsar. Bu dönemde kişiler, özel bakıma, özel evlere veya yardıma ihtiyaç duyarlar. Normal yaşlanma hastalık olmadan ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişikliklerini tanımlamaktadır [15].

Dünya nüfusu artarken aynı zamanda yaşlı nüfus oranı da zaman içinde artmaktadır. Doğumların azalmasının yaşlı nüfusun artışında önemli bir etkisi vardır. Yaşlı nüfus oranı artarken, toplumdaki yeni doğan bebek sayısı ve çocuk nüfusu oransal olarak azaldığı görülmüştür. Doğurganlığın yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde, çocuk nüfus oranı daha yüksek, doğumların az olduğu gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfus oranı daha yüksektir [16].

Türkiye’de ise doğumda beklenen yaşam süresi 50 yıl önce 50 yılın altında iken şu an itibarı ile 20 yıl artış göstermiş ve 71 yıl dolayına ulaşmıştır [17]. Dünyada yaşlı nüfus her ay 800 bin kişi artmaktadır. Dünyada yaşlı nüfus artışı genel toplumun nüfus artışından daha yüksektir. Dünya nüfusu her yıl %1,3 oranında artarken 65 yaş ve üzeri nüfusun yıllık artış hızı %2,3’ tür. 80 yaş ve üzeri nüfus ise her yıl %3,5 oranında artmaktadır [18].

## 2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık

Yaşlılığın toplumsal düzeyde değerlendirilmesi için kullanılan başlıca ölçütler; yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı, doğumda beklenen yaşam süresi, nüfusun ortanca yaş değeri ve nüfusun ortalama yaş ortalamasıdır [15]. Global nüfusun % 11’i, Avrupa Bölgesinin % 20’si, Türkiye’nin ise % 9’u 60 yaş ve üzeridir [19] TNSA 2013 (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verilerine göre Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus Türkiye’deki toplam nüfusun %8’ini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2012 istatistiklerine göre; Avrupa’da doğumda yaşam beklentisi erkeklerde 1990’da 68 iken 2009’da 71’e; kadınlarda 1990’da 75 iken 2009’da 79’a; tüm popülasyonda 1990’da 71 iken 2009’da 75’e çıkmıştır. Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi erkeklerde 1990’da 63 iken 2009’da 72’ye, kadınlarda 1990’da 67 iken 2009’da 77’ye, tüm popülasyonda 1990’da 65 iken 2009’da 75’e çıkmıştır [19].

## 2.3. Yaşlılarda Bağımlılık

Yaşlılık toplumdan topluma ve çağa göre farklılık gösterir. Yaşlanma bireysel bir değişim olarak kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesidir. Yaşlılık, bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler, yaşlı ve yaşlılığa verilen değerleri, yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır [20]. Bağımsızlık; genel olarak, günlük yaşamla ilgili fonksiyonları yapabilme yeteneği, diğer ifade ile başka kişilerden hiç yardım almadan ya da az yardım alarak toplum içinde yaşayabilme kapasitesidir [21]. "Engellilik" ya da bağımlılık; kişinin altı günlük yaşam aktivitesinden bir veya daha fazlası için denetim dahil yardım alması ya da sekiz aletli günlük yaşam aktivitesinden birini veya birkaçını gerçekleştirmek için yardımcı cihazlar (baston, tekerlekli sandalye, tüpler) kullanması olarak tanımlanmıştır: Günlük yaşam aktivitelerine banyo, giyinme veya tuvaleti kullanma; aletli günlük yaşam aktivitelerine alışveriş, yemek hazırlama ve para yönetimi örnek olarak verilebilir. "Kronik engellilik" bağımlılığın üç ay veya daha uzun sürmesi olarak tanımlanır [22]. Beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması ile birlikte bağımlılık kavramı da gündeme gelmiştir. Yaşlanma, engellerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlı olma anlamına gelir. İnsanların günlük yaşam

aktiviteleri; örneğin yıkanma, giyinme, hareket etme, yeme ve içme gibi temel gündelik işleri yaparken başka birinin yardımına ihtiyaç duyuyorsa bu kişi bağımlı sayılır. Yaşlıların çoğunluğu az ya da çok böyle bir yardıma gereksinim duymaktadır. Yardım, akrabalar, komşular ve çevrenin yanı sıra, sağlık ve sosyal hizmetlerce sağlanabilmektedir [23]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşlılarda bağımlılığın değerlendirilmesinde birtakım ölçek, indeks, skala ya da anketlerden multidisipliner olarak yararlanılmaktadır. Bu çalışmalarda araştırmacılar bağımlılığı değerlendirmede farklı araçlar kullanmışlardır; Barthel indeksi [24], Groningen etkinlik kısıtlılığı ölçeği [25], Kısa yeti yitimi anketi [26], Nottingham günlük yaşam aktiviteleri skalası [27]. Dünyada ve Türkiye’de “yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi” ile ilgili yapılan çalışmalarda yaşlıların farklı oranlarda ve alanlarda bağımlı olduğu, cinsiyetler arasında bağımlılık durumunun değiştiği, medeni durumun bağımlılığı etkilediği, büyük bir çoğunluğunda bağımlılıkla birlikte en az bir kronik hastalığın bu duruma eşlik ettiği ve yaşlıların diğer bir kişinin yardımına gereksinim duydukları tespit edilmiştir [28-30]. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010’a göre ülkemizde yaşlı bağımlılık oranı (65+ yaş) 1990’da % 7.0 iken 2010’da % 10.8’e yükselmiştir. Yaş ilerledikçe bağımlılığın arttığı birçok çalışmada belirtilmektedir [31,34]. Yaşlılıkta bağımlılık üzerine yapılan çalışmaların bazılarında bağımlılık oranlarında cinsiyete göre farklılık olduğu, bazılarında ise farklılık olmadığı sonuçları elde edilmiştir [35]. Groningen Etkinlik Kısıtlılığı ölçeğini kullanarak Ankara’da yapılan bir çalışmada kadınların etkinlik kısıtlılığı puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından yüksek olduğu [25], buna karşılık Konya’da yapılan benzer bir çalışmada ise bağımlılıkta kadınlar ve erkekler arasında fark olmadığı sonuçları ortaya çıkmıştır [36]. Başka bir çalışmada da istatistiksel olarak anlamlılık bulunmasa da kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda bağımlı olduğu belirtilmiştir [37]. Cingil ve Bodur’un çalışmasında ise cinsiyete göre bağımlılık oranında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır [38]. Yaşlıların eşi ile birlikte yaşamasının bağımlılık oranlarını düşürebileceği bildirilmektedir. Cingil ve Bodur yaptıkları çalışmada eşi olmayan ya da yalnız yaşayan yaşlıların bağımlılık oranının eşi/çocuklarıyla yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu [38], Tel ve ark. yaptıkları çalışmada evde yaşayan evli yaşlıların yalnız yaşayanlara göre günlük yaşam aktiviteleri (GYA) bağımlılık puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir [39]. Yine Ulusel ve ark. yaptıkları çalışmada yaşlıların

%21.5'inin yalnız yaşadığı bulunmuştur [40]. Yalnız yaşamak yaşlılar için fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin tam karşılanamaması anlamına gelebilmektedir. Kronik hastalığı olan yaşlılarda bağımlılık oranı beklendiği gibi daha yüksektir [39,40]. Turhanoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan, özellikle romatoid artrit ve osteoartritli yaşlıların diğerlerine göre daha bağımlı olduğu bulunmuştur [41]. Ulusel ve ark. regresyon analizinde günlük yaşam aktivitelerinde risk etmeni olarak üç veya daha fazla kronik durum varlığına dikkat çekmiştir [40]. Cingil ve Bodur'un çalışmasında da kronik hastalığı olan yaşlılarda bağımlılık oranının kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur [38]. Kronik hastalıklar ve yaşlılık, uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektirir. Bu da hem bağımlı hem de kronik hastalığı olan bir yaşlı için fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda birtakım kayıpların ve yeni yaşam düzenlemelerinin olması anlamına gelir [36]. Diyete ve tedaviye uyum problemi, evden dışarıya çıkamama, bakımda başkasına duyulan gereksinim, sosyal izolasyon bu sorunlara örnek olarak verilebilir [37]. Yapılan çalışmalarda cinsiyet farkı gözetilmeksizin banyo yapma öncelikli olmak üzere idrar kontrolü, hareket (merdiven çıkma, dışarıya gezme çıkma) alanlarında yüksek oranda bağımlılık tespit edilmiştir [25,36-41]. Cingil ve Bodur'un çalışmasında lojistik regresyon analizine göre temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık için risk etmenleri 75 yaş ve üzeri yaş grubunda olma, kronik hastalık varlığı ve öğrenim görmemesidir [38].

#### **2.4. Yaşlanmayla Birlikte Meydana Gelen Değişiklikler**

Artan yaşla birlikte vizüel, nörolojik, kardiyovasküler sistemler ve kas-iskelet sistemi birçok normal fizyolojik değişimden etkilenir [42].

**Vizüel sistemler:** Yaşın artması ile birlikte pupillar cevap azalırken, değişen ışık ve karanlık seviyelerinde akomodasyon da azalır. Bu da yaşlıların daha güvende yürüyebilmesi için çevresel ışık değişikliklerine uyum sağlamada daha çok zamana ihtiyaç duymasına neden olur. Lens transparanlığındaki azalma, ışınların retinaya geçişine engel olan, görmeyi azaltan ve parlak ışığa hassasiyeti arttıran katarakt formasyonuna yol açar. Kataraktlar benzer yoğunluktaki iki rengi ayırt etme yeteneğinde azalmaya neden olur. Derinliğin algılanması da yaşlanma ile ilişkili olarak azalır. Vizüel

fonksiyon, daha sonraları maküler dejenerasyondan kaynaklanan periferel vizyondaki azalmayla hasar görebilir [42].

**Nörolojik sistemler:** Yaşlanmaya bağlı olarak somatosensoryel değişiklikler; vibrasyon duyusunda, sinir ileti hızında, deri reseptör duyarlılığında, proprioseptif geri bildirimde azalma ve reaksiyon zamanında artmadır [42,43]. Sinir ileti hızı 80 yaşından sonra %10-15 azalmaktadır. 60 yaş üzerindekiilerin %10'unda, 75 yaş üzerindekiilerin ise %50'sinde vibrasyon duyusunda azalma görülmektedir [43]. Proprioseptif geri bildirim ve vibrasyon duyusundaki azalma, yürüme esnasında, kişinin ayağını doğru şekilde yerleştirilmesine engel olabilir [40]. Yaşlanmayla birlikte, yapılan işin reaksiyon zamanı uzar ve hızı da genellikle azalır. Sonuç olarak tehlikeyi algılamak ve tehlikeden korunmaya yönelik harekete geçmek arasında geçen süre uzar ve bu da düşme için bir risk oluşturur [42]. Dengeyi korumak için, pozisyonel refleksleri devreye sokmak üzere vücudu uyaran vestibüler fonksiyonlardan biri olan düzeltme refleksi yaşlılarda azalmıştır [44]. Nöral sistemdeki bu değişiklikler işlev zamanının uzamasında, pozisyon duyusunun, postüral stabilitenin ve denge performansının bozulmasında rol alır [44].

**Kardiyovasküler sistemler:** Yaşlanmayla birlikte meydana gelen kardiyak değişiklikler; kardiyak rezervde, kontraktıl fonksiyonunda ve kalp hızındaki azalmayı içerir [44]. Arterlerin düz kas ve kollajen içeriği artar, elastik doku oranı azalır. Böylece kompliyans düşer, periferik direnç artar ve hem diyastolik hem de sistolik hipertansiyon ortaya çıkar [45]. Kalp ve damarlarda yaşa bağlı anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir, dinlenme halinde O<sub>2</sub> tüketimi azalır. Maksimal kardiyovasküler fonksiyon göstergesi olan VO<sub>2</sub> max, 25 yaşından sonra her dekat için %5-15 azalır [45]. Bu da yaşlıda merdiven çıkma, belirli bir mesafe yürüme gibi dayanıklılık gerektiren fonksiyonlarda yetersizliğe yol açar. Yaşlılarda ağrı algılama mekanizmalarının bozulmasına bağlı olarak sessiz myokard iskemisi görülür ve 70 yaş üzerindekiilerin %30'unda gizli kalp hastalığı saptanmıştır[45].

Postural hipotansiyon, baroreseptör reflekslerin etkinliğindeki azalmadan dolayı yaşlı insanlarda yaygın olarak görülür [44,45]. Yaşlı insanlarda postural hipotansiyon, denge bozukluklarına eklenince düşmelere zemin hazırlayabilir [44,45].

**Kas-iskelet sistemi:** Yaşlanma kas gücü ve esnekliğinde ilerleyici bir azalmaya neden olur. Kas gücü 25 yaşta en yüksek değerine ulaşır, 35-40 yaş arası plato yapar ve 65 yaşında (kuvvette %25 lik bir kayıpla) artan bir düşüş gösterir [46]. Yaşa bağlı

mitokondriyal disfonksiyon ve tip II liflerindeki azalmayla ortaya çıkan sarkopeni, statik, dinamik ve izokinetik kas gücünde azalmaya neden olur [43]. Sarkopeninin yaşla ilişkili kas gücü kaybında en önemli faktörlerden biri olduğu görülmüştür [47]. Yaşlılarda, kas gücündeki azalma üst ekstremitelerden çok alt ekstremitelerde ve distal kaslardan çok proksimal kaslarda meydana gelir. Bu da yaşlılarda genel olarak bir sandalyeden ya da tuvaletten kalkma gibi aktivitelerde güçlük yaratır [45]. Vücut kompozisyonu da yaşla birlikte değişir. Yağsız dokuda kademeli bir azalma, yağ kitlesinde ise artış görülür. Yağsız dokunun azalması, total vücut kas kitlesi, ekstremitelerdeki kas hacmi ve kas lifi sayısı ve alanında azalmayı gösterir [41]. İskelet kasında yaşla ilişkili 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 [48]. Buna karşın 80 yaşlarına kadar yağ kitlesinin arttığı görülür. 30 yaşında yağ kitlesi tüm vücut ağırlığının %15'i oranında iken, 80 yaşında bu oran %30'a ulaşır [43,44]. Kas kitlesindeki kayıp hiperkolesterolemi, aterosklerozis, hiperinsülinemi, insüline bağlı olmayan diyabet, ve hipertansiyon gibi geniş çapta kronik bozuklukların gelişme riskini artırır. Yaşlanmayla birlikte fiziksel aktivitenin azalması da kas kitlesi kaybına ve yağ kitlesinin artmasına ve sonuç olarak yaşla ilişkili birçok kronik hastalığın gelişmesine katkıda bulunur [45]. Komşu kollajen fibrilleri arasında çapraz bağlantıların gelişmesiyle, tendon, ligaman ve eklem kapsüllerinin elastisitesi azalır [38]. Erişkinlerde, alt sırt ve kalça esnekliğini değerlendirmede kullanılan 'otur ve uzan' testinin sonuçları 8-10 cm azalarak günlük hayatı etkileyecek hale gelir [47]. Major eklemlerin hareket açıklığındaki kısıtlanma, yaşlılık döneminde daha çok olmak üzere bağımsızlığı tehdit eder. Örneğin kişi arabaya yada banyoya girmekte, küçük bir merdiveni çıkmakta, giyinmede yada saç taramada zorlanır yada bu aktiviteleri yapamaz hale gelir [45]. Yaşlanmayla birlikte kemiklerin kalsiyum içeriğinde ilerleyen bir azalma ve organik matrikste bozulma görülür. Normal ve patolojik durum arasındaki ayırıcı çizgi açık değildir [32]. Değişiklikler kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Bu, hormon profilindeki cinsiyet değişikliklerinden, kadınlarda daha az kalsiyum alımından ve iyi protein kalitesinden ileri gelir. Kalsiyum kaybı 30 yaşından itibaren başlayabilir ve kadınlarda menapoz dönemine yakın 5 yıl içinde hızlanabilir [26]. Daha ileri yaşlarda kemik çok güçsüz hale gelir ve yumuşak bir düşme bile patolojik kırıklarla sonuçlanabilir [39]. Kalça kırığı yaygın olarak geri

dönüşümü olmayan yatak istirahati yada ölümle sonuçlanırken, vertebralardaki bir bozulma senil kifoza neden olabilir [48].

**Metabolik fonksiyon:** Birçok hormonal kontrol mekanizması yaşlı insanlarda daha az elverişli olarak çalışır [35]. Örneğin, pankreas ve tiroid bezleri, bir hasar ve/veya salgılama hücrelerindeki azalmaya bağlı olarak etkilenir. Bu hormonal değişikliklerin klinik sonuçları arasında insüline bağlı olmayan diyabet, obeziteyle sonuçlanan miksödem, soğuk toleransında azalma ve depresyon yer alır [43]. Diyabetes Mellitus hemen beraberinde ketoz, hiperglisemi ve hipoglisemi riski gösterir. Bunun, deri enfeksiyonları, ülserler, periferel vasküler ateroskleroz, myokard iskemisi, periferel nöropati, retinopati ve katarak formasyonu gibi uzun dönem komplikasyonları kişinin egzersiz toleransını kısıtlar [47,48].

## **2.5.Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerine Uyumu**

Yaşlılık bir toplumdaki diğerine ve çağa göre farklılık gösterir. Yaşlanma bireysel bir değişim olarak kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesidir. Bu durum, bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenlerle toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır [49]. Bağımsızlık; genel olarak, günlük yaşamla ilgili fonksiyonları yapabilme yeteneği, diğer ifade ile başka kişilerden hiç yardım almadan ya da az yardım alarak toplum içinde yaşayabilme kapasitesidir [50]. "Engellilik" ya da bağımlılık; kişinin altı günlük yaşam aktivitesinden bir veya daha fazlası için denetim dahil yardım alması ya da sekiz aletli günlük yaşam aktivitesinden birini veya birkaçını gerçekleştirmek için yardımcı cihazlar (baston, tekerlekli sandalye, tüpler) kullanması olarak tanımlanmıştır [51]. Günlük yaşam aktivitelerine banyo, giyinme veya tuvaleti kullanma; aletli günlük yaşam aktivitelerine alışveriş, yemek hazırlama ve para yönetimi örnek olarak verilebilir. "Kronik engellilik" bağımlılığın üç ay veya daha uzun sürmesi olarak tanımlanır [51]. Beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması ile birlikte bağımlılık kavramı da gündeme gelmiştir. Yaşlanma, bağımlılığın artması ve başkalarına daha fazla bağımlı olma anlamına gelir [47]. Genel olarak bir insan, örneğin yıkanma, giyinme, hareket etme, yeme ve içme gibi temel gündelik işleri yaparken başka birinin



yardıma gerek duyuyorsa bu konumdaki kişi bağımlı sayılır. Yaşlıların çoğunluğu az ya da çok böyle bir yardıma gereksinim duymaktadır. Yardım, akrabalar, komşular ve çevrenin yanı sıra, sağlık ve sosyal hizmetlerce sağlanabilmektedir [1]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşlılarda bağımlılığın değerlendirilmesinde birtakım ölçek, indeks, skala ya da anketlerden multidisipliner olarak yararlanılmaktadır [4].

## **2.6. Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam kalitesi; insan yaşamında elde edilebilecek kişisel doyum düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen bireysel tepkileri gösteren bir kavramdır [52]. Yaşam kalitesi, 1960'lı yıllarda A.B.D.'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve daha sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan yeni bir kavramdır. O yıllarda yaşam kalitesi kavramı ilk olarak ekonomi alanında karşımıza çıkmaktadır. Ekonomistler yaşam kalitesini, daha çok (ekonomik) yaşam düzeyi olarak ele almışlardır. Aynı yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamıştır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramına benzerlik göstermektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili psikoloji alanında yapılan çalışmalar ise 1970'li yıllarda, yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi üzerine yapılmıştır.

Buna göre yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur [53]. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu, sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır [52]. Yaşam kalitesi kavramı, kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini ve günlük yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürebilmesine dayanan bir tanımlamadır. Yaşam kalitesi kavramı bireyin fiziksel, duygusal vb. iyilik hallerinin nesnel ve bireysel olarak değerlendirilmesi anlamını taşır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, arkadaşlık ilişkileri, fiziksel aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Bireysel değerlendirmeler ise, fiziksel sağlığı, geliri, arkadaşlık ilişkileri, fiziksel aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır [54]. Calman, yaşam kalitesi kavramını kişinin beklentileri ve gerçek deneyimleri

arasındaki fark olarak ele almaktadır [55]. Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yönelik çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır [52-55]. Literatürde yaşam kalitesi kavramının yapılan çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyonu, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumunu olarak tanımlamaktadır [52-54]. Norris yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirilmeye önem vermekte ve yaşam kalitesini, kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade etmektedir [56]. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero, ise bu kavramı olumlu yaşam olayları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır [54]. Fitzpatric ve arkadaşları, birçok yaşam kalitesi ölçeğini incelemiş ve bunların çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını tespit etmişlerdir. Bunlar: fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol performansı, ağrı ve diğer semptomları içeren boyutlardan oluşmaktadır [53].

## **2.7. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi**

Yaşlının yaşam memnuniyetini yaşlılık döneminde karşılaşılan sorunlar doğal olarak olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Fiziksel, bilişsel ve ekonomik kayıplar yaşlılık döneminde daha çok meydana gelmektedir. Yaşlıların bu kayıplarla baş etme durumlarına göre, farklı düzeylerde yaşamdan memnun olmakta ve sosyal uyum sağlamaktadır. Sosyal uyum sorunu denildiğinde; yaşlı bireyin yaşamdan geri çekilmesi, yaşamdan zevk almaması, yaşama aktif olarak katılmaması, kısacası yaşamdan doyum sağlayamaması anlaşılır [57]. Memnuniyet, insanın gereksinimi olan ve isteklerin karşılanmasından doğan tatmin duygusudur. Kişinin sürdürdüğü hayatı bir bütün olarak olumlu bir şekilde değerlendirmesi yaşam memnuniyeti anlamında kullanılmaktadır. Literatürde genellikle “öznel veya beyan edilmiş mutluluk” ve “öznel refah” terimleri ile eş anlamlı kullanılmıştır. Günümüzde bu konu; sosyoloji, psikoloji ve iktisat gibi sosyal bilimlerle tıp tarafından ele alınmaktadır [58]. Yaşam memnuniyeti, bir başka deyişle öznel yaşam kalitesi, kaliteli yaşlanmanın önemli bir unsurudur [58].

Yaşlıların yaşam memnuniyet durumları, literatürde özellikle beş alana bakılarak tespit edilmektedir. Bunlar;

- Fiziksel sağlık,
- Ruhsal sağlık,
- Sosyal ilişki kurma imkanı,
- evre durumu,
- Sosyo-demografik (cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu) ve sosyo-ekonomik (gelir durumu, sosyal sınıf algısı) değişkenler sayılmaktadır [56].

Yaşam memnuniyetiyle yakından ilişki olan yaşam doyumunu kavramı, ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılmıştır. Doyum; beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanmasıdır. Yaşam doyumunu ise; bir insanın beklentileri (ne istediği) ve elinde olanların (ne elde ettiği) karşılanması ile elde edilen durum ya da sonuçtur. Literatürde yaşam doyumunu etkileyen bazı etmenler; cinsiyet, yaş, eğitim, gelir, sosyal köken, medeni durum, sağlık, sosyal ilişkiler ağı, sosyal etkinlik düzeyi ve huzurevi yaşantısıdır [57]. Yaşam kalitesi; kişinin yaşamdaki hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak kültürel ve değer sistemleri kapsamında algılamasıdır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresi ile ilişkisini kompleks bir yolla kapsayan geniş bir içeriktir [58]. Başarılı yaşlanma; yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır. Yaşam uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın literatürde ortak kabul gören temel göstergeleridir [55]. Bu bağlamda başarılı yaşlanma; bireyin kendini yaşlılığa hazırlama sürecinde sosyal çevresini ve ilişkilerini canlı tutmak, sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler almak, bellek ve fiziksel işlevlerini geliştirici çabalar içinde olmak ve yaşama pozitif bakmasını becerebilmek anlamına gelmektedir [58].

## **2.8. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri**

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) yaşam kalitesini, kişinin kendi durumunu, içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi çerçevesinde algılayış şekli olarak tanımlamaktadır. Kavram, kişinin öznelliği dahilinde fiziksel sağlığını, ruh sağlığını, bağımsızlık düzeyini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve etkileşimde olduğu önemli

çevresel faktörleri içermektedir. Çünkü yaşam kalitesi genel anlamda, kültürel, sosyal ve çevresel içerikte bir kişisel değerlendirmenin yansımasıdır [59]. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi kişi merkezlidir. Kişinin sorunlu yaşam alanlarını tespit etmeye yardımcı olur. Yaşam kalitesinin ölçümüyle ilgili ilk adımları 1800'li yılların başında Bentham atmıştır. Süreç içerisinde en çok tartışılan konulardan bir tanesi yaşam kalitesinin değerlendirileceği özelliklerin neler olduğudur. En yeni yaklaşımlarda bu özellikler, genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik durum ve sağlık durumunu kapsamaktadır. Fakat DSÖ, yaşam kalitesinin sadece sağlık durumu, akıl sağlığı, genel rahatlık, yaşam doyumu gibi kavramlarla açıklanamayacağını belirtmekte ve altı genel alan önermektedir. Bunlar fiziksel alan, psikolojik alan, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre ve tinsel-inançsal alandır. Bu öneriler dahilinde DSÖ, yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla çalışma grupları kurmuş ve yaşam kalitesi ölçekleri geliştirmiştir [60]. Yaşam kalitesinin bedensel hastalıklarla ilişkisi, üzerinde oldukça durulan bir konudur. Genel kanı bedensel hastalıkların, yaşam kalitesini düşürdüğü yönündedir [60]. Bununla birlikte, cinsiyet, yaş, eğitim ve sosyal destek gibi demografik farklılıkların da yaşam kalitesi üzerine etkileri konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalar arasında etkiler konusunda fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Kullanılan ölçeklere bağlı olarak değişmekle birlikte genel olarak cinsiyetin öznel yaşam kalitesi değerlendirmesi üzerine bir etkisinin olmadığı, eğitimin ilişkiler, ekonomik durum ve bununla ilişkili olarak sosyal destek üzerinden, yaşın ise yaşam olanakları ve sosyal katılım üzerinden bir etkisinin olduğu belirtilmektedir [59-61]. Yaşlı popülasyonda, öncelikli olarak yaşlılığın doğal seyrine, buna ek olarak da birçok bedensel hastalığa bağlı fiziksel işlevsellikte gerileme beklenen bir sonuçtur. Yaşlı bir kişinin kendisinde fark ettiği bu işlevsel düşüş, depresif bozukluklara bir zemin hazırlamakta, bazen hastanın kendisi ve/veya yakınları tarafından doğal bir süreç olarak görülebilen, fakat depresif bozuklukların göstergesi olan depresif yakınmalar da bu fiziksel gerilemeyi arttırabilmekte, hatta buna ek olarak bilişsel sorunlar da ortaya çıkarabilmektedir [56]. Depresif bozukluklara bağlı ortaya çıkan yaşam kalitesinde azalmanın geriye döndürülmesi için yapılması gereken olarak önerilen antidepresan tedavinin özellikle yaşlı popülasyonda hemen başlatılmasıdır [60]. Yaşlanmayla birlikte kişiler, birçok sağlık sorunu ve sosyal sorunla karşı karşıya gelmekte, tüm bu sorunların yaşamını etkilemesi sebebiyle günlük yaşamlarını sürdürmek konusunda güçlük

çekmeye başlamaktadırlar. Fiziksel işlevsellikteki gerileme, yaşlı kişilerin giyinme, yıkanma, yemek yeme ve bunun gibi günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getirmesinin önünde bir engel teşkil etmeye başlamaktadır. Bu da başkalarına daha fazla bağımlı olmak anlamına gelmektedir. Yıllar geçtikçe günlük aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlik de artmakta ve bu da bağımlılık düzeyinin artmasına sebep olmaktadır [59]. Tüm bu değerlendirmeler, yaşlı popülasyonda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesini zorunlu kılmıştır. Bu amaçla birçok ölçek geliştirilmiştir. Genel olarak bu ölçekler dahilinde yaşlıların günlük temel aktiviteleri olarak yıkanma, giyinme, tuvalete gitme, alışveriş yapma, yemeğini hazırlama ve buna benzer aktiviteler konusundaki bağımlılık düzeyi değerlendirilmektedir. Zamanla bu değerlendirme kriterlerine telefon etme, yolculuk yapma, mali işlerini sürdürebilme ve yaşadığı ortamın temizliği gibi enstrüman kullanımının da işin içine katıldığı değerlendirme kriterleri eklenmiştir [58]. Bu kriterler çerçevesinde yapılan araştırmalarda enstrümental aktivitede azalma ile yaşın artışı arasında ilişkili olduğu saptanmıştır [59]. Cinsiyetler arasında günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin farklı olduğunu vurgulayan çalışmalar da mevcuttur [60,61]. Yaşlı kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin, yaşam kalitesinin bir göstergesi olduğu vurgulanmaktadır [57]. Sosyal desteğin de, ruhsal strese etki ederek dolaylı yoldan da olsa günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonelliğine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır [63]. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, yaşlı kişilerin demografik özellikleri ile yalnızlık yaşama ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumları karşılaştırılmış, yaşadığı yer ve demografik özelliklerine göre günlük yaşam aktivitelerini sürdürmek açısından anlamlı farkların olduğu belirtilmiştir [64]. Yapılan bir çalışmada, çalışmaya alınan yaşlıların yaklaşık yarısının günlük yaşam aktivitelerinden ortalamanın altında puan aldıkları saptanmıştır [64].

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1 Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, 60 yaş ve üzeri hastaların günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Eylül 2014- Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini Kars ili Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 60 yaş ve üzeri 340 hastalar oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişime açık, 60 yaş ve üstü 320 hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçlarını uygulamaya başlamadan önce hastalara çalışmanın amacıyla ilgili bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onam alınmıştır.

#### **3.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Özellikleri**

- Psikiyatrik sorunu olmayan,
- 60 yaşını doldurmuş,
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterliliği olan,

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu (Ek-I), Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Ek-II), ve WHOQOL Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-III), kullanılmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu;** Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formunda hastanın yaşı, eğitimi, medeni durumu, hastalığı ile ilgili semptomları içeren ..... soruluk bir formdur. [18, 19,76].

**Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA):** Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Shelkey ve Wallace tarafından geliştirilmiştir [65]. GYA/AGYA Ölçeği bireyin kişisel bakımında temel olan ve yaşadığı çevrede günlük ihtiyaçlarıyla ilgili daha karmaşık boyutta ve bağımsızlık gerektiren 14 aktiviteden (banyo, giyinme, tuvalet, kalkıp-oturma, idrar ve dışkı kaçırmaya, yemek yeme, telefon etme, alışveriş, yemek hazırlama, ev işi, çamaşır, taşıtlara binme, ilaç içme ve para kullanma) neleri yapıp, neleri yapamadıklarının tespitine yöneliktir. GYA/AGYA Ölçeği; '0' puan aktivitelerde bağımlı, '1' puan aktivitelerde bağımsız olmayı ifade etmekte olup GYA'da 6 puan , AGYA'de 8 puan olmak üzere toplam 14 puan üzerinden değerlendirilmiştir [66].

GYA/AGYA'den alınan toplam puanların değerlendirilmesinde;

1. 0-7 puan arası yetersiz
2. 8-14 puan arası yeterli olarak alınmıştır.

**WHOQOL Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği:** Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği ölçek genel algılanan yaşam kalitesinin sorgulandığı 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [67]. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında eklenen bir ulusal soru ile ölçeğin WHOQOL-Bref-TR versiyonu 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, bedensel sağlık alanı, ruhsal sağlık alanı, sosyal alan, çevre ve ulusal çevre alanlarını içermektedir. WHOQOL-Bref 20 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir [67].

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırma, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmacı, verileri toplamak amacı ile araştırma kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacını açıklamış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama araçlarını vermiştir. Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır ve ön uygulama yapılan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarda, SPSS 11.5 paket programında yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde yüzdeler dağılım ve ortalamalar, Kruskal Wallis, Independent-Samples t Test, One-Way ANOVA, Pearson korelasyon analizi ve Cronbach alfa katsayı hesaplanması kullanılmıştır [60-61].

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmaya sadece Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların alınması, evrenin küçük olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları bu gruba genellenebilir niteliktedir.



### **3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi'nde yapılabilmesi için resmi izin alınmıştır (Ek-IV). Ayrıca Kafkas Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kuruluna sunulmuş, onaylar alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır (Ek-V). Katılımcılardan bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiğinden araştırmaya alınacak bireylerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılmamakta özgür oldukları, katılımı herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme hakları olduğu söylenmiştir. Ayrıca veri toplamadan önce hastalara çalışmanın amacı açıklanmış, soruları cevaplanmış, bilgilendirildikten sonra onayları alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmada, hastaların tanıtıcı özelliklerine ait bulgular, günlük yaşam aktivitelerine uyumlarına ait bulgular ve yaşam kalitelerine yönelik puan ortalamaları yer almaktadır.

**Tablo 4.1** Hastaların tanıtıcı özellikleri ve bakım alma özelliklerinin dağılımı

| <b>Değişkenler</b>                               | <b>Sayı</b> | <b>%</b>   |
|--|-------------|------------|
| <b><u>Yaş</u></b>                                |             |            |
| 60-70  | 124         | 38.8       |
| 71-81  | 139         | 43.7       |
| 82 yaş ve üstü                                   | 57          | 17.5       |
| <b><u>Cinsiyet</u></b>                           |             |            |
| Kadın  | 162         | 50.9       |
| Erkek  | 158         | 49.1       |
| <b><u>Eğitim Durumu</u></b>                      |             |            |
| Okur-yazar                                       | 179         | 56.1       |
| İlköğretim                                       | 65          | 11.9       |
| Lise ve üzeri                                    | 76          | 32.0       |
| <b><u>Medeni Durum</u></b>                       |             |            |
| Evli   | 256         | 80.2       |
| Bekar  | 65          | 19.8       |
| <b><u>Gelir Düzeyleri</u></b>                    |             |            |
| Gelir giderden çok                               | 78          | 24.5       |
| Gelir gidere eşit                                | 80          | 25.3       |
| Gelir giderden az                                | 162         | 50.2       |
| <b><u>Çocuk sayısı</u></b>                       |             |            |
| Yok  | 34          | 10.9       |
| 1-2 çocuk  | 88          | 27.7       |
| 3 çocuk ve üzeri                                 | 198         | 61.4       |
| <b><u>Hastanın birlikte yaşadığı kişiler</u></b> |             |            |
| Çocukları  | 155         | 48.5       |
| Kardeşleri                                       | 95          | 29.8       |
| Bakıcı   | 54          | 17.1       |
| Yalnız   | 16          | 4.6        |
| <b><u>Hastanın bakım desteği alma durumu</u></b> |             |            |
| Bakım desteği alan                               | 213         | 66.7       |
| Bakım desteği almayan                            | 107         | 33.3       |
| <b>TOPLAM</b>                                    | <b>320</b>  | <b>100</b> |

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ve bakım alma özellikleri ile ilgili verileri Tablo 4.1’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %43.7’sini 71-81 yaş, %50.9’unun kadın, %56.1’inin okur-yazar olduğu, %50.2’sinin gelirinin giderden az olduğunu ifade ettikleri, %80.2’sinin evli, %61.4’ünün 3 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. %48.5’inin çocukları ile birlikte yaşadığı, hastalardan %66.7’sinin bakım desteği aldığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.2** Hastaların tanıtıcı özellikleri ve bakım alma durumlarına göre dağılımı

| Değişkenler  | Sayı | %    |
|--|------|------|
| <b><u>Hastaların, hastanede yatış süreleri</u></b>   |      |      |
| 1-5 gün  | 59   | 18.6 |
| 6-10 gün   | 178  | 55.8 |
| ≥ 11 gün   | 83   | 25.6 |
| <b><u>*Hastaların, hastanede yatış nedenleri</u></b> |      |      |
| Diabetes Mellitus                                    | 114  | 35.7 |
| KOAH   | 80   | 25.3 |
| Hipertansiyon  | 40   | 12.6 |
| Kalp yetmezliği                                      | 53   | 16.7 |
| Artrit   | 36   | 11.3 |
| Kanser   | 32   | 10.2 |

\*Birden fazla hastalığı olan hastalar

Hastaların, hastanede yatış sürelerinin 11 günden fazla olduğu (ortalama  $9.25 \pm 4.77$  gün) ve primer yatış nedenleri incelendiğinde %35.7’sinin Diabetes Mellitus, %25.3’ünün KOAH, %12.6’sında Hipertansiyon, %16.7’sinde Kalp yetmezliği, %11.3’ünde Artrit, %10.2’sinin kanser (kolon, mide, duodenum, prostat) tanısı ile yattıkları saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3** Hastaların fiziksel yetersizlik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre dağılımı

| Fiziksel yetersizliği                     | Etkilenen |      | Etkilenmeyen |      |
|---|-----------|------|--------------|------|
|   | sayı      | %    | sayı         | %    |
| <b><u>Yetersizlik türü</u></b>            |           |      |              |      |
| Görme                                     | 65        | 86.7 | 10           | 13.3 |
| İşitme                                    | 55        | 78.6 | 15           | 21.4 |
| Hareket                                   | 62        | 71.3 | 25           | 28.7 |
| Tat alma                                  | 50        | 73.6 | 18           | 26.4 |
| <b><u>Alet/Protez/Cihaz kullanımı</u></b> |           |      |              |      |
| Kullanan                                  | 168       | 76.4 | 52           | 23.6 |
| Kullanmayan                               | 55        | 55.0 | 45           | 45.0 |
| <b><u>Alet/Protez/Cihaz çeşidi</u></b>    |           |      |              |      |
| Gözlük                                    | 90        | 76.3 | 28           | 23.7 |
| İşitme cihazı                             | 72        | 73.6 | 34           | 26.4 |
| Extremite protezi                         | 18        | 47.4 | 20           | 52.6 |
| Baston                                    | 37        | 63.8 | 21           | 36.2 |

Hastaların fiziksel yetersizlik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %86.7'sinin görme, %78.6'sının işitme, %71.3'ünün hareket, %73.6'sının tat almada yetersizlik yaşadığı, %76.4'ünün Alet/Protez/cihaz kullandığı, %76.4'inin baston kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Hastaların fiziksel yetersizliğine göre bağımlılık durumlarının dağılımına bakıldığında; görme, işitme, hareket, tat alma sorunu yaşayanlarda bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yapmakta yetersiz oldukları, yardımcı araç-gereç (gözlük, işitme cihazı, protez, baston) kullananlarda ise günlük yaşam aktivitelerini yine bağımsız bir şekilde yerine getirmekte zorluk yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4** Hastaların fiziksel yeterliliğine göre bağımlılık durumlarının dağılımı

| GYA Bağımlılık Durumu                     |             |              |              |              |          |              |          |              |                                       |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|---------------------------------------|
|   | Tam bağımlı |              | Yarı bağımlı |              | Bağımsız |              | Toplam   |              | Test ve p<br>X <sup>2</sup> ve p      |
|   | Sayı        | %            | Sayı         | %            | Sayı     | %            | Sayı     | %            |                                       |
| <b><u>Yetersizlik türü</u></b>            |             |              |              |              |          |              |          |              |                                       |
| Görme                                     | 25          | 33.3         | 40           | 53.3         | 10       | 13.4         | 75       | 31.8         | <b>X<sup>2</sup>=179.52</b><br>p:.001 |
| İşitme                                    | 18          | 25.8         | 37           | 52.8         | 15       | 21.4         | 70       | 22.2         |                                       |
| Hareket                                   | 23          | 26.5         | 39           | 44.8         | 25       | 28.7         | 87       | 20.6         |                                       |
| Tat alma                                  | 10          | 14.8         | 40           | 58.8         | 18       | 26.4         | 68       | 25.1         |                                       |
| <b><u>Alet/Protez/cihaz kullanımı</u></b> |             |              |              |              |          |              |          |              | <b>X<sup>2</sup>=201.66</b><br>p:.001 |
| Kullanan                                  | 81          | 48.3         | 35           | 20.8         | 52       | 30.9         | 168      | 52.5         |                                       |
| Kullanmayan                               | 33          | 33.0         | 22           | 22.0         | 45       | 45.0         | 100      | 47.5         |                                       |
| <b><u>Alet/protez/cihaz çeşidi</u></b>    |             |              |              |              |          |              |          |              | <b>X<sup>2</sup>=193.20</b><br>p:.001 |
| Gözlük                                    | 52          | 44.1         | 38           | 32.2         | 28       | 23.7         | 118      | 27.2         |                                       |
| İşitme cihazı                             | 43          | 40.7         | 29           | 27.3         | 34       | 32.0         | 106      | 32.4         |                                       |
| Extremite protezi<br>Baston               | 8<br>10     | 21.2<br>17.4 | 12<br>11     | 31.5<br>18.9 | 18<br>37 | 47.3<br>63.7 | 38<br>58 | 18.8<br>21.6 |                                       |

Hastaların Bref Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Bedensel alan (10.45±1.53), ruhsal alan (9.23±1.87), sosyal alan (9.45±1.76) ve çevresel alan (9.65±1.66) puan ortalamalarının dağılımının düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** Hastaların WHOQOL Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları | X±SS       | Max. | Min. |
|-------------------------------------|------------|------|------|
| Bedensel Alan                       | 10.45±1.53 | 12.0 | 3.0  |
| Ruhsal Alan                         | 9.23±1.87  | 13.0 | 3.0  |
| Sosyal Alan                         | 9.45±1.76  | 13.0 | 5.0  |
| Çevresel Alan                       | 9.65±1.66  | 13.0 | 6.0  |

## 5. TARTIŞMA

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan 60 yaş üstü yatarak tedavi gören hastalarla yapılan araştırmada hastaların büyük çoğunluğunun bir yada daha fazla kronik hastalıkları olduğu ve hastaneden yatış süresinin uzamasına bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak karşılayamadıkları belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip olmanın bağımlılık düzeyini artırdığı belirtilmiştir [68,69]. 60 yaş üstü diyabetli bireylerde fiziksel yetersizlik düzeyini inceleyen bir araştırma, hastaların yürüme, merdiven çıkma ve ev işi yapmada ileri derecede zorluk yaşadıkları belirtilmiştir [20]. Benzer olarak yaşlı bayanlarda diyabetle ilişkili özür durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir araştırmada, katılımcıların hem temel günlük yaşam aktiviteleri (banyo yapma gibi) hem de yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde (telefon kullanma gibi) ciddi düzeyde yetersizlikler yaşadıkları bulunmuştur [45]. Huang ve ark. ise yaşlı Tip II diyabetli hastaların kendi ifadeleriyle sağlık bakımından beklentilerinin ne olduğunu araştırdıkları çalışmalarında, hastaların primer ve bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek olduğunu saptamışlardır [70]. Wu ve ark. sağlıklı bireylerle diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını değerlendirdikleri çalışmada, diyabetli bireylerin %74'ünden fazlasında temel günlük yaşam aktivitelerinde, %50'den fazlasında ise yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik olduğunu bulmuşlardır [71]. Donna (2006)'ın araştırmasında ise daha önce kronik hastalıklar nedeniyle hastanede yatan hastaların günlük aktiviteleri yapma düzeylerinin azaldığı saptanmıştır [72]. Gregg ve ark. (2000)'nin araştırmasında hastaneye yatış sayısı ile fonksiyonel sınırlılık arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Hastanede yatış süresi uzadıkça günlük yaşam aktivitelerine uyumun azaldığı belirtilmiştir [73]. Araştırmamız literatüre paralel olarak yaşlılık döneminde kronik hastalıkların daha fazla görülmesi, kronik hastalıklara bağlı kısıtlılıkların ve hastanede uzun süre yatmanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunu daha da arttırdığı saptanmıştır.

İnsanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için bazı temel gereksinimleri (beslenme, banyo, kişisel bakım, hareket vb.) vardır. Sağlıklı bir birey bu gereksinimlerini kendi başına yeterli bir şekilde karşılayabilirken, yaşlılık döneminde bu fonksiyonel yeterlilikte azalmalar olabilmekte ve bu durum günlük yaşam

aktivitelerini olumsuz etkileyebilmektedir [74,75]. Araştırmamız hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi puan ortalamasının düşük olduğu ( $5.66 \pm 2.28$ ), % 73.5'inin görme ile ilgili sorunlar yaşadığı ve % 75.3'ünün gözlük kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %70.3'ünün hareketlerinde tam bağımlı olduğu, % 80.5'inin günlük yaşam aktivitelerini yardımcı araç gereçlerle yaptığı (işitme cihazı, protez, baston) ve saptanmıştır (Tablo 3,4). Şahin araştırmasında; geriatric hastaların yaklaşık yarısının günlük yaşam aktivitelerinden ortalamanın altında puan aldıkları, %80'inde beslenme, yıkanma, tuvalet gibi aktivitelerini tek başlarına yapamadıklarını bulmuşlardır [76]. Cingil ve Bodur arkadaşlarının araştırmasında, yaşlıların telefon edebilme, yemek hazırlama, ilaçlarını içebilme, alışveriş yapabilme, ev işlerini yapma bilme gibi hareket gerektiren, aktivitelerde bağımlı olduklarını belirtmişlerdir [38]. Araştırma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların Bref Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Bedensel alan ( $9.45 \pm 1.53$ ), ruhsal alan ( $9.23 \pm 1.87$ ), sosyal alan ( $9.45 \pm 1.76$ ) ve çevresel alan ( $10.65 \pm 1.66$ ) puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir (Tablo 5). Alt boyut puan ortalaması en yüksek çevresel alan, en düşük ise ruhsal alan olduğu saptanmıştır.

Bedensel alan; hastaların gündelik işleri yürütebilme, canlılık, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, hareketlilik, uyku, dinlenme ve çalışabilme gücü gibi günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede gösterdikleri bağıllığı ifade etmektedir. Araştırmamızda hastaların bedensel alan alt boyut puan ortalamasının düşük bulunmuştur. Literatürde yer alan araştırmalara baktığımızda, hastanede yatan yaşlıların çoğunluğunun hiçbir beklentilerinin olmadan ölümü beklediği ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır [77]. Hastaların tüm ihtiyaçlarının bakım verenleri tarafından karşılanması, kendi bakım gereksinimlerini karşılayamamaları bedensel alan alt boyut puan ortalamasının düşük çıkmasında etkili olabileceği söylenebilir.

Ruhsal sağlık alanı: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, maneviyat, din ve kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama gibi alanları ifade etmektedir. Hastanede yatan yaşlı bireylerin ruhsal alan ölçek alt boyutu incelendiğinde yaşanan psikolojik çevrede kendini mutlu hissetmedikleri bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında yaşlıların kendilerini yalnız hissettiklerini

[78-79] ve yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmış, hastanede kalış süresi uzadıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir [79].

Araştırmamızda yaşlı bireylerin sosyal çevrelerinden memnun olmadıkları saptanmıştır. Literatürde yer alan kaynaklara baktığımızda Konya’da yapılan bir çalışmada sosyal ilişkiler ve çevresel iyilik düzeylerinin yaşlılarda olumlu olduğu belirtilmiştir [65,66-68]. Aile üyeleri ile iyi ilişkilerin ve sosyal desteğin yaşam kalitesini güçlendirdiği bilinmektedir. Yaşanılan sosyal çevrede sorunlarını paylaşabileceği kişilerin olmaması, akraba/arkadaş çevreleri ile etkileşimde olmamaları, yalnızlık duygusu yaşamaları, kendilerini bir yere ait hissetmeme, işe yaramama ve sevildiğini hissetmeme duygusunun daha fazla olması nedeni ile yaşlıların sosyal çevresinden memnun olmamalarına neden olduğu düşünülmektedir. Bu farkın bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, 60 yaş ve üzeri hastaların günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma sonucunda; Hastaların fiziksel yetersizlik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilene durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %73.5’ünün görme, %67.3’inin işitme, %60.3’ünün hareket, %78.2’sinin tat almada yetersizlik yaşadığı, %68.3’ünün Alet/Protez/cihaz kullandığı, %69.5’inin baston kullandığı saptanmıştır.

Hastaların fiziksel yetersizliğine göre bağımlılık durumlarının dağılımına bakıldığında; görme, işitme, hareket, tat alma sorunu yaşayanlarda bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yapmakta yetersiz oldukları, yardımcı araç-gereç (gözlük, işitme cihazı, protez, baston) kullananlarda ise günlük yaşam aktivitelerini yine bağımsız bir şekilde yerine getirmekte zorluk yaşadıkları belirlenmiştir.

Hastaların Bref Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Bedensel alan (10.45±1.53), ruhsal alan (9.23±1.87), sosyal alan (9.45±1.76) ve çevresel alan (9.65±1.66) puan ortalamalarının dağılımının düşük olduğu görülmüştür.



Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlıların, yaşadıkları fiziksel çevreleri göz önüne alındığında; çevresel şartları yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik düzenlenmeli, tüm yaşam alanlarının tasarımı yaşlıların gereksinimleri göz önünde bulundurularak yapılmalı,
- Kronik hastalıkların tedavisinde tedavi bakım hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanması,
- Sağlık sorunlarının azaltılması,
- Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın en aza indirilmesi,
- Yaşlıya aile ve toplumsal destek sağlanması, yaşlıların evde yakınları ile yaşamlarının ruh sağlığına olumlu etkisi dikkate alınarak, aile bireyleri ile yaşlı arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için katkıda bulunulması sağlanmalı,
- Evde bakımla ilgilenen ailenin desteklenmesi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Evde bakım hizmetlerinden nasıl yararlanacağı konusunda danışmanlık hizmeti vermek,
- Evde bakım hizmetlerinin kolaylaştırılması,
- Yaşlıların bir araya gelebilecekleri, sosyal paylaşım ortamlarının yaratılması,
- Yaşlılara kültürel geçmişlerini yaşatabilecekleri ortamlar oluşturulmalı,
- Yaşlılara saygı gösterilmeli ve “var oldukları” fark edilir biçimde davranılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- [1] Güner P, Güler Ç. Yaşlıların ev güvenliği ve denetim listesi. Geriatri Dergisi 2002;5: 150-154.
- [2] Özkan S. Psiko-Onkoloji. Hastalık algısı ve Kanser, İstanbul, 1. Baskı. 2007: 130-4.
- [3] Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 232-9.
- [4] Anderson RT, Shumaker SA, Naughton M. Assesment of healthrelated quality of life in older adults, principles of geriatric medicine and gerontology. In: Hazard WR, Blass JP, Attinger WH, Halter JB, Ouslander JG (eds). 5th ed. The GTS Companies/ York, PA Campus, 1999: 167-255.
- [5] Bumin G, Kırdı N, Kayıhan H. Geriatrik yaşlı grubunda yaşam kalitesi değerlendirmesi. Arıoğul S (ed). Geriatri ve Gerontoloji. 2006: 221-31.
- [6] Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. J Gerontol 2001; 56: 23-34.
- [7] Miller KE. The Geriatric patient: a systematic approach to maintaining health. Am Fam Physician 2000; 61: 1089-104.
- [8] Aydın ZD, Ersoy H, Baştürk A. Toplumda yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve ilişkili faktörler. Geriatr Neuropsychiatry 2009; 2: 9-18.
- [9] Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya şehir merkezinde Yaşayan yaşlı kadınlarda aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. Turk J Geriatr 2005; 8: 78-83.
- [10] Kimbell S. Breaking the fall factor. Nurs Management 2002; 33: 22-8.
- [11] Göz F, Erkan M. Yaşlılık sorunlar ve bakım ilkeleri. Samsun, Oscar Tıbbi Yayınevi, 1.Baskı, 2008.
- [12] Giray H, Meseri, Saatli G, Yüçetin N, Aydın P, Uçku R. Türkiye'ye ilişkin yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;7:81-86.
- [13] Temizer H, Gözüm S. Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. HealthMED, 2012, 6:2681-2688.
- [14] Magnusson L, Hanson E. Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. Journal of Advanced Nursing, 2005, 51:645-657.

- [15] Önal AE. (2006) Gerontoloji demografik özellikler epidemiyolojik ölçütler, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, pp 4- 6.
- [16] [https://apps.who.int/inf\\_fs/en/fact135.html](https://apps.who.int/inf_fs/en/fact135.html), 2014.
- [17] <http://www.tuik.gov.tr>,2013.
- [18] Koç İ., Eryurt MA., Adalı T., Seçkiner P.(2010) Türkiye'nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler,1968- 2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- [19] .....
- [20] Communication with Older People. <http://www.who.int/ageing/publications/PPCommunicationwithOlderPeople.pdf>. Toprak İ, Soydal T, Bal E, İnan F, Aksakal N, Altınyollar H, Babalıoğlu N, Coşkun Ö, Çakır B, Demirören M, Doğan S, Evcı D, Kurtuluş A, Şafak N, Yüksel B. *Yaşlı Sağlığı*. Ankara Pelin Ofset, 2002: 7-72.
- [21] Bilir N. Türkiye'de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. İçinde: Arıoğlu S (editör). *Geriatri ve Gerontoloji*, 1. Baskı. Ankara, MN Medikal&Nobel, 2006: 3-9.
- [22] Spillmann B. Research on Caregiving Patterns and Characteristics: Key Trends in Family Caregiving. Family caregiving: State of the art, future trends; 2007 Mar 6; Chicago: Family Caregiver Alliance; 2007. p.12-16. [http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/2007\\_asa\\_preconference\\_proceedingsII.pdf](http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/2007_asa_preconference_proceedingsII.pdf).
- [23] WHO. Dünya Sağlık Örgütü Raporu Yaşam Boyunca Sağlık. Metin B, Akın A, Güngör İ (Çeviri editörleri). Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998: 71-130.
- [24] Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 2000, 32:87-92.
- [25] Ünsaldı ÜE, Piyal B. Bir Yaşlı Grubunda Cinsiyete Göre Etkinlik Kısıtlılığı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2002, 12:57-65.
- [26] Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yetiyitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Geriatri*, 2003, 6: 59-67.
- [27] Sahin F, Yılmaz F, Ozmaden A, Kotevoglu N, Sahin T, Kuran B. Reliability and validity of the Turkish version of the Nottingham extended activities of Daily living scale. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2008, 20:400-405.
- [28] Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirimine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. *Geriatri*, 1999, 2:103-114.

- [29] Çivi S, Tanrıkulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Geriatry*, 2000, 3:85-90.
- [30] Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001, 2:79-86.
- [31] Ivanoff SD, Sonn U, Lundgren-Lindqvist B, Sjostrand J, Steen B. Disability in Daily Life Activities and visual impairment: a population study of 85-year-old people living at home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2000, 7:148-155.
- [32] Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. *Geriatry*, 2002, 5:155-159.
- [33] Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İİ. Başkent Üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Türk Geriatry Dergisi*, 2004, 7:133-138
- [34] Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9:85-93.
- [35] Baran AG. Yaşlılık sosyolojisi. İçinde: Kalınkara V, Yaşlılık/Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler. Ankara: Odak İletişim Yayınları, 2004:35-57.
- [36] Çivi S, Tanrıkulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Geriatry*, 2000, 3:85-90.
- [37] Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. *Türk Geriatry Dergisi*, 2004, 7:199-205.
- [38] Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11:33-39.
- [39] Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9: 34-40.
- [40] Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. *Türk Geriatry Dergisi*, 2004, 7:199-205.
- [41] Turhanoglu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürüllük ve kronik hastalık sıklığı. *Geriatry*, 2000, 3: 146-150.
- [42] Arıogul S. *Geriatry ve gerontoloji*. Ankara:MN Medikal&Nobel, 2006.

- [43] Berker E. Yaşlı özür lülüğünün boyutları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006; 56:45-56.
- [44] Gillespie SM, Friedman SM. Fear of Falling in New Long-Term Care Enrollees. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8(5): 307-313.
- [45] Özgül A. Geriatrik patolojinin esasları. \_çinde Beyazova M, Kutsal YG, editorler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Günes Kitabevi, 2000, 1341-1351.
- [46] Thrane G, Joakimsen RM, Thornquist E. The association between timed up and go test and history of falls: The Tromso study. *BMC Geriatrics* 2007; 7:1.
- [47] Kutsal YG. *Temel Geriatri*. Türkiye: Günes Tıp Kitapevleri, 2007.
- [48] Akın G. Her yönüyle yaşlılık. Ankara: Palme Yayıncılık, 2006.
- [49] Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age Ageing* 2005; 34: 614-619.
- [50] Yesilbakan ÖU, Kradakovan A. Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri. *Geriatri* 2005; 8(2):72-77.
- [51] Zijlstra GAR, Van Haastregt JCM, Van Eijk TM, Van Rossum E, Stalenhoef PA, Kempen GIJM. Prevalence and corralates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Aging* 2007; 36: 304-309.
- [52] Yüksel, S. (2007). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [53] Güven, T. Diabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. 2007; 3(2): 33-40.
- [54] Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. İstanbul: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- [55] Calman, K. (1984). Quality of Life in Cancer Patients, an Hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- [56] Norris, S.L., Nichols, P.J., Caspersen, C.J., Glasgow, R.E. (2002). Increasing Diabetes Self-Management Education in Community Setting. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 39-66.

- [57] Tufan İ. Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak (Yaşlanmanın Sosyolojisi). İstanbul: Anahtar Kitaplar Yayıncılık, 2003.
- [58] Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi. 2010; 2(24): 32-39.
- [59] Department of Mental Health World Health Organisation.WHOQOL annotated bibliography.Geneva:WHO;2012.
- [60] Bosworth HB, Siegler IC Olsen MK, Brummett BH, Barefoot JCi Williams RB, Clapp-Cahnning NE, Mark DB. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease.Quality of Life Research.2000;9:829-839.
- [61] Bosworth HB, Siegler IC Olsen MK, Brummett BH, Barefoot JCi Williams RB, Clapp-Cahnning NE, Mark DB. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease.Quality of Life Research.2000;9:829-839.
- [62] Blixen CE, Kippes C.Depression, social support and quality of life in older adults with osteoarthritis.Journal of Nursing Scholarship.1999;31(3):221-226).
- [63] Wada T, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Okumiya K, M,zuno K, Rambo TA, Matsubayashi K.Depression, activities of daily living and quality of life of community-dwelling elderly in three asian countries:Indonesia, Vietnam and Japan.Archives of Gerontology and Geriatrics.2005;41(3):271-280.
- [64] Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S.Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Türk Geriatri Dergisi.2006;9(1):34-40.
- [65] Shelkey M, Wallace M. Katz Index of independence in activities of daily living. J Gerontol Nurs. 1999;25(3):8-9.
- [66] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and enstrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.
- [67] Eser E, Fidaner H, Eser SY. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF’in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1999;7(2):23-40.
- [68] Wagert H, Gustavsson JM, Lundin- Olsson L, Kallin K, Nygren B, Lundman B, Norberg A, Gustafson Y. Health status in the oldest old. Age and sex differences in the Umeå 85+ Study. Ageig Cilinical and Experimental Research 2006; 18(2): 116-126.
- [69] Westaway MS. Effects of ageing, chronic disease and co-morbidity on the health and well-being of older residents of Greater Tshwane. South African Medical Journal. 2010;100(1):35-6.
- [70] Huang ES, Gorawara–Bhat R, Chin MH. Self–reported goals of older patients with Type 2 Diabetes Mellitus. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(2): 306–311.

- [71] Wu JH, Haan MN, Liang J. Diabetes as a predictor of change in functional status among older Mexican Americans. *Diabetes Care*. 2003;26(2):314–319.
- [72] Donna L. Families, work, and an aging population: developing a formula that works for the workers. *Wagner, Journal of Aging & Social Policy*, 2006, 18:115-125.
- [73] Gregg EW, Beckles GLA, Williamson DF. Diabetes and physical disability among older U.S. adults. *Diabetes Care*. 2000; 23(9):1272–7.
- [74] Stenzelius K, Westergren A, Thorneman G, Hallberg I.R. Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Arch Gerontol Geriatr* 2005;40:85-102.
- [75] Tajvar, M, Arab M. ve Montazeri, A.(2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8: 323.
- [76] Şahin ZA, Şahin M. Adaptation of Elderly Diabetic Patients to Activities of Daily Life and Evaluation of Their Self-Care Abilites. *Turkish Journal of Geriatrics* 2014; 17(3): 278-284.
- [77] Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özür lülüğün değerlendirimine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. *Geriatrici*, 1999, 2:103-114.
- [78] Çivi S, Tanrı kulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Geriatrici*, 2000, 3:85-90.
- [79] Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001, 2:79-86.

## ÖZGEÇMİŞ

1976 Eskişehir doğumluyum. Eskişehir Bahçelievler lisesini bitirip Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldum. Ege Üniversitesinde İlk Yardım ve Acil Bakım Kursu, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde 6 ay ve Koroner By-pass Yoğun Bakım Ünitesinde 6 aylık sertifika programlarını bitirdim. Kardiyoloji Noninvaziv Girişim Lab. 1 yıllık kurs programına katıldım 10 yıllık kardiyoloji angiografi girişim laboratuvarında çalışma deneyimim var. 2004 yılından itibaren Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulunda Öğretim görevlisi olarak çalışıyorum.

Yayımları (SCI ve diğer)

- Arslantaş H., Adana F., Gey N., Biçer N., Kıranşal N., Violence During Pregnancy In An Eastern City Of Türkiye. *Stuidiu original J.M.B.*
- 13. Kıranşal N., Biçer N., Alkan H., Akça D., Kars Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Okuldaki Akademik Danışmanlık Hizmeti İle İlgili Görüş Ve Beklentilerinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:1,Sayı:2.2008

Diğer konular

- Adana F., Sucu D., Kıranşal N., Erdağı S., Eliş S., **Biçer N.**, Alkan H., Aktaş B., Kars'ta Çalışan Hemşirelerde Atılmanlık Düzeyinin Belirlenmesi. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 01- 05 Kasım 2006- İstanbul. (Sözel Bildiri).
- Adana F., Aktaş B., Alkan H., **Biçer N.**, Eliş S., Erdağı S., Kıranşal N., Sucu D.,Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 01- 05 Kasım 2006- İstanbul. (Sözel Bildiri).
- Kıranşal N., Adana F., Erdağı S., Eliş S., Aktaş B., **Biçer N.**, Sucu D., Alkan H., Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 01- 05 Kasım 2006- İstanbul. (Sözel Bildiri).



- Kıranşal N., Alkan H., **Biçer N.**, Altıntop Ö., Kars Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi, I. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Öğrenci Kongresi, 22-23-24 Mart 2007, Kayseri ( Poster Bildiri).
- Alkan H., Kıranşal N., **Biçer N.**, Ece U., Karsta Yaşayan Gebelerin Beslenme Düzeyleri, I. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Öğrenci Kongresi, 22-23-24 Mart 2007, Kayseri ( Poster Bildiri).
- Kıranşal N., Alkan H., **Biçer N.**, Yılmaz Z., Daldal Ş., Kars'ta Çalışan Ebelerin Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, I. Ulusal Ebelik Sempozyumu, Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksekokulu , 3-4 Mayıs 2007, İzmir. ( Sözel Bildiri).
- **Biçer N.**, Kıranşal N., Alkan H., Çakal S., Demirel İ., Çağıltaş R., Kaptan R., Sarı S., Tetik H., Aydemir H., Topal L., Kars Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Okul Başarılarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 26-29 Haziran 2007 , İstanbul (Poster Bildiri).
- Kıranşal N., Alkan H., **Biçer N.**, Çakal S., Başeroğlu A., Kuzuluk F., Şirin F., Andaç F., Bayraktar C., Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Okulu Tercih Etme Nedenleri Mesleki Düşünce ve Görüşlerinin İncelenmesi, Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 26-29 Haziran 2007 , İstanbul , ( Poster Bildiri).
- Çiftçi N., Alkan H., Kıranşal N., **Biçer N.**, Kars İli Merkezindeki Kuaför Ve Berberlerin Hıv/Aıds Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-26 Ekim 2007, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, ( Poster Bildiri).
- Kıranşal N., Adana F., **Biçer N.**, Şahin S., Kars Sağlık Yüksekokulu Erkek Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Bakış Açısı, II. Psikiyatri

Hemşireliği Günleri , 28-30 Nisan , İstanbul Üniversitesi, İstanbul ( Poster Bildiri ).

- Gey N., Akça D., Kıranşal N., **Biçer** N., Şahin S., Kars İl Merkezindeki Gebe Kadınlarda Depresyon Düzeyinin Belirlenmesi,II. Psikiyatri Hemşireliği Günleri , 28-30 Nisan , İstanbul Üniversitesi, İstanbul ( Poster Bildiri ).
- Adana F., Erdağı S., Eliş S., Aktaş B., Kıranşal N., **Biçer** N., Alkan H., Koç Vakfı Destekli Proje, Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Atılganlık Düzeylerinin Geliştirilmesi , Haziran 2006-2007, Kafkas Üniversitesi , Kars.