



**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YAŞLI HASTALARDA DÜŞME ÖZ
FARKINDALIĞI VE SOSYAL DESTEK
DURUMUNUN İNCELENMESİ**

Mesut İNCİ

Danışman: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Eylül 2023
Her hakkı saklıdır.**

Mesut İNCİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS

2023

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLI HASTALARDA DÜŞME ÖZ FARKINDALIĞI VE SOSYAL
DESTEK DURUMUNUN İNCELENMESİ**

Mesut İNCİ

Danışman: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Eylül 2023
Her hakkı saklıdır.**

Bilimsel Etiğe Uygunluk

“Yaşlı Hastalarda Düşme Öz Farkındalığı ve Sosyal Destek Durumunun İncelenmesi” isimli “Yüksek Lisans” tezim tarafımca intihal tespit programı ile incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim.

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiğı gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim. 04/09/2023

Mesut İNCİ

ÖZET

Yüksek Lisans

YAŞLI HASTALARDA DÜŞME ÖZ FARKINDALIĞI VE SOSYAL DESTEK DURUMUNUN İNCELENMESİ

Mesut İNCİ

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Amaç: Bu araştırma ortopedi ve fizik tedavi kliniklerinde düşme sebebiyle yatan yaşlı hastalarda düşme öz farkındalığı ve sosyal destek durumunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini bir ildeki devlet hastanesinin ortopedi ve fizik tedavi kliniklerinde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmanın kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 150 hasta alınmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı özellikler formu, Yaşlılarda Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin %51.3'ü erkek, %60.7'si okuryazar, %92'si evlidir. Hasta bireylerin Düşme Öz Farkındalık puan ortalamalarının 62.28 ± 8.41 ve Algılanan Sosyal Destek puan ortalamalarının 53.12 ± 19.62 olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Yaşlı hastaların düşme öz farkındalık düzeyinin orta düzeyin altında ve algılanan sosyal destek düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bazı değişkenlerin hastaların düşme öz farkındalık ve algılanan sosyal destek düzeyini etkilediği saptanmıştır. Yaşlı hastaların düşme öz farkındalıklarını ve sosyal destek düzeylerini etkileyebilecek farklı değişkenlerin araştırılması önerilmektedir.

2023, 82 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Düşme, Sosyal Destek, Yaşlılık, Yaşlı Hasta

ABSTRACT

MSc Thesis

TINVESTIGATION OF FALL SELF-AWARENESS AND SOCIAL SUPPORT STATUS IN ELDERLY PATIENTS

Mesut İNCİ

Erzincan Binali Yıldırım University
Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing

Supervisor: Prof.Dr. Papatya KARAKURT

Aim: This research was carried out to examine the self-awareness and social support status of falling in elderly patients hospitalized in orthopedics and physical therapy clinics due to falls.

Material and Method: The population of this descriptive and relationship-seeking study consists of patients treated in orthopedics and physical therapy clinics of a state hospital in a province. Sample selection was not made in the study, and 150 patients who met the criteria of the study and volunteered to participate in the study were included. The descriptive features form, the Self-Awareness Scale for Elderly Falls, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support were used to collect the data. In the analysis of the data, numbers, percentages, minimum and maximum values, mean and standard deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman correlation analysis were applied.

Results: 51.3% of the individuals participating in the research were male, 60.7% were literate, and 92% were married. It was determined that the mean scores of Falling Self-Awareness of the sick individuals were 62.28 ± 8.41 and the mean of Perceived Social Support was 53.12 ± 19.62 .

Conclusion: It was determined that the self-awareness level of falling in the elderly patients was below the medium level and the level of perceived social support was above the medium level. It has been determined that some variables affect the patients' level of self-awareness and perceived social support of falling. It is recommended to investigate different variables that may affect the fall self-awareness and social support levels of elderly patients.

2023, 82 Pages

Keywords: Elderly Patient, Falls, Old Age, Social Support

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca gerek insani, gerekse bilimsel konularda her zaman desteğini hissettiğim, önerileriyle bana ışık tutan, hoşgörülü, sabırlı, en güzel rehber olarak gördüğüm, saygıdeğer danışman hocam Sayın Prof. Dr. Papatya KARAKURT’a,

Meslek hayatıma adım attığım andan itibaren her desteği gösteren, mesleki deneyimleri ile beni aydınlatan çok kıymetli meslektaşlarıma ve çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Uzakta da olsalar her zaman yanımda olduklarını bildiğim, desteklerini hissettiğim, lisans eğitimimin bana kazandırdığı çok sevgili yol arkadaşlarım, meslektaş olmaktan onur duyduğum insanlara sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu tezi bugünlere gelmemde, başarılarımın esas sahibi olan, duyduğu gururu gözlerinde dolu dolu hissettiren canım aileme, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim abim Dr. Öğr. Üyesi Ramazan İNCİ’ye ve oğlum Ahmet Ruşen İNCİ’ye ithaf ediyorum.

Mesut İNCİ

Eylül, 2023

Kabul ve Onay.....	i
Bilimsel Etiğe Uygunluk.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılık Tanımı.....	4
2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Yaşlılarda Vücut Sistemlerinde Meydana Gelen Değişiklikler.....	7
2.3.1. Kardiyovasküler Sistem.....	8
2.3.2. Pulmoner Sistem.....	9
2.3.3. Gastrointestinal Sistem.....	10
2.3.4. Nörolojik Sistem.....	11
2.3.5. Kas-İskelet Sistemi.....	12
2.4. Yaşlılarda Düşme.....	13
2.5. Yaşlılarda Düşme Nedenleri.....	15
2.6. Yaşlılarda Düşme Korkusu.....	17
2.7. Yaşlılarda Düşmenin Sonuçları.....	18
2.8. Yaşlılarda Düşmenin Önlenmesi ve Hemşirelerin Rolü.....	18
2.9. Sosyal Destek.....	22
2.10. Sosyal Ağ.....	24
2.10.1. Sosyal Destek Kaynakları.....	25
2.10.2. Sosyal Destek Türleri.....	25
2.10.3. Algılanan Sosyal Destek Kavramı.....	26
2.10.4. Sosyal Destek ve Hemşirelik.....	27
3. MATERYAL VE METOD.....	32

3.1. Araştırmanın Türü.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	32
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	32
3.4.1. Bağımsız Değişkenler.....	33
3.4.2. Bağımlı Değişkenler.....	33
3.5. Araştırmada Kullanılacak Veri Toplama Araçları.....	33
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	33
3.5.2. Yaşlılarda Düşme ile İlgili Öz Farkındalık Ölçeği.....	33
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	34
3.6. Verilerin Toplanması.....	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Araştırma Grubunun Düşme Öz Farkındalık Ölçeği Bulgularına Yönelik Tartışma.....	50
5.2. Araştırma Grubunun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularına Yönelik Tartışma.....	53
5.3. Araştırma Grubunun Yaşlı Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Düşme İle İlgili Bulgularına Yönelik Tartışma.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKÇA.....	61
EKLER.....	72
Ek-1. Araştırmaya Katılma Onayı.....	73
Ek-2. Yaşlılarda Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Ölçeği.....	75
Ek-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	76
Ek-4. Etik Kurul Kararları.....	77
Ek-5. Kurum İzin Yazıları.....	79
Ek-6. Ölçek İzin Mailleri.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	83

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1. Ölçek Puanlarına İlişkin Güvenilirlik ve Shapiro-Wilk (S-W) Normallik Analizi.....	37
Tablo 4.1. Yaşlı Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	39
Tablo 4.2. Yaşlı Hastaların Sağlık Bilgilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımları.....	40
Tablo 4.3. Yaşlı Hastaların Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 4.4. Yaşlı Hastaların Demografik Değişkenlere Göre Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.5. Yaşlı Hastaların Demografik Değişkenlere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.6. Yaşlı Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	53

KISALTMALAR

Kısaltmalar

ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
YDÖF	Yaşlılarda Düşme ile İlgili Öz Farkındalık Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SAGEM	Stratejik Araştırma Geliştirme ve Entegrasyon Merkezi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
PTE	Pulmoner Tromboemboli
PE	Pulmoner Emboli
GİS	Gastro İntestinal Sistem
SVO	Serebro Vasküler Olay
MI	Miyokard İnfarktüsü
TBY	Travmatik Beyin Yaralanmaları
CRP	C-Reaktif Protein

1.GİRİŞ

Yüzyılın önemli sosyal problemlerinden biri olan insan popülasyonunun yaşlanması durumu hemen hemen tüm ülkelerde kendini göstermektedir. Yaşlanma evresi gelişmiş ülkelerin büyük bir kısmında bir yüzyıla yakın önce başlamış ve gelişmekte olan ülkelerin ise bir kısmında 20. yüzyılın sonları ve 21. yüzyılın başlarında kendini göstermiştir (Bilgili ve Kitiş, 2019). Dünyada doğum hızının ve ölüm hızının azalması, teknolojik gelişmelerin sonucu olarak sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetleri sunan kurumlara ulaşma imkanının artmasıyla ölüm oranı günden güne azalmakta ve yaşlı nüfus oranı da gün geçtikçe artmaya devam etmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık olarak 7.9 milyar olduğu ve yaşlı nüfusun yaklaşık olarak 760 000 000 kişi olduğu ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı da %9.6 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2022b). Türkiye’de ise 2016 yılında 6,6 milyon olan 65 yaş ve üzeri birey sayısı 2021 yılına kadar %24 artarak 8,2 milyon bireye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2016 yılında %8,3 iken bu oran 2021 yılında %9,7 olmuştur (TÜİK, 2022). Bu artış eşi görülmemiş bir hızla gerçekleşmekte ve önümüzdeki on yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha hızlı olacağı belirtilmektedir (WHO, 2022).

Gün geçtikçe teknolojinin gelişmesine bağlı olarak sağlık hizmetlerindeki olumlu gelişmelerin de sayısı hızla artmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler hizmet kalitesine olumlu etki etmekte ve hasta güvenliğinin sağlanmasında en belirleyici rol oynamaktadır. Sağlık profesyonellerinin bireylere hasta güvenliğinin ne olduğunu öğretmek ve bunu toplumsal bir bilinç haline getirmek, son zamanlarda üzerinde sık durulan konulardan biri olmuştur. Hasta güvenliği konusu içinde ele alınması gereken en önemli konulardan biri de hasta düşmeleridir (Özden ve ark., 2012; Yoo ve ark., 2019). Düşmeler, yaşlı nüfus arasında önemli bir endişe kaynağıdır ve yüksek mortalite ve sakatlık oranları ile ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşmeleri yaşlıların karşılaştığı en büyük dört zorluktan biri olarak kabul etmektedir. Düşmeler bireylerde sürekli bir tekrarlama korkusu uyandırabilir, yaşam kalitelerini düşürebilir ve çevrelerine kalıcı bir bağımlılık duygusu yaratabilir (Akdeniz ve ark., 2008). Yaşlılarda sıklıkla

görülen düşmelerin yaşlının kendisine, yaşadığı ortam veya çevresel nedenlere bağlı birden fazla nedeni vardır. Bunlara örnek olarak; ileri yaş, bilinç durumu, daha önce düşme olayı varlığı, denge ve yürüme bozukluğu, gözlerde bozukluk, vertigo, düşmeye neden olabilecek ve doz ayarı yapılmayan çoklu ilaç kullanımı, yüksek tansiyon, hipotansiyon, baston asa değnek gibi yardımcı araç kullanımı, az beslenme ve hipoglisemi, depresyon gibi hastalıklar örnek gösterilebilir (Gündüz, 2018; Medley ve Thompson, 2015; Tunçay ve ark., 2011). Düşme durumu sadece düşen birey ve ailesine değil aynı zamanda kurum için de hastane maliyetlerinde artış olarak zarar vermektedir (Kalisch ve ark., 2012). Sayılan tüm bu düşme için riskli durumların ortadan kaldırılması ile yaşlı bireylerde düşme ihtimallerinin azaltılabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca yaşlı bireyin alacağı sosyal destek durumu da düşmeleri önlemede etkili olabilmektedir (Oksel, 2018).

Sosyal bir varlık olan insan, sosyal desteğe ihtiyaç duyar ve bu ihtiyaç karşılandığında kendini mutlu ve tatmin olmuş hisseder. Yakın ilişkiler kurmak ve bu ilişkilere güvenmek, insanların sosyal ağı uyum sağlamasına, psikolojik iyi oluşlarının, yaşam doyumlarının ve mutluluklarının artmasına yardımcı olur (Harasemiw ve ark., 2019; Karataş ve Bostanoğlu, 2017; Malecki ve ark., 2014; Ocsosvsky ve ark., 2020; Sarason ve ark., 1983; Taylor ve Stanton, 2007; Wang ve ark., 2018). Sosyal desteğin yetersiz ya da hiç olmaması, kaçınma davranışlarını artırıcı etkiler gösterebilir. Bireyler yalnız yaşadıklarında, olası düşme durumlarına karşı artan bağımlılık riski ve bakım ihtiyacını karşılayacak destek kişilerinin bulunmaması endişesi, etkinliklerini kısıtlama eğilimine yol açabilir (Atik ve ark., 2015). Düşmeyi önleme müdahalelerinin hedefleri, düşme olasılığını azaltmayı, fiziksel yaralanma olasılığını en aza indirmeyi, hareketliliği mümkün olan en yüksek düzeyde sürdürmeyi ve düşmelerin kalıcı bir sorun haline gelmesini önlemeyi amaçlamalıdır. Bu hedeflere ulaşmak, sosyal destek sağlayıcılar ve yaşlı bireyler arasında etkili bir işbirliği ve koordinasyon gerektirir. Bunlara ek olarak, sosyal destek sağlayıcılar, yaşlı bireyleri düşmelere katkıda bulunan faktörler konusunda eğitime ve gelecekteki düşmeleri önlemek için yaşam tarzı değişiklikleri yapma isteklerini teşvik etmede çok önemli bir rol oynamaktadır (Demir ve ark., 2013). Aile, arkadaşlar ve bakıcılar da dahil olmak üzere çevreyi düşmelerin önlenabilir doğası ve bunları önlemek için uygulanabilecek küçük değişiklikler ve önlemler hakkında bilgilendirmek önemlidir. Bu bağlamda, hemşireler, konu hakkındaki kapsamlı bilgileri ve sağlık sistemi içindeki

sorumlulukları göz önüne alındığında, sosyal destek müdahaleleri sağlamak için benzersiz bir konuma sahiptir. Hemşireler, hastaların yatış, tedavi ve taburculuk dahil olmak üzere hastanede kalışları boyunca kapsamlı bakım sağlamaktan sorumludur. Bu nedenle, hastanede yatışlarının her aşamasında hastaların korkuları, endişeleri ve ağrıları gibi duygusal ihtiyaçlarını ele alan özel sosyal destek müdahaleleri sağlama fırsatına sahipler (Eker ve ark., 2001; Mollaoğlu ve ark., 2013). Düşmeleri önlemek ve gerekli tedbirleri almak için çevresel düzenleme yapılmalı ve bireylerin bakım vericilerine gerekli bilgilendirmeler hemşireler tarafından verilmelidir (Baz ve Ardahan, 2016). Bu bilgilendirmeler ve yapılacak olan hemşirelik girişimleri yaşlı kişiyi korumak ve iyilik halini sürdürmek için gereklidir. Hemşireler tarafından yapılacak olan fiziksel güç ve direnci arttıran egzersizler, kilo takibi ve beslenme takviyesi, çevresel düzenlemeler, ağız bakımı, kişisel temizlik ve bağırsak hareketleri kontrolü gibi bu girişimler bütüncül bakım çerçevesinde hasta ve sosyal destek vericilerinin de dahil edilmesiyle multidisipliner olarak uygulanır. Böylece kişi sosyal çevresinden kopmamış ve sosyal izolasyona uğramamış olur (Kapucu ve Ünver, 2017). Hasta güvenliğinin önemli bir konusunu oluşturan düşmeler yaşlı hastalarda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı nüfusun giderek arttığı ülkemizde düşmelere yönelik farkındalık oluşturmada hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Yaşlı hastalarda düşmeleri önlemeye yönelik girişimlerde bulunan hemşire aynı zamanda bu bireylere sosyal destek de sağlamış oluyor.

Yukarıda açıklanan tüm bilgiler neticesinde bu araştırma, yaşlı hastalarda düşme öz farkındalığı ve sosyal destek durumunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmada ayrıca aşağıdaki sorulara da cevap aranmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Yaşlı hastaların düşme öz farkındalığı ve sosyal destek düzeyleri nasıldır?
2. Yaşlı hastaların bazı değişkenleri düşme öz farkındalığı ve sosyal destek düzeylerini etkiliyor mu?
3. Yaşlı hastaların düşme öz farkındalığı ve sosyal destek düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı

Yaşlı denilince ilk akla gelen bakıma muhtaç, yürüme güçlüğü çeken, yalnız, mutsuz ve sosyal ilişkileri zayıflamış kişiler olarak algılanır. Ancak tecrübe ve bilgelik gibi yaşlılığın olumlu yönleri görülmeyip daima olumsuzluklar düşünülmekte, aktif ve sağlıklı yaşlılık süreci geçiren çok sayıda insanın varlığı göz ardı edilmektedir. Yaşlılık göreceli bir kavramdır. Bireylerin bakış açılarına göre sonuçlanmaktadır. Her insanın farklı bir yaşam döngüsüne sahip olduğu unutulmamalıdır. Yaşlılık insanın doğumu ile başlayan, yaşam süresince devam eden ve ölüme kadar yaşanan kronolojik bir süreçtir (Gündüz, 2018). DSÖ'nün kendi açıklamasına göre yaşlılık 65 yaşın üstündeki bireyler olarak tanımlanmıştır. Yaşlılık temelli yapılan ulusal veya uluslararası çalışmalar incelendiğinde DSÖ'nün tanımından başka tanımların da mevcut olduğu bildirilmektedir. Birleşmiş milletlerin yapmış olduğu tanıma bakıldığında, yaşlılık kavramını 60 yaş üstü bireyler olarak kabul ettiği görülmektedir. Yaşlılık terimini genel olarak üç grupta incelemek gerekirse bunlar; 65-74 yaş aralığı “genç yaşlılar”, 74-84 yaş aralığı “yaşlı” ve 85 yaş üstü bireyler ise “ileri yaşlı” bireyler olarak kabul edilmektedir (Tezcan ve Seçkiner, 2012). Başka bir tanımda yaşlılık, bireyin fizyolojik ve biyolojik olarak vücut gelişimi tamamlandıktan sonra fizyolojik rezervinin sürekli düşerek yaşamsal fonksiyonlarda sıklıkla kayıpların olduğu bir süreç olarak tanımlanmıştır (Pehlivanoğlu ve ark., 2018). Yaşlılık, canlı varlıkların tamamında görülen hem biyolojik hem fizyolojik ve hem de vücudun işlevselliğinde farklılaşmaların olduğu, bu farklılaşmaların yeni oluşan bazı hastalıkların (hipotansiyon, hipoglisemi, serebro vasküler olay gibi) da etkisiyle biyolojik ve fizyolojik işlevlerin azaldığı sürecin adıdır (Aslan ve Aksoy, 2016).

Yaşlılık ölüm olasılığının arttığı bir yaşam evresidir. Yaşlılığın temel özelliği iç dengeyi koruma yeteneğinin bozulmasıdır. Yaşlılık bebeklik, çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal yaşanacak süreçlerden biridir. Yaşlılık sınırı olarak 65 yaş kabul edilmekle birlikte yaşam süresinin uzadığı günümüz için genç yaş sınırı olarak kabul edilmektedir (Gündüz, 2018). Yaşlılık kişinin içerisinde bulunmuş olduğu bir yaş dönemine verilen genel addır.

Çocukluk, gençlik ve yetişkinliğin ardından gelen yaşam evresidir. İnsanın doğumuyla başlayan hayat sürecinde kişinin ölümünden önce yaşanan ve gerek fiziki gerek de zihinsel yönden bağımsızlıktan bağımlılığa geçilen kronolojik bir kavramdır (Can, 2020). Evrendeki tüm canlı organizmalarda, moleküler, hücresel, doku, organ ve sistem seviyelerinde zamanın ilerlemesiyle beraber geri dönüşü olmayan fiziksel, işlevsel, zihinsel ve biyopsikososyal işlevlerde azalmaya neden olan doğal bir süreç olan yaşlanma, yaşamın bir aşamasıdır. Yaşlılık, hastalık olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapının ve fizyolojik işlevlerin zamanın akışına bağlı olarak değiştiği bir dönemi ifade eder. Bu dönem, yaşamın süreci içerisinde ölümden önceki aşamalardan birini oluşturur (Altındış, 2013). Yaşlılık, biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kronolojik boyutları olan, farklı perspektiflerden tanımlanabilen karmaşık bir kavramdır. Doğal ve kaçınılmaz bir olgu olarak, yaşlılık yaşamın diğer evreleri gibi ortaya çıkar. Yaşlılık, tüm canlı organizmalarda gözlemlenen işlevlerin sürekli ve evrensel olarak azaldığı bir süreçtir (Erdem ve ark., 2014).

2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Birleşmiş Milletler verilerine göre dünya geneli 65 yaş üstünde yaklaşık bir milyar insan bulunmaktadır. Bu rakamın 2030 yılında tahmini olarak %40-%45'lik bir artışla 1.4 milyar ve 2050 yılında ise 2 milyar insan olması beklenmektedir (Nations, 2017). Küresel olarak azalan doğum oranı, bunu takiben yaşam standartlarındaki iyileşmeler, tıbbi ve teknolojik ilerlemelerin de katkısıyla insan yaşam süresinde ve yaşlı birey sayısında artış görülmektedir (Koldaş, 2017). 2022 yılındaki nüfus sayımına göre ülkemizde 65 yaşın üstünde 2 843 442 erkek ve 3 651 797 kadın vatandaş bulunmaktadır. Bu da toplam nüfusun %8.25'ine denk gelmektedir (TÜİK, 2022). Bir popülasyondaki 65 yaş üzerindeki bireylerin toplam popülasyona oranısına toplum yaşlılık oranı adı verilir. Yapılan orantı sonucunda çıkan sonuç %4'ün altında ise genç toplum, %4-7 aralığında ise olgun(erişkin), %7-10 aralığında yaşlı ve %10'dan fazla ise çok yaşlı toplum olarak adlandırılır. Türkiye'de doksanlı yıllarda %4.3 olan yaşlı nüfus 2014 yılındaki yapılan araştırmaya göre bu oran %8.2'ye gelmiştir (SAGEM, 2014). Bu oran 2022 yılında 8451669 insanla %9.9'a denk gelmiştir (TÜİKc, 2022). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulunca 21. yüzyılın hem ülkemizde hem dünyamızda "yaşlı yüzyılı" olacağı

tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfus istatistikleri göz önüne alınınca Türkiye dünyada 167 ülke içinde 66. sırada yer almaktadır (TUİKd, 2018).

TÜİK'in yayımladığı “İstatistiklerle gençlik” araştırmasında yer alan nüfus projeksiyonlarına göre, genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yıllar içinde azalmakta ve ülkemizin ilerleyen yıllarda çok yaşlı ülkeler kategorisine gireceği öngörülmektedir. Bu durum yaşlı bireylerin sağlık durumunu, problemlerini ve onların çözümünü çok daha önemli bir hale getirmektedir. Yaşlanma sonucu oluşan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler nedeniyle bireylerde sağlık problemleriyle karşı karşıya kalma ihtimali artmaktadır ki bu problemlerin en önemlisi düşmedir. Toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik gösterse de her toplumun kendi popülasyonundaki 65 yaş üstü bireylerin üçte biri düşmektedir (Özden ve ark., 2012). Dünyada nüfus artış hızı 20. yüzyılın başlarında hızlanmış; 1900 yılında 1.650 milyar olan dünyadaki insan sayısı 1950 yılında 2.520 milyar kişiye ulaşmıştır. Ölüm oranlarındaki düşüşle beraber 1950’li yıllardan sonra dünyadaki insan nüfus artış oranı hızlanmıştır. Bu konuyla ilgili yapılan tahminlerde 2050 yılında dünya nüfusunun 8.9 milyar insana ulaşacağı öngörülmektedir. Birleşmiş Milletler’in yayınlamış olduğu istatistiksel verilere göre 2050 yılında Türkiye nüfusunun 100.6 milyon olacağı düşünülmektedir (Karadakovan, 2014).

Nüfus yaşlanması, bir ülke veya şehirdeki nüfus yapısının farklılaşması sonucunda meydana gelir. Bu durum, genç ve çocuk nüfusun oranının azalması ve yaşlı bireylerin (genellikle 60 yaş ve üstü ya da 65 yaş ve üstü) oranının göreceli olarak artması anlamına gelir. Küresel yaşlanma aynı zamanda “demografik dönüşüm” olarak da adlandırılır. Bu dönüşüm, demografik sürenin azalmasına karşın, doğumdan sonraki yaşam süresinin arttığı bir eğilimi ifade eder. Sonuç olarak, nüfus içinde genç ve çocuk nüfusun oranı azalırken yaşlı nüfusun oranı artar. Nüfus artışı ve nüfus yapısı, temel olarak doğumlar, ölümler ve göçler olmak üzere üç ana faktör tarafından etkilenir. Doğumlar ve ölümler, nüfus yapısını belirgin bir şekilde değiştirirken, uluslararası göçlerin etkisinin çoğu ülkede sınırlı olduğu belirtilmektedir (Bilgili ve Kitiş, 2019). Nüfusun yaşlanması; sosyal güvenlik sistemi, sağlık hizmetleri ve emeklilerin maaşlarının ödenmesi üzerine negatif bir etki oluşturmaktadır.

2.3. Yaşlılarda Vücut Sistemlerinde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma sürecinde genetik özellikler, bireysel özellikler ve dış etkenlere bağlı olarak bazı farklılıklar meydana gelmektedir. Bu farklılıklar çoğu zaman yaşlanma evresinin doğal bir sonucudur. Yaşlanma evresinde yaşlanmaya bağlı olarak fizyolojik kayıpların oluşması öngörülse de bu kayıpların oluşma süresi bireylerin yaşam tarzları ve çevresel özelliklerine göre bireyden bireye çeşitli değişiklikler göstermektedir (Bilgili ve Kitiş 2019). Yaşlılık döneminde vücutta bir takım fizyolojik ve metabolik değişiklikler gerçekleşmektedir. Bu değişimlere göre bireylerin besin gereksinimleri etkilenmektedir. Yaşlılıkta vücut ağırlığı, vücut bileşimi, iskelet sistemi ve su metabolizmasında değişiklikler gözlenmektedir. Vücut ağırlığı kazanım hızında yavaşlama, vücut bileşiminde ise yağsız doku ağırlığında düşüş, yağlı doku ağırlığında artış meydana gelir. Yağsız dokunun yani kas dokusundaki kayıp sonucunda kas gücünde zayıflama gerçekleşir. Kas gücündeki zayıflama ise yürüyüş ve denge problemlerine neden olarak düşme ve kırık riskini artırır. İskelet sistemindeki en büyük değişikliklerden biride yaşlılıkta kemiklerin mineral içeriğinin özellikle kalsiyumun azalmasıdır. Çünkü bu dönemde kalsiyum emilimini azaltan, atımını artıran faktörler(yüksek yağ, posa, alkali ortam, fazla çinko ve alüminyum alımı vb.) kemik yoğunluğunun azalmasını hızlandırmaktadır (Kılınç ve ark., 2014). İnsan yaşının artmasıyla bakıma ihtiyacı olan kişi sayısının arttığı gibi sistem ve organlarda değişiklikler de olmaktadır. Genellikle 40 yaşından sonra sistem ve organlarda fizyolojik ve biyokimyasal gerilemeler başlamaktadır. Beş duyu organında olan değişiklikleri rahatlıkla fark ederken iç organlarda olan değişimler geç fark edilebiliyor veya hastalıklar ortaya çıktıktan sonra anlaşılabilir (Gündüz, 2018). Yaşlılıkta meydana gelen değişiklikler öncelikle sinir sistemi ve kas sistemi üzerinde etkili olur. Sinir hücrelerindeki kayıpların yanında, bir kısım hücresel elementlerde ise artış gözlenir. Beyin zarındaysa 10-12 milyar olarak tahmin edilen sinir hücre sayısında günlük olarak 100000'lik bir azalma olmaktadır. 20-96 yaşları arasında beynin ağırlığı %7-11 azalır. Normal yaşlanma süreciyle birlikte beyin ağırlığının yanında kan akımı da azalır. Beyin hücreleri arasındaki çeşitli elektriksel ve sinaptik bağlantılarda azalma görülür. Bunama dışında birçok bölgede ileri sinir hücresi kaybına rağmen bilişsel fonksiyonlarda azalma görülmez (Altındış, 2013).

2.3.1.Kardiyovasküler Sistem

Yaşlılık, sürece bağlı oluşan bedensel ve fiziksel değişimler sonucu kardiyovasküler sisteme de etki etmektedir. Bireyin yaşlanması ile birlikte kalbin pompaladığı kanın miktarında, kalp atım hızında, kalp atım sayısında azalma olur. Damarların esneklik özelliklerini kaybetmesi nedeniyle kan basıncında artış görülür. Bu artışa rağmen, damar çapındaki azalma nedeniyle organ ve ekstremitelerdeki kan akışı azalır. Kalbin fiziksel olarak boyunda bir değişim olmaz. Ancak sol ventrikül hipertrofisi veya aort boyunda artma ve genişleme oluşabilir. Bu durum baroreseptör reflekslerde azalmaya ve akabinde postural hipertansiyona, son olarak da denge bozukluğu da varsa düşmeye sebep olabilmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008). Yaşlı insanlarda kardiyovasküler problemler hastalık ve ölüm sebepleri içerisinde ilk sıradadır. Bu problemlerin ilki de Koroner Arter Hastalığı (KAH), hipertansiyon, dislipidemi (kan yağlarının yüksek olması), kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı (çevresel damar) ve metabolik sendrom gelmektedir. Kardiyovasküler hastalıklara geçmeden önce kardiyovasküler risk faktörlerine de değinmek gerekir. Bu risk faktörlerini üç grupta inceleyebiliriz.

- Değiştirilemeyen risk faktörleri: Yaş ve cinsiyet, Pozitif aile hikâyesi
- Değiştirilebilen risk faktörleri: Sigara, Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diabetes mellitus, Obezite ve sedanter yaşam, Stres
- Yeni risk faktörleri arasında yüksek duyarlı C-Reaktif Protein (CRP), manyetik rezonans görüntüleme ile aterosklerotik plak analizi, Homosistein, d-dimer, doku tipi plasminojen aktivatörü, plasminojen aktivatör inhibitörü-1, Lipoprotein(a), Karotis intima-media kalınlığı, koroner arter kalsiyum skoru için bilgisayarlı tomografi taraması ve Fibrinojen bulunmaktadır (Gülel, 2012).

Bu risk faktörleri hedef organ hasarı gelişmesi riskini artıran faktörlerdir (Altındış, 2013). Bilişsel yetenekler ve iletişim bozukluklarına sebep olan inme ve tanılanmış demans hastalıklarının genellikle kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak gelişmesi yaygın klinik bir bilgidir. Daha az bilinen ise kardiyovasküler hastalıkların, bilişsel yetenekleri ve iletişimi, nörolojik hastalık tanısı koyulmadan çok uzun zaman önce etkilemeye başlamasıdır. Bu açıdan dolaşım sisteminin iletişime etkisi oldukça çarpıcıdır (Can, 2020). Yaşlanma ile birlikte kalbin kas ve ileti yapısı azalırken diğer taraftan bağ dokuda

artış olur. Kalp kasının zayıflamasıyla kalpten pompalanan kan da miktar olarak azalır. Damar duvarları daha kalın ve daha az elastik hale gelir (Bilgili ve Kitiş, 2019). Yaşlanmaya bağlı kalpte oluşan genetik sebepli değişiklikler ve fiziksel hareketsizlik kalp yetmezliğine yol açmaktadır. Kardiyovasküler sistem üzerine olumlu etkileri olan egzersizler yürüme, koşma, su içi egzersizler, yüzme, bisiklete binme, dans etme ve aerobik gibi sayılabilmektedir (Chodzko-Zajko ve ark., 2009).

2.3.2. Pulmoner Sistem

Yaşlanmaya bağlı olarak akciğerin yapısında dolayısıyla da pulmoner sistemde fizyolojik ve biyolojik değişimler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler akciğerin elastik özelliğinde, göğüs kafesi duvarının sertleşmesine ve solunumu sağlayan kasların dayanıklılığında ve gücünde azalmaya ve dolayısıyla da akciğerlerin oksijen taşıma miktarında ciddi azalmalara kadar sebep olmaktadır. Bu değişikliklerin tamamı aynı zamanda akciğerin kendini koruma yeteneğinin azalmasına ve birçok hastalığa yakalanma riskinin artmasına sebep olmaktadır. Yeterince gaz taşıma kapasitesine sahip olmayan yaşlı bireylerin vücutları daha çabuk yorgun düşebilmektedir (Coşkun, 2015).

Genç erişkinlerde yaklaşık 75 metrekareye kadar olan solunum yüzey alanı, yaşlanma sürecinin bir sonucu olarak alveoller arası septumların zarar görmesi nedeniyle her on yılda yaklaşık 3 metrekareye azalma gösterir. Bu azalmada tütün kullanımı, endüstriyel dumanlar ve çevre kirliliği gibi faktörler etkili olabilir. Bu durum akciğer kapasitesindeki düşüşe neden olurken, vital kapasite, residüel akciğer kapasitesi ve temel oksijen tüketiminde de azalmaya yol açabilir. Trakeada kartilaj dokunun kalsifikasyonu sertlik ve kalınlaşmaya, buna bağlı larinksin yapısının bozulmasına ve öksürme refleksinin azalmasına neden olur. Ses tellerinin elastikiyetini kaybetmesi nedeniyle sesin tonu ve niteliği bozulur. Akciğerlerin boyutları, ağırlığı ve elastikiyeti azalır. Akciğerlerde silya sayısı ve hareketleri azaldığı için sekresyonların atımında güçlük gelişir. Bunların tümü inspirasyon ve ekspirasyon sorunlarına neden olarak oksijenlenmeyi bozar ve yaşlı bireyleri akciğer enfeksiyonlarının gelişimi açısından riskli duruma getirir (Karadakovan, 2014). Pulmoner tromboemboli (PTE), sadece pulmoner vasküler yatak kısmını, derin ven trombozu ise derin bacak venlerindeki trombüsü ifade eder. Pulmoner emboli (PE), vakalarının büyük bir kısmında alt ekstremitelerde derin venlerinde meydana gelen trombüslerden kopan parçaların pulmoner arter ve/veya dallarını tıkaması ile gelişen

morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır (Uresandi ve ark., 2004). Yaşlılıkla beraber venöz tromboemboli insidansı artmaktadır. Ayrıca pulmoner emboli yaşlı hastalarda genç hastalara göre daha ölümcül seyretmektedir. Yaşlı hastalarda PE tanısı koymak PE'yi taklit eden diğer kalp ve akciğer hastalıklarının yaşlılardaki artmış insidansı nedeniyle zordur. Dahası PE tanısı için klinik olasılık, D-dimer ölçümü, alt ekstremitte venöz doppler ultrasonografisi, ventilasyon/perfüzyon akciğer sintigrafisi ve bilgisayarlı tomografi gibi tanısal çalışmalar yeterlidir (Altındış, 2013).

2.3.3. Gastrointestinal Sistem

Her türlü gıdanın yapıtaşları; karbonhidratlar(şekerler), yağ, protein, vitamin ve minerallerdir. İşte GİS, besinler kanal boyunca ilerlerken, salgıladıkları sıvılar aracılığıyla gıdaları bu yapıtaşlarına indirger (sindirim) ve daha sonra emilimini (absorbsiyon) sağlar. Alınan gıdalar önce dişler aracılığı ile parçalanır, tükürük salgısı ile yumuşatılır ve dil ile yutağa atılır. Gıdalar öncelikle midenin fundusunun (proksimal kısım) gevşemesi ile bu bölgede biriktirilir ve proksimalden distale doğru olan kısılmalar ile ilerletilir. Midenin sindirimdeki en önemli görevi, gıda yapıtaşlarından olan proteinlere yöneliktir. Mide, pepsin ve çok güçlü asit olan hidroklorik asidi salgılar ve bu salgılar proteinlerin parçalanmasını sağlar. Çok güçlü protein parçalayıcısı olan asit ve pepsin ise, mide mukozasına zarar vermeden işlev görür. Bu da mide mukozasını kaplayan mukus tabakası ve asidi nötralize eden bikarbonat sayesinde olur. Bu asit ve pepsin sentezi temel olarak midenin korpusunda (orta kesimde) gerçekleşir. İnce barsak boyunca, sindirilemeyen lifler ve su kalın barsağa geçer. Normalde ağızdan günlük 3 litre kadar su alınırken, tükürük sekresyonu, mide sekresyonu, safra sıvısı ve pankreas sıvısı olmak üzere duodenum 2. kısmına yaklaşık 10 litre sıvı ulaşır. İnce barsak boyunca lifli gıda artıkları ile beraber 1 litre su da ulaşır. Kalın bağırsağın görevi ise bu 1 litre suyun 900 ml sinin emilmesi ve feçes (sindirilmeyen ve emilmeyen lifli gıda artıkları) ile birlikte günlük 100 ml (yarım su bardağı kadar) suyun anüsten atılmasıdır (Altındış, 2013). GİS ve ilişkili yapılarda yaşlanmaya bağlı meydana gelen değişiklikler beslenme, sindirim, boşaltım işlevlerini etkilemektedir. Ağız ve dişler: Periodontitis dişlerin düşmesine, dolayısıyla ısırma ve çiğneme görevlerinin, gıda alımının, ağız mukozasında bozulmaya, toplumdan dışlanmaya neden olur. Yutma: Yaşlanmaya paralel olarak yutma güçlüğü problemi artar. Yemek borusu genişlemesine bağlı öğürme refleksinin baskılanması

yutma ve aspirasyon sorunlarına neden olur. Mide -Bağırsak Motilitesi, Sindirim: Mide sekresyonlarını sağlayan salgı bezlerinin atrofisi sonucu intrinsek faktör ve hidroklorid asit salgısının azalması sindirim ve emilim sorunlarına neden olur (Karadakovan, 2014). Genel olarak yaşlanmanın vücutta birçok belirtisi olmakla beraber gastrointestinal sistemde genellikle hareketlerde, enzim salgılanmasında veya emilimlerinde yavaşlamalara sebep olmaktadır. Diş yapısında bozulmalar, ağızda/midede veya bağırsaklarda sindirim enzimi salgılanmasında azalmaya ve bununla birlikte sindirim sistemindeki kaslarda meydana gelen zayıflama gastrointestinal sistemdeki başlıca değişimlerdir. Midenin esnek yapısındaki bozulmalardan dolayı yiyecekler mide içinde daha zor sindirilir ve daha uzun süre midede kalmaya başlar, buda hazımsızlığa ve reflüye sebep olmaktadır. Kalın bağırsak yapısındaki bozulmalar nedeniyle kabızlık durumuyla sık karşılaşılır. Yaşlanma ve gastrointestinal sistemdeki bu sıkıntılar ilerleyen süreçlerde kronik ve sistemik hastalıklara dönüşmektedir. Bu durumlar da yaşın ilerlemesiyle doğru bir şekilde beslenmenin önemini daha çok ortaya çıkarmaktadır (Göken, 2015). Gastrointestinal sistem (GİS) yaşlanmada en az etkilenen sistemlerden biri olmakla birlikte bu sistemde değişiklikler de mevcuttur (Özkayar ve Arioğul, 2007). Yaşlanma ile birlikte midedeki mukus miktarı ve besin emiliminde azalma, özofagus kasılma miktarında düşüş, mide esnekliğinde azalma ve gastroözofajiyel reflü oluşumu, laktaz üretimi azalması ile süte karşı vücudun tepki vermesi, barsak hareketlerinin azalması, kan akım hızının yavaşlaması gibi farklılıklar olabilir. Sindirim sisteminde oluşan bu farklılıklar iştahta azalma, kaşeksi, ishal, dispepsi, kabızlık, kilo artışı gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Bilgili ve Kitiş, 2019). Sindirim sistemi ağızdan anüse kadar uzanan ve her aşamada besinlerin farklı kimyasal ve mekanik işlemlerden geçirildiği ve absorbe edildiği bir sistemdir. Sindirim sistemi içerisinde solunum sisteminde de olduğu gibi konuşma organları da yer aldığı için bu sistemdeki yaşla birlikte ortaya çıkan değişikliklerin iletişim üzerine hem primer hem de sekonder etkileri mevcuttur (Can, 2020).

2.3.4. Nörolojik Sistem

Beyin kütlesi 65 yaş üstünde, genç yetişkinliğe göre yaklaşık %10 oranında azalırken, 80 yaşında bu oran %17 olmaktadır. Yaşla birlikte beyindeki nöronlarda azalma ve motor aksonların ileti hızı azalır. Bu sebeple olaylara verilen tepki süresi uzar. Sinirlerdeki

iletinin yavaşlaması, kas kuvvetinin azalmasına neden olur. Yemek, yıkanmak ve giyinmek gibi günlük yaşam aktiviteleri için daha uzun süreye ihtiyaç duyarlar (Bilgili ve Kitiş, 2019). Bunun yanında yaşlanma ile birlikte özellikle hafızada, plan yapmada, işlem hızında ve öğrenme performansında azalma gözlenebilir. Sinir hücresi sayısı ve fonksiyonlarındaki ileri yaş ile birlikte meydana gelen değişiklikler bireylerin travmalara karşı daha hassas ve kırılgan olmasına neden olmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde kronik ağrıya neden olan nörolojik hastalıklarda yaşam kalitesini uzun vadede olumsuz etkilemektedir (Can, 2020). Yaşlı bireyler 80'li yaşlara kadar entelektüel yeterliliklerini sürdürür. Konuşma, öğrenme gibi işlevler hafif düzeyde yavaşlamalarla sürdürülebilir. Bireysel risklere göre bellek farklı düzeyde değişikliklerle sürdürülür. Nörolojik ve bilişsel işlevlerde meydana gelen değişiklikler her yaşlı birey için aynı değildir. Bireyin yaşam biçimi alışkanlıkları, diğer sağlık sorunları, genetik ve bireysel özellikleri değişikliklerin ortaya çıkışı ve şiddetini etkiler (Karadakov, 2014).

2.3.5. Kas-İskelet Sistemi

Yaşlılıktaki en önemli farklılaşmalardan biride eylemlerde azalmadır. Bu azalma kasların daha az kullanılmasına ve kas yıkımlarına sebep olmaktadır. Sonuçta kuvvet kaybı olarak fonksiyonların azalmasına neden olur. Kaslarda yaşla meydana gelen önemli değişiklikler hücre düzeyindedir. Yaşlanmayla beraber hızlıca hareket etmeyi sağlayan tip 2 kas lifleri sayısı azalırken yavaş hareket etmeyi sağlayan tip 1 kas lifleri aynı kalmaktadır (Gündüz, 2018). Hücre değişikliğiyle birlikte önce kas kontraktil (kasılabilir) elemanlarını kaybeder ve kas fibril adedinde azalma olur. Yaşlanmayla birlikte vücuttaki kas miktarı azalabilir. Kişide 50-90 yaşları arasında on yılda bir kas atrofisi (kullanmaya bağlı küçülme) sonucu ortalama 1,2 kg kütle kaybı olur. 60-70 yaşındaki bireylerin kas kütlesi %25-30 oranında azalmıştır. Yaşlanma ile kasın kuvvet kaybı ve yavaş kasılması daha çok tip 2 fibrillerde (tip 2b) meydana gelen azalmanın sonucudur. Kas sisteminde meydana gelen hücresel ve fonksiyonel kayıpların diğer sebepleri ise beslenme bozukluğu ve hormonal değişikliklerdir. Fakat en etkili olan neden sedanter yaşam yani hareketsizliktir (Altındiş, 2013).

Hareketlilikteki düşüş daha çok hastalık halinde kas miktarının daha fazla düşmesine sebep olmaktadır. Bu sebeple de vücut gücünde ve koordinasyonunda azalmalar oluşur. Eklemleri birbirine bağlayan kollojen liflerin içerisinde var olan proteinlerin kimyasal

olarak değişmesi, elastikiyetin azalmasına sebep olur ve kollojen lifler daha kolay yırtılabilir, yırtıldıklarında daha zor iyileşirler (Bilgili ve Kitiş, 2019). Kemik yapıyla ilgili değişiklikler de 30-40 yaşlarında başlayıp her 10 yılda bir giderek ilerleyici biçimde devam eder. Kadınlarda iskelet kütlesinde kayıp her 10 yılda bir yaklaşık %8, erkeklerde %3 civarında olmaktadır. İskelet sistemi ile ilgili epifizlerde, vertebrada ve çene kemiğinde meydana gelen dekalsifikasyonlar kırık oluşma riskini arttırmakta, dış kayıplarına, boy kısılmasına neden olmaktadır. Torasik vertebralar arasında daralmalar sonucu sırtta öne doğru eğilme ve kamburlaşma ile belirgin kifoz gelişebilmektedir. Kifoz ve omurlar arasındaki mesafenin daralması boy kısalığına neden olmaktadır (Karadakovan, 2014). Bireyler yaşlandıkça kas-iskelet sistemi zayıflar ve bu da düşmelere karşı hassasiyetlerini artırır. Bu bozulma öncelikle kaslara, kemik yapılarına, eklemlere, bağ dokularına veya yumuşak dokulara verilen hasardan kaynaklanır. Kemikler, temel yapı taşları olan osteoblastlar, osteoklastlar ve osteositlerden oluşur. Vücutta osteoblastlar ve osteoklastlar denge halindedir. Bununla birlikte, yaşlanma bu dengeyi bozarak vücudun kemik oluşumu yerine kemik yıkımını tercih etmesine neden olur. Sonuç olarak, kemik yapısındaki toplam kalsiyum miktarında bir azalma, kemik korteksinde bir zayıflama ve havers kanallarının sayısında ve yapısında bir artış meydana gelir, bu da kemik yapısının zayıflamasına ve kırık riskinin artmasına neden olur. Kemik yapısındaki günlük değişikliklerle birlikte kemik mineral yoğunluğundaki yaşa bağlı düşüş, yaşlı bireylerde düşme olasılığını artırır. Kadınlar menopoza nedeniyle kemik kütlesinde daha fazla azalma yaşarlar. Yaşlanma, elastik dokularda elastikiyet kaybına ve sarkopeni olarak bilinen kas kütlesinde bir azalmaya neden olur. Bireyler yaşlandıkça, kas lifleri nöral uyaranlara daha az duyarlı hale gelir ve kas refleksleri yavaşlar. Eklemlere bağlı herhangi bir dokudaki bozulma, kemik ve kas sistemlerinin birbirine bağlı olması nedeniyle eklem hareketlerini doğrudan etkiler. Bu kas-iskelet sistemi değişiklikleri eklem yapısında ve hareketlilikte bir azalmaya yol açar. Ayrıca kemiklerdeki lifli bağ dokuların kimyasal yapısındaki değişiklikler, yaşlanmayla birlikte bu proteinlerde elastikiyet kaybına neden olur (Gündüz 2018; Soyuer ve Soyuer, 2008).

2.4. Yaşlılarda Düşme

Düşme olayı herhangi bir etken güç, bayılma veya felç gibi durumlar olmaksızın, çoğunlukla dikkat eksikliği nedeniyle bireyin bulunduğu konumdan daha aşağı bir

konuma sert ve dengesiz bir şekilde inerek hareketsiz durumda olması olarak tanımlanır. Düşmenin görülme sıklığı yaş ilerledikçe artmaktadır (Demir ve İnterler, 2011). Bu durum yaşlılarda en önemli mortalite ve morbidite sebeplerindendir (Herman ve ark., 2010). DSÖ'ye göre, düşmeler yaşlılar arasında önemli bir sorundur. 2004 yılında DSÖ, 65 yaş ve üstü insanların yaklaşık üçte birinin düştüğünü ve bu oranın 75 yaş üstü bireylerde daha da arttığını bildirdi. Bu vakaların %20 ile %30'unda düşmelerden kaynaklanan yaralanmalar hareket kabiliyetinde azalmaya, bakıcılara daha fazla güvenmeye ve daha yüksek ölüm oranlarına yol açar. Sonuç olarak, hastanede kalış süreleri uzamakta, tıbbi tedavi gereksinimleri artmakta ve bu da devletler için ek masraflara yol açmaktadır (Çınarlı ve Zeliha, 2015). Düşme her yaş grubu için travma olarak hastanelerin acil servislerine en çok başvuru sebebi olup, bireylerin günlük hayatlarına tekrar geri dönmelerini ve bireysel bakım yeteneklerini azaltan en önemli durumlardandır. Yaşlı bireylerin kazayla gerçekleşen yaralanmalardaki ölümlerde düşme %27 ile ilk sırada yer almaktadır (Çobanoğlu ve Melek, 2011). Yaşlı insanlarda ev içi kazalar önemli yaralanma ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Yaşlı bireylerde en çok görülen ev içi kazalar düşme nedeniyle oluşan kazalardır. Düşmeler yaşlı bireyler içerisinde var olan ölüm ve sakatlanmanın en büyük sebeplerindendir. Yaşlı bireylerde düşme sıklığı, düşme sertliği ve düşmeye bağlı komplikasyonlar yaştan artması ve fiziksel zayıflıkla birlikte artmakta ve düşme durumu %30-50 civarında değişmektedir (Bilgili ve Kitiş, 2019).

Düşme 65 yaş üstü bireyler içinde oluşan ölüm ve sakatlanmanın en ciddi nedenlerindendir. Yaşlı bireylerde gerçekleşen düşmenin yarattığı önemli sorunlarından biri de düşme olayının tekrarlayacağı korkusudur. Daha önce düşme olayını yaşayan ve düşmekten korkan yaşlı bireylerde tekrarlayan düşmeler sıklıkla yaşanmaktadır. Düşme olayı yaşlı insanlarda korkuya sebep olduğu gibi yaşlı bireylerin sosyal çevrelerini de endişelendirmektedir (Bilgili ve Kitiş, 2019). İsviçre'de yapılan bir araştırma, ülke nüfusunun %38,5'ini oluşturan yaşlı nüfusun %30'unun, %50 tekrarlama olasılığıyla her yıl düşme yaşadığını ortaya koydu. Bu tür tekrarlanan düşmeler, azalan fiziksel aktivite, sosyal izolasyon ve sık sık hastaneye yatış dahil olmak üzere olumsuz sonuçlara sahiptir. Ek olarak, sürekli ve tekrarlayan düşüşler yaşayan yaşlıların huzurevlerinde veya uzun süreli bakım tesislerinde kurumsallaşma olasılığı ve ölüm oranları ilk kez düşenlere göre daha yüksektir (Amacher ve ark., 2016). Tayvan'da yapılan başka bir araştırma, düşmeye

bağlı oluşan mortalitenin %47.8'inin 65 yaş ve üstü bireylerde meydana geldiğini bildirdi. Ayrıca bu tür düşmelerin %68.8'i tıbbi müdahale gerektirmiş ve bu vakaların %15'i hastaneye yatışla sonuçlanmıştır (Hsiao ve ark., 2012).

Genel olarak düşmeyi şu şekilde sınıflandırabiliriz:

- Açıklanabilir Düşme: Kayma, birinin çarpması, ayağımızın takılması gibi çevresel bir tehlikenin düşmeyle neticelenmesidir.
- Açıklanamayan Düşme: Düşme durumunun anlaşılır bir sebebinin olmamasıdır.
- Tekrarlayan Düşme: Yıl içinde birden fazla düşmenin gerçekleşmesidir.
- Açıklanabilen Bilinç Kaybı: SVO, MI, intraserebral kanama, çok fazla miktarda madde kullanımı veya epilepsi tanılarının olay anı itibarıyla bir hafta içinde konulmasıdır.
- Açıklanamayan Bilinç Kaybı: Yapılan herhangi rutin bir inceleme neticesinde bilinç kaybının nedeninin belirlenememesidir (Davies ve Kenny, 1996).

2.5. Yaşlılarda Düşme Nedenleri

Yaşlılarda düşme problemleri yaşanma nedenlerinin yüzdelikleri: %31 oranında ev içi kazalar, %17 oranında yürüme ve denge bozukluğu. %15 bilinen belli başlı nedenler, %13 baş dönmesi/vertigo, %10 düşme atağı, %4 konfüzyon %3 görme sorunları, %3 postural hipotasyon ve %5 bilinmeyendir (Bilgili ve Kitiş, 2019). Düşmelerin tek bir nedene atfedilmesi yanlıştır, çünkü bireyler birden fazla risk faktörüne karşı hassastır. Risk faktörlerinin sayısı arttıkça düşme olasılığı da artar. Bu risk faktörlerinin çoğu önlenabilir risk faktörleridir. Bireyler arasındaki ortak algı, düşmenin yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğu yönündedir. Ancak, bireyleri bu tür olaylardan korumak için önleyici tedbirler uygulanmadığında düşmelerin kaçınılmaz hale geldiğine dikkat etmek önemlidir (Guimaraes ve Farinatti, 2005). Düşmeler genellikle fiziksel veya çevresel faktörlere atfedilse de birden fazla faktörün yakınsaması bir düşüşü tetikleyebilir. Bireyin doğasında olan içsel risk faktörleri, yaşlandıkça ortaya çıkan fiziksel ve bilişsel değişiklikleri içerir. Yaşlanma, fiziksel ve biyolojik fonksiyonda azalmaya neden olarak düşmeye yatkınlığı artırır. İçsel risk faktörlerine örnek olarak ilerleyen yaş, akut veya kronik hastalıklar, polifarmasi (birden fazla ilacın yersiz kullanımı), fiziksel engeller, azalmış duyuşsal algı ve denge sorunları sayılabilir. Azalan görme, dengenin bozulması, bilinç kaybına yol açan

kan basıncında kademeli azalma, azalan biyolojik fonksiyon ve geri dönüşü olmayan değişiklikler nedeniyle yaşlı yetişkinler arasında düşme olasılığı daha yüksektir (Toraman ve Aynur, 2006). Bu nedenle, fiziksel faktörlerin ve deformitelerin yönetilmesi düşme riskini daha da azaltabilir. Örneğin, görme sorunlarının ele alınması veya kulak sorunlarının düzeltilmesi bu konuda yardımcı olabilir. Ayrıca ortam aydınlatmasının ayarlanması, zeminlerin kuru ve dağınık olmamasının sağlanması, merdiven veya banyo/tuvalet gibi alanlara korkuluk yerleştirilmesi, kaymaz ayakkabı kullanılması gibi dış etkenlerin de düzenli olarak izlenmesi ve kontrol edilmesi gerekmektedir (Guimaraes ve Farinatti, 2005). Düşme olasılığının artması, kötü sağlık, kronik rahatsızlıklardan kaynaklanan sınırlı veya azalmış hareketlilik, denge sorunları, anamnezde kaydedilen önceki düşmeler veya bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkilidir (Vickers, 2017).

65 yaş üstü bireyler için düşme riski etmenleri (Rao, 2005).

a) İçsel etmenler

İleri yaş, öyküsünde düşme olması, cinsiyet (kadınlarda düşme olasılığı erkeklere göre da çoktur), evde tek başına yaşama, herhangi bir sebepten ötürü yatalak olmak, akut ve ya kronik rahatsızlıklar, bağırsak problemleri, hareketsiz yaşam şekli, besin alımında yetersizlik, fazla ilaç kullanımı (4 veya daha fazla ilaç kullanımında bu oran artmaktadır), bilişsel bozukluklar, fiziksel deformasyonlar, göz ve kulak problemleri, sinir sistemi rahatsızlıkları, ayaklarda problem oluşması ve ruhsal problemler.

b) Dışsal etmenler

1) Ev içi etmenler: Kaygan, ıslak ve düzensiz zemin, kaygan halı ve sabitlenmemiş eşyalar, elektronik eşyaların kablolarının ortalıkta olması, eşya sayısındaki fazlalık, ayağa batma veya kaymaya sebep olacak küçük eşyaların yerde olması, aydınlatmanın yetersiz oluşu, banyo ve tuvaletlerin yaşlı bireylere göre olmaması, yürümeye yardımcı aletlerin sağlam ve uygun olmaması.

2) Ev dışı etmenler: Cadde ve kaldırımların düzensiz veya çok yüksek olmaları, merdiven bozuklukları (trabzansız olması, basamaklar arası orantısızlık), yüksek kapı eşikleri, aydınlatmanın yetersiz oluşu, ev dışına uygun olmayan ayakkabı kullanılması.

65 yaş üstü bireyler için en sık düşme nedenleri arasında; kazalar, fiziksel tehlikeler, yatak düşmeleri, bedensel fonksiyon bozuklukları, baş dönmeleri, akut rahatsızlıklar, bilişsel

deformasyonlar, hipotansiyon, aşırı ilaç veya madde kullanımı, nörolojik rahatsızlıklar, görme ve işitme problemleri gibi durumlar yer almaktadır (Rubenstein, 2006).

Düşme riski etmenleri başka bir sınıflamada ise demografik etmenler, biyolojik etmenler, risk etmenleri ve davranışsal etmenler olarak 4 grupta ele alınmıştır. Demografik faktörlerle ilgili olarak, epidemiyolojik kanıtlar, siyah ten rengine sahip bireylerin düşme insidansının daha düşük olduğunu göstermektedir. Kronik hastalıklar, mali kısıtlamalar nedeniyle sağlık hizmetlerine yetersiz erişimle birleştiğinde düşme olasılığı artar. Kadınlar, muhtemelen nispeten düşük ekonomik statüleri nedeniyle düşmeye erkeklerden daha yatkındır (Gama ve ark., 2008). Biyolojik faktörler açısından yaş ve cinsiyet birincil belirleyicilerdir. Bireyler yaşlandıkça, düşme yaşama olasılıkları artar. Çoğu çalışma, kadınların erkeklerden daha fazla düşme yaşadığını öne sürse de ölümle sonuçlanan düşmeler erkekler arasında daha yaygındır (Karataş ve Maral, 2001). Düşme sayısı, şiddeti ve düşme nedenli oluşan komplikasyonlar yaş ilerledikçe artmaktadır. Tıbbi ve bedensel durumlar da biyolojik etmenler içinde yer almaktadır (Gama ve Gomez-Conesa, 2008). Tıbbi durumlar arasında, bireylerin yaşı olarak ortaya çıkan kronik hastalıklar, daha yüksek düşme insidansına katkıda bulunur. Hipotansiyon, inme, kalp rahatsızlıkları, görme bozukluğu, denge problemlerine yol açan işitme kaybı, bunama, epilepsi, vertigo, omurga ve eklem rahatsızlıkları, ayak şekil bozuklukları, alt ekstremitte hastalıkları, kas-iskelet rahatsızlıkları, diyabet, depresyon vb. düşme olasılığını doğrudan etkileyebilir (Guimaraes ve Farinatti, 2005).

2.6. Yaşlılarda Düşme Korkusu

Yaşlı bireylerde gerçekleşen düşmenin yarattığı önemli sorunlardan biri de düşme olayının tekrarlayacağı korkusudur. Daha önce düşme olayını yaşıyan ve düşmekten korkan yaşlı bireylerde tekrarlayan düşmeler sıklıkla görülmektedir. Yaşlı insanlar düşme korkusu ile var olan aktivitelerini kısıtlamaktadırlar. Yürümek, ev içi hareketler gibi kolay aktiviteleri reddedebilmekte hatta bazen banyo yapmak, tuvalete gitmek gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekten bile kaçınabilmektedirler (Bilgili ve Kitiş, 2019). Düşme korkusu, bireyin dengesini sağlama ve rutin işlerini düşmeden gerçekleştirme konusundaki endişesi veya güven eksikliği olarak tanımlanabilir. Yaşlı bir birey düşme sonrasında herhangi bir fiziksel yaralanma yaşamasa dahi meydana gelebilir. Bu korku dengeyi sağlamada özgüven eksikliğine yol açabilir ve bunun sonucunda

güvensizlik duygusu ortaya çıkabilir. Çalışmalar, yaşlı nüfusun yaklaşık yarısının zaten bu düşme korkusunu yaşadığını gösteriyor (Jefferis ve ark., 2014). Düşme korkusu prevalansının, hiç düşme yaşamamış yaşlı bireylerde %30'dan daha yüksek olduğu belgelenmiştir. Ayrıca düşme korkusu, bireylerin sosyal aktivitelerden kaçınmasına, yaşam kalitelerinin düşmesine, sosyal izolasyona ve hatta depresyona neden olabilir (Liu-Ambrose ve ark., 2006). Yaşlılar arasında düşme korkusu, aktivite düzeylerinin düşmesine ve günlük görevleri yerine getirme becerilerine olan güven eksikliğine neden olabilir. Bu, nihayetinde alt ekstremitelerde atrofi ve zayıflık dahil olmak üzere genel fiziksel işlevlerinde bir düşüşe ve ayrıca yaşam kalitelerinde bir düşüşe yol açabilir (Çınarlı ve Zeliha, 2015).

2.7. Yaşlılarda Düşmenin Sonuçları

Düşmelerin %20-30 doku travması, kalça kırığı, kafa travması gibi orta ve ciddi yaralanmalarla sonuçlanmaktadır. Travmatik beyin yaralanmalarının (TBY) en yaygın nedeni düşmelerdir. 2000 yılındaki TBY %46'sı düşme sonucu gerçekleşmiştir. Yaşlı bireylerdeki kırıkların pek çoğunun nedeni düşmelerdir. Sıklıkla kırıklar; omurga, kalça, kol, bacak, pelviste olmaktadır. Düşmelerde yaralanma olmasa bile pek çok yaşlıda düşme korkusu gelişmektedir. Düşen yaşlıların %50' sinden fazlası, tekrar düşme ve yaralanma korkusu ile aktiviteden kaçınabilmektedir (Bilgili ve Kitiş, 2019). 65 yaş ve üstü bireylerin hastaneye başvuruları genellikle düşme sonucu meydana gelen yaralanmalar veya ölümlerle ilişkilidir. Düşmeler kırıklara, yaralanmalara, travmalara ve hatta ölümlere neden olabilir. En sık görülen kırık türleri arasında kalça, kaburga ve kol kırıkları yer alır. Kalça kırığı olan yaşlı bireyler genellikle sağlık kurumlarında uzun süre bakıma ihtiyaç duyarlar, bazıları bir yıla kadar bakıma ihtiyaç duyar. Kırık nedeniyle yatalak olmak dehidratasyon, zatürree, idrar retansiyonu, yatak yaraları ve enfeksiyonlar gibi çeşitli sorunlara yol açabilir (Savcı ve Bilik, 2014).

2.8. Yaşlılarda Düşmenin Önlenmesi ve Hemşirelerin Rolü

Yaşlı insanların düşme yönünden incelenmesi ve değiştirilebilir risk etmenlerinin kararlaştırılması düşmeleri engellemede en önemli yoldur. Yaşlı insanı ve yaşadığı ortamı inceleme durumu olan hemşire, kazalara ve düşmelere sebep olabilecek durumları öngörme ve gerekli tedbirleri alma fırsatına sahiptir. Düşme sonucuna yönelik en önemli

koruyucu uygulamalardan biri, yaşa bağlı olarak ortaya çıkan ve düşmelere sebep olabilen fizyolojik değişiklikleri belirlemek ve gerekli önlemleri almaktır (Bilgili ve Kitiş, 2019). Fiziksel ve çevresel faktörlerden kaynaklanan düşmelerin önlenmesi, risk faktörlerinin tanımlanması ve müdahalelerin hem tıbbi ve fiziksel hem de yaşam alanlarının gözden geçirilerek çevresel düzenlemelerle yapılmasını içermektedir. Ayrıca, düzenli egzersiz programlarının önemi bir dizi çalışma yoluyla kanıtlanmış ve bu konuda rehberler oluşturulmuştur (Nursing, 2004). Sağlık hizmetlerinde artan gelişmelerle birlikte bireyler haklarının daha fazla farkına varmakta, sağlık kurum ve kuruluşları sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına öncülük etmektedir. Hasta güvenliği bu konudaki en önemli gelişmelerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetleri sırasında oluşabilecek kasıtlı veya kasıtsız hataları önlemek ve bu hatalardan kaynaklanabilecek yaralanma veya ölümleri en aza indirmek için tüm sistemin yeniden yapılandırılmasını içerir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin neden olabileceği zararları önlemek için sağlık kurumları ve profesyonelleri tarafından alınan tüm önlemleri kapsar. Hemşireler, hastanın tüm sağlık hizmeti yolculuğu boyunca bireysel güvenliği sağlamada çok önemli bir rol oynamaktadır. Hasta ve ailesini tüm riskler hakkında bilgilendirmek, tüm ortam ve durumlarda hasta güvenliğini ön planda tutmak, sağlık kurumlarında meydana gelen tüm olumsuz olayları zamanında ve eksiksiz olarak bildirmek hemşirenin görevidir (Demir ve ark., 2013).

Sağlık bakım profesyonellerinden biri olan hemşireler özellikle yaşlıların düşme riskine karşı önemli sorumluluklara sahiptir. Hemşireler, özellikle sağlık kurumlarında hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleri oldukları için düşmelerin önlenmesinde ve potansiyel risk faktörlerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Chu ve ark., 2015). Çeçen ve Özbayır (2011)'ın yaptığı bir çalışmada düşme riski durumunun incelenmesinin bireyin sağlık kuruluşuna kabulünden kurumdan çıkışına kadar geçen zamanda, hastanın durumunda olumlu veya olumsuz bir değişiklik olması sebebiyle birimler arası transferinde, düşme durumu gerçekleşmişse yine tekrarlanması, bireye özel ve uygun tedbirlerin alınıp tekrar gözden geçirilmesi ve bu durumların sürekli denetlenmesi tavsiye edilmektedir. Sağlık kuruluşlarında bireyler için güvenli çevrenin oluşturulması ile bireyleri ikincil yaralanmalara karşı savunmak sağlık çalışanının en önemli yasal ve etik görevlerindendir. Sağlık kuruluşlarında düşmelerin önlenmesi için kuruluşların kapsamlı prosedür ve kurallar oluşturması önemlidir (Berke ve Aslan, 2010).

Sağlık profesyonelleri, bu önlemlere uymaları için yeterince eğitilmeli ve talimatlandırılmalıdır. Etkili bir prosedürler ve kurallar seti, hastane içindeki yeri ne olursa olsun hastanın güvenliğini sağlayan prosedür ve kurallardır (Özata ve Altunkan, 2010). Sağlık Bakanlığı, sağlık kurumlarında hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliğini sağlamak için 2009 yılında bir bilgilendirme ve eylem kılavuzu yayınlamıştır. Bu kılavuz, düşmeleri önlemek ve hasta güvenliğini sağlamak için prosedürleri ve kuralları açıkça tanımlar. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme belgesi oluşturulması ve düşme riski olan hastaların değerlendirilmesi önerilir. Kılavuz, kurumdaki hastalar için riskli durumların belirlenmesi ve oluşabilecek düşmelerin takibinin yapılması ve bu takiplerin belirli periyotlarla istatistiğinin tutulması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca hasta transferleri konusunda tüm sağlık profesyonellerinin bilgilendirilmesi ve gerekli tüm düzenlemelerin yapılması önemlidir (Resmi Gazete, 2011).

Bakanlığın bu konudaki talimatları şunlardır (Resmi Gazete, 2011):

- Düşmeleri önlemek ve izlemek için sağlık çalışanlarına iletilen yazılı yönetmelikler oluşturmak önemlidir. Bu düzenlemeler, düşme ile sonuçlanabilecek risk durumlarını, mevcut düşme risklerinin değerlendirilmesini, düşme riski taşıyan bireyler için uygun önlemleri ve diğer ilgili konuları kapsamalıdır.
- Düşmeleri önlemek için kapsamlı önlemler belirlendi ve bu önlemlere uyulması tüm personel için zorunludur.
- Düşme riski taşıyan bireyler belirlendikten sonra, her bireye özel önlemler alınmalıdır.
- Sağlık uzmanları düşmeyi önleme konusunda sık sık eğitim almalı ve bu eğitim oturumları belgelenmelidir.
- Meydana gelen tüm düşmeler, bir olay raporu formu doldurularak bildirilmelidir. Kapsamlı bir soruşturma ve takibin ardından, düzenleyici ve önleyici tedbirler uygulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılının ortalarında uygulamaya konulan Hastane Hizmet Kalite Standartları, sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi ve gerektiğinde iyileştirmelerin uygulanmasına yönelik önlemleri içermektedir. Bu standartlar aynı zamanda düşme risklerinin belirlenmesini ve önleyici tedbirlerin uygulanmasını da ele

almaktadır. Spesifik olarak, standartlar, yatan hastaların düşme riski açısından değerlendirilmesi için yazılı bir risk değerlendirme aracının ve önceden belirlenmiş bir ölçeğin kullanılmasını gerektirir (Resmi Gazete, 2015). Düşme risklerini belirlemek ve incelemek amacıyla birçok skala bulunmaktadır. Bunlar; *Downton* düşme riski skalası, Stratify skalası, Morse düşme riski değerlendirme ölçeği, Tinetti denge ve yürüme değerlendirmesi, *Fall Risk Assessment Tool* (FRAT) ve *Hendrich II* düşme riski değerlendirme ölçekleridir (Uymaz ve Nahcivan, 2013).

Düşmeleri ve düşmeye bağlı yaralanmaları önlemeye yönelik alınabilecek bazı önemler şu şekildedir (Işık ve ark., 2006):

- Hasta odalarında acil durum alarm sistemlerinin bulunması ve kullanıma hazır olması,
- Düşme riski değerlendirmesi sonucunda yüksek puan alan hastanın hemşire desğine yakın bir odada bulunması,
- Düşme riski puanı yüksek olan bireylerin diğer sağlık çalışanlarının da durumu anlamaları için kabul edilen ve herkesçe bilinen simgelerin kullanılması,
- Hasta odaları ve lavabolarda gece gündüz fark etmeksizin yeterli ışıklandırmanın yapılması,
- Merdiven ve klinik içinde duvarlarda trabzanların bulundurulması,
- Banyolarda klozetlerin uygun şekilde ve yükseklikte olması ayrıca kaymayan oturakların olması,
- Hasta yataklarının bireylere uygun yüksekliklerde olması, frenlerinin kapalı olması ve kenarlıklarının kalkık olması,
- Hasta başı etejerlerin hastanın rahatlıkla erişebileceği uzaklıkta ve yükseklikte olması,
- Kurum içindeki merdiven basamaklarının renkli bantlar yardımıyla daha çok farkedilebilir olması sağlanmalıdır.

Hasta ve yakınlarının sürekli ve etkili eğitim programlarına alınması gerekmekte ve aşağıda belirtilen hususlarda eğitilmeleri gerekmektedir;

- Ani hareketlerden kaçınmaları,
- Eşya taşımaları durumunda düşme açısından tedbir alınması ve bir elin gerektiğinde tutunmak amaçlı boş bırakılması sağlanmalıdır,

- Kaymayan terlik veya ayakkabı kullanımı,
- Sağlıklı beslenilmesi ve sıvı alımının eksik bırakılmaması,
- Sürekli olarak vücudu ve eklemleri zorlamadan gelişim açısından çeşitli hareketler yapılmalıdır,
- Düşme öncesindeki eski güç ve kuvvete ulaşana kadar yürümeyi destekleyen aletlerin kullanılması,
- Göz kontrollerinin sürekli yapılması ve varsa gözlük temizliğine önem verilmesi,
- İlaç kullanırken sadece doktorun verdiği ve tavsiye ettiği miktarda kullanılması ve başkalarının tavsiyesiyle bilinmeyen ilaçların kullanılmaması,
- Varsa kullanılan ilcaların yan etkilerinin bilinmesi,
- Osteoporoz açısından sürekli kontrol edilmesi önerilmektedir (Bulut ve ark., 2013).

Bireylerin birçoğu düşme riskinin neler olduğunu bilmediği için kendisinin de düşme riski altında olduğundan habersiz yaşamaktadır. Bireyler günlük aktivitelerinde, iş yerinde, evde, sokakta sürekli düşme ihtimaliyle karşı karşıya olduğunu ancak yere düşünce kabullenebilmektedirler. Ancak bir sebepten dolayı düşme durumuyla karşı karşıya kaldığında bu durumdan korunmak amacıyla önlemler almaya başlamaktadırlar. Düşme durumu gerçekleşmesi halinde en çok ihtiyaç duyulan meslek grubu olan sağlık çalışanları da konu hakkında gerekli ve yeterli bilgiye sahip değildirler. Gerekli eğitimler verildikten sonra konuyla ilgili yetiştirilen sağlık profesyonelleri kurumda hasta birey için gerekli şartları ve güvenli ortamı sağlayıp ortaya çıkabilecek diğer tehlikelere karşı bireyleri koruyabilmektedirler. Mortalite ve morbiditeye olan etkisi göz önüne alınınca düşme durumu, üstünde detaylı durulması gereken ve toplumsal bilincin artırılması gereken önemli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Eyigör, 2012).

2.9. Sosyal Destek

Sosyal destek bireyin ömrü boyunca doğrudan ya da dolaylı olarak ihtiyaç duyduğu insanlar vasıtasıyla sağlanan maddi ve manevi yardımların bütünüdür (Ardahan, 2006; Doğan, 2008). Sosyal destek tanım ve kavram olarak 20. yüzyılın başında *Emile Durkheim* vasıtasıyla tanımlanmıştır ve *Emile Durkheim* sosyal desteği az olan bireylerin intihar potansiyellerinin daha çok olduğunu belirtmiştir (Khorshid ve Arslan, 2006). Sosyal destek, bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre tarafından yaşlı bireye verilen

fiziksel ve psikolojik yardımdır. Yaşlı bireyin arkadaşlarından veya çevresinden aldığı destek, stresin neden olduğu olumsuz sağlık etkilerinin azalmasına yardımcı olur (Coan ve Sbarra, 2015). Birçok yaşlı için eşi, merkezi destek sistemidir (Coan ve Sbarra, 2015). Güç bir olay karşısında bireye ailesinden, çevresinden, iş ortamındaki tanıdıklarından veya komşularından tedarik edilen fiziksel veya ruhsal olarak verilen yardımdır (Yalçın, 2015). Başka bir tanımda sosyal destek, bireyin çevresinden gördüğü dürüst ve empatik tepki, ilgi, sevgi, güven, saygı, takdir edilme, bilgi edinme ve maddi yardım gibi kişisel, sosyal, psikolojik ve ekonomik nitelikli her türlü yardım olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2006). Başka bir tanımda ise sosyal destek birey zor zamanlar geçiriyorken veya stresliyken sosyal çevresinin (eş, anne, baba, çocuk, arkadaş) vermiş olduğu maddi ve manevi katkıdır (Arslan ve ark., 2008). Bireylerin sosyal ve doğal ortamlarında diğer bireylerle oluşturdukları ilişkiler onlar için destek anlamı taşır. Sosyal destek ise insanlar arasındaki sosyalleşmenin, ilişkinin, etkileişimin veya iletişimin olgunlaşıp o bireyler için bir anlam, bir özellik, bir olgunlaşma kazanmasıyla gelişir (Ones ve ark., 2005).

Rodriguez ve Cohen (2008)'e göre sosyal destek, bireylerin sosyal ve mental durumunu pozitif anlamda değiştiren, bireyin ilişkilerinden elde ettiği sosyal veya bedensel olan çok faktörlü niteliklerden oluşan bir sistem olarak tanımlamıştır. Allen ve ark. (2000)'na göre sosyal destek, streslerine katkıda bulunan olumsuz faktörleri ortadan kaldıramamaları ile birlikte, bireyin kaygılarını anlama ve hafifletme, içinde bulunduğu koşullara daha iyimser bir bakış açısı ile benimseme, zorlu ve meşakatli bir durumun üstesinden gelmek için yeni stratejiler keşfetme ve stres faktörlerinin üzücü etkilerini hafifletmeye çalışma kapasitesi ile karakterize bir durumdur. Zorlayıcı ve stresli bir durum yaşasa da yaşamasa da bireye sosyal destek sağlanması, fiziksel ve psikolojik iyilik halinin geliştirilmesi için çok önemlidir. Sıkıntı zamanlarında bireyler, doğal sosyal destek olarak bilinen profesyonel yardım aramak yerine yardım için sosyal ağlarına güvenme eğilimindedir. Psikososyal destek, aile ilişkileri ve ekonomik kaynaklar gibi mevcut sosyal desteğin farklı biçimleri, zorlu koşullara uyum sağlamaya ve bireylerdeki duygusal tutarsızlıkları hafifletmeye yardımcı olabilir (Öztürk ve Şirin, 2000). Bireylerin sağlığındaki kademeli düşüş, önceden var olan sorunların devam etmesi ve strese neden olan koşullarda sürekli bir artış, hastalar arasında sosyal desteğe olan ihtiyacı artırmıştır (Eylen, 2002). Genel olarak, sosyal desteğin sağlık üzerinde iki temel etkisi olduğu kabul edilmektedir. İlk olarak, bireyin fiziksel ve zihinsel refahı üzerinde doğrudan bir etkisi vardır. Bu, sosyal

desteğin bireyin nasıl hissettiği üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ve sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişkinin kabul edildiğini gerektirir. Bireyler için olumlu sonuçlar arasında refahın artması, aidiyet duygusu ve stres düzeylerinde azalma yer alır. Genel olarak, sosyal çevrelerinden destek alanlar, almayanlara göre genel olarak daha iyi olma düzeyine sahiptir. İkincisi, stresin yüksek olduğu dönemlerde sosyal destek almak bireyler üzerinde koruyucu bir etki sağlamakta ve sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu ikinci durum, bireyi olumsuz olaylar veya koşulların neden olduğu stresten korumaya yardımcı olur (Ardahan, 2006). Yaşlanma süreç olarak çok zor olduğundan yaşlı bireyler kendilerini yetersiz, eksik, değersiz ve işe yaramaz düşünebilirler. Bireysel ihtiyaçlarını kendileri karşılayamadıkları için psikolojik olarak da sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Bireysel ihtiyaçlar arasında en çok günlük yaşam aktivitelerinden olan yürüyüş yapabilmek, az da olsa merdiven çıkabilmek, olduğu yerden kalkıp hareket edebilmek gibi basit eylemleri mümkün olduğunca bağımsız bir şekilde yardım almaksızın yapabilmeyi istemektedirler (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Sosyal destek ve yaşlanma üzerine yapılan araştırmalar, yaşlı bireylerin genç bireylere göre daha karmaşık sağlık sorunları yaşadıklarını ve çevrelerindeki maddi ve manevi kaynakların sınırlı olması nedeniyle daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bireyler yaşlandıkça, sosyal destek ağları tipik olarak azalır ve onlara aile üyeleri dışında birkaç alternatif kalır. Yaşlı bireyler, başta hastalık ya da diğer sebepler olmak üzere sosyal bağ kurabilecekleri arkadaş sayısının azalması nedeniyle aile üyelerine büyük değer vermektedirler.

2.10. Sosyal Ağ

İnsan, arkadaşlarını, aile üyelerini, tanıdıklarını ve yabancılarını kapsayan sosyal çevresiyle doğası gereği ve sürekli olarak iletişim halindedir. Sosyal ağımız akrabalar, romantik partnerler, komşular, meslektaşlar, çocuklar, iş, okul, mahalle veya aynı ev dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda birlikte vakit geçirdiğimiz diğer bireylerden oluşur. Bireyler yaşlandıkça, evde veya sağlık kuruluşlarında tedavi gerektiren bir dizi sağlık sorunuyla karşı karşıya kalırlar. Yaşlı bireyler ve sağlık sorunları arasındaki ilişki, sosyal ağ teorileri, sosyal destek teorileri ve gayri resmi bakım gibi çeşitli açılardan incelenebilir (Cho, 2007). Sosyal ağ terim olarak insanın diğer insanlarla ilişkilerini ve belirli bir gruptaki etkileşimini anlatmak amacıyla kullanılan bir terimdir. Sosyal desteğin, sosyal

ağın bir fonksiyonu olabilmesi için ağ içerisinde belli bir oranda sosyal etkileşimin olması gerekir. Sosyal etkileşim sosyal ağ içindeki her bir insan arasındaki ilişkisel bağın sağlamlığını anlatır (Cohen ve Wills, 1985).

2.10.1. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek kaynakları; sosyal desteği sıkıntılı durumlardaki bireylere sahip olduğu çevre, aile, arkadaş, komşular veya iş yerindeki arkadaşlarının verdiği maddi ve manevi yada fiziksel/ sosyal desteğin tümü olarak tanımlamıştır (Atik ve ark., 2015). Yapmış olduğumuz çalışmada, sosyal destek düzeylerinin 65 yaş üstü katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların algılanan aile destek düzeyinin yüksek düzeyde, toplam algılanan sosyal destek düzeyinin orta düzeyin üzerinde, algılanan arkadaşlar ve özel bir insan destek düzeylerinin ise orta düzeyin altında olduğu görülmektedir. Hasta bireyler için sosyal destek, tipik olarak, iletişim ağlarının aile üyesi, arkadaş, iş arkadaşı, akraba veya bakıcı olabilecek güvenilir bir üyesi aracılığıyla sağlanır. Bu desteğin kapsamı, bu bireylerin hastayı ne ölçüde etkileyebileceği, hastanın önerilerini kabul etmesi ve onlardan yardım kabul etme istekliliği değerlendirilebilir. Bu değerlendirme yöntemi çok sayıda araştırmacı tarafından benimsenmiş ve kullanılmıştır. Bu yaklaşım aracılığıyla bireylerin sosyal ağlarının kapsamlı bir şekilde anlaşılması, karmaşık bir tablo ortaya çıkarabilir. Üç potansiyel destek kaynağı vurgulanmaktadır: insanlardan gelen sosyal destek, bir bireyden gelen sosyal destek ve bireye en yakın bireyden gelen sosyal destek (Feeney ve Collins, 2015).

2.10.2. Sosyal Destek Türleri

Sosyal desteğin insanlara çeşitli faydalar sağladığı bilinmektedir. Bireylerin birbirlerine yardım etmeleri için çeşitli yöntemler olsa da birçok çalışma dört ana türün etkileri üzerinde yürütülmüştür. Belirtilen bu faydalardan en çok maddi, duygusal, zihinsel ve değerlendirme anlamında desteklerden bahsedilir.

- **Maddi Destek;** Bireyin gündelik görevlerini yerine getirebilmesi için başka insanlarca yapılan eylem ya da başka insanlarca verilen alet ve araçlardır. Örneğin, hasta olan bireyin iş yerinin hastalık süresince bir tanıdığı tarafından işletilmesi.

- Duygusal Destek; Bireyin sevgi, saygı, özlem, kendini başkalarının yerine koyma, bir zümreye ait olma gibi sosyal ihtiyaçlarını giderir. Bireyin sosyal iletişimde benimsendiğini, kabul görüp saygı gösterildiğini belirten bilgidir. Duygusal destek içinde sırdaş iletişimine ayrı bir değer verilmiştir. Örneğin, ailesinden herhangi biriyle anlaşmazlık yaşayan biri kendisini dinleyen ona hak veren, şefkat ve sabırla kendini dinleyen birine ihtiyaç duyar.
- Zihinsel Destek; Tavsiye ve fikir verip, tavır ve tutumlar konusunda dönüt almak gibi fayda sağlayacak bilgilerin bireye verilmesidir. Örneğin, bir sebepten babanın çocuğuna kızmasından sonra annenin çocuğa babasının bazen işten stresli dönebileceğini anlatması gibi.
- Değerlendirme Desteği: Bireyin yetenekleri, özellikleri ve neleri başarabileceği ile ilgili pozitif geri iletim yapmayı, ayrıca sanatsal faaliyetleri ve boş zamanlarını nasıl değerlendirebileceği ile ilgili motive etmeyi kapsar (Atik ve ark., 2015).

Bunların dışında sosyal destekle alakalı iki kriter daha vardır. İlk kriter sosyal desteğin sosyal ağ ile olan etkileşiminin kabul edilmesidir. Sosyal bağ, roller ve işlevler bu kriterlerle açıklanır. İkinci kriter ise bireyin sosyal ilişkilerinde aldığı sosyal desteğin ne için kullanıldığını algılayan ve verilen sosyal destek şeklinde soyutlaştıran kriterdir (Duyan ve ark., 2013).

2.10.3. Algılanan Sosyal Destek Kavramı

Hastalıkla baş etmede sosyal yardım tekniği bireyler için koruyucu bir kalkan görevi görmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Algılanan sosyal destek kavramı, bireyin, herhangi bir karşılık beklentisi olmaksızın ihtiyaç anında kendisine bakıldığını, değer verildiğini, kabul edildiğini ve yardım edildiğini hissetmek de dahil olmak üzere aldığı desteği bireysel olarak yorumlamasını ifade eder. Başka bir tanımda kişinin kendisi için geçerli olan genel değerlendirmesidir denilmektedir (Topkaya ve Büyükgöze Kavas, 2015). Araştırmalara göre bu tür ilişkiler sadece duygusal haz sağlamakla kalmıyor, aynı zamanda bireyin sağlığını korumaktan daha önemli olduğu düşünülen özgüvenini de olumlu yönde etkiliyor. Bir bireyin aldığı algılanan desteğin derecesi, onun fikir ve duygular gibi değişken özellikleri ile kalıcı karakter ve kişilik özellikleri tarafından belirlenir. Bir çalışma sonucuna göre, sosyal desteğin bireyin kendisine karşı duyduğu

saygısını arttırma bileşeni, bireyin sağlığının korunmasından daha önemli olarak kabul edilmiştir (Park ve Lee, 2019). Kısaca şu sonuç çıkarılabilir; sosyal aktivitenin kendisi değil birey tarafından idrak edilmesi ve bundan hangi sonuçları çıkardığı onun sağlığını korur. Bireyler yaşlandıkça, hastalık, azalan gelir, arkadaşlarla veya sosyal ortamlarda geçirilen daha az verimli zaman ve ölüm veya diğer faktörler nedeniyle sosyal bağlantıların kaybı gibi çeşitli nedenlerle sosyal destek sistemleri giderek azalır. Genel olarak, algılanan sosyal destek kavramı, bireyin refahında hayati bir rol oynar ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmedeki önemi göz ardı edilmemelidir (Topkaya ve Büyükgöze Kavas, 2015). Algılanan sosyal destek bireyin diğer insanlar tarafından kabul edildiğini, sevildiğini ve ihtiyaç halinde her türlü desteği alabileceğini bilmesidir. Algılanan bu destek, bireyin kişisel niteliklerine göre farklılıklar gösterebilir (Ardahan, 2006). Algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş çeşitli faktörlere bağlıdır. Örneğin iş sahibi olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek ve psikolojik iyi oluş, literatürdeki bulgularla uyumlu olarak çalışmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Dane ve Olgun (2016)'un yapmış oldukları çalışmada iş sahibi olan hastaların psikolojik dayanaklıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Algılanan sosyal destek ile psikolojik iyi oluş arasında olumlu bir ilişki vardır. Ji ve ark. (2019)'nın hastanede yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada hastalarda algılanan sosyal destek, psikolojik iyi oluş, yaşam doyumu ve sağlık sorunlarıyla baş etme yeteneği arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Park ve Lee (2019)'nin konjestif kalp yetmezliği ile yaşayan hastalar üzerinde yaptığı çalışma, algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan hastalarda psikolojik iyi oluşun daha yüksek olduğu bulunmuştur.

2.10.4. Sosyal Destek ve Hemşirelik

Yaşlı bireylerin prevalansı artıyor, bu da halkın sağlık endişelerinde ve gereksinimlerinde buna bağlı bir artışa yol açıyor. Hemşireler bu nüfusa sağlık hizmeti sunulmasında çok önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin yaşlı bireylere sunduğu bakımın standardı, yaşlılara ve yaşlılara yönelik tutum ve davranışlarından etkilenir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin yaşlanma ve bununla ilişkili yönleri hakkındaki bilgilerini artırmak, yaşlılara verilen bakımın kalitesini potansiyel olarak artırabilir (Güler ve ark., 2015). Yaşlıların isteklerinin, duygularının ve düşüncelerinin anlaşılması hemşirelerin daha

nitelikli tedavi ve bakım vermelerini, ayrıca hasta ve hastalık konusundaki her türlü önlemi almalarını sağlamaktadır (İlgaz, 2020). Bu sebeplerden ötürü yaşlı insanların arzularını karşılamak ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak amacıyla yaşlı bakım (gerontoloji) hemşireliği alanındaki çalışmalar da artmıştır (Şahin ve ark., 2012).

Yaşlı insanlara sunulan sağlık hizmetinin amacı sadece var olan hastalığı iyileştirmek değildir. Yaşlıları hem mental hem fiziksel olarak tam iyilik haline getirip yaşam standartlarını en üst seviyelere çıkarmak bu amaçlarındandır. Hemşirelik bakım hizmeti çok yönlü bir değerlendirmeye başlar. Bu değerlendirme bireyin mental, fiziksel durum ve sosyal destek sistemlerini içerir (Esen, 2011). Hastalıkların yanı sıra yaşlı bireylerin yaşlanmaya bağlı olarak aile ve yakın arkadaşlarını kaybetmeleri sonucu sosyal çevrelerinin daralması da önemli bir endişe kaynağıdır. Yalnızlık, yaşlılar arasında kronik hastalıklara, vücut fonksiyonlarının azalmasına, yüksek ölüm oranlarına ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir (Theeke ve Mallow, 2013). Ayrıca yalnızlık yaşlı bireylerde psikolojik sıkıntıların baş göstermesine ve depresyona sebep olmaktadır. Bu sebepten dolayı yaşlı bireyler için erken dönem sosyal destek değerlendirilmesinin yapılması son derece önemlidir (Carmona ve ark., 2014). Hemşireler, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını belirlemek için sosyal destek değerlendirmesi yaparak ve bu ihtiyaçları karşılamak için uygun önlemleri alarak yaşam standartlarının yükseltilmesinde kritik bir sorumluluk taşımaktadır. Ayrıca hemşireler, yaşlıların sosyal yaşamlarını sürdürmelerine, zamanlarını meşgul edecek eğlencelerle uğraşmalarına, hobilerinin önemini anlamalarına ve hobilerinin geliştirilmesine yardımcı olmalı ve onları motive etmelidir (Polat ve Geçici, 2020). Hemşireler yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerini ve durumlarını değerlendirirken onların iletişim örüntüleri, kültürel geçmişleri, sosyal etkileşim yöntemleri, sosyal konumları veya ailevi rolleri, sosyal destek sistemleri ve tercihleri gibi çeşitli faktörleri göz önünde bulundurmalıdır. Bu değerlendirmeye dayanarak hemşireler uygun bir hemşirelik bakım planı belirlemeli ve gerekli müdahaleleri yapmalıdır (Akbaş ve ark., 2020).

Yeterli sosyal destek, bir bireyin genel sağlık ve esenliğini artırmanın yanı sıra hastalık sürecini kabullenmeyi hızlandırabilir. Aynı zamanda bireyi iyileşmeye yönelik çaba göstermeye ve sosyal izolasyondan kaçınmaya motive eder. Tersine, yetersiz sosyal destek, mevcut sorunların ve hastalıkların daha sık ve şiddetli tezahürü, uzamış hastalık

süresi ve kronik koşullara uyum sağlamada güçlüklerle ilişkilendirilmiştir (Aras ve Tel, 2009). Tedavi gören bireyler için hemşireler ve hemşirelik metodolojileri, tedavi sürecinde ortaya çıkan zorlukları ve bu zorlukların yaşamları üzerindeki etkisini anlamalarına yardımcı olmak için zorunludur. Bu tür hemşirelik yaklaşımları, bu sorunları kabul etmeye ve benimsemeye yardımcı olur ve bireylerin hem zihinsel hem de ruhsal olarak başa çıkma mekanizmaları oluşturmalarına yardımcı olur. Ayrıca bu konularda eğitim verilmesi ve bireyde var olan sosyal destek sistemlerinin etkinleştirilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin, bireyin hastalığı hakkında güncel ve ilgili bilgileri sunması, hastanın sorunlarına çözüm odaklı bir zihniyetle yaklaşması, hastaların duygusal yeniden yapılandırmasına yardımcı olması ve benlik algısını yeniden tanımlamasına yardımcı olması çok önemlidir. Hemşireler, bireyin gelişen yaşam koşullarına uyum sağlamasında, hasta bakımını yönetmede, danışmanlık sağlamada, hastalık semptomlarını yönetmede, duygusal açıklamayı teşvik etmede ve rahatlık sağlamada bütüncü bir rol oynamaktadır. Ayrıca hastaların rutin olarak değerlendirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması hemşireler için hayati bir görevdir (Dedeli ve ark., 2008).

Yapılan bu sağlık hizmetleriyle bireyin fiziksel, biyolojik ve sosyal açıdan karşılaştığı sıkıntılarla mücadele edebilmesine, bireyin toplum içinde daha verimli olmasına ve nitelikli bir yaşam sürmesine yardım edilebilir (Bektaş ve Akdemir, 2009). Gereksinim halinde başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri de sosyal destek faktörlerinden sayılabilir (Ardahan, 2006). Yaşlanma sürecine adapte olmak bireyin, ailesinin, sosyal çevresinin, devlet kurumlarının vb. sorumluluğundadır (Özben, 2008). Sağlık profesyonelleri de yaşlı hastaların bakımlarını en iyi şekilde yaparak, yaşam kalitesini arttırmada ve vücut işlevlerini en iyi şekilde kullanma konusunda sağlık bakım çalışanları ve diğer profesyonellerle birlikte hareket etmelidir (Bilgili ve Kitiş, 2019). Hemşirelerin kronik rahatsızlığı olan bireyleri en kapsamlı şekilde değerlendirmeleri gerekir, sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini her açıdan kontrol etmeleri gerekir ve yalnızlık durumu olan bireyleri belirlemeleri gerekir (Theeke ve Mallow, 2013). Profesyonel sağlık çalışanları tarafından 65 yaş üstü bireylerde sosyal yalnızlığa sebep olan problemlerin anlaşılıp öğrenilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması ve bu bireylerin sosyal yalnızlık durumuyla baş etmede desteklenmeleri önemle vurgulanmaktadır (Korkmaz ve Ümmet, 2021). Hemşireler ister hastanelerde ister yaşadığı evde bulunan ve

sosyal izolasyon yaşıyan özellikle 65 yaş üstü bireylerin ailevi iletişimlerinin sağlamlaştırılmasını ve sürekli hale getirilmesini sağlamalı, yaşlı bireylerle teke tek zaman geçirmeli ve sosyal çalışmacılarla sürekli iletişim halinde olmalı (Karadakovan, 2014). Hasta bireylerdeki umutsuzluğa çözüm bulmak amacıyla umutsuzluk düzeylerini belirleyip bu düzeyin depresyon ve negatif sağlık durumlarıyla alakalı olduğu unutulmamalıdır. Hemşireler de umutsuzluğun sebeplerini, umutsuzluk seviyesini ve umutsuzluktan kurtulmak için uygulanması planlanan yöntemleri belirlemelidir. Bireylere sosyal destek yönlerini yönetmelerinde eğitim vermeli, yaşamanın önemi bireylere hissettirilmeli ve yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik müdahaleler uygulanmalıdır (Şahin ve ark., 2018).

Uluslararası Hemşireler Konseyi “Sağlıklı Yaşlanma” teması ile hemşirelerin yaşlı bireylerle ilgili görev ve sorumluluklarını net bir şekilde belirtmiştir. Bu tema, yaşlı bireylerin bağımsızlığını sürdürmelerini ve yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir. Yaşlı hasta bakımı konusunda eğitilmiş personel eksikliği, geriyatrik hasta bakım kalitesini düşürebilecek ve hasta güvenliğini doğrudan tehdit edebilecek faktörlerdir (Voumard ve ark., 2018). Rızalar ve ark. (2014)’nın yaptıkları çalışma sonucunda sosyal destek ve psikososyal uyum arasında orantılı bir ilişki bulunmuştur. Kelleci ve Ata (2011)’nin yaptıkları çalışma ise sosyal destek almayan veya yeterli sosyal desteği almayan birçok hastanın ilaç kullanımını aksattığı, sosyal destek alan bireylerin ise ilaç kullanımlarının daha düzenli ve eksiksiz olduğu görülmektedir. Çınar (2009)’ın yapmış olduğu çalışma sonucuna göre ise bireyin ailesi, çevresi veya kendisi için değerli olan özel biri tarafından desteklenmesi bu bireylerin psikososyal uyumlarını daha da arttırdığı tespit edilmiştir. Taljoma ve Hentinen (2011)’in çalışmasında yaşça olgun bireylerin duygusal ihtiyaçlarını ilk önce aileden karşıladıkları, sağlık profesyonelleriyle de kendilerine bilgi edinmek için iletişim kurulduğu belirlenmiştir. Yaşamlarında kötü olaylarla karşılaşan insanların, önce kendi aile ve arkadaşlarından yardım aldıkları, sağlık profesyonellerine ise son çare olarak geldikleri bilinmektedir. Bu çalışmaların neticesinde sosyal desteğin bireyin iyilik durumunu koruduğu, tedavi ve hastalık sürecini kabullenmesini kolaylaştırdığı, bireysel bakımına katkıda bulunmasını sağladığı ve sağlık kuruluşlarını sürekli başvuruyu azaltıp sağlık maliyetlerini indirgediği görülmüştür. Bu bilgiler göz önüne alınca hastayla sürekli ve en fazla zaman harcayan sağlık profesyonelleri içerisinde hemşirelere özellikli görevler ve sorumluluklar düşüyor. Hemşireler bu sorumluluklarını yerine getirirken her

hastaya aynı miktarda ve çeşitte sosyal destek vermenin doğru olmadığını unutmamalıdır. Hemşireler bireylerin ihtiyaçlarının, duygularının, beklentilerinin farklı olduğunu bildiği gibi bu farklı özelliklere göre iletişim kurup destek vermesi gerektiğini de bilmelidir (Ardahan, 2006).



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma nicel araştırma türlerinden olan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Eylül 2022- Temmuz 2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup, Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinin ortopedi ve fizik tedavi kliniklerinde yatan düşme kaynaklı hastalıklara sahip olan yaşlı hastalardan oluşmaktadır. İlgili hastanede ortopedi ve fizik tedavi klinikleri toplam 4 klinikten oluşmaktadır. Ortopedi kliniği toplamda 32, fizik tedavi kliniği toplamda 39 yataktan oluşmaktadır. Bu kliniklerde toplamda 32 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi ortopedi ve fizik tedavi kliniklerinde yatan 65 yaş ve üstü düşme nedeniyle oluşan hastalıklardan dolayı yatan hastalar oluşturmaktadır. Düşme tanısıyla hastaneye başvuran hastaların ameliyat olacaksa ortopedi, olmayacaksa fizik tedavi kliniklerine yatırılmalarından dolayı çalışma bu iki klinikte yatan hastalarla yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek belirtilen tarihlerde (Kasım 2022 - Mart 2023) ortopedi ve fizik tedavi kliniklerinde yatan düşme kaynaklı hastalıklara sahip olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan (gönüllü olması, 65 yaş ve üstü olması, okuryazar olması, düşme riskinin olması) 150 yaşlı hasta oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaşlı hastaların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, kimle birlikte yaşadığı, kronik hastalık durumu, yürüme problemi, denge problemi, yürümeye yardımcı araç kullanma, görme durumu, ilaç kullanma durumu, kendi sağlığını nasıl algıladığı, daha önce düşme yaşayıp yaşamadığı, düşme korkusu, düşme korkusunun sınırlama getirip getirmediği, düşmeye yönelik alınan önlemler ve hangi faaliyette düşme durumunun gerçekleştiği) ile ilgili sorular oluşturmaktadır.

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

“Yaşlılarda Düşme ile İlgili Öz Farkındalık Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nden alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, "Tanıtıcı Özellikler Formu" (Ek-1), “Yaşlılarda Düşme ile İlgili Öz Farkındalık Ölçeği” (Ek-2) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, medeni durumu vb.) ve hastalık özelliklerine ilişkin (hastalık süresi, kronik hastalık olup olmadığı) 27 sorudan oluşan bir formdur (Ek-1) (Altıparmak, 2009).

3.5.2. Yaşlılarda Düşme ile İlgili Öz Farkındalık Ölçeği (YDÖF)

SAFE ölçeği, Shyu ve ark. (2018) tarafından Kuzey Tayvan'da yaşlı hastaların düşme risk faktörleri hakkındaki farkındalıklarını ve risk ölçümelerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal dili İngilizce olup, aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı, ilaç farkındalığı, bilişsel davranış farkındalığı olmak üzere dört alt boyutta 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1 en düşük, 5 en yüksek olmak üzere

5'li likert tipindedir. En yüksek toplam puan 105, en düşük toplam sonuç ise 21 olabilir. Ölçeğin yüksek sonuçları, yaşlı hastaların düşme ile ilişkili risk faktörlerinin farkında olduklarını ve önlem aldıklarını göstermektedir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach Alpha katsayısı $\alpha=0.81$ 'dir. Dört alt boyutta, sırasıyla $\alpha=0.85$, $\alpha=0.86$, $\alpha=0.92$ ve $\alpha=0.70$, maddeler arasında yeterli iç tutarlılığı gösterir (Shyu ve ark., 2018). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Birgili ve ark. (2022) tarafından yapılmıştır. Ölçek, yaşlı hastaların evde veya hastanede yatışları sırasında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken aktivite güvenliği ve çevre farkındalığını, Fiziksel fonksiyonların farkındalığını, İlaç farkındalığını, bilişsel davranış farkındalığını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. YDÖF Ölçeği Türkçe versiyonu, yaşlı hastaların aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı, İlaç farkındalığı, evde veya hastanede yatış sırasında, evde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bilişsel davranış farkındalığının değerlendirilmesinde ihtiyaçlarını karşılama derecesini ölçmektedir. Ölçeğin Türk toplumuna ilk uyarlaması için Cronbach Alfa değeri $\alpha=0.811$ olarak hesaplanmıştır (Birgili ve ark., 2022). Bu araştırmada ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.788 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Hastalara verilen sosyal desteğin seviyesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Oniki sorudan oluşan ölçekte her madde 7- aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir (Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet). Ölçekten alınabilecek puan aralığı 7-84 puan arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Cevaplanması kolay ve kısa oluşundan dolayı bu çalışmayı yürütenler tarafından özellikle psikiyatri hastaları ve test doldurmaya pek alışkın olmayan normaller için uygun bulundu. Önerilen alt ölçek ve özel bir bireyden alınan/algılanan desteği kapsamaktadır. Bu çalışmada elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar, 1995). Bu araştırmada ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.926 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı verileri "Tanıtıcı Özellikler Formu", "Yaşlılarda Düşme ile İlgili Öz Farkındalık Ölçeği" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"ni kullanarak yüz yüze görüşme yaparak toplamıştır. Araştırmacı yaşlı hastalara gerekli açıklamaları yapmıştır. Söz konusu anketlerin doldurulması ortalama 15 ile 20 dakika civarında sürmüştür.

3.7. Verileri Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS for Windows 21.0 istatistik programında hazırlanan veri tabanına girilerek analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra, analiz işlemlerinde öncelikle ölçek verilerine güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesinde Shapiro-Wilk değerleri incelenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach's Alpha değerleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3. 1. Ölçek Puanlarına İlişkin Güvenilirlik ve Shapiro-Wilk (S-W) Normallik Analizi

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cronbach's Alpha (α)	S-W (p)
Aile	0.959	0.000
Arkadaşlar	0.932	0.000
Özel bir insan	0.932	0.000
Toplam algılanan sosyal destek	0.926	0.000
Aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı	0.724	0.000
Fiziksel fonksiyonların farkındalığı	0.786	0.001
İlaç farkındalığı	0.793	0.000
Bilişsel davranış farkındalığı	0.744	0.000
Toplam düşme öz farkındalık	0.788	0.000

Tablo incelendiğinde, araştırma kapsamında kullanılan çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının yüksek düzeyde güvenilir ($\alpha > 0.80$) olduğu, yaşlılarda düşme ile ilgili öz farkındalığı ölçeği puanlarının ise orta düzeyde ve analiz için yeterli seviyede güvenilir ($\alpha > 0.60$) olduğu görülmektedir. Shapiro-Wilk test sonuçları incelendiğinde, verilerin normal dağılıma uygun olmadığı görülmektedir. Verilerin normal dağılıma uygun olmaması nedeniyle yaş, cinsiyet, medeni durum, yürüme problemi, denge problemi, yürümeye yardımcı araç kullanım durumu, görme problemi devamlı kullanılan

ilaç durumu, daha önce düşme durumu ve düşmekten korkma durumu değişkenlerinin ölçek puanları ile karşılaştırılmasında Mann Whitney U analizi, eğitim durumu, evde yanında birisinin olması durumu ve kendi sağlığını algılama durumu değişkenleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan onay alındıktan sonra (Ek-4), Sağlık Bakanlığı-Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinden yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak yaşlı hastalara araştırmanın amacı, süresi ve uygulama aşaması açıklanarak Aydınlatılmış Onam İlkesi'ne bağlı kalınmıştır. Araştırmaya katılacak yaşlı hastaların sözel onamları alınarak gönüllü olanlar çalışmaya kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi ortopedi ve fizik tedavi klinikleri ile sınırlıdır. Ayrıca, araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri yaşlı hastaların verdiği cevaplar ile sınırlıdır.

Bu araştırmanın evrenini Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinden ortopedi ve fizik tedavi kliniklerinde yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı hastalar oluşturmuştur. Araştırma sadece bu kurumda yapıldığı için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir

4. BULGULAR

Tablo 4.1. incelendiğinde, yaşlı hastaların %85.4'ünün 65-69 yaş grubunda, %51.3'ünün erkek olduğu görülmektedir. Yaşlı hastaların %60.7'sinin okuryazar, %92'sinin evli olduğu, %80'inin çalışmadığı, %57.3'ünün gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı hastaların %77.3'ünün eşi ve çocuğuyla, %19.3'ünün eşiyle, %3.3'ünün yalnız yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4.1. Yaşlı Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

Değişken	Kategori	Sayı	%
Yaş	65-69 yaş	128	85.4
	70-74 yaş	14	9.3
	75-79 yaş	3	2.0
	80 yaş ve üzeri	5	3.3
Cinsiyet	Kadın	73	48.7
	Erkek	77	51.3
Eğitim durumu	Okuryazar	91	60.7
	İlkokul	19	12.7
	Ortaokul	13	8.7
	Lise	18	12.0
	Üniversite	9	6.0
Medeni durum	Evli	138	92.0
	Bekar	12	8.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	30	20.0
	Çalışmıyor	120	80.0
Gelir durumu	Gelir giderden az	86	57.3
	Gelir gidere eşit	61	40.7
	Gelir giderden fazla	3	2.0
Evde yanında birisinin olması durumu	Eş ve çocuk	116	77.3
	Eşiyle	29	19.3
	Yalnız	5	3.3

Tablo 4.2. Yaşlı Hastaların Sağlık Bilgilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımları (n=150)

Değişken	Kategori	Sayı	%
Kronik rahatsızlık durumu	DM	34	22.7
	HT	24	16.0
	KOAH	7	4.7
	KY	10	6.7
	Birden çok	13	8.7
	Yok	62	41.3
Yürüme problemi	Evet	77	51.3
	Hayır	73	48.7
Denge problemi	Evet	61	40.7
	Hayır	89	59.3
Yürümeye yardımcı araç kullanımı	Evet	68	45.3
	Hayır	82	54.7
Görme problemi	Evet	64	42.7
	Hayır	86	57.3
Devamlı olarak kullandığı ilaç	Evet	83	55.3
	Hayır	67	44.7
	Çok iyi	3	2.0
Genel sağlık algısı	İyi	34	22.7
	Orta	67	44.7
	Kötü	46	30.7
Düşme öyküsü	Evet	43	28.7
	Hayır	107	71.3
Düşme sayısı	0	107	71.3
	1	22	14.7
	2	9	6.0
	3	6	4.0
	Daha çok	6	4.0
Düştüğü yer	İş yerinde	7	4.7
	Merdivenlerde	4	2.7
	Evde	18	12.0
	Banyoda	5	3.3
	Sokakta	9	6.0
Düşme nedeni	Ayağının kayması/takılması	11	7.3
	Bacaklarının hissizleşmesi/titremsi	2	1.3
	Rahatsızlığı nedeniyle	6	4.0
	Dikkatsizlik/denge kaybı	5	3.3
	Bilinç kaybı/baş dönmesi	6	4.0
	Dış etkenler	12	8.0
Düşme korkusu	Evet	101	67.3
	Hayır	49	32.7
Düşmenin günlük aktiviteleri sınırlandırması	Evet	40	26.7
	Hayır	110	73.3
Düşmeye karşı önlem alma durumu	Evet	16	10.7
	Hayır	134	89.3
Alınan önlem	Dikkatli, tutunup yavaş yürüme	7	4.7
	Yardımcı araç kullanıyor	4	2.7
	Çevresel etkenlere dikkat ediyor	6	4.0
	Ev içi faaliyetler	63	42.0
Düşmesine neden olan faaliyet	Banyo/abdest alma	31	20.7
	Ev dışındaki faaliyetler	37	24.7
	İş yerinde çalışırken	16	10.7
	Rahatsızlığı nedeniyle	3	2.0

Tablo 4.2. incelendiğinde, yaşlı hastaların %22.7'sinin DM, %16'sının HT hastalığı olduğu, %41.3'ünde bir kronik hastalığın bulunmadığı, %51.3'ünde yürüme probleminin olduğu, %48.7'sinin olmadığı, %40.7'sinin denge problemi olduğu, %59.3'ünün olmadığı görülmektedir. Yaşlı hastaların %45.3'ünün yürümeye yardımcı araç kullandığı, %54.7'sinin kullanmadığı, %42.7'sinin görme probleminin olduğu, %57.3'ünün olmadığı, %55.3'nün devamlı olarak kullandığı ilacının olduğu, %44.7'sinin olmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan yaşlı hastaların %44.7'sinin sağlığını orta, %30.7'sinin kötü olduğunu düşündüğü görülmektedir. Yaşlı hastaların %28.7'sinin daha önce düştüğü, %71.3'ünün düşmediği, %71.3'ünün hiç, %14.7'sinin 1 kez düştüğü görüldü. Düşme yaşayan yaşlı hastaların %4.7'sinin iş yerinde, %2.7'sinin merdivenlerden, %12'sinin evde, %3.3'ünün banyoda, %6'sının sokakta düştüğü, %7.3'ünün ayağının kayması/takılması, %1.3'ünün bacaklarının hissizleşmesi/titretilmesi, %4'ünün rahatsızlığının olması, %3.3'ünün dikkatsizlik/denge kaybı, %4'ünün bilinç kaybı/baş dönmesi, %8'inin dış etkenler nedeniyle düştükleri görülmektedir. Yaşlı hastaların %67.3'ünün düşmekten korktuğu, %32.7'sinin korkmadığı, %26.7'sinin düşmenin günlük aktiviteleri sınırlandırdığını belirttiği, %73.3'ünün sınırlandırmadığını belirttiği görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların %10.7'sinin düşmeye karşı önlem aldığı, %89.3'ünün önlem almadığı, önlem alanların %4.7'sinin dikkatli, tutunup yavaş yürüdüğü, %27'sinin yardımcı araç kullandığı, %4'ünün çevresel etkenlere dikkat ettiği belirlendi. Yaşlı hastaların %42'sinin ev içi faaliyetlerinde, %20.7'sinin banyo/abdest almada, %24.7'sinin ev dışındaki faaliyetlerde, %10.7'sinin iş yerinde çalışırken, %2'sinin ise rahatsızlığı nedeniyle düştüğü görülmektedir.

Tablo 4.3. Yaşlı Hastaların Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	n	Puan aralığı	Ort.	SS
Aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı	150	8-40	25.29	3.92
Fiziksel fonksiyonların farkındalığı	150	6-30	16.84	4.91
İlaç farkındalığı	150	3-15	4.79	2.92
Bilişsel davranış farkındalığı	150	4-20	15.35	2.06
Toplam Düşme Öz Farkındalığı	150	21-105	62.28	8.41
Aile	150	4-28	26.36	4.99
Arkadaşlar	150	4-28	13.02	9.03
Özel bir insan	150	4-28	13.74	9.41
Toplam Algılanan Sosyal Destek	150	12-84	53.12	19.62

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların aktivite güvenliği ve çevre farkındalık düzeyinin orta düzeyin üzerinde, bilişsel farkındalık düzeyinin orta düzeyin üzerinde, fiziksel fonksiyonların farkındalığı düzeyinin orta düzeyin altında, toplam düşme öz farkındalık düzeyinin orta düzeyin altında ve ilaç farkındalığı düzeyinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Yaşlı hastaların algılanan aile destek düzeyinin yüksek düzeyde, toplam algılanan sosyal destek düzeyinin orta düzeyin üzerinde, algılanan arkadaşlar ve özel bir insan destek düzeylerinin ise orta düzeyin altında olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4 Yaşlı Hastaların Demografik Değişkenlere Göre Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Kategori	n	Aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı	Fiziksel fonksiyon farkındalığı	İlaç farkındalığı	Bilişsel davranış farkındalığı	Toplam düşme öz farkındalığı
Yaş	65-69 yaş	128	25.15±3.79	16.57±4.92	4.55±2.81	15.41±1.98	61.69±8.40
	70-74 yaş	14	24.71±4.51	19.29±2.67	6.57±3.48	15.57±1.95	66.14±9.19
	75-79 yaş	3	28.00±4.00	17.33±6.66	4.33±2.31	15.00±2.00	64.67±2.51
	80 yaş ve üzeri	5	29.00±4.30	16.60±5.23	6.20±3.11	13.40±3.65	65.20±6.50
	Önemlilik		$\chi^2=6.65$ p=0.088	$\chi^2=5.07$ p=0.166	$\chi^2=10.34$ p=0.016	$\chi^2=4.99$ p=0.172	$\chi^2=6.470$ p=0.091
Cinsiyet	Kadın	73	25.52±3.87	17.38±4.65	5.05±3.20	15.12±2.24	63.08±7.23
	Erkek	77	25.08±3.99	16.32±5.13	4.55±2.64	15.57±1.85	61.52±9.38
	Önemlilik		U=2519.5 p=0.264	U=2452.5 p=0.174	U=2608.0 p=0.367	U=2471.0 p=0.118	U=2311.5 p=0.060
	Okuryazar	91	25.11±3.37	17.44±4.35	4.81±3.03	15.12±1.99	62.48±6.80
	İlkokul	19	26.53±4.73	18.00±6.03	5.05±2.93	16.11±1.70	65.68±9.82
Eğitim durumu	Ortaokul	13	25.92±5.96	15.92±6.55	6.38±3.75	16.08±3.20	64.31±14.52
	Lise	18	24.83±4.20	14.89±4.71	4.00±1.75	15.11±1.91	58.83±8.16
	Üniversite	9	24.56±3.47	13.56±3.71	3.33±1.00	15.56±1.33	57.00±5.50
	Önemlilik		$\chi^2=2.3$ p=0.686	$\chi^2=10.2$ p=0.037	$\chi^2=7.7$ p=0.103	$\chi^2=12.1$ p=0.017	$\chi^2=10.5$ p=0.033
	Fark			1<5		1<2	1>5, 1>4, 2>4, 2>5, 3>4, 3>5
Medeni durum	Evli	138	25.38±3.84	16.67±4.89	4.80±2.99	15.46±1.99	62.30±8.56
	Bekar	12	24.33±4.87	18.75±5.05	4.75±2.05	14.17±2.48	62.00±6.77
	Önemlilik		U=689.5 p=0.327	U=592.5 p=0.100	U=752.5 p=0.535	U=595.5 p=0.048	U=763.5 p=0.654
	Eş ve çocuk	116	25.34±4.00	16.57±4.82	4.77±2.83	15.48±1.97	62.16±8.47
	Eşiyle	29	24.72±3.06	17.69±5.17	4.62±3.02	14.93±1.98	61.97±6.41
Evde birlikte yaşadığı birey	Yalnız	5	27.60±6.19	18.20±6.02	6.40±4.56	14.80±4.09	67.00±16.06
	Önemlilik		$\chi^2=1.2$ p=0.544	$\chi^2=1.6$ p=0.440	$\chi^2=1.6$ p=0.456	$\chi^2=2.5$ p=0.280	$\chi^2=0.3$ p=0.862
	Evet	77	26.35±4.08	18.66±4.93	5.49±3.50	15.19±2.11	65.70±8.35
	Hayır	73	24.18±3.44	14.92±4.13	4.05±1.93	15.52±2.00	58.67±6.86
	Önemlilik		U=1953.0 p=0.001	U=1574.5 p=0.000	U=2280.0 p=0.018	U=2617.0 p=0.373	U=1366.0 p=0.000
Yürüme problemi	Evet	61	25.79±3.74	18.41±4.82	5.25±3.38	14.77±2.19	64.21±7.09
	Hayır	89	24.96±4.03	15.76±4.71	4.48±2.54	15.75±1.87	60.96±9.01
	Önemlilik		U=2262.0 p=0.077	U=1863.5 p=0.001	U=2461.5 p=0.251	U=2009.5 p=0.001	U=1900.5 p=0.002

Yürüme yardımcı araç kullanımı	Evet	68	25.49±3.55	19.22±4.68	4.88±3.42	15.44±1.82	65.03±7.47
	Hayır	82	25.13±4.22	14.87±4.20	4.72±2.46	15.28±2.24	60.00±8.51
Görme problemi	Önemlilik		U=2573.0	U=1367.0	U=2619.0	U=2750.0	U=1628.0
			p=0.407	p=0.000	p=0.449	p=0.860	p=0.000
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	64	25.39±3.49	18.02±5.04	5.06±3.16	14.83±2.47	63.30±7.80
	Hayır	86	25.22±4.24	15.97±4.65	4.59±2.74	15.74±1.59	61.52±8.81
Genel sağlık algısı	Önemlilik		U=2591.0	U=2124.0	U=2564.0	U=2261.5	U=2327.5
			p=0.532	p=0.016	p=0.397	p=0.022	p=0.106
Düşme öyküsü	Evet	83	25.69±4.13	17.57±4.83	5.48±3.31	15.01±2.18	63.75±7.86
	Hayır	67	24.81±3.62	15.94±4.90	3.94±2.09	15.78±1.82	60.46±8.77
Düşme korkusu	Önemlilik		U=2414.0	U=2266.5	U=2068.0	U=2260.0	U=2046.5
			p=0.157	p=0.050	p=0.001	p=0.016	p=0.005
Genel sağlık algısı	Çok iyi	3	30.33±8.08	19.33±10.02	5.33±1.15	16.67±4.93	71.67±19.35
	İyi	34	24.18±3.02	14.76±5.30	4.29±2.71	15.21±2.09	58.44±8.76
Genel sağlık algısı	Orta	67	25.21±4.02	16.18±4.10	4.84±2.91	15.49±1.80	61.72±7.32
	Kötü	46	25.91±3.83	19.17±4.51	5.07±3.19	15.17±2.19	65.33±7.47
Genel sağlık algısı	Önemlilik		x ² =5.2	x ² =19.0	x ² =3.5	x ² =2.4	x ² =19.4
			p=0.159	p=0.000	p=0.321	p=0.499	p=0.000
Düşme öyküsü	Fark			2<4. 3<4			2<3. 2<4. 3<4
	Evet	44	25.59±4.35	17.34±4.64	5.68±3.20	14.09±2.53	62.70±7.30
Düşme öyküsü	Hayır	106	25.17±3.75	16.63±5.03	4.42±2.73	15.88±1.56	62.10±8.86
	Önemlilik		U=2244.0	U=2105.0	U=1757.5	U=1367.0	U=2092.5
Düşme korkusu			p=0.711	p=0.344	p=0.005	p=0.000	p=0.321
	Evet	101	25.94±4.07	17.80±4.99	5.09±3.18	15.34±2.14	64.17±8.65
Düşme korkusu	Hayır	49	23.96±3.26	14.86±4.15	4.18±2.20	15.39±1.89	58.39±6.37
	Önemlilik		U=1718.0	U=1602.5	U=2151.5	U=2390.5	U=1355.5
			p=0.002	p=0.000	p=0.125	p=0.680	p=0.000

Yaşlı hastaların yaş gruplarına göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyon farkındalığı, bilişsel davranış farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). İlaç farkındalığı düzeyinde, 70-74 yaş ile 80 yaş ve üzeri grubundaki katılımcıların farkındalık düzeyinin 65-69 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların cinsiyetlerine göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı, ilaç farkındalığı, bilişsel davranış farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalık düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Yaşlı hastaların eğitim durumlarına göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı ve ilaç farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fiziksel fonksiyonların farkındalığı düzeyinde, üniversite mezunu olan hastaların farkındalık düzeyinin okuryazar olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bilişsel davranış farkındalığı düzeyinde,

ilkokul mezunu olan hastaların farkındalık düzeyinin okuryazar olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Toplam düşme öz farkındalığı düzeyinde, okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların farkındalık düzeyinin lise ve üniversite mezunu olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların medeni durumlarına göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı, ilaç farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), ancak evli hastaların bilişsel davranış farkındalık düzeyinin bekar olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Yaşlı hastaların evde yanında birisinin olması durumuna göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı, ilaç farkındalığı, bilişsel davranış farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalık düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Hastaların yürüme problemi durumuna göre bilişsel farkındalık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), ancak yürüme problemi olan hastaların aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı, ilaç farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalık düzeylerinin yürüme problemi olmayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Yaşlı hastaların denge problemi durumuna göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, ilaç farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fiziksel fonksiyonların farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalığı düzeylerinde, denge problemi olan hastaların farkındalık düzeyinin denge problemi olmayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bilişsel davranış farkındalığı düzeyinde, denge problemi olmayan hastaların farkındalık düzeyinin denge problemi olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların yürümeye yardımcı araç kullanma durumuna göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, ilaç farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalığı

düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fiziksel fonksiyonların farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalığı düzeyinde, yürümeye yardımcı araç kullanan hastaların farkındalık düzeyinin araç kullanmayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların görme problemi durumuna göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, ilaç farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalık düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fiziksel fonksiyonların farkındalığı düzeyinde, görme problemi olan hastaların farkındalık düzeyinin görme problemi olmayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bilişsel davranış farkındalığı düzeyinde, görme problemi olmayan katılımcıların farkındalık düzeyinin görme problemi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Hastaların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fiziksel fonksiyonların farkındalığı, ilaç farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalığı düzeylerinde, devamlı ilaç kullanan hastaların farkındalık düzeyinin devamlı ilaç kullanmayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bilişsel davranış farkındalığı düzeyinde, devamlı ilaç kullanmayan hastaların farkındalık düzeyinin devamlı ilaç kullanan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların kendi sağlığını algılama durumuna göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, ilaç farkındalığı ve bilişsel davranış farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farkındalık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fiziksel fonksiyonların farkındalığı düzeyinde, kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren hastaların farkındalık düzeyinin kendi sağlığını iyi ve orta olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Toplam düşme öz farkındalığı düzeyinde, kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren hastaların farkındalık düzeyinin kendi sağlığını iyi ve orta olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ayrıca kendi sağlığı orta olarak değerlendiren hastaların farkındalık düzeyinin kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların düşme durumuna göre aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı ve toplam düşme öze farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). İlaç farkındalığı düzeyinde, daha önce düşen hastaların farkındalık düzeyinin daha önce düşmemiş olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bilişsel davranış farkındalığı düzeyinde, daha önce düşmemiş olan hastaların farkındalık düzeyinin daha önce düşmüş olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların düşmekten korkması durumuna göre ilaç farkındalığı ve bilişsel davranış farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, fiziksel fonksiyonların farkındalığı ve toplam düşme öz farkındalığı düzeylerinde, düşmekten korkan hastaların farkındalık düzeyinin düşmekten korkmayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Yaşlı Hastaların Demografik Değişkenlere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Kategori	n	Aile	Arkadaşlar	Özel insan	bir	Toplam algılanan sosyal destek
Yaş	65-69 yaş	128	27.16±2.89	13.60±9.03	14.42±9.40		55.18±18.44
	70-74 yaş	14	22.21±10.09	9.29±7.96	7.71±7.14		39.21±20.39
	75-79 yaş	3	18.00±12.16	11.67±11.59	12.67±13.32		42.33±33.95
	80 yaş ve üzeri	5	22.60±10.47	9.40±9.99	13.80±9.91		45.80±25.55
	Önemlilik		$\chi^2=16.67$ p=0.000	$\chi^2=4.61$ p=0.203	$\chi^2=7.083$ p=0.069		$\chi^2=8.09$ p=0.045
Cinsiyet	Kadın	73	25.59±6.31	10.51±8.67	11.33±8.91		47.42±19.33
	Erkek	77	27.09±3.18	15.40±8.76	16.03±9.35		58.52±18.43
	Önemlilik		U=2546.5 p=0.144	U=1939.5 p=0.001	U=2009.5 p=0.002		U=1924.0 p=0.001
	Okuryazar	91	25.63±6.19	11.49±8.86	12.24±8.99		49.36±19.76
	İlkokul	19	26.79±2.55	14.37±9.48	15.89±9.75		57.05±19.55
Eğitim durumu	Ortaokul	13	28.00±0.00	17.31±8.77	13.38±10.04		58.69±17.29
	Lise	18	27.83±0.71	12.28±8.72	13.17±8.40		53.28±16.95
	Üniversite	9	27.56±1.33	20.89±4.96	26.00±4.27		74.44±9.86
	Önemlilik		$\chi^2=7.4$ p=0.118	$\chi^2=13.0$ p=0.011	$\chi^2=17.5$ p=0.002		$\chi^2=15.0$ p=0.005
	Fark			1<3, 1<5, 2<5, 4<5	1<5, 2<5, 3<5, 4<5		1<5, 2<5, 3<5, 4<5
Medeni durum	Evli	138	26.78±3.99	13.41±9.09	14.09±9.38		54.28±19.06
	Bekar	12	21.58±10.65	8.50±7.18	9.67±9.14		39.75±21.89
	Önemlilik		U=604.0 p=0.022	U=551.0 p=0.047	U=580.5 p=0.077		U=534.0 p=0.039
	Eş ve çocuk	116	27.20±3.37	13.60±8.69	14.14±9.15		54.94±18.19

Evde birlikte yaşadığı birey	Eşiyle	29	24.69±6.61	11.38±10.23	12.66±10.41	48.72±22.28
	Yalnız	5	16.60±11.78	9.00±9.11	10.80±10.55	36.40±27.61
	Önemlilik		$\chi^2=22.7$ p=0.000	$\chi^2=3.2$ p=0.206	$\chi^2=1.4$ p=0.497	$\chi^2=4.9$ p=0.087
Yürüme problemi	Fark		1>2, 1>3, 2>3			
	Evet	77	26.00±5.48	11.16±8.98	11.75±9.20	48.91±19.17
	Hayır	73	26.74±4.44	14.99±8.72	15.84±9.23	57.56±19.22
Denge problemi	Önemlilik		U=2484.0 p=0.071	U=2060.5 p=0.004	U=2085.5 p=0.005	U=2050.5 p=0.004
	Evet	61	24.90±7.20	10.49±8.52	11.26±8.83	46.66±19.74
	Hayır	89	27.36±2.12	14.75±9.00	15.44±9.47	57.55±18.36
Yürüme yardımcı araç kullanımı	Önemlilik		U=2270.0 p=0.012	U=1937.5 p=0.002	U=2013.5 p=0.006	U=1875.5 p=0.001
	Evet	68	25.72±5.98	10.26±8.54	11.16±9.19	47.15±19.57
	Hayır	82	26.89±3.97	15.30±8.83	15.88±9.10	58.07±18.34
Görme problemi	Önemlilik		U=2530.0 p=0.152	U=1854.5 p=0.000	U=1929.5 p=0.001	U=1854.5 p=0.000
	Evet	64	25.73±6.12	11.48±8.53	12.11±9.11	49.33±19.56
	Hayır	86	26.83±3.94	14.16±9.27	14.95±9.50	55.94±19.29
Düzenli ilaç kullanımı	Önemlilik		U=2643.0 p=0.542	U=2326.0 p=0.094	U=2272.5 p=0.060	U=2237.0 p=0.048
	Evet	83	25.30±6.44	11.01±8.79	11.98±8.98	48.29±20.07
	Hayır	67	27.67±1.32	15.51±8.77	15.93±9.54	59.10±17.40
Genel sağlık algısı	Önemlilik		U=2202.5 p=0.001	U=1992.5 p=0.002	U=2157.0 p=0.015	U=1933.5 p=0.001
	Çok iyi	3	26.67±2.31	24.67±2.08	14.33±10.69	65.67±13.32
	İyi	34	27.74±1.24	18.29±8.32	19.26±8.88	65.29±16.55
Düşme öyküsü	Orta	67	26.22±5.35	13.15±8.86	14.43±9.02	53.81±19.61
	Kötü	46	25.52±6.11	8.17±7.05	8.61±7.75	42.30±16.08
	Önemlilik		$\chi^2=7.9$ p=0.047	$\chi^2=31.2$ p=0.000	$\chi^2=29.3$ p=0.000	$\chi^2=30.9$ p=0.000
Düşme korkusu	Fark		2>4	1>3, 1>4, 2>3, 2>4, 3>4	2>3, 2>4, 3>4	1>4, 2>3, 2>4, 3>4
	Evet	44	25.32±6.26	12.95±9.47	13.41±9.22	51.68±20.50
	Hayır	106	26.79±4.33	13.05±8.89	13.88±9.53	53.72±19.31
Düşme korkusu	Önemlilik		U=2025.0 p=0.062	U=2323.5 p=0.971	U=2261.5 p=0.764	U=2222.5 p=0.647
	Evet	101	25.80±5.94	11.53±9.24	11.78±9.18	49.12±20.05
	Hayır	49	27.51±1.40	16.08±7.80	17.78±8.65	61.37±15.95
Düşme korkusu	Önemlilik		U=2276.0 p=0.242	U=1650.0 p=0.001	U=1545.0 p=0.000	U=1563.5 p=0.000

Tablo 4.5 incelendiğinde, yaş gruplarına göre algılanan arkadaş sosyal destek ve özel bir insan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Buna karşın, algılanan aile sosyal destek düzeyinde ve toplam algılanan sosyal destek düzeyinde, 65-69 yaş grubundaki katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyinin 70-74 yaş ile 75-79 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların cinsiyetlerine göre algılanan aile destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), ancak erkek hastaların algılanan arkadaşlar,

özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinin kadın hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptandı.

Araştırmaya katılan yaşlı hastaların eğitim durumlarına göre algılanan aile sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Buna karşın, algılanan arkadaşlar sosyal destek düzeyinde, ortaokul mezunu olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin okuryazar olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), üniversite mezunu olan hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinin ise okuryazar, ilkokul ve lise mezunu olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Algılanan özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinde, üniversite mezunu olan katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyinin okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların medeni durumlarına göre algılanan özel bir insan sosyal destek düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), fakat evli hastaların algılanan aile, arkadaşlar ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinin bekar hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların evde yanında birisinin olması durumuna göre algılanan arkadaşlar, özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Algılanan aile sosyal destek düzeyinde ise eş ve çocuğu ile yaşayan hastaların algılanan aile sosyal destek düzeyinin eşiyile ve yalnız yaşayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ayrıca eşiyile yaşayan hastaların algılanan aile sosyal destek düzeyinin yalnız yaşayan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların yürüme problemine göre algılanan aile sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Buna karşın yürüme problemi olmayan hastaların algılanan arkadaşlar, özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinin yürüme problemi olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 5 incelendiğinde, denge problemi olmayan hastaların algılanan aile, arkadaşlar, özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinin denge problemi olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların yürümeye yardımcı araç kullanması durumuna göre algılanan aile sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p<0.05$). Buna karşın yürümeye yardımcı araç kullanmayan hastaların algılanan arkadaşlar, özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinin araç kullanan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların görme problemi durumuna göre algılanan aile, arkadaşlar ve özel bir insan sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0.05$), ancak görme problemi olmayan hastaların toplam algılanan sosyal destek düzeyinin görme problemi olan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir. Devamlı ilaç kullanmayan hastaların algılanan aile, arkadaşlar, özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinin devamlı ilaç kullanan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinin kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren hastalardan anlamlı olarak daha yüksek çıktığı görülmektedir ($p<0.05$). Algılanan arkadaşlar sosyal destek düzeyinde, kendi sağlığını çok iyi ve iyi olarak değerlendiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin kendi sağlığını orta ve kötü olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ayrıca kendi sağlığını orta olarak değerlendiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Algılanan özel bir insan sosyal destek düzeyinde, kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin kendi sağlığını orta ve kötü olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ayrıca kendi sağlığını orta olarak değerlendiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Toplam algılanan sosyal destek düzeyinde, kendi sağlığını çok iyi, iyi ve orta olarak değerlendiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ayrıca kendi sağlığını iyi

olarak değerlendiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin kendi sağlığını orta olarak değerlendiren hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaşlı hastaların düşme durumlarına göre algılanan aile, arkadaşlar, özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı hastaların düşmekten korkması durumuna göre algılanan aile sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p<0.05$) ancak düşmekten korkmayan hastaların algılanan arkadaşlar, özel bir insan ve toplam algılanan sosyal destek düzeylerinin düşmekten korkan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmektedir.

Tablo 4.6. Yaşlı Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Alt Boyutları		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Aile (1)	r	-								
	p									
Arkadaşlar (2)	r	0.216	-							
	p	0.008								
Özel bir insan (3)	r	0.142	0.878	-						
	p	0.083	0.000							
Toplam algılanan sosyal destek (4)	r	0.329	0.952	0.949	-					
	p	0.000	0.000	0.000						
Aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı (5)	r	-	-	-	-	-				
	p	0.057	0.071	0.135	0.101					
Fiziksel fonksiyonların farkındalığı (6)	r	-	-	-	-	0.049	-			
	p	0.179	0.332	0.374	0.382	0.550				
İlaç farkındalığı (7)	r	-	-	-	-	0.443	0.089			
	p	0.167	0.015	0.039	0.035	0.000	0.281			
Bilişsel davranış farkındalığı (8)	r	0.170	0.034	-	0.022	-	0.145	-		
	p	0.037	0.681	0.864	0.790	0.649	0.076	0.182		
Toplam düşme öz farkındalığı (9)	r	-	-	-	-	0.611	0.708	0.530	0.199	-
	p	0.141	0.220	0.281	0.259	0.000	0.000	0.000	0.014	

Tablo 4.6 incelendiğinde; algılanan aile sosyal destek düzeyi ile aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, toplam düşme öz farkındalığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı, ancak algılanan aile sosyal destek düzeyi ile bilişsel davranış farkındalığı düzeyi ($r=0.170$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde, fiziksel fonksiyonların farkındalığı ($r=-0.179$; $p<0.05$) ve ilaç farkındalığı ($r=-0.167$; $p<0.05$) düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı. Algılanan arkadaşlar sosyal destek düzeyi ile aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, ilaç farkındalığı ve bilişsel davranış farkındalığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı, ancak algılanan arkadaşlar sosyal destek düzeyi ile fiziksel fonksiyonların farkındalığı ($r=-0.332$; $p<0.05$) ve toplam düşme öz farkındalığı ($r=-0.220$; $p<0.05$) düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyin altında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Algılanan özel bir insan sosyal destek düzeyi ile aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, ilaç farkındalığı ve bilişsel davranış farkındalığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı ($p>0.05$), ancak algılanan özel bir insan sosyal destek düzeyi ile fiziksel fonksiyonların farkındalığı ($r=-0.374$; $p<0.05$) ve toplam düşme öz farkındalığı ($r=-0.281$; $p<0.05$) düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyin altında anlamlı ilişki olduğu saptandı. Toplam algılanan sosyal destek düzeyi ile aktivite güvenliği ve çevre farkındalığı, ilaç farkındalığı ve bilişsel davranış farkındalığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı ($p>0.05$), ancak fiziksel fonksiyonların farkındalığı ($r=-0.382$; $p<0.05$) ve toplam düşme öz farkındalığı ($r=-0.259$; $p<0.05$) düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyin altında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Yaşlanma; kronolojik, sosyal, psikolojik niteliklere sahip, fiziksel açıdan zorunlu bir durumdur (Gümüş ve ark., 2017). Günümüzde hızla artmakta olan yaşlı nüfusu beraberinde birçok problemi de getirmektedir. Yaşlanmayla beraber kişilerde biyolojik, psikolojik, fizyolojik olarak bazı organizasyon ve fonksiyonlarda yavaşlama ve azalmalar oluşur. Bu sebeple sosyal aktivitelerinde de problemler ve fonksiyonlarda belirgin azalmalar ortaya çıkar. Yaşlı bireyler kendilerine yetememeye başlar, bu sebeple de kaza ve düşme istatistiklerinde artışlar olur (Canlı ve Bingöl, 2018). Bu araştırmada elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Bu araştırmada yaşlı hastaların toplam düşme öz farkındalık düzeyinin orta düzeyin altında ve toplam algılanan sosyal destek düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusundan farklı olarak Boğa ve ark. (2015)'nın yapmış olduğu çalışmada yaşlıların düşme davranışları ölçeğinden aldıkları puan orta düzeyin üstünde bulunmuştur. Uymaz ve Nahcivan (2013)'ın yapmış olduğu çalışmada ise yaşlıların düşme davranışları ölçeğinden aldıkları puan orta düzey bulunmuştur. Özvurmaz (2018) ile Polat ve Kahraman (2013)'ın yaptığı çalışmalarda ise sosyal destek düzeyi bu araştırma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Gökler-Danışman ve Aydın (2011)'ın yapmış olduğu çalışmada ise, bu araştırma bulgusundan farklı olarak sosyal destek düzeyi orta düzeyin altında bulunmuştur. Bu araştırmaların yapıldığı yer, mekan veya zamanın farklı olmasından, katılımcıların sorulan sorulara farklı cevaplar vermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1. Araştırma Grubunun Düşme Öz farkındalık Ölçeği Bulgularına Yönelik Tartışma

Bu araştırmada yaşlıların yaş gruplarının düşme ile ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Okuyan ve Bilgili (2018)'nin huzurevinde kalan yaşlılarla yapmış olduğu çalışmada da yaş ve düşme arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Telatar ve ark. (2020) ile Smith ve ark. (2017)'nin yapmış oldukları çalışmalarda ise 65 yaş üstü hastalar ile düşme arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Bu araştırmada yaşlı

hastaların çoğunluğu (%85.4) 65-69 yaş grubunda olmasının bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada yaşlılarda cinsiyetin düşme ile ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Telatar ve ark. (2020) ile Jeon ve ark. (2014)'nın yapmış olduğu çalışmada 65 yaş üstü hastalarda cinsiyet ile düşme arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Okuyan ve Bilgili (2016)'nin huzurevinde kalan yaşlılarla yapmış olduğu çalışmada ise, cinsiyet ve düşme arasında anlamlı fark olduğu ve kadın bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Oluşan bu anlamlı farklılığın sebebi olarak erkeklerin kadınlara göre vücut kütesinin, boyunun daha fazla olması ve bu durumda kişinin ihtiyaçlarını karşılama noktasında özellikle kadın bakım vericilerin güçlük yaşaması, oluşabilecek düşmeleri önleyememesi göz önünde bulundurulduğunda erkek hastalarda daha çok düşme olayıyla karşılaşılması beklenmektedir. Ayrıca düşmelerde etkili olan denge bozuklukları, tansiyon, diyabet, parkinson gibi hastalıklar da farklılık oluşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada eğitim durumunun düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Okuyan ve Bilgili (2016)'nin huzurevinde kalan yaşlılarla yapmış olduğu çalışmada, eğitim durumuyla düşme arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Eğitim seviyesi ne olursa olsun sosyal ihtiyaçlar için bakıma ve desteğe ihtiyaç duymanın, düşme durumunu etkilediği düşünülmektedir. Bu sebeple Okuyan ve Bilgili (2016)'nin yaptığı çalışma bu araştırmayı destekler niteliktedir. Eğitim durumu ve düşme arasındaki ilişkiyi araştırma grubunun 65 yaş üstü olması ve okul çağında bölge ve şehirde var olan sosyoekonomik şartların etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada medeni durumunun düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Çubukçu (2018) ile Jeon ve ark. (2014)'nın çalışmalarında da, medeni durum ile düşme arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu çalışmalar bu araştırma bulgusunu destekler niteliktedir. Düşme durumu yaşın ilerlemesi ve beraberinde görülen birçok kronik hastalıktan etkilendiği için medeni durumun yaşlıların düşme öz farkındalık düzeylerini etkilemediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada yaşlı hastanın evde biriyle birlikte yaşamasının düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Solmaz ve Altay (2019)'ın yapmış

olduğu yaşı bireylerin son bir yıl içerisindeki düşme durumlarının incelendiği çalışmada da evde biriyle birlikte yaşamasının düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu çalışmada düşme öyküsü olan kişilerin büyük kısmı eşiyle veya yakınlarıyla yaşayan insanlardır ve yalnız yaşamanın düşme risk faktörünü arttırdığı belirlenmiştir. Tüm bu destek gruplarına rağmen yaşı ilerlemesi ve kronik hastalıkların varlığı bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Bu çalışmada yürümenin düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Caner ve Avcı (2022)'nin yaşlılarla yapmış oldukları çalışmada yürüme ve düşmeden korkma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşı bireyin yürümesi hareket aktivitesinde bağımsız olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada denge probleminin düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Caner ve Avcı (2022)'nin yapmış oldukları çalışmanın da bu araştırma bulgusunu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Bu durumun yaşlılarda düşmeye neden olabilecek denge sorunlarını en aza indirebilmek için erken dönemde tedavi edilmesi ve tedbir alınması sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yürümeye yardımcı araç kullanımının düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Solmaz ve Altay (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada bu araştırma bulgusunu destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Yürümeye yardımcı olması için kullanılan araçların seçiminde gerekli standartların göz önünde bulundurulmasının düşmeyi önlemeye direkt etki ettiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada görme probleminin düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Solmaz ve Altay (2019) ile Jeon ve ark. (2014)'nin yapmış olduğu çalışmalarda ise, bu araştırma bulgusundan farklı olarak görme problemi ile düşme arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulgular 65 yaş üstü kişilerin günlük aktivitelerini yaparlarken düşmeyi önlemek için tedbirler almaları gerektiğini destekler niteliktedir.

Bu çalışmada düzenli ilaç kullanımının düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Özcan ve Alparslan (2022)'in yapmış olduğu çalışmada ise, bu araştırma bulgusundan farklı olarak düzenli ilaç kullanımının düşmeyi etkilemediği

görülmüştür. Bu araştırmada elde edilen bulgular özellikle yaşlılığın beraberinde getirdiği unutkanlık gibi çeşitli hastalıklardan ötürü kullanmak zorunda oldukları ilaçlarını düzenli kullanmaları (%55.3) düşmeyi önlemede etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada genel sağlık algısının düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Okuyan ve Bilgili (2016) ile Smith ve ark. (2017)'nin huzurevinde kalan yaşlılarla yapmış olduğu çalışmada sağlık algısıyla düşme arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Günlük aktivitelerini gerçekleştirirken hem sosyal hem bedensel olarak kendini iyi hissedenden kişilerin düşme riskinin azaldığı görülmektedir.

Bu araştırmada düşme öyküsünün düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Caner ve Avcı (2022)'nin yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimlerini incelediği çalışmada düşme öyküsü ile düşme arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Smith ve ark. (2017)'nin yapmış olduğu çalışmada ise bu araştırma bulgusundan farklı olarak düşme öyküsünün düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği görülmüştür. Bu araştırmada elde edilen bulgular daha önce düşme öyküsü olan kişilerin bu duruma karşı gerekli tedbirleri almadıklarını ve gerekli hassasiyetleri göstermediklerini destekler niteliktedir.

Bu araştırmada düşme korkusunun düşmeyle ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Okuyan ve Bilgili (2016)'nin huzurevinde kalan yaşlılarla yapmış olduğu çalışmada düşme korkusuyla düşme öz farkındalık ölçeği arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu durum bu araştırma bulgusunu destekler niteliktedir. Düşme korkusu bireyin düşmeye yönelik gerekli önlemleri aldığını düşündürmektedir.

5.2. Araştırma Grubunun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularına Yönelik Tartışma

Bu araştırmada yaşlıların yaş gruplarının sosyal destek düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Kaçan Softa ve ark. (2016) yaptığı çalışmada bireylerin yaşları ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir fark görülmüştür. Özvurmaz (2018)'in yaptığı çalışmada ise, yaş ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaşlanma sürecinin hızlandığı durumlarda, yaşlı bireylerde çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelir ve bu durum sağlık

sorunlarının artmasına neden olabilir. Bu nedenle, yaşlılar genellikle sağlık durumlarından kaynaklanan şikayetlerle karşılaşır. Ayrıca, sağlık sorunları nedeniyle günlük aktivitelerini gerçekleştiremeyen ve bağımlı hale gelen yaşlı bireyler, toplum içerisinde izole edilme riskiyle karşı karşıya kalabilirler. Bu sebeplerden dolayı yaş ilerledikçe sosyal destek ihtiyacı artmaktadır diyebiliriz.

Bu araştırmada cinsiyetin sosyal destek düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Özvurmaz (2018)'ın yaptığı çalışmada bu araştırma bulgusunu destekler niteliktedir ve ÇBASDÖ toplam puanında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Genç ve ark. (2015)'nin huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılar üzerinde yapmış oldukları çalışmada bu araştırma bulgusundan farklı olarak cinsiyet ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Cinsiyet ve sosyal destek arasındaki farklılığın, toplumumuzda kadın yaşlı bireylerin erkek yaşlılara kıyasla daha fazla yakınları tarafından korunup sahiplenilmesine yol açtığı gözlemlenmektedir. Kadın yaşlılar, öz bakım becerilerini sürdürebildikleri dönemde, aile içinde torunların bakımını üstlenerek, evin düzenini sağlama ve destek çıkma gibi roller üstlenerek, çekirdek aile yapısında erkek yaşlılara kıyasla daha fazla katkıda bulundukları düşünülmektedir.

Bu araştırmada eğitim durumunun sosyal destek düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Eğitim durumu arttıkça algılanan sosyal destek düzeyleri artmıştır. Genç ve ark. (2015)'nin yapmış olduğu çalışmada bu araştırma bulgusunu destekler nitelikte olup evde yaşayan yaşlılarda eğitim düzeyi ile ÇBASDÖ toplam puanında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Eğitim bireylerin sosyal destek algısını etkileyen değişkenlerden birisi olarak görülebilir. Eğitim, bireye sosyal ilişki kurma ve geliştirme becerisini kazandırarak, insanlarla ilişki kurma ve bu ilişkileri sürdürmesinde bir etken olabildiği gibi kitap gazete okuma, diğer sosyal etkinliklere katılımı etkili olabilir. Ayrıca eğitim düzeyi ile yaşlı bireylerin iletişim kurma becerilerinin ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada medeni durumun sosyal destek düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Polat ve Kahraman (2013)'ın yaptıkları çalışmada, bu araştırma bulgusunu destekler nitelikte olup, evli ve eşi ile birlikte yaşayan yaşlıların sosyal destek puanında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Genç ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada ise, evde yaşayan yaşlılarda evli olan yaşlıların ÇBASDÖ puanında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Özellikle yaşın

ilerlemesiyle birlikte evdeki çocukların çeşitli sebeplerle evden ayrılması nedeniyle baş başa kalan yaşlı çiftler birbirlerine destek olarak sosyal ihtiyaçlarını giderebilmektedir, ancak bekar yaşlılar için bu durum geçerli olmadığından çocuklara, komşulara, akrabalara, bakıcıya vb. muhtaç olduklarından algılanan sosyal destek düzeyleri daha azdır.

Bu araştırmada yaşlı hastaların evde birlikte yaşadığı bireyin sosyal destek düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Gallardo-Peralta ve ark. (2022)'nın yapmış olduğu çalışma bu araştırmayı destekler niteliktedir. Polat ve Kahraman'ın çalışmasında evde birlikte yaşadığı birey ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Çalışma sonucunun bu araştırma bulgusunu desteklemiyor olma sebebinin evde biriyle birlikte yaşamayan bireylerin sosyal destek kaynaklarının yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada yaşlı hastaların yürüme probleminin, denge probleminin, görme probleminin ve yürümeye yardımcı araç kullanımının sosyal destek düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Yürüme problemi olmayanların sosyal destek düzeyleri yüksektir. Altıparmak'ın huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapmış olduğu çalışmasında ise fiziksel engel durumu ile ÇBASDÖ puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Altıparmak, 2009). Çalışma bu yönüyle bu araştırma bulgularıyla uyuşmamaktadır. Yürüme problemi olmayanların sosyal aktivitesi daha çok olması sebebiyle sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada incelenen denge probleminin sosyal destek düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Denge problemi olmayanların sosyal destek düzeyi olanlara göre daha yüksektir. Literatür incelendiğinde 65 yaş üstü hastalarda düşmeye bağlı denge problemi ve sosyal destek düzeyinin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Denge problemi olan kişilerin özellikle sosyal desteğe daha çok muhtaç olduğu bu durumun sosyal destek düzeyini etkilemiş olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada incelenen yürümeye yardımcı araç kullanımının sosyal destek düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Araç kullanmayanların sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde 65 yaş üstü hastalarda düşmeye bağlı yürümeye yardımcı araç kullanımı ve sosyal destek düzeyinin incelendiği bir çalışmaya

ulaşılamamıştır. Yürümeye yardımcı araç kullanan kişilerin sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için ayrıca sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarından bu durumun sosyal destek düzeyini etkilemiş olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada incelenen görme probleminin sosyal destek düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde 65 yaş üstü hastalarda düşmeye bağlı görme problemi ve sosyal destek düzeyinin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte yaşın ilerlemesi ile hastalarda hem görme hem de diğer fizyolojik hastalıklar aracılığı ile düşmeyi kolaylaştıran etkenlerin sayısının artarak devam etmekte olduğu bildirilmiştir (Akdeniz ve ark., 2008). Görme problemi olan kişilerin sosyal destek için özellikle ailesine ve arkadaşlarına muhtaç olmasının sosyal destek düzeyini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada düzenli ilaç kullanımının sosyal destek düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. İlaç kullanmayan hastaların sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ünsar ve ark. (2015)'nın yaşlılar ile gerçekleştirdikleri çalışmada, ilaç kullanım sayısı ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiş ve destek düzeyi arttıkça kullanılan ilaç sayısının azalacağını belirtmektedirler. Yeterli sosyal destek düzeyine sahip bireylerin, gereksiz ilaç kullanımını azaltacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada incelenen genel sağlık algısının sosyal destek düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Kendini iyi olarak değerlendiren yaşlıların kötü olarak değerlendirenlerden daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelemesi yapıldığında Gallardo-Peralta ve ark. (2022)'nin yapmış olduğu çalışmada ise genel sağlık algısının sosyal destek düzeyini etkilemediği görülmüştür. Altay ve ark. (2016)'nın yaşlılarla yaptıkları çalışmasında çekirdek aile tipine sahip ailelerin genel sağlık algısı geniş aile tipine sahip olan yaşlılara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada yakın temaslı desteklere sahip aile üyelerinin sağlık algısının yüksek olduğu belirtilmiştir. Yapılan bu araştırmada genel sağlık algısının sosyal desteği etkilediği görülmüştür. Genel sağlık algısının kişiden kişiye değişen bir olgu olmasının sosyal destek düzeyini etkilemiş olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada incelenen düşme öyküsünün sosyal destek düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde 65 yaş üstü hastalarda düşme öyküsünün ve sosyal

destek durumunun incelendiği bir çalışmaya ulaşamamıştır. Fakat yapılan bir çalışmada ileri yaşta olma, 4'ten fazla çeşit ilaç kullanma, yaşam alanlarının düşme riski açısından zengin olması gibi nedenlerden dolayı düşme riskinin yüksek olabileceği bildirilmiştir (Irmak ve ark., 2019). Düşmeye maruz kalan kişilerin bu durumu önemsemediği beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Bu araştırmada incelenen düşme korkusunun sosyal destek düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Düşme korkusu olmayan yaşlıların sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde 65 yaş üstü hastalarda düşme korkusunun ve sosyal destek düzeyinin incelendiği bir çalışmaya ulaşamamıştır. İncelenen bir çalışmada şöyle ifade edilmiştir; düşme riski yaşlıların kendine duyduğu güvenin azalmasına ve sosyal izolasyonuna neden olmak gibi sorunlara yol açabilmektedir (Atay ve Akdeniz, 2010). Düşme korkusu bulunan kişilerde çevresinden algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir. Düşme riski olmayan yaşlıların dışarı çıkma, arkadaşla görüşme gibi aktiviteleri daha çok yapması nedeniyle algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olması ve düşme riski olanların da sosyal destek düzeylerinin düşük olması beklenen bir durumdur.

5.3.Araştırma Grubunun Yaşlı Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Düşme İle İlgili Bulgularına Yönelik Tartışma

Yaşlı bireylerde yaştan ilerlemesi ve kronik hastalıkların varlığı nedeniyle sistemlerin çoğunda yapısal ve fonksiyonel bozukluklar görülmektedir. Yaşlı bireylerde kardiyovasküler problemler hastalık ve ölüm sebepleri içerisinde ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca yaşlılıkla birlikte solunum sisteminde yapısal ve fonksiyonel değişimler olmaktadır. Yaşlanma süreci ile birlikte akciğerin elastikiyetinde de azalma meydana gelmektedir (Bilgili ve Kitiş, 2019). Yaşlanma nedeniyle nöron miktarındaki azalma sebebiyle ve yenilenmenin mümkün olmamasına bağlı olarak yaşlanmayla hareket kabiliyetinde azalma ve yavaşlama, olaylara karşı olan reaksiyon süresinde artma görülür. Bu sebeplerle yaşlı bireyler günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorluklar çekerler. Yaşlı bireylerin beyinsel işlevlerinin ve damarsal dejenerasyonları sebebiyle kan akım miktarında ve sinir sistemlerindeki nöronların iletim hızında azalma olur. Bununla birlikte öğrenme, hafıza gibi bilişsel davranışlarda azalmalar görülür. Kulaklar ve gözler gibi duyu organlarında oluşan kayıplar da denge kayıplarına ve düşmelere neden

olmaktadır (Soyuer ve Soyuer, 2008). Bu araştırmada toplam dūřme öz farkındalığı düzeyinin toplam algılanan sosyal destek düzeyini etkilediği görülmektedir. Hazen ve McCree (2013)'nin yapmış oldukları çalışmada toplam sosyal destek ve toplam düşme öz farkındalığı düzeyleri arasında düşük düzeyde de olsa anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Yařlanmayla birlikte insan bedeninin yapısında, fonksiyonunda ve biyokimyasında meydana gelen değişiklikler ile birlikte kas, tendon ve kemik yapılarında da farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Artan yaşla birlikte osteoporoz (kemik erimesi), kırık, kemik ağrısı, boya kısalma, sırtta kamburlaşma, hareketlerde yavaşlama ve postur değişiklikleri görülebilmektedir. Bu değişiklikler bireylerin denge ve hareketlerini dolayısı ile  evre güvenliğini de etkilemektedir (Can, 2020). DSÖ düşme olayını 65 yař üstü bireyler için en ciddi sağlık sorunlarından biri kabul etmektedir (Güner ve Ural, 2017). Sosyal destek, yaşlıların bağımsızlık ve özgürlük duygularına katkıda bulunarak psikolojik durumlarını etkilemekte, aile ve sosyal çevrelerinden aldıkları destek, depresyona karşı koruyucu bir faktör olmaktadır (Yalçın, 2015). Algılanan sosyal destek düzeyi arttı a kronik hastalığı olan hastaların psikolojik iyi oluşlarının daha yüksek olduğu söylenebilir (Park ve Lee, 2019). Aile, arkadaş, komşu, iř yeri veya sosyal çevresinden yeterli sosyal destek alan bireylerin düşme konusunda daha hassas oldukları gerekli hassasiyeti gösterdikleri ve daha az düştükleri görülmektedir. Bireylerin düşmeye yönelik farkındalıklarının artması sosyal destek düzeylerini de artırmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı hastaların düşme öz farkındalık düzeyleri ve duydukları sosyal destek düzeylerini belirlemek için yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin düşme öz farkındalık düzeyinin orta düzeyin altında ve algılanan sosyal destek düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaşının, cinsiyetinin, eğitim durumunun, medeni durumunun, yürüme problemi varlığının, denge problemi varlığının, yürümeye yardımcı araç kullanımının, görme problemi varlığının, düzenli ilaç kullanımının, genel sağlık algısının ve düşme korkusunun sosyal destek düzeylerini etkilediği saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin evde kiminle yaşadığı ve düşme öyküsünün sosyal destek düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.
- Eğitim durumu, yürüme problemi varlığı, denge problemi varlığı, yürümeye yardımcı araç kullanımı durumu, düzenli ilaç kullanımının, genel sağlık algısının ve düşme korkusunun düşme ile ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilediği, yaşın, cinsiyetin, medeni durumun, evde kiminle birlikte yaşadığının, görme probleminin ve düşme öyküsünün düşme ile ilgili öz farkındalık düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlı bireylerin düşme öz farkındalıklarını arttırmak için sağlık profesyonellerinin hem hastaya hem de hasta yakınlarına gerekli eğitimi vermeleri,
- Yaşlı bireylerin sosyal destek düzeylerini etkileyen (yaş, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, yürüme problemi varlığı, denge problemi varlığı, yürümeye yardımcı araç kullanımı, görme problemi varlığı, düzenli ilaç kullanımı, genel sağlık algısı ve düşme korkusu) ve düşme ile ilgili öz farkındalık düzeylerini etkileyen (eğitim durumu, yürüme problemi, denge problemi, yürümeye yardımcı araç kullanımı,

düzenli ilaç kullanımı, genel sağlık algısı ve düşme korkusu) faktörlerin dışındaki faktörlerin tespit edilmesi, gerekli önlemlerin alınması,

- Düşmeye yönelik riskler konusunda bilinçlendirilmelerin yapılması, düşme riskinin farkında olmayan risk gruplarının belirlenmesine, yaşlılarda düşmelerin artmasının önlenmesine ve çalışmanın daha büyük örneklem grubuyla tekrarlanması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Akbaşı, E., Yiğitoğlu, G. T., ve Çunkuş, N. (2020). Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık. *OPUS International Journal of Society Researches*, 15(26), 4540-4562.
- Akdeniz, M., Yaman, A., ve Yaman, H. (2008). Aile Hekimliğinde Önlenebilen Sorunlar: Yaşlılarda Düşmeler. *GeroFam Dergisi*, 117-132.
- Allen, S. M., Ciambrone, D., and Welch, L. C. (2000). Stage of Life Course and Social Support As a Mediator of Mood State Among Persons With Disability. *Journal of Aging and Health*, 318-341.
- Altındış, M. (2013). Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. İstanbul: Tıp Kitapevi.
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3), 159-164.
- Amacher, A., Nast, I., Zindel, B., Schmid, L., Krafft, V., and Niedermann, K. (2016). Experiences of General Practitioners, Home Care Nurses, Physiotherapists and Seniors Involved In a Multidisciplinary Home-Based Fall Prevention Programme: a Mixed Method Study. *BMC Health Services Research*, 16-469.
- Aras, A., ve Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 63-68.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 68-75.
- Arslan, S., Akın, B., ve Koçoğlu, D. (2008). Kemoterapi Alan Hastalarda Hastalık ve Tedaviye Bağlı Yaşanan Semptomların Sosyodemografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 47-56.
- Aslan, F. E. (2016). *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte*. Ankara: Akedemisyen Kitapevi.
- Atay, E., ve Akdeniz, M. (2010). Yaşlılarda Düşme, Düşme Korkusu ve Bedensel Etkinlik. *GeroFam*, 11-28.
- Atik, D., Asaf, R., ve Çınar, S. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal Görünüm Kaygısına Etkisi [Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal Görünüş Kaygısına Etkisi]. *Tıp Bilimi*, 2210-2223.
- Baz, S., ve Ardahan, M. (2016). Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 147-153.

- Bektaş, H. A., ve Akdemir, N. (2009). Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 54-60.
- Berke, D., ve Aslan, F. E. (2010). Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 72-77.
- Bilgili, N., ve Kitiş, Y. (2019). *Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı*. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Birgili, F., Kılınç, S., ve Uğurlu, N. B. (2022). Validity and Reliability of Turkish Version of the Self-Awareness of Falls in Elderly Scale Among Elderly Inpatients. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 7(1), 69-78.
- Boğa, N. M., Özdelikara, A., ve Ağaçdiken, S. (2015). Huzurevindeki Yaşlı Hastalarda Düşme Davranışlarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 360-371
- Bulut, S., Güleğün, T., ve Şahbaz, M. (2013). Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 163-169.
- Can, Ş. (2020). *Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşlı Sağlığı*. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Caner, Ş., ve Avcı, İ. A. (2022). Yaşlılarda Düşme Riski, Korkusu Ve Düşme Davranışları İle Düşmeye Yönelik Evde Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 193-208.
- Canlı, S., ve Bingöl, N. (2018). Yaşlı Popülasyonda Düşmeler ve Acil Yaklaşım. *Hastane Öncesi Dergisi*, 3(2), 63-73.
- Carmona, C. F., Couto, V. V., and Scorsolini-Comin, F. (2014). The Experience of Loneliness and the Social Support to Elderly Women. *Psicologia em Estudo*, 19, 681-691.
- Cho, E. (2007). A Proposed Theoretical Framework Addressing the Effects of Informal Caregivers on Health-Related Outcomes of Elderly Recipients in Home Health Care. *Asian Nursing Research*, 23-34.
- Chodzko-Zajko, W., Proctor, D., Fiatarone, S. M., Minson, C., Nigg, C., Salem, G., and Skinner, J. (2009). American College of Sports Medicine (ACSM) Exercise And Physical Activity For Older Adults:Position Stand. *Medicine Science in Sports Exercise*, 1510-1530.
- Chu, J., Chen, X., and Shen, S. (2015). A Poor Performance in Comprehensive Geriatric Assessment is Associated With Increased Fall Risk in Elders With Hypertension: a Cross-Sectional Study. *J Geriatr Cardiol*, 12 (2), 113-118.
- Coan, J. A., and Sbarra, D. A. (2015). Social Baseline Theory: The Social Regulation of Risk and Effort. *Current opinion in psychology*, 87-91.
- Cohen, S., and Wills, T. (1985). Stres, Sosyal Destek ve Tamponlama Hipotezi. *Psikolojik bülten*, 310-315.
- Coşkun, F. (2015). Yaşa Bağlı Solunum Fizyolojisinde Değişiklikler ve KOAH. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 159-162.

- Çeçen, D., ve Özbayır, T. (2011). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11-23.
- Çınar, S. (2009). Psychosocial Adjustment and Social Support in Hemodialysis Patients. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 1 (1), 8-12.
- Çınarlı, T., ve Koç, Z. (2015). 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 660-679.
- Çobanoğlu, U., ve Melek, M. (2011). Çocukluk Çağında Düşmeye Bağlı Toraks Travmaları. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 11-15.
- Çubukçu, M. (2018). Evde Bakım Alanlarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 50-57.
- Dane, E., ve Olgun, N. (2016). Psychological Resilience Status of Hemodialysis Patients And Evaluation of Affecting Factors. *Journal of Nephrology Nursing*, 43-54.
- Davies, A. J., ve Kenny, R. A. (1996). Falls Presenting to the Accident and Emergency Department: Types of Presentation and Risk Factor Profile. *Age and Ageing*, 362-366.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., ve Rüçhan, U. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 132-139.
- Demir, D., Yöntem, S. Ç., Sarı, H. Y., ve Bektaş, M. T. (2013). Çocuk Hastalar İçin Düşme Riski Tanılama Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 34-41.
- Demir, N. Y., ve İnterler, Ş. S. (2011). Morse Düşme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Duyarlılık-Seçicilik Düzeyinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 57-71.
- Demircioğlu, A., Uysal, S. A., ve Hamurcu, M. Ş. (2019). Yaşlı Bireylerde Görme Fonksiyonu, Denge ve Düşme Davranışlarının İncelenmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 30(3), 191-198.
- Doğan, T. (2008). Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve İyi Hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 30-44.
- Duyan, V., Gelbal, S., ve Var, E. Ç. (2013). Sosyal İlişki Unsurları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 159-169.
- Ekçi, B., Aktaş, C., Eren, Ş., ve Sarıkaya, S. (2010). 65 Yaş ve Üzeri ile Altı Hastalarda Düşük Enerjili Düşmelerin Etkileri. *Türk Geriatri Dergisi*, 185-190.
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17-25.
- Eker, D., Arkar, H., ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17-25.

- Erdem, Y., Özeren, H., Vergili, Ö., Gülnar, E., ve Öner, B. (2014). *Hasta, Yaşlı ve Engelli Bakımı*. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Esen, D. (2011). Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 67-79.
- Eyigör, S. (2012). Düşmelere Yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*, 43-51.
- Eylen, B. (2002). Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 109-117.
- Feeney, B., and Collins, N. (2015). Sosyal Desteğe Yeni Bir Bakış: İlişkiler Yoluyla Gelişmeye Dair Teorik Bir Bakış Açısı. *Kişilik ve Sosyal Psikoloji İncelemesi*, 113-147.
- Fernández-Peña, R., Molina, J. L., and Valero, O. (2020). Satisfaction With Social Support Received From Social Relationships in Cases of Chronic Pain: The Influence of Personal Network Characteristics in Terms of Structure, Composition and Functional Confunctional Content. *International journal of environmental*, 2706-2714.
- Gallardo-Peralta, LP, Sanchez-Moreno, E. and Herrera, S. (2022). Aymara, Mapuche ve Yerli Olmayan İnsanlar Arasında Yaşlanma ve Aile İlişkileri: Sosyal Desteğin, Aile İşleyişinin ve Kendini Algılayan Sağlığın Yaşam Kalitesiyle Nasıl İlişkili Olduğunu Keşfetmek. *Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi*, 19(15), 9247.
- Gama, Z., and Gómez-Conesa, A. (2008). Risk Factors For Falls in the Elderly: Systematic Review. *Revista de saude publica*, 946-956.
- Gemalmaz, A., Dişçigil, G., and Başak, O. (2004). Huzurevi Sakinlerinin Yürüme ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 41-44.
- Genç F., Küçük E., ve Onur O.(2015) Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlıların Sosyal Destek Algılarının Karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2); 47-53
- Ghorbani, S., Farhangnia, S., Zanganeh, F., Noohpisheh, S., and Shakki, M. (2021). Relationships between Perceived Social Support and Physical Activity with Mood, Physical Fitness and Cognitive Status of Elderly in Golestan Province, Iran. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 18(2), 1-4.
- Göken, V. (2015). *Yaşlı Bireylerde Yürüme Hızının Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlığa Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Gökler-Danışman, İ., ve Aydın, P. G. (2011). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Benlik-Algılarının Yordanmasında Sosyodemografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Desteğin rolü. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 24(24), 69-92.
- Guimarães, J. M., and Farinatti, P. D. (2005). Descriptive Analysis of Variables Theoretically Associated To the Risk of Falls in Elder Women. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 299-305.

- Günel, O. (2012). Kardiyovasküler Risk Faktörleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(3), 107-116.
- Güler, D. A., Türten-Kaymaz, T., Canbolat, Ö., ve Kapucu, S. (2015). Hemşirelerin Yaşlıya İlişkin Tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10-20.
- Gümüş, E., Arslan, İ., Tekin, O., Fidancı, İ., Eren, Ş. Ü., Dilber, S., ve Şahin, K. (2017). Kendi Evi ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda, Denge ve Yürüme Skorları İle Düşme Riskinin Karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, 2, 102-110.
- Gündüz, T. (2018). *Yaşlı Bakım ve Uygulamaları*. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Güner, S. G., ve Ural, N. (2017). Yaşlılarda Düşme: Ülkemizde yapılmış tez çalışmaları kapsamında durum saptama. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9-15.
- Harasemiw, O., Newall, N., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., and Menec, V. (2019). Is the Association Between Social Network Types, Depressive Symptoms and Life Satisfaction Mediated by the Perceived Availability of Social Support? A Cross-Sectional Analysis Using the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1413-1422.
- Hazen, M. M., and McCree, S. (2013). Environmental Support to Assist an Older Adult with Independent Living: Safety and Activity Accommodation in a Senior's Home. In *Housing Choices and Well-Being of Older Adults* (pp. 27-52). Routledge.
- Herman, T., Mirelman, A., Giladi, N., Schweiger, A., and Hausdorff, J. (2010). Sağlıklı yaşlı yetişkinlerde düşme prodromu olarak yürütücü kontrol açıkları: düşünme, yürüme ve düşmeyi birbirine bağlayan prospektif bir çalışma. *Gerontoloji Seri A Dergileri: Biyomedikal Bilimler ve Tıp Bilimleri*, 1086-1092.
- Hsiao, Y. L., Chang, C. C., and Chen, C. M. (2012). Profile of hospitalized elderly patients treated for falling. *International Journal of Gerontology*, 42-45.
- Ilgaz, A. (2020). Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin Kullanılması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 278-284.
- Irmak, H. S., Karaaslan, T., Arman, N., Tarakcı, E., ve Akgül, A. (2019). Düşme Öyküsü Olan Yaşlıların Ev Ortamlarının ve Düşme Risklerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 4(1), 7-15.
- Işık, A. T., Cankurtaran, M., Doruk, H., ve Mas, M. R. (2006). Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 45-50.
- Jeon, MY, Jeong, H., Petrofsky, J., Lee, H. and Yim, J. (2014). Kırsal Topluluklarda Evde Yaşayan Zayıf Yaşlılarda Randomize Kontrollü Tekrarlayan Düşme Önleme Programının Düşme Risk Faktörleri Üzerine Etkileri. *Tıp Bilimi Monitörü: Uluslararası Deneysel ve Klinik Araştırma Tıp Dergisi*, 20, 2283-2291.
- Jefferis, B. J., Iliffe, S., Kendrick, D., Kerse, N., Trost, S., Lennon, L. T., and Whincup, P. H. (2014). How Are Falls and Fear of Falling Associated with Objectively Measured Physical Activity in a Cohort of Community-Dwelling Older Men? *BMC geriatrics*, 1-9.

- Ji, L. L., Tsai, W., Sun, X. L., Lu, Q., Wang, H. D., Wang, L. J., and Lu, G. H.-b. (2019). The Detrimental Effects of Ambivalence Over Emotional Expression on Well-Being Among Mainland Chinese Breast Cancer Patients. *Mediating Role of Perceived Social Support*, 630-637.
- Kaçan Softa, H., Öztürk, A., Dindaş, İ., ve Göçmen, M. (2015). Kastamonu 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlıların Yalnızlık Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2, 88-97.
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., and Lee, K. H. (2012). Missed nursing care, staffing, and patient falls. *Hemşirelik Bakım Dergisi Kalitesi Dergisi*, s. 6-12.
- Kankaya, H., ve Karadakovan, A. (2017). Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21-29.
- Kapucu, S., ve Ünver, G. (2017). Kırılgan Yaşlı ve Hemşirelik Bakımı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 122-129.
- Karakovan, A. (2014). *Yaşlı Sağlığı ve Bakım*. İstanbul: Akedemisyen Kitapevi.
- Karataş, K. G., ve Maral, I. (2001). Ankara-Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme İçin Risk Faktörleri. *Geriatri Dergisi*, 152-158.
- Karataş, T., ve Bostanoğlu, H. (2017). Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum. *Ulusal Tıp Kütüphanesi*, 23-46.
- Kelleci, M., ve EE, A. (2011). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 105-110.
- Khorshid, L., and Arslan, G. G. (2006). Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi. *Dirim*, 182-188.
- Kılınç, F. N., Çakır, B., ve Daşgın, H. (2014). *Hasta, Yaşlı ve Özel Gereksinimli (Engelli) Bireylerde Beslenme*. Ankara: Vize Yayıncı.
- Kim, T., Choi, S. D., and Xiong, S. (2020). Epidemiology of Fall and its Socioeconomic Risk Factors in Community-Dwelling Korean Elderly. *PLoS One*, 6-15.
- Koldaş, L. (2017). Yaşlılık ve Kardiyovasküler Yaşlanma Nedir? *Türk Kardiyol Derneği*, 1-4.
- Korkmaz, T., ve Ümmet, D. (2021). Huzurevinde Bulunan Yaşlıların Yalnızlık Algısının ve Yaşam Kalitesinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 463-475.
- Laurence Z, R. (2006). Falls in Older People: Epidemiology, Risk Factors and Strategies for Prevention. *Age Ageing*, 37-41.
- Leow, K., Lynch, M. F., and Lee, J. (2021). Social Support, Basic Psychological Needs, and Social Well-Being Among Older Cancer Survivors. *The International Journal of Aging and Human Development*, 100-114.
- Lindsay Smith, G., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G., and Van Uffelen, J. G. (2017). The Association Between Social Support and Physical Activity in Older Adults:

- A Systematic Review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 1-21.
- Liu-Ambrose, T., Khan, K. M., Donaldson, M. G., Eng, J. J., Lord, S. R., and McKay, H. A. (2006). Falls-Related Self-Efficacy is Independently Associated with Balance and Mobility in Older Women with Low Bone Mass. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 832-838.
- Malecki, C. K., Demaray, M. K., and Elliott, S. N. (2014). İlk ve Ortaokul Öğrencileri İçin Sosyal Beceri Değerlendirmesi ve Müdahalesinde Yeni Yönler. *İstisna*, s. 19-32.
- Medley, A., and Thompson, M. (2015). Contribution of Age and Balance Confidence to Functional Mobility Test Performance: Diagnostic Accuracy of L Test and Normal-Paced Timed Up and Go. *Geriatric Fizik Tedavi Dergisi*, 8-16.
- Mollaoğlu, M., Fertelli, T., ve Tuncay Özkan, F. (2013). Dâhili Kliniklerde Yatan Bireylerin Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 27-34.
- Naharcı, M. İ., ve Doruk, H. (2009). Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 437-444.
- Nations, U. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2017_keyfindings.pdf Erişim Tarihi: 24.03.2023.
- Noh, H. M., Song, H. J., Park, Y. S., Han, J., and Roh, Y. K. (2021). Fall Predictors Beyond Fall Risk Assessment Tool Items for Acute Hospitalized Older Adults: A Matched Case-Control Study. *Scientific reports*, 1-9.
- Nursing, R. C. (2004). *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of Falls in Older people*. Londra: National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance.
- Ocsovszky, Z., Rafael, B., Martos, T., Csabai, M., Bagyura, Z., Sallay, V., and Merkely, B. (2020). A Társas Támogatás És Az Egészséges Életmód Összefüggései= Correlation of Social Support and Healthy Lifestyle. *Orvosi Hetilap*, 129-138.
- Oksel, E. (2018). Düşmeye Hemşire Bakışı ve Değerlendirilmesi. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, 140-142.
- Okuyan, B., ve Bilgili, NA İ. LE (2018). Yaşlılarda Mobilite ve Düşme: Bir Huzurevi Çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15 (1), 1-8.
- Ones, K., Yilmaz, E., Cetinkaya, B., ve Caglar, N. (2005). Assessment of the Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy (Primary Caregivers). *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 232-237.
- Özata, M., ve Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 100-111.
- Özben, Ş. (2008). Yaşlılarda Umutsuzluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 136-151.

- Özcan, G., ve Balcı Alparslan, G. (2022). Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Fiziksel Aktiviteleri ile Düşme Davranışları Arasındaki İlişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 57-66.
- Özden, D., ve Şerife Karagözoğlu, S. K. (2012). Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı: Pilot Çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 80-88.
- Özvurmaz, S. (2018). Yaşlı Bireylerin Yalnızlık Düzeyleri ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 118-125.
- Park, C. L., and Lee, S. Y. (2019). Unique Effects of Religiousness/Spirituality and Social Support on Mental and Physical Well-Being in People Living with Congestive Heart Failure. *The Journal of Behavioral Medicine*, 630-637.
- Pehlivanoglu, E. Ö., Özkan, M., Balcioğlu, H., Bilge, U., ve Ünlüoğlu, İ. (2018). Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçütlerinin Yaşlılar İçin Türkçe Uyarlaması ve Güvenirliliği. *Ankara Tıp Dergisi*, 219-223.
- Polat, F., ve Geçici, F. (2020). Yaşlı Bireylerin Algıladığı Yalnızlık Düzeyi ile Depresyon Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 72-82.
- Rao, R. (2005). Prevention of Falls in Older Patients. *American Family Physician*, 81-88.
- Resmi Gazete. (2011). 6 Nisan 2011 Tarihli ve 27897 Sayılı Resmî Gazete. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-12.htm> Erişim tarihi: 20.05.2023
- Resmi Gazete-b. (2015). Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150627-2.htm>. Erişim tarihi: 14.05.2023
- Rizalar, S., Ozbas, A., Akyolcu, N., ve Gungor, B. (2014). Effect of Perceived Social Support on Psychosocial Adjustment of Turkish Patients with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 3429-3434.
- Rodriguez, M. S., and Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 535-544.
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in Older People: Epidemiology, Risk Factors and Strategies for Prevention. *Age and Ageing*, 37-41.
- SAGEM. (2014). Sağlık İstatistik Yıllığı. E Kütüphane: http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf Erişim Tarihi: 14.03.2023.
- Sahin, D., Aydın, A., Simsek, N., ve Cabar, H. D. (2012). Yaşlılık, Depresyon ve Hemsirelik. *Journal of Psychiatric Nursing*, 38-42.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., and Sarason, B. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44-127.

- Savcı, A., ve Bilik, Ö. (2014). Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 156-163.
- Shrout, P. E., Herman, C. M., and Bolger, N. (2006). The Costs and Benefits of Practical and Emotional Support on Adjustment: A Daily Diary Study of Couples Experiencing Acute Stress. *Personal Relationships*, 115-134.
- Shumaker, S., and Brownell, A. (1984). Bir Sosyal Destek Teorisine Doğru: Kavramsal Boşlukları Kapatmak. *Sosyal Meseleler Dergisi*, 11-36.
- Shyu, M. L., Huang, H. C., Wu, M. J., and Chang, H. J. (2018). Development and Validation of The Self-Awareness of Falls in Elderly Scale Among Elderly Inpatients. *Clinical Nursing Research*, 27(1), 105-120.
- Smith, A.A., Silva, A.O., Rodrigues, R.A., Moreira, M.A., Nogueira, J.A. and Tura, L.F. (2017). Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2754.
- Solmaz, T., ve Altay, B. (2019). Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı Ve Düşmeye Neden Olan Faktörlerin Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 129-134.
- Soyuer, F., ve Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve Hayvanlar Aktivite. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 219-224.
- Şahin, E., Topkaya, N., Gençoğlu, C., ve Ersanlı, E. (2018). Prevalence and Correlates of Hopelessness among Turkish Elderly People Living with Family or in Nursing Homes. *Societies* 8(2), 1-10.
- Taylor, S. E., and Stanton, A. L. (2007). Başa Çıkma Kaynakları, Başa Çıkma Süreçleri ve Ruh Sağlığı. *Annual Review of Clinical Psychology*, 377-401.
- Telatar, T., Üner, S., Özcebe, L., Küçük Biçer, B. U. R. C. U., ve Yavuz, S. (2020). Yaşlılarda Düşmeler ve İlişkili Risk Faktörlerinin Yaş ve Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 2(36), 101-108.
- Tel, H., Güler, N., ve Tel, H. (2011). Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 59-67.
- Tezcan, S., ve Seçkiner, P. (2012). Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. *Yaşlı Sağlığı*, 1(1), 1-9.
- Theeke, L. A., and Mallow, J. (2013). Loneliness and Quality of Life in Chronically Ill Rural Older Adults: Findings From a Pilot Study. *The American Journal of Nursing*, 25-32.
- Toljamo, M., and Hentinen, M. (2001). Öz Bakım ve Sosyal Desteğe Bağlılık. *Klinik Hemşirelik Dergisi*, 618-627.
- Topkaya, N., ve Büyükgöze Kavas, A. (2015). Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Doyumu, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum ve Niyet Arasındaki İlişkiler: Bir Model Çalışması. *Turkish Studies (Elektronik)*, 979-993.
- Toraman, U., ve Aynur, A. E. (2006). Evde yaşayan yaşlılarda düşme risklerinin belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 75-80.

- TÜİK (2022). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. Türkiye İstatistik Kurumu Merkezi Dağıtım Sistemi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95velocale=tr> Erişim Tarihi: 24.03.2023.
- TÜİK (2022b). Dünya Nüfus Günü. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nuus-Gunu-2022-45552>. Erişim Tarihi: 18.03.2023.
- TÜİK (2022c). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. [www.tuik.gov.tr: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuc-lari-2022-49685](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuc-lari-2022-49685) adresinden alınmıştır Erişim: 03.04.2023.
- TÜİK (2022d). İstatistiklerle Yaşlılar, 2021. TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636> Erişim Tarihi: 02.04.2023.
- TÜİK (2018). Nüfus İstatistikleri ve projeksiyonları. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 15.04.2023.
- Tunçay, S. U., Özginçler, A. R., ve Erdinçler, D. S. (2011). Geriatrik Ailelerin Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Süreleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 245-252.
- UN-DESA. (2019). *World Population Prospects 2019*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Ungar, A., Rafanelli, M., Iacomelli, I., Brunetti, M. A., Ceccofiglio, A., Tesi, F., and Marchionni, N. (2013). Fall Prevention in The Elderly. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 91-114.
- Uresandi, F., Blanquer, J., and Conget, F. (2004). Guidelines for The Diagnosis, Treatment, and Follow up of Pulmonary Embolism. *Arch Bronconeumol*, 580-594.
- Uymaz, P. E., ve Nahcivan, N. (2013). Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 22-32.
- Ünsar, S., Dindar, İ. ve Kurt, S. (2015). Türk Toplumunda Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kaliteleri, Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri. *JPM. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(6), 642-646.
- Vickers, N. J. (2017). Animal Communication: When I'm Calling You, Will You Answer Too? *Current biology*, 713-715.
- Von Cheong, E., Sinnott, C., Dahly, D., and Kearney, P. M. (2017). Adverse Childhood Experiences (Aces) and Later-Life Depression: Perceived Social Support As a Potential Protective Factor. *BMJ open*, 7-9.
- Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasio, G. D., Büla, C., and Jox, R. J. (2018). Geriatric Palliative Care: A View of Its Concept, Challenges and Strategies. *BMC geriatrics*, 1-6.
- Wang, J. Y., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., and Johnson, S. (2018). Associations Between Loneliness And Perceived Social Support and Outcomes of Mental Health Problems: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 1-16.

- WHO, (2022). Ageing and health. <https://www.who.int/>: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Erişim Tarihi: 21.05.2023
- Xiao, Z., Li, X., Qiao, S., Zhou, Y., and Shen, Z. (2017). Social Support, Depression, and Quality of Life Among People Living with HIV in Guangxi. China. *AIDS care*, 319-325.
- Yalçın, İ. (2015). İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21-32.
- Yeşilbakan, Ö., ve Karadakovan, A. (2005). Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 72-77.
- Yıldırım, K. Y., ve Karadakovan, A. (2004). Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişi. *Türk Geriatri Dergisi*, 78-83.
- Yoo, J., Kim, C., Yim, J., and Jeon, M. (2019). Risk Factors of Repeated Falls in The Old People. *Korean Society of Exercise Rehabilitation*, 275-281.



EKLER

Ek-1. Araştırmaya Katılma Onayı

Sayın Katılımcı;

Bu çalışmada “Yaşlı Hastalarda Düşme Öz farkındalığı ve Sosyal Destek Durumunun İncelenmesi” planlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtlar hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyecek, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanızı bekler, katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.



Mesut İNCİ

Tel: 0539 874 53 54

Mail: mesutinci1707@gmail.com

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir? Kadın() Erkek ()

3. Mesleğiniz nedir?

4. Eğitim durumunuz nedir?

Okur-yazar değil() b. okur-yazar () c. ilkokul mezunu() d. ortaokul mezunu ()

e. lise mezunu() f. üniversite mezunu ()

5. Medeni durumunuz nedir? Evli () Bekar ()

6. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyorum () b.Çalışmıyorum ()

7. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Gelirim giderimden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()

8. Sigara kullanıyorsunuzuz?

Evet () Hayır ()

9. Alkol kullanıyormusunuz?

Evet () Hayır()

10. Sosyal güvenceniz var mı? Yok() Var() Belirtiniz()

11. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Eş ve çocuklarla birlikte() Eş ile birlikte () Yalnız()
Belirtiniz(.....)

12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Varsa açıklayınız?

13. Yürüme ile ilgili problem yaşıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

14. Denge ile ilgili problem yaşıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

15. Yürümeye yardımcı araç kullanıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

16. Görme ile ilgili bir sorunuz var mı? ()Evet ()Hayır

17. Devamlı kullandığınız ilaç/ilaçlarınız var mı? ()Evet ()Hayır

18. Kendi sağlığınızı nasıl algıyorsunuz?

Çok İyi() İyi() Orta() Kötü()

19. Daha önce düşme yaşadınız mı?(Yanıtınız hayır ise 20,21 ve 22. Soruları cevaplamayınız.
Evet() Hayır()

20. Yanıtınız “evet” ise kaç defa düştünüz?.....

21. Düşme olayı nerde gerçekleşti?.....

22. Düşmeye neden olan faktör neydi? Açıklayınız?

23. Düşmekten korkuyor musunuz? Evet() Hayır()

24. Düşmekten korkmak günlük aktivitelerinizi yerine getirmede size sınırlamalar getiriyormu?

Evet () Hayır()

25. Yaşadığınız ortamda düşmeye yönelik aldığınız önlemler var mı?

Evet() Hayır()

26. Aldığınız önlemler nelerdir? Açıklayınız?

27. Hastaneye bu başvurunuzda hangi faaliyette bulunurken düşme durumu gerçekleşti? Açıklayınız?

Ek-2. Yaşlılarda Düşme İle İlgili Öz Farkındalık Ölçeği

YAŞLILARDA DÜŞME İLE İLGİLİ ÖZ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

Katılım derecenize göre aşağıdaki ölçek maddelerini en uygun kategoride cevaplandırırsınız.						
Maddeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Faktör 1: Aktivite Güvenliği ve Çevre Farkındalığı						
1. Rahatsızlık hissettiğimde dinlenmek için otururum.						
2. Banyoda ya da tuvalette tirabzan (tutunacak yer) olup olmaması beni etkilemez.						
3. Eşyaların yatağın üzerine veya yatağın kenarına konulması, alınmalarını kolaylaştırır.						
4. Kalabalık ortamlarda duvar kenarından yürürüm.						
5. Zemin ıslak olduğunda düşmemek için dikkatli bir şekilde yürürüm.						
6. Her sabah uyandıktan sonra yataktan kalkmadan ve günün aktivitelerine başlamadan önce 10 dakika boyunca yataкта otururum.						
7. Gece uyurken küçük bir lambayı açık bırakırım.						
8. Kaymayı / düşmeyi önleyen ayakkabılar giyerim.						
Faktör 2: Fiziksel Fonksiyonların Farkındalığı						
9. Adımlarımın dengesiz/istikarsız olmasına rağmen, eğer bir şeye tutunursam yataktan kalktığımda ve tuvalete yürüdüğümde düşmem.						
10. Bazen başım dönmesine rağmen, bu benim düşmeme neden olmaz.						
11. Kalktığımda ve güne başladığımda düşmemi önlemek için yürüteç kullanırım.						
12. Görme gücüm zayıf olmasına rağmen, bu benim düşmeme neden olmaz.						
13. Duymada zorluk çekmeme rağmen, bu benim düşmeme neden olmaz.						
14. Geceleri iyi uyumama rağmen, uykusuzluk düşmeme neden olmaz.						
Faktör 3: İlaç Farkındalığı						
15. Aldığım günlük ilaçların düşme olasılığını arttırabileceğini biliyorum.						
16. Her gün dörtten fazla ilaç almam gerekiyor, ancak bu ilaçlar düşme olasılığını arttırmıyor.						
17. Aldığım ilaçların düşmeye neden olma olasılığına rağmen düşmüyorum çünkü onlara alıştım.						
Faktör 4: Bilişsel Davranış Farkındalığı						
18. Hemşireleri rahatsız etmeyi sevmiyorum.						
19. Geceleri tuvaleti kullanmam gerektiğinde başkalarını rahatsız etmemeye çalışırım.						
20. Düşme olasılığımın olmadığını düşünüyorum.						
21. Yaşlanıyor olmama rağmen, dikkatli olduğum sürece düşmem.						

Ek-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇBASDÖ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğuna veya olmadığına karar vermek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlemin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevaplatmamanız. Şöyle doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarıma dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sığın, sığın, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Ailem ve arkadaşlarıma dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sığın, sığın, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. Sorunlarımı aileme (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarıma var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Ailem ve arkadaşlarıma dışında olan ve duygularımı benim varam bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sığın, sığın, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Kararılarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Ailem ve arkadaşlarıma dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sığın, sığın, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek-4. Etik Kurul Kararları

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.09.2022-197540



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : E-88012460-050.01.04-197540
Konu : Etik Kurul Kararı (Mesut İNCİ)

14.09.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulunun 31 Ağustos 2022 tarihli ve 07-08 sayılı oturumlarında alınan 07-08/08 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerini rica ederim.

Doç.Dr. Mehmet YAZICI
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu
Başkanı

Ek:Karar 08 (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Mesut İNCİ

Bilgi:
Prof.Dr. Papatya KARAKURT

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : B5D483E2YC

Belge Takip Adresi : https://byu.edu.tr/en/Vislon/Validate_Doc.aspx

Adres:Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Rektörlük Yalıncbağ yerleşkesi Erzincan Sivas
karayolu 12. km. 24002 Erzincan
Telefon:444 8 024 - (0446) 226 66 66 Faks:(0446) 226 66 65
e-Posta:rektörluk@erzincan.edu.tr Web:https://byu.edu.tr/
Kep Adresi:erzincanvc@sa02.kep.tr

Bilgi için: GÖLÇÜK ÇAYIR (Şekirhan
AKKUŞ Vakasıyla)
Uyaran: Birim Evrak Sorumlusu V.



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	31/08/2022
Protokol No	07-08/08
Araştırma Başlığı	Yaşlı Hastalarda Düşme Öz Farkındalığı ve Sosyal Destek Durumunun İncelenmesi
Araştırma Türü	Nitel- Tanımlayıcı(Tarama), İlişki Arayıcı Araştırma
Araştırmacılar	Mesut İNCİ (Sorumlu Araştırmacı) Prof. Dr. Papatya KARAKURT (Danışman)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama:	
1. Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. 2. Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamaş ve oy kullanmamıştır.	

e-imzalıdır

Doç. Dr. Mehmet YAZICI
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Ek-5. Kurum İzin Yazıları



T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SELAHADDİN EYYUBİ
DEVLET HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SELAHADDİN EYYUBİ DEVLET HASTANESİ
411100010000 - 8.37081474 - 929 - 23155706672



Sayı : E-37081474-929
Konu : 23155706672 Mesut İNCİ'nin
Dilekçesi

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
"Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına"

Hastanemizde Hemşire olarak görev yapan Mesut İNCİ'ye ait 31/10/2022 tarihli tez çalışma talebi hakkındaki dilekçesi İdaremizce uygun görülmüş olup, buna ilişkin gerekli belgeler ilişikte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

Op. Dr. Güneş KÖZAN
Başhekim

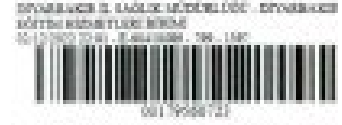
Ek: 1-1 adet dilekçe
2-19 adet belge

Dr. gerezimste cad. dağkapı diyarbakır
Telefon: 4122285430 Faks No: 04122294028
e-Posta: merat.basugory@sağlık.gov.tr İnternet Adresi: diyarbakıril.saglik.gov.tr/

Bilgi için: Meral YAMANOĞLU
Veri Giriş Personeli
Telefon No: (0 412) 228 91 93



T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-90410089-799
Konu : Mesut İNCİ Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Bilgi : 01/11/2022 tarihli ve 37081474-929-E-37081474-929-8543 sayılı yazı.

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans programı Prof. Dr. Papaya KARAKURT'un danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Hemşire Mesut İNCİ'nin "Yaşlı Hastalarda Düşme Öe Farkındalığı Ve Sosyal Destek Durumunun İncelenmesi" konulu çalışma Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bünyesindeki Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu tarafından Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinde yapmak üzere uygun görülmüş olup, gerekli hassasiyetin gösterilmesi ve ilgili kişiye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

Dr. Hüseyin Hakan KARAKAŞ
İl Sağlık Müdürü V.

Eki: Dağıtım Evrakları

Dağıtım:

Gereği:
T.C. Sağlık Bakanlığı Selahaddin Eyyubi
Devlet Hastanesi

Bilgi:
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Rektörlüğü

ÖZGEÇMİŞ

Mesut İnci 2009-2013 yılları arasında Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü programından mezun olmuştur. 2013 yılından itibaren sırasıyla Dicle Üniversitesi Hastanesi, Memorial ve Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinde çeşitli bölümlerde hemşirelik yapmıştır. 2021 yılında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisansa başladı ve 2023 yılında Yüksek Lisansını tamamladı.

