

KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YATAN GERİATRİK
HASTALARDA DÜŞME RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Zalihe SARI

HEMŞİRELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2017

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YATAN GERİATRİK
HASTALARDA DÜŞME RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Zalihe SARI

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Emine ÇAKIRCALI

LEFKOŞA
2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR
Yakın Doğu Üniversitesi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine ÇAKIRCALI
Yakın Doğu Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Mualla YILMAZ
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

ONAY:

Bu tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim kurulu tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hüsnü Can Başer
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Akademik danışmanım olarak tez önerisinin oluşturulması, tez içeriğinin düzenlemesi, tez sonuçlarının yorumlanması ve tez sunumuna kadar süren çalışmamın tüm aşamalarında sonsuz bir özveride bulunmuş, akademik bilgi ve deneyimleri ile değerli katkılar vermiş ve manevi desteğini esirgememiş olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Emine ÇAKIRCALI' ya,

Değerli zamanlarını ayırarak tezimin jürisine katılan ve tezi geliştirici fikir ve öneriler getiren Sayın Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR ve Sayın Doç. Dr. Mualla YILMAZ' a,

Tez çalışmama yardımlarını esirgemeyen Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi hemşirelerine ve tez çalışmama katılan dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan geriatrik hastalara,

Hayatımın her anında olduğu gibi çalışma sırasında da bir an olsun maddi, manevi, sevgi, ilgi ve desteklerini esirgemedikleri için canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zalihe Sarı

ÖZET

Sarı, Z. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Geriatrik Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi Lefkoşa, 2017.

Yaşlılarda hastane ortamında en sık karşılaşılan ikincil yaralanma nedenleri arasında düşmeler yer almaktadır. Düşmeler, yaşlılığa özgü bir durum olmamasına rağmen görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Bununla birlikte literatürde yaşlılarda bireysel faktörler ve çevresel faktörlere bağlı olarak özellikle hastanede yatan geriatrik hastalarda düşme riskinin arttığı belirtilmektedir. Geriatrik hastalarda hastane ortamında düşme ile ilgili önlemler alınmadığı zaman ciddi yaralanma ve ölümle sonuçlanabilmektedir. Düşme riskinin belirlenmesi ile hastane ortamında yatan geriatrik hastalarda gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemleri zamanında alınmasını sağlarken, aynı zamanda hastaların zarar görmesini de engelleyecektir. Bu nedenlerle araştırma, hastane ortamında yatan 65 yaş ve üzeri geriatrik hastaların düşme riskinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma kapsamına, Yakın Doğu Üniversite Hastanesi (YDÜH)’nde yatan 212 geriatrik hasta dahil edilmiştir. Araştırmanın evrenini, YDÜH’si, dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan, 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, 23 Aralık 2016- 23 Şubat 2017 tarihleri arasında, araştırma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve “İtaki Düşme Riski Ölçeği” formları kullanılmıştır. Veriler, lisanslı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programının 21,0 versiyonunda, frekans analizi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski puan ortalamasının $10,38 \pm 7,64$ olduğu, 81 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan hastaların yüksek düşme riski taşıma oranı diğer yaş gruplarında yer alan hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastanede yatan geriatrik hastaların başlıca risk faktörleri; tamamına yakınında kronik hastalık öyküsünün olması, dörtte üçünde hastaya bağlı 3’ün altında tıbbi bakım ekipmanının bulunması, yarıdan fazlasında dörtten fazla ilaç kullanması, yarıya yakınında görme durumunun zayıf olması, üriner-fekal kontinans bozukluğunun olması ve son bir ay içerisinde düşme öyküsünün bulunması olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, geriatrik hastalarda düşmeyi artıran risk faktörlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin geriatrik hastalarda düşme risk faktörleri ile ilgili değerlendirmeler yapması; sağlık kurumlarında gerekli önlemlerin bu doğrultuda alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Yatan Hasta, Düşme Riski, Hemşire

ABSTRACT

Sarı, Z. A University Hospitals Admitted Geriatric Patients Determination of Risk of Falling, Near East University Health Sciences Institute Nursing Programme Master Thesis Nicosia, 2017.

The most common secondary cause of injury in a hospital environment are falls amongst the elderly. Despite the fact that falls are not unique to aging, the occurrence of the incidence increases with age. However, it is stated in literature that there is an increased risk of falling with admitted geriatric patients, especially in a hospital environment which are due to both individual and environmental factors in the elderly. If the correct measures are not taken in a hospital environment with the geriatric patients it can result in serious injuries or even death. Determination of the risk of falling in the hospital environment will ensure that the necessary preventative measures and care are taken on time while preventing any geriatric patient from being harmed. For this reason the study was conducted as a descriptive study to determine the risk of falling in the hospital environment amongst patients above the age of 65 years and geriatric patients. Within this research 212 geriatric patients in the Near East University Hospital (NEUH) were included in the study. The research is located in Near East University Hospital (NEUH) within Internal medicine and Surgical clinics and is composed of patients over 65 years old. The study consisted of patients who met the required research criteria between the months of 23rd December 2016 and 23rd February 2017.

The “Personal Information Form” and “Relative Risk of Falling Scale” forms prepared by the researcher in line with literature were used as the data collection tool. The data was then analysed by the frequency analysis, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test in 21.0 version of the licenced Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

It was determined that the geriatric patients who had participated in the study had a mean Falling Risk points of 10.38 ± 7.64 and those belonging in the age group of 81 years old and over had a much higher risk of falling than other patients in any other age groups. The main risk factors for hospitalised geriatric patients are; almost all of the patients had chronic illnesses, three out of four were connected to less than 3 medical equipment, more than half used more than four medications, half of them had impaired vision, they had a history of urinary-faecal incontinence and within the last month patients had suffered a fall. The obtained results showed that there was an increased risk factor in the fall of geriatric patients. This is why nurses assess the risk factors for falls in geriatric patients; which is then recommended that the health institution should take the necessary measures in that direction.

Key words: Geriatric, Admitted Geriatric Patients, Risk of Fall, Nursing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yaşlanma	7
2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	7
2.3. Yaşlı Nüfus Demografisi	8
2.4. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	9
2.5. Düşme İle İlgili Genel Bilgiler	13
2.6. Yaşlılarda Düşme ve Düşme Riski	14
2.7. Yaşlılarda Düşme ve Düşme Risk Düzeyini Etkileyen Faktörler	18
2.7.1. Bireysel Faktörler	18
2.7.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler	19
2.7.1.2. Tıbbi Durum	19
2.7.1.3. İlaçlar	23
2.7.2. Çevresel Faktörler	23

İÇİNDEKİLER (DEVAM)

	Sayfa
2.8. Düşmenin Sonuçları	24
2.9. Düşmelerin Önlenmesi	25
2.10. Hemşirenin Yaşlı Bireylerde Düşmenin Önlenmesine Yönelik Sorumlulukları	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	30
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.6. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	30
3.7. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulanması	31
3.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	31
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	32
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	46
5.1. Düşme Risk Faktörlerine İlişkin Tartışma	46
5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Tartışma	50
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	56
EKLER	
EK 1: Veri Toplama Formu	
EK 2: Veri Toplama Formu	
EK 3: Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Başhekimliği İzni	
EK 4: Etik Kurul İzni	
Ek 5: Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devleti
BM:	Birleşmiş Milletler
CDC:	Centers Of Disease Control And Prevention
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DPÖ:	Devlet Planlama Örgütü
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
JCI:	Joint Commission International
KKTC:	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
TDH:	Toplam Doğurganlık Hızı
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNECE:	Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu
YDÜH:	Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. Geriatrik Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine Göre Düşme Risk Düzeyinin Dağılımı	38

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
1. Düşme Riskini Artıran Kronik Hastalıklar	21
4.1. Geriatrik Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	34
4.2. Geriatrik Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine Göre Düşme Riski Faktörleri Dağılımı	36
4.3. Geriatrik Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	37
4.4. Geriatrik Hastaların Yaş Gruplarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	38
4.5. Geriatrik Hastaların Cinsiyetlerine Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	39
4.6. Geriatrik Hastaların Medeni Durumlarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	40
4.7. Geriatrik Hastaların Eğitim Durumlarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	40
4.8. Geriatrik Hastaların Çalışma Durumlarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	41
4.9. Geriatrik Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	42
4.10. Geriatrik Hastaların Yattıkları Kliniklere Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	43
4.11. Geriatrik Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İtaki Düşme Riski Düzeylerinin Karşılaştırılması	44

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada 65 yaş ve üzerindeki yaşlı nüfus oranı giderek artış göstermektedir. Bu artış tıpta sağlanan gelişmeler, teknolojik ilerlemelerin sağladığı yaşam koşullarındaki iyileşmeler ve beklenen yaşam süresinin artmasından kaynaklanmaktadır (Canpolat ve Kantar, 2011).

Dünya nüfusunun 2015 yılında %8,5'ini yaşlı nüfus oluşturduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2015). Gelişmekte olan ülkelerin, gelişmiş ülkelere göre daha hızlı yaşlandığı belirtilmiştir. Dünya yaşlı nüfusunun %60'ının gelişmekte olan ülkelere yaşadığı bilinmektedir. Bu oranın 2025 yılında %75'e çıkacağı öngörülmektedir (TUİK, 2015). Akçiçek ve Tümbay (2013)'ın yaptığı bir çalışmada 1950 yılında 60 yaş ve üzerinde 205 milyon kişi olduğu, bu sayının 2012 yılında 810 milyona yükseldiği ve en az 10 yıl içinde bu sayının 1 milyara çıkacağı belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2010) verilerine göre, toplam nüfus içinde 524 milyon olan 65 yaş ve üzeri kişilerin oranı 1.5 milyara ulaşacağı ve yaşlı nüfusun en çok gelişmekte olan ülkelere artış göstereceği tahmin edilmektedir. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30,4 ile Monako, %26,6 ile Japonya ve %21,5 ile Almanya'dır. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır (TUİK, 2015). Türkiye'de de 65 yaş ve üzeri kişilerin genel nüfusa oranı 1935 yılında %3,9 iken 2012 yılında %7,51'e yükselmiş, 2050 yılında ise %20,8 olacağı belirtilmiştir (TUİK, 2015). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde Devlet Planlama Örgütü (DPÖ)'ünün 2011 yılında yaptığı nüfus sayımında, toplam nüfusun %8,1'inin 65 yaş ve üzeri grubun oluşturduğu görülmektedir. Yaşlı nüfus oranındaki artış nedeniyle sağlık ve bakım sorunları beraberinde gelecektir. Yaşlıların diğer yaş gruplarına oranla sağlık hizmetinden daha fazla yararlandığı bilinmektedir. Bu durum sağlık kurumlarında yaşlı bireylere verilecek olan sağlık bakım hizmetlerinin önemini artırmaktadır (Uzun, 2011).

Yaşlanma, doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreçtir ve evrensel bir nitelik taşımaktadır. Yaşlılık, yaşam sürecinin; çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal

bir çağdır (Karadakovan, 2014). Yaşlılık, fizyolojik, psikososyal ve ekonomik yönleri olan oldukça geniş bir kavramdır (Erdil ve Bayraktar, 2010). Yaşlanma sürecinde; iletişim, beslenme, solunum, boşaltım gibi günlük yaşam aktiviteleri sınırlı hale gelerek yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Uysal ve Çakırcalı, 2015; Çelik ve Zingal, 2016). Yaşlanmaya eşlik eden biyolojik değişkenler, doğrudan ya da başka etmenin varlığında düşmeye yatkınlığı artırmaktadır. Yaşlanma ile birlikte mental ve fiziksel kapasitede azalmalar, hareket yeteneğinde yavaşlama görülse de, birey kendini yaşlı hissetmeyebilir (Şenol ve ark., 2010).

Yaşlanmayla birlikte fonksiyonu etkilenen sistemlerin başında kas-iskelet sistemi gelmektedir. Yaşlanma, kemik dokusunun hem miktarını hem de niteliğini etkiler. Yaşlanmayla birlikte kemik kitlesinde azalmalar meydana gelir. Bu durum yaşlılarda kırıkların oluşmasında rol oynar. 65 yaş ve üzeri kişilerde kırıklar, genellikle kazalara ve düşmelere bağlı olarak meydana gelmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008). Ayrıca bilişsel, davranışsal ve yürütücü fonksiyonlarda gerileme ortaya çıktığında düşme riski artar. Yaşlılarda ölüm nedenleri arasında beşinci sırada olan kazaların (1-kardiyovasküler hastalık, 2-kanser, 3-inme, 4-akciğer hastalığı) 2/3'ü düşme sonrasında gerçekleşmektedir (Naharcı ve Doruk, 2009).

Düşmeler, ciddi yaralanma ve ölümlle sonuçlanabileceği gibi yaşlıların sosyal izolasyonuna, hastanede kalma süresinin uzamasına, tedavi maliyetinin artmasına aynı zamanda hasta, hasta yakınları, bakım verenler ve hastane personelinde anksiyete gelişmesine neden olmaktadır (Lawlor et al, 2003; Salık ve ark., 2007; Lovallo et al, 2010). DSÖ'nün (2011) 'Global Report on Falls Prevention in Older Age' yayınında 65 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık %35 oranında her yıl en az bir kez düştüğü, 70 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme sıklığının yaklaşık %42 oranında yükseldiği açıklanmıştır. Amerika'da 2009-2010 yılları arasında acil servise 65 yaş ve üzerinde toplam 19.6 milyon başvurunun yapıldığı ve bu başvuruların %29'unun nedeninin düşmeden kaynaklı yaralanmalar olduğu belirtilmiştir (Albert et al, 2013). Yaşlılarda meydana gelen düşmeler, yaşlı bireylerin %20-30'unda hareket ve bağımsızlık kaybına, %10'unda ise ciddi yaralanmalara, %5-10'unda fraktürlere, oluşan fraktürler ise %90

oranında tekrar düşmelere neden olmaktadır (Todd ve Skelton, 2004). Düşmelerin 1/10'u kalça ve diğer bölge kırıkları, subdural hematom, kafa travması veya ciddi yumuşak doku travmasına neden olmaktadır (Holtzer et al, 2007).

65 yaş ve üzeri kişilerin sağlık bakım kurumlarında bir yıldaki düşme oranının %10 olduğu saptanmıştır (Acaroğlu ve Aştı, 2000; Savcı ve ark., 2009). Özden ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, 65 ve üzeri yaş grubunda yer alan hastaların %53,8'inin düşme açısından riskli olduğu belirtilmektedir. Yapılan diğer bir çalışmada ise düşme oranları, dahiliye servisinde 1000'de 6.12, nöroloji servisinde 1000'de 6.12, cerrahi servisinde 1000'de 2.18 ve ortopedi servisinde 1000'de 0.8 olarak gösterilmektedir (Hitcho et al, 2004). Bu nedenle hastanede yatan hastalar açısından düşme riski en önemli ve sık görülen problemler arasındadır.

Krauss ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, düşme olayının geriatrik hastaların %81,6'sında hasta odasında, %45,9'unda ayağa kalkarken, %18,4'ünde tuvalet ihtiyacını karşılamak için meydana geldiği saptanmıştır. Hastaların düşebilecekleri yerler, en sık hasta yatağı ve çevresinde görülmekle birlikte koridorda, banyo ve tuvalette de düşmeler yaşanabilir (Lambert, 1998; Çapacı, 2007). Türkiye'de bu konuda yapılan bir çalışmada yaşlıların %85,3'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu, %88,8'inin sürekli ilaç kullandığı, %29,7'sinin yürürken yardımcı bir araca gereksinim duyduğu belirtilmiştir (Yeşilbakan ve Karadakovan, 2005).

Düşme, son yıllarda hasta güvenliği kapsamında sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında ele alınan önemli konulardan biridir (Joint Commission International, 2010). Dünyanın birçok ülkesinde, kişilerde düşmelere bağlı yaralanmaların önlenmesi hükümetlerin sağlık politikalarında yer almaya başlamıştır. Joint Commission International (JCI, 2010) tarafından hasta güvenliğinin sağlanması konusunda düşmelerin azaltılması için ve tüm sağlık çalışanlarının uygulamalarını içeren örgütsel plan örneği oluşturulmuştur. Türkiye'de hasta güvenliğini (özellikle yaşlı sağlığını) tehdit eden durumlardan biri olan düşmelerin önlenmesine yönelik işlemler sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve

korunmasına yönelik usul ve esaslar hakkında tebliğ yayınlanmış ve hasta güvenliği hedefleri kapsamında belirlenmiştir (Çeçen ve Özbayır, 2011).

Birçok yaşlı düşme riski altında olduğunu bilmemekte ve bu faktörleri tanılayamamaktadır. Ancak bir düşme olayını deneyimledikten sonra koruyucu önlemler almaktadır (Canpolat ve Kantar, 2011). Yapılan çalışmalarda düşmelerin, tamamen önlenemeyeceği ancak uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir (Heinze, 2006). Hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi için, bu konuda çalışmaların yapılması ve önlemlerin belirlenmesi son derece önemlidir (Toraman ve Yıldırım, 2010). Dünyada ve ülkemizde hastane ortamında yatan hastalarda düşmeler için risk oluşturabilecek durumların erken dönemde belirlenmesine ilişkin düşme risk skalaları geliştirilmiştir.

Düşmeye zemin hazırlayan fiziksel çevresel faktörlerin çoğu düzeltilebilir etkenlerdir. Bu nedenle, yaşlının hareketinin kısıtlanmasına, bakımevine yerleştirilmesine yol açan ve bağımsız yaşamı tehdit eden düşmenin değerlendirilmesi önemlidir (Tinetti, 2003). Düşmeler hastanelerde, hasta güvenliğini olumsuz etkileyen ve çok sık karşılaşılan olaylardır (Bulut ve ark., 2013). Sağlık kurumlarında düşme hızı, 65 yaş ve üzeri toplumda yaşayanlara göre 3 kat daha fazladır.

Klinik ortamda yatan geriatric hastalarda düşmeyi önlemek için etkili bir ekip çalışması gerekmektedir. Bu ekibin içinde yer alan hemşirenin geriatric hastalarda düşmelerin oluşmasını ve tekrarlamasını önlemeye yönelik etkili bir bakım planlanması gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin, yaşlı bireylerin ve bakım vericilerin eğitiminde önemli sorumluluğu vardır (Ang et al, 2007; Lovullo et al, 2010). Bunun için hemşire, düşme risk belirleme araçlarını kullanarak, bireylerin düşme riskini önceden belirlemelidir (Reader et al, 2010). Klinik ortamda yatan geriatric hastalarda düşmelerin önlenmesi için, çevre güvenliğini artırılması, görme sorunlarının tedavi edilmesi gerekir. Ayrıca geriatric hastalar, egzersiz yapmaları için teşvik edilmelidirler. Bu şekilde düşme risk düzeyi en aza indirilmiş olacaktır (Yılmaz, 1997; Çivi ve Tanrıkulu, 2000; Yağmur, 2006).

Yapılan birçok çalışmada hastanede yatan geriatric hastalarda düşme riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir. KKTC’ de ve YDÜH’ nde geriatric hastaların düşme riskini belirlemeye yönelik ele alınan bir çalışma yoktur. Bu araştırmanın temel amacı geriatric hastaların düşme riskinin belirlenmesidir. Bu veriler ışığında hemşirelerin düşmeye yol açabilecek faktörleri belirleyebilmek, bu konuda farkında olmalarını sağlamaktır. Yapılan bu çalışma geriatric hastalarda düşme riskini belirleme konusunda gelecekteki çalışmalarda yol gösterici olabileceği düşünülmekte ve düşme açısından önlem alınmasının gereği vurgulanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı, dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan geriatric hastalarda düşme riskinin belirlenmesidir.

Bu çalışmada araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

1. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan geriatric hastaların düşme riski düzeyi nedir?
2. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan geriatric hastaların sosyo-demografik özellikleri, düşme risk düzeyine yönelik bir fark oluşturur mu ?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramları

Yaşlanma; intrauterin hayatta başlayıp, doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreçtir. Yaşlanma, her canlıda görülen, hastalık olmadan ortaya çıkan, bedenin tüm fonksiyonlarında geri dönüşsüz değişikliklerin meydana gelmesidir (Gacar, 2009; Arıoğlu, 2006). Yaşlılık, çocukluk, gençlik ve yetişkinlikten sonra gelen yaşam evrelerinin sonuncusudur. Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda sınıflandırılması bulunmaktadır (Gençtan, 2000).

2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Yaşlanma çeşitli açılardan ele alınıp, farklı yaşlanma sınıflandırmaları yapılmaktadır. Literatürde yaşlılıkla ilgili yayınlar incelendiği zaman, farklı şekilde sınıflandırıldığı görülmektedir. Bunlar; kronolojik yaşlanma, biyolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma, sosyal yaşlanma, ekonomik yaşlanma gibi başlıklar altında ele alındıkları görülmektedir (Yardımcı, 1995; Güler, 1997; Durgun, 1999).

Kronolojik yaşlanma; doğumdan itibaren, insanın içinde bulunduğu zamana kadar geçen, yıllara bağlı yaşlanmadır (Soyuer ve Soyuer, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ise yaşlılığın sınıflandırması;

Genç (Erken) Yaşlılık: 65-74 yaş arasını kapsar. Bu dönem sıklıkla emeklilik dönemini kapsar.

Yaşlılık: 75-84 yaş arasını kapsar. Bu dönemde işlevsel kayıpların meydana geldiği gözlenir ancak birey başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilir.

İleri Yaşlılık: 85 yaş ve üzerini kapsar. Bu dönemde yaşlılar, özel bakıma veya yardıma gereksinim duyarlar (Bilir, 2006; OAkğün ve Erdal, 2007).

Biyolojik Yaşlanma; yaşa bağlı bireyin, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi söz konusudur. Biyolojik yaşlanmada doku ve hücrelerde değişiklikler ve organlarda fonksiyon azalması söz konusudur. Deride kırışıklıkların görülmesi, kas

gücünün azalması, görme ve işitme kayıpları biyolojik yaşlanma belirtileri arasında yer almaktadır (İkier, 2007; Uysal ve Çakırcalı, 2015).

Psikolojik Yaşlanma; kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesidir (İkier, 2007). Psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir (Birren, 1982).

Sosyal Yaşlanma: Kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (Emiroğlu, 1996).

Ekonomik Yaşlanma; çalışma performansındaki azalma, verimliliğin düşmesi ve emeklilik gibi nedenlerle maddi koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı bireyin yaşam tarzının değişmesi olarak tanımlanmaktadır (İkier, 2007).

2.3. Yaşlı Nüfus Demografisi

2.3.1 Dünyada Yaşlı Nüfus

Dünyada 20. yüzyıldan itibaren yaşlı nüfus oranında dikkat çekici oranda artış gözlenmiştir. Toplumların nüfus oranlarını incelediğimizde, yaşlı nüfusun her yıl giderek artmakta olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfus oranındaki bu artış, dünyanın birçok bölgesindeki beslenme ve temel sağlık hizmetlerinde gerçekleşen gelişmeler sonucu ortalama yaşam süresinin uzaması ve bebek-çocuk ölümlerinin kontrol altına alınabilir olması ile gerçekleşmiştir (Mollaoğlu, 2013; Çelik ve Zingal, 2016). Doğum hızlarında düşüşlerin gözlenmesi, toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfusun artmasına neden olan bir diğer etkidir (Çelik ve Zingal, 2016). Toplam Doğurganlık Hızı (TDH), 1950’lerde dünya ortalaması kadın başına 5 canlı doğum olarak tahmin edilmekteyken, doğurganlık hızında gözlenen hızlı düşme sonucunda 2000 yılında 2,8’e kadar düşmüştür (Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007).

Birleşmiş Milletler (BM, 2013) verilerine göre, gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus, nüfusun %16'sını, gelişmekte olan ülkelerde %6'sını oluşturmaktadır (Population Aging and Development, 2009). Dünyada 20. yüzyılın başında 49 yıl olan ortalama yaşam beklentisi 75 yıla yükselmiştir. Yapılan tahminlere göre bu ortalama 2050 yılında ortalama yaşam beklentisi 81'e yükselecektir (Erdil, 2010). 2050 yılının nüfus piramitlerine bakıldığı zaman, gelişmekte olan ülkelerdeki 65 yaş ve üzeri nüfusun diğer ülkelere göre daha fazla artış göstereceği ön görülmektedir (Population Aging and Development, 2009). Günümüzde yaşlı nüfus oranı en yüksek olan ülkeler, Avrupa ülkeleridir. İtalya'da bu oran %6.1, Fransa'da %5.5, Almanya'da ise %5.4'dür. Afrika ülkelerinde ise 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı %5 civarlarındadır (Population Aging and Development, 2009).

2.3.2. Türkiye'de Yaşlı Nüfus

TÜİK (2015) verilerine göre; yaşlı nüfus, 6 milyon 495 bin 239 kişiden oluşmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8 iken 2015 yılında %8,2'ye yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %43,8'ini erkek nüfus, %56,2'sini kadın nüfus oluşturmaktadır.

2.3.3. K.K.T.C' de Yaşlı Nüfus

KKTC'de 1996 yılında toplam nüfusun %6.9'unu 65 yaş ve üzeri grup oluşturduğu bildirilmiştir. (Devlet Planlama Teşkilatı, 1996). 2006 yılında toplam nüfusun %7.54'ü 65 yaş ve üzeri yaş aralığında iken 2011 yılında bu oranın %8.1'e yükseldiği belirtilmektedir (DPÖ, 2011). KKTC, 65 yaş ve üzeri nüfus dağılımının toplam nüfus içindeki durumu göz önüne alındığında, yaşlı bir toplum olarak değerlendirilebilir (Atasoy, 2011).

2.4. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle birlikte kişide fiziksel ve anatomik bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılıktaki bu değişikliklere bağlı olarak, vücudun hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıkların sayısı da artmaktadır (Arpacı, 2005). Hemşirelerin yaşla ilgili oluşan fizyolojik değişimleri iyi bilmesi yaşlılarda meydana gelen değişiklikleri daha kolay belirleyebilmesine yardımcı olacaktır. Buna bağlı

fizyolojik değişiklikleri ve meydana gelebilecek komplikasyonları erken sürede fark edebilmesi gerekmektedir (Sucuoğlu, 2012). Hemşire, yaşıya verilecek bakımı bu değişiklikleri dikkate alarak planlamalıdır (Altay, 2005).

2.4.1. Kardiyovasküler Değişiklikler

Yaşın ilerlemesi ile birlikte kardiyovasküler sistemde, miyokard esnekliğinde, maksimum oksijen tüketiminde, kardiyak out-put da azalma olur. Kan damarları, yapısındaki elastik liflerin kaybindan dolayı daha az esnek olurlar, buna bağlı olarak kan basıncı artar. Bu da sonuçta hipertansiyonun gelişme riskini artırmaktadır. Hipertansiyon tedavisi ile serebrovasküler riskini %50, kardiyovasküler riskini %30 oranında azaltır (Çivi ve Tanrıku, 2000; Akdemir ve Birol, 2004; Karadakovan, 2005).

Yaşlılardaki mortalitenin %50 ve morbiditenin %70 oranında hipertansiyona bağlı olduğu ve koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve inme insidansının, hipertansif hastalarda hipertansiyonu olmayan yaşlılara oranla, daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Erbaşı, 1999). Düşme yaşıyan bireylerin sahip oldukları hastalıkların başında hipertansiyon gelmektedir.

2.4.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Yaşın ilerlemesi ile birlikte akciğer yapı ve fonksiyonunda değişiklikler oluşmaktadır (Gacar, 2010). Solunum sisteminde, akciğer elastikiyetinde azalma, göğüs duvar sertliğinde artma, solunum kaslarında zayıflama meydana gelmektedir. Yaşlılarda meydana gelen bu değişiklikler sonucunda, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA), pnömoni, tüberküloz vb hastalıkların görülme riski artmaktadır (Doğan ve ark., 2009; Kayacan, 2009; Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Solunum sistemi enfeksiyonları, özellikle de pnömoni 65 yaş ve üstü insanlarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ölüm nedenidir (Nalbant ve ark., 2001; Güner ve Güler, 2002).

2.4.3. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşlandıkça sinir sisteminde mümkün olmayan nöron kayıplarının oluşmasına bağlı hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Bireylerin hareketindeki meydana

gelen değişiklikler kişilerin bazı günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkiler. Yaşlanmayla birlikte beyin ağırlığı yaklaşık %25 oranında hücre kaybına uğrar. ( urgunlu, 2009).  ğrenme ve bellek yeteneğinin gerilemesi nedeni ile yaşlı çevresel etmenlerden yeterli düzeyde faydalanamaz. Sinir sistemi değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar; serebrovasküler değişiklikler, beyin kanamaları, alzheimer, demans, parkinson hastalığı, deliryum, depresyondur (Rakıcıoğlu, 2002; Bölükbaşı 2008; Gacar, 2009).

2.4.4. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gastrointestinal sistemde yaşlanma sonucu diş kayıpları olmaktadır. Tükürük salgısında ve enzimlerde azalma, tad ve koku duyusunda azalma, mide, barsak hareketlerinde yavaşlama görülmektedir (Leung ve Dzankic, 2001; Karadakovan, 2010; Dewan et all, 2012). Hastalarda tüm bu değişiklikler nedeniyle ağız kuruluğu, yemek yeme alışkanlığında bozulma meydana gelir. Dehidratasyon, diş ve diş eti hastalıkları, gastro-özofajiyal reflü, atrofik gastrit beslenme yetersizliğine neden olmaktadır. Bu da yaşlıları olumsuz yönde etkilemektedir (Karadakovan, 2010).

2.4.5. Duyularda Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle ağrı, dokunma, koku ve tat duyularında azalma meydana gelmektedir (Gacal, 2009). Yaşlanmayla birlikte en sık görülen duyu bozuklukları görme ve duyma bozukluklarıdır. Görme bozukluğu genellikle lenste elastikiyet kaybı sonucu oluşur. Gözyaşı salgısı azalır. Konjunktiva incelik, sarımsı renk olur (Arulat, 2009). Yakın nesnelere odaklanma 40'lı yaşlarda, ince detayları ayırt edebilme 70' li yaşlarda düşmeye başlar. Gözlerde katarakt gelişir. Yaşlanmayla yüksek frekanslı sesleri işitmek güçleşir. Tat ve koklama duyularındaki az bir kayıp, iştahı ve beslenmeyi etkiler ( ivi ve Tanrıku, 2000).

2.4.6. Deri Değişiklikleri

Yaşlılık tüm organları etkilediği gibi deride de birtakım değişikliklere neden olmaktadır. Yaşlı hastalarda, deri altı yağ dokusu azalır, derinin esnekliği kaybolur. Ter bezlerinde atrofi, yağ dokusunda azalma, kıllarda azalma ve beyazlaşma gözlenir.

Yaşlılarda hijyenik bakımın sağlanmasındaki güçlük nedeniyle enfeksiyon hastalıklarının görülme riski artar (Altay, 2005; Doğan ve ark., 2009).

2.4.7. İmmün Sistem Değişiklikleri

İmmün sistem fonksiyonları yaşlanmayla genel olarak baskılanır. Bu durum enfeksiyonlara karşı hassasiyetin artmasına ve sonuç olarak da morbidite ve mortalite oranında artışa yol açar (Çetinel, 1998; Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010). Düzenli fiziksel aktivite, immün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı azaltabilmektedir (Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010). Bu da düşme riskini azaltmaktadır.

2.4.8. Genito-Üniner Sistem Değişiklikleri

Genital sistemde atrofi, mukozalarda kuruluk olur. Üreme sistemi fonksiyonları geriler. Nefronların fonksiyonu %60 düşerek kan böbrek akımı azalır. Böbreğin, idrarı konsantre etme ve sodyum tutma yeteneğindeki azalma nedeni ile sıvı-elektrolit dengesizlikleri gelişebilir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yaşlılarda mesane kaslarının zayıflaması, idrar miktarının artmasına ve bunun sonucunda inkontinansa neden olmaktadır. Çeşitli çalışmalarda toplumda geriatrik idrar inkontinansı prevalansı %8-34 arasında değişmektedir (TUIK, 2011). Yaşlı bireylerde ürener enfeksiyon gelişme riski artmakla birlikte kadınlarda %20, erkeklerde %10 oranında görülmektedir. Yaşlı bireylerde ürener enfeksiyon etkeni %60-70 oranında, en sık nedeni idrar kateteri uygulamalarıdır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

2.4.9. Metabolik ve Endokrin Değişiklikler

Hormonal sistemde meydana gelen değişikliklerin seksüel, kemik-mineral, kas-iskelet sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yaşlanmayla birlikte, glukoz toleransı bozulur. İnsülin direnci, vücut kütlesi azalır ve kaslarda yağ oranı artar (Çetinel, 1998; Bıyık, 2002). Kan glukozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalır. Bu durum yaşlılarda diyabet riskini artırmaktadır. Fiziksel aktivitedeki azalma ve yağ dokusundaki artış, özellikle de abdominal bölgenin yağlanması insülin direnci gelişmesinde rol oynar (Çetinel, 1998, Shephard, 2002).

2.4.10. Kas İskelet Sistem Değişiklikleri

Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi hastalıkları çok sık görülmekte ve yaşam kalitesini bozmaktadır (Öngen, 1998). Yaşlılarda hareket kısıtlılığı, ilaç kullanımı ve hastaneye yatma nedenleri arasında kas-iskelet sistemi sorunları yer almaktadır (Çivi ve Tanrıkulu, 2000). Kasların kütlesi ve gücü yaşla birlikte azalır (Arulat, 2009). Kas kütlesinin kaybı ile beslenme, banyo, kişisel bakım, hareket gibi günlük aktiviteleri yapmayı zorlaştırır (Çivi ve Tanrıkulu, 2000). Kas liflerinin sayısı ve büyüklüğü azalır (Doğan ve ark., 2009). Kas lifleri içerisinde hücreler arası yağ miktarında artış gözlenmektedir. Otuz yaşından sonra kişilerde kas kuvveti her 10 yılda bir %10-15 oranında düşmeye başlar ve 50 yaşından sonra bu olay hızlanır. Kadınlarda 30-35 yaşlarından sonra, erkeklerde 50-55 yaşlarından sonra %0.75-1 oranında kemik yoğunluğu, mineral kayıpları oluşur (Kayacan, 2009).

2.5. Düşme İle İlgili Genel Bilgiler

Düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop ya da inme olmadan, dikkatsizlik sonucu bulunduğu düzeyden daha aşağıdaki bir düzeyde hareketsiz hale gelmesidir (Myers, 2003; Işık ve ark., 2006). JCI (2010) düşmeyi, fiziksel bir yaralanmaya sebep olabilecek planlanmamış ani yere doğru hareket değişiklikleri olarak tanımlamaktadır. Son 12 ay içerisinde ikiden fazla düşme olması durumu ise rekürren (tekrarlı) düşme olarak tanımlanmaktadır (Lamb ve ark., 2005).

Düşme tipleri JCI tarafından üç başlık altında sınıflandırılmaktadır:

- Kaza ile oluşan düşmeler; çevresel tehlikeler veya teknik malzemelerden kaynaklanan düşmelerdir. Tüm düşmelerin %14'ünü oluşturmaktadır.
- Önceden tahmin edilebilen düşmeler; alınan tedavi sonrası gelişeceği önceden bilinen risk faktörleri olan hastaların düşmesidir. Tüm düşmelerin %78'ini oluşturmaktadır.
- Önceden tahmin edilemeyen düşmeler; önceden bilinen bir risk faktörü olmayan hastalarda meydana gelen düşmelerdir. Tüm düşmelerin %8'ini oluşturmaktadır (JCI, 2010).

Hastane ortamında gerçekleşen hasta düşmeleri, ciddi bir sağlık problemi olarak bilinmektedir (Myers, 2003; Işık ve ark., 2006). Düşmeler, yaralanma ve ölümcül sonuçlara yol açabilecek kadar tehlikeli bir durumdur. Düşme sonucu acil servislere başvuruların yaklaşık %10'unu ve hastaneye acil yatış oranlarının %6'sını oluşturmaktadır (Tinetti, 2003).

Ölümcül olmayan yaralanmalar ve travma nedeni ile hastaneye başvuranların en yaygın nedenini düşmeler oluşturmaktadır. Düşmenin neden olduğu yaralanmaların toplam hızının 1970-1995 yılları arasında %83, düşmeye bağlı ölüm hızının 1971-1995 yılları arasında %34 oranında belirtilmiştir (Güner ve Güler, 2002). DSÖ (2002) verilerine göre tüm dünyada 391.000 kişi düşme nedeni ile ölmüştür. Düşmeye bağlı ölümler, trafik kazalarından sonra ölüme neden olan kazaların ikinci nedenidir. 65 yaş üstünde, sağlıklı ve toplum içinde yaşayanlarda kişi başı yıllık düşme oranı %30-40 iken, uzun dönem sağlık kurumlarında yaşayanlarda %50'lere çıkmaktadır (Masud ve Morris, 2001).

2.6. Yaşlılarda Düşme ve Düşme Riski

Dünyada, 20. yüzyıl boyunca beklenen yaşam süresindeki hızlı artış nedeniyle yaşlılarda düşmeler ve düşmelerle ilişkili yaralanmalar sağlık bakım sağlayanlar için önemli bir sorun haline gelmiştir. Düşmeler, geriatrik bireylerde görülen en ciddi ve sık karşılaşılan kazalar arasındadır. (Myers, 2003; Işık ve diğerleri, 2006). 65 yaş ve üzerindeki bireylerin üçte biri her yıl düşmekte ve düşmelerin yarısını tekrarlayan düşmeler oluşturmaktadır (Lawlor, 2003). Toplum temelli prospektif çalışmalarda, geriatrik bireylerde yıllık düşme oranının %30–60 arasında olduğu bildirilmektedir (Rubenstein et al 2003; Tinetti, 2003).

Düşmeler yaşlılığa özgü bir durum olmamasına rağmen, mortalite ve morbiditeye neden olan önemli faktörler arasında yer almaktadır (Masud ve Morris, 2001). Bununla birlikte düşmeler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybına neden olan bir durumdur (Işık ve ark., 2006; Aktaş, 2012;). DSÖ (2007) yayınladığı bir raporda; 75 yaş üzeri olan yaşlılarda düşme oranının daha yüksek olduğunu, daha önce düşen yaşlıların %20 ile %30'unda

düşmelere bağlı olarak meydana gelen yaralanmaların yaşlılarda hareket ve bağımsızlığı azalttığını ve erken ölüm riskini artırdığını bildirmiştir (Todd ve Skelton, 2004). Uluslararası rakamlarda geriatrik hastanelerde düşme oranının %1,4-7,9 olduğu belirtilmektedir (Reader et al, 2010). Hastane, huzurevi ve uzun süreli bakım kurumlarında yapılan bir çalışmada düşme sıklığı %12,5 bulunmuştur (Emiroğlu ve Yıldırım, 2007).

Değişik birimlerde farklı düşme oranlarından söz edilmektedir. Hitcho ve arkadaşları (2004), akut bakım servislerinde yatan hastaların %40'ının düşmekten etkilendiğini ve hastaneye yatan her 1000 hastadan en az 3-6'sının düştüğünü ifade etmektedir. Yoğun bakım merkezlerinde %14, rehabilitasyon biriminde %24, yaşlı rehabilitasyon biriminde %39 oranında düşme görüldüğü belirtilmiştir. Hastanelerin farklı bölümlerindeki hasta düşmeleri özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada 34972 hastaya ulaşılmış ve bunların yarısı dahiliye kliniğinde, geri kalanlar ise cerrahi servisi ve geriatri kliniğinde tedavi gördüğü saptanmıştır. Çalışma sonucunda günde her 1000 hastadan 8.9'unun düştüğü rapor edilmiştir. Bu düşmeler kliniklere göre; 11.7 geriatri, 11.3 dahiliye ve 2.9 ile cerrahi kliniğinde görülmüştür (Schwendimann et al, 2006).

Düşme riski, yaşın ilerlemesi ve birden fazla faktörün bir arada bulunmasına bağlı olarak artar. (Karataş ve Maral, 2001; Çapacı 2007; Mollaoğlu ve ark., 2013). Bu faktörler; bilişsel bozukluk, düşme öyküsü, yürüme için fiziksel destek ve araç kullanımı, yürüme ve denge bozuklukları, inkontinans, görme bozuklukları, baş dönmesi, ortostatik hipotansiyondur (Kron et al, 2003).

Bilişsel bozukluk: Zaman, yer ve kişi oryantasyonundaki bozulmalar düşme için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Yaşlıda bilişsel bozukluk olması, yüksek düzeyde düşme ve kalça kırığı riski ile ilişkilidir. 75 yaşın üstünde 1600 kişinin katıldığı bir çalışmada, altı yıllık takipte kalça kırığı riskinin, mini mental durum muayenesinde hafif ve orta bilişsel bozukluğu olanlarda, olmayanlarla karşılaştırıldığında iki kat fazla olduğu belirtilmiştir (Naharcı ve Doruk, 2009).

Düşme öyküsü: Gelecekteki düşmeler için anlamlı risk faktörüdür (Eriksson et al, 2008; Carpenter et al, 2009). Bu durum, huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda

ileriye yönelik bir çalışmayla gösterilmiştir. Başlangıçta, son bir ay içinde 736 kişinin 63'ünde bir kez düşme, 67 kişide de düşme olmadan bir veya daha fazla ayağı takılma tespit edilmiştir. Bir yıl sonra 127 kişinin (%22) bir veya daha fazla sayıda düşme geçirdiği gözlemlenmiştir. Çalışma sonunda, iki veya daha fazla ayak takılma ve bir veya daha fazla düşme geçirme öyküsünün olmasının, düşmenin bağımsız göstergeleri olduğu ortaya konulmuştur (Eriksson et al, 2008). İsviçre'de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre ise düşen hastaların %50.1' inin hastaneye yatış öncesi düşme hikayesinin olduğu sonucu elde edilmiştir (Schwendimann et al, 2006).

Yürüme İçin Destek/Yardımcı Araç Kullanılması: Yaşlı bireylerin kas iskelet sistemi ya da denge-koordinasyon problemi nedeniyle yürüme için destek ya da yardımcı araç kullandığı göz önüne alındığında düşme sıklığının artması beklenmektedir. Yardımcı araç olarak en fazla koltuk değneği, baston, tekerlekli sandalye kullanılmaktadır (Morse, 1997). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, doğru ve tam olarak kullanılmamalarına bağlı yürümeye yardımcı araç kullanan kişilerde düşme öyküsünün, kullanmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (Karataş ve Maral, 2001). Hendrich ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, sandalyeden kalkarken her herhangi bir yardımcı araca gereksinim duyan hastaların, hiçbir araca gereksinim duymadan rahatça kalkabilen hastalardan 2.16 kat daha fazla düşme riskine sahip olduğu saptanmıştır.

Yürüme ve Denge Bozuklukları: Yürüme normal olarak, birden fazla sistemin uyumlu çalışmasıyla yapılabilmektedir. Yürüme ve denge bozuklukları, bu sistemlerdeki yaşa bağlı basit değişikliklerin yanı sıra, dolaşım ve solunum sistemindeki sorunlar nedeniyle veya hareketsiz kalınan bir dönemi takiben de ortaya çıkabilir (Oğuz, 2003). 65 yaş üzerinde yürüme bozukluğu görülme sıklığı %15 iken 75 yaşında bu oran %25'e ulaşmaktadır. Yürüme bozukluklarının nedeni spesifik bir hastalık olabileceği gibi yaşlılarda kas kuvvetinin azalması, kas atrofisi, eklemlerdeki dejeneratif değişiklikler, nöromusküler koordinasyonun bozulması, duyu yetisindeki kayıplar ve postural değişiklikler gibi çeşitli faktörlerin bir araya gelmesiyle de ortaya çıkabilir (Erdoğan, 2001). İsviçre'de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre ise

hasta düşmelerinin %43'ü yürüyüş, %35'i hasta transferi sırasında meydana gelmektedir (Schwendimann et al, 2006).

Üriner/Fekal Kontinans: Bağırsak hareketlerinde değişim ve inkontinans tuvalete gitme sıklığında artışa neden olmaktadır. İnkontinans, hastada anksiyete ve hızla tuvalete koşma gereksinimini yaratır ve bu yüzden düşme riskini artırabilir (Rao, 2005). Özellikle tuvalete gitme ihtiyacının artması ile geceleri yataktan kalkma sayısı artmakta ve yürüyüşlerin karanlık ortamda yapılması nedeniyle düşmeler için risk durumu görülmektedir (Hendrich et al, 2003). 65 yaş ve üzeri bireylerde, nörojenik disfonksiyon, travma, yaralanma, serebrovasküler olaylar gibi nedenlerle fekal kontinans oluşabilmektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yapılan bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların %9.5'inde fekal kontinans bozukluğu bulunduğu saptanmıştır (Dedeli ark., 2008). Hendrich ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu araştırmada bağırsak ve üriner sistem problemi olan hastalar, bağırsak ve üriner sistem boşaltımı normal olan hastalardan 1.67 kat daha fazla düşme riski olduğu belirtilmiştir.

Görme Bozuklukları: Görme keskinliği, kontrast duyarlılığı ve görme alanında bozulma, katarakt, glokom ve maküler dejenerasyon düşme için risk faktörü oluşturan görme problemleridir (Todd ve Skelton, 2004). Çok odaklı gözlükler derinlik algısını bozarak, kişinin çevresindeki engeller için gereken kritik mesafeyi algılamasını zorlaştırır. Görmede azalma hem düşme hem de kalça kırığı ile yakın ilişkilidir (Naharcı ve Doruk, 2009).

Baş Dönmesi: Yaşlı hastalarda baş dönmesi, sık görülen denge kontrol sisteminden kaynaklanan sorunlar arasındadır (Naharcı ve Doruk, 2009). 65 yaş ve üzeri geriyatrik hastaların %30'u baş dönmesi deneyimlemektedir. Bu oran 85 yaş üstü geriyatrik hastalarda %50'ye kadar çıkmaktadır (Jönsson et al, 2004). Vizüel yollarda, vestibüler organlarda, merkezi sinir sisteminin propriyoseptif yollarındaki bir bozukluk veya sistemik dolaşımın değişmiş homeostazisi vertigo, senkop ya da baş dönmesi ile sonuçlanabilir. Vertigo, genellikle hastanın ya da çevresindekilerin dönmesi hissi olarak tanımlanır ve vestibüler fonksiyon bozukluğunu gösterir (Naharcı ve Doruk, 2009). Bu durum yaşlılarda düşme riskini arttırmaktadır.

Ortostatik hipotansiyon: Ortostatik hipotansiyon yaşlılarda %5-50 oranında görülen yaygın bir bulgudur. Hipertansiyon, diyabet, düşük kan hacmi ve ilaç kullanımı gibi bazı durumlar yaşlıların bu stresle başa çıkma yeteneğini azaltır. Ortostatik hipotansiyonu olan hastalar, yürümekte güçlük çeker, düşmelere daha yatkın olur. Daha sık baş dönmesi ve senkop yaşar. Koroner hastalık, geçici iskemik atak ya da stroke geçirmeye daha eğilimli olur (Akdemir ve Birol, 2004).

2.7. Yaşlılarda Düşme ve Düşme Risk Düzeyini Etkileyen Faktörler

Yaşlanma süreciyle birlikte yaşlılarda fizyolojik, biyolojik, psikolojik olarak gerilemeler meydana gelmektedir. Yaşlılarda meydana gelen bu değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Tüm bu nedenlerden dolayı geriatrik hastalarda kendi kendine yeterlilik durumu giderek azalmakta, kaza ve düşme oranlarında artışlar görülmektedir (Koç, 2006). Kişinin risk faktörlerinin sayısı arttıkça düşme olasılığı artmaktadır. Yapılan çalışmalarda düşme hikayesi olan bireylerde risk faktörlerinden en az ikisinin bulunduğu saptanmıştır. Tinetti (2003)'nin yaptığı bir çalışmada, hiç risk faktörü olmayanlarda son bir yıl içerisinde düşme oranı %8 iken, 4 ve daha fazla risk faktörü olanlarda bu oranın %78'e çıktığı bildirilmiştir.

Düşme faktörlerinin çoğu önlenabilir risk faktörleridir. Koruyucu önlemlerin bilinmesindeki yetersizlikler düşmelerle sonuçlanmaktadır (Yeşilbakan ve Karadakovan, 2005). Düşme oluşturan nedenler bir risk faktörü olarak bilinmektedir ve tek bir nedeni yoktur. Bireyler birçok risk faktörüne maruz kalmaktadırlar. Düşme risk faktörleri; bireysel ve çevresel risk faktörleri biçiminde iki grupta toplandığı görülmektedir (Kara ve ark., 2009).

2.7.1. Bireysel Faktörler

Yaşlılarda düşmelere neden olan bireysel faktörler; demografik özellikler, fizyolojik değişiklikler, sağlık sorunları, ilaç kullanımını içermektedir (Bıyıklı, 2006; Beyazay, 2011).

2.7.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Yaş ve cinsiyet: Yaş arttıkça düşme riski artar (Tinetti, 2003). Bir yıl içinde en az bir kez düşen yaşlı oranı 65 yaş üzerinde %28-35 iken, 75 yaş üzeri grupta bu oran %32-42' ye yükselmektedir. Düşme nedeniyle hastaneye başvuru oranları 85 yaş ve üzeri grupta olanlar, 65-69 yaş arasındaki gruba göre 6 kattan daha fazladır (Masud ve Morris, 2001). Todd ve Skelton (2004)'un yaptığı çalışmaya göre 80 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme oranı yılda yaklaşık %50 oranındadır. Amerika Kuzeydoğu Gazi Sağlık Yönetimi'nin yaptığı araştırma sonuçlarına göre 1996 yılında sağlık bakım alanlarında düşen hastaların %60'ının 60 yaş ve üstü yaş grubu olduğu saptanmıştır (Veterans Health Administration, 2004). Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber kadınların düşme yönünden daha fazla risk altında oldukları (Işık ve ark., 2006; Toraman, 2007; Berke, 2008; Kamel et al., 2013) ve erkeklerle karşılaştırıldıklarında kadınların daha fazla düşme deneyimledikleri belirtilmiştir (Uz, 2008).

Yalnız Yaşama: Özellikle yalnız yaşayanlarda olmak üzere düşmeler kadınlar arasında daha yaygındır. Evli veya kalabalık ailelerin kaza açısından birbirlerini kontrol etme imkanlarının olması ve yalnız yaşayanların yemek, temizlik, alışveriş gibi günlük aktivitelerini kendileri yapmak zorunda olmaları, kazaya maruz kalma riskinin artırmaktadır (Atman ve ark., 2007). Yalnız yaşama durumu da düşme riskini etkileyen bireysel faktörlerden biri olmakla birlikte, bu konuda yapılan bir çalışmada ailesi ile birlikte yaşayan yaşlılarla karşılaştırıldığında, yalnız yaşayan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği bildirilmiştir (Todd ve Skelton, 2004; Atman ve ark., 2007). Yaşlıların üçte biri en az yılda bir kez düşerler, ancak bu düşmelerin %5'i kırık ile sonlanmaktadır (Berke, 2008).

2.7.1.2. Tıbbi Hastalıklar

Yaşın ilerlemesi ile meydana gelen sistem değişiklikleri, kronik hastalıkların başlamasına zemin oluşturmaktadır. Kalp hastalığı, inme, kanser, solunum sistemi hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar şimdiye kadar tüm dünyadaki ölümlerin %60'ının nedeni olarak ilk sırada yer almaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Türkiye' de yaşlıların başlıca sağlık sorunları incelendiği zaman, 65 yaş üzerindeki kişilerin %90'ının genellikle kronik bir hastalığının olduğu, bunların %35'inde 2 tane

hastalığın olduğu, %23'ünde 3 tane hastalığın olduğu ve %14'ünde 4 tane veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu görülmüştür (Solmaz, 2008). Dahiliye polikliniklerine yapılan hasta girişlerinde ise en çok görülen hastalık grubu kardiyovasküler sistem hastalıklarıdır. Polikliniğe başvuran hastaların %27,6'sında tek bir hastalık, geri kalanlarda ise en az iki veya daha fazla hastalık bulunmaktadır (Karaoğlu ve Karaoğlu, 2009). Fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine tedavi için yatırılan hastaların %70.9'unun kronik bir hastalığı bulunmaktadır ve %53.7'si yüksek düşme riski taşımaktadır (Savcı ve ark., 2009). Kronik hastalıklar bireyin bağımlılık riskini arttıran ve en sık rahatsızlık hissettiren durumlardır.

Kronik hastalıklar, uzun dönemli, yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için düzenli izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır. Klinik ortamda hemşirelere bu konuda büyük oranda görev düşmektedir.

65 yaş ve üzeri kişilerde düşme riskini artıran kronik hastalıklar tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Düşme Riskini Artıran Kronik Hastalıklar

Kardiyovasküler Hastalıklar	Hipertansiyon Aritmiler Senkop Postural Hipotansiyon Koroner Arter Hastalıkları
Endokrin Hastalıkları	Diyabetes Mellitus Hipoglisemi
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	Romatoid Artrit Osteoporoz Kırıklar Duruş Bozuklukları ve Denge Bozukluğu Vitamin Eksikliği Kas Güçsüzlüğü ve Kuvvet Kaybı
Nörolojik Hastalıklar	Parkinson SVO Vertigo Fiziksel Kayıplar Nöbetler/Epilepsi Bilinç Durumu Değişiklikleri (Demans) Nöropatiler
Göz Hastalıkları	Glokom Görme Kaybı Makula Dejenerasyonu
Psikiyatrik Hastalıklar	Depresyon Psikoz Anksiete
Üriner Sistem Hastalıkları	Üriner İnkontinans Gece Pollaküri
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Fekal İnkontinans Diyare
KBB Sistemi Hastalıkları	Duyuma Kaybı

Schwendimann et al, 2006; Savcı ve ark., 2007

Düşme yaşayan bireylerin sahip oldukları hastalıkların başında hipertansiyon gelmektedir. Hipertansiyon, dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Karadakovan, 2005). Türkiye’de 65 yaş üzeri geriatrik grupta hipertansiyon görülme oranı %75,1’dir. Bu oran kadınlarda

%48,6 erkeklerde ise %40,5'tir (Çivi ve Tanrıkulu, 2000). Amerika'da 65 yaş ve üzeri bireylerin %26,9'unun diyabet olduğu ve diyabetli yaşlılarda düşme oranları, diyabeti olmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Centers of Disease Control and Prevention, 2011). Parkinson hastalığı, düşme riskini birkaç mekanizma ile artırmaktadır. Bunlar postüral reflekslerin kaybı, ilaçların tansiyon düşürücü etkileri ve bazı vakalarda ise bilişsel bozulmadır (Oğuz, 2003).

Üriner inkontinans, sosyal, hijyenik sonuçlara yol açacak sıklık ve miktarda, istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Geriatrik yaşlılarda idrar inkontinansi prevalansı %50'lere ulaşmaktadır (TUİK, 2015). Bunlar hastane ortamında uygulanan girişimlere bağlı enfeksiyon riskini artırarak düşmeye yatkınlığı artırmaktadır. Yaşlıda bilişsel bozukluk olması, yüksek düzeyde düşme ve kalça kırığı riski ile ilişkilidir. Rubenstein (2006)' ın yaptığı çalışmada, 75 yaşın üstünde 1600 kişinin katıldığı bir çalışmada, altı yıllık takipte kalça kırığı riskinin, mini mental durum muayenesinde hafif ve orta bilişsel bozukluğu olanlarda, olmayanlarla karşılaştırıldığında iki kat fazla olduğu bulunmuştur. İnme, sağlık ve işgücü kaybına neden olan en önemli sağlık sorunlarından biridir. İnme geçiren hastalarda en sık görülen komplikasyonlardan biri düşmedir. Sivas ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında inmeli hastaların %45'inin en az bir kez düştükleri belirlenmiştir.

Yaşlanmaya bağlı, kemik ve mineral kaybı osteoporoz riskini artırır (Bodur, 2007). Osteoporoza bağlı kemikler zayıflar ve kolay kırılma riski oluşur (Çivi ve Tanrıkulu, 2000; Karadakovan, 2005; Alkan ve ark., 2011). Osteoporoz her iki cinsiyeti de etkiler (Karadakovan, 2005, Alkan ve ark., 2011). Amerika Birleşik Devleti (ABD)'nde yapılan çalışmalarda, yaklaşık 8 milyon kadının ve 2 milyon erkeğin osteoporozlu olduğu belirtilmektedir (Göksoy, 2000). ABD'de osteoporoza bağlı yılda 1.3 milyon kırık olmakta ve bunların 300.000'ini kalça kırıkları oluşturduğu bildirilmektedir (Melton, 1997; Harver et all, 2006). Alkan ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada osteoporozlu hastaların %10,86'ında bronşiyal astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tespit edilmiştir. Özellikle bu hastalıkların atakları sırasında glukokortikoid türevli ilaçlara başvurulduğu için osteoporoz geliştiği

saptanmıştır (Alkan ve ark., 2011). Bu nedenle yaşlı bireylerde kullanılan ilaçlara bağlı kas kütlesindeki azalma nedeni ile düşme riski artar (Öngen, 1998; Kayacan, 2009; Sabuncu ve Akça, 2010). Sonuçta kronik hastalık sayısı arttıkça düşme riski de artmaktadır (Rubenstein et al., 2001).

2.7.1.3. İlaçlar

Günümüzde insan ömrünün uzaması ve hastalıkların görülme sıklığında artış olması birden fazla ilaç kullanımına neden olmaktadır (Madak, 2010). İlaçların en sık görülen yan etkilerinden biri de düşmelerdir (Işık ve ark., 2006). Düşme için en fazla risk taşıyan ilk beş ilaç kardiyak-antihipertansif, diüretik, antipsikotik-narkotik ve hipoglisemik etki yaratan ilaçlardır (Hendrich et al., 2003; Oliver et al., 2003; Tinetti, 2003; McFarlane, 2004; Karadakovan ve Yeşilbakan, 2005).

McFarlane (2004) bir ölçüm aracı kullanarak düşme risklerini belirlediği araştırmasında düşmelerin görüldüğü grupta trankilazan, sedatif, hipnotik, diüretik ve vazodilatör kullanımı %95'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir araştırma sonucuna göre ise düşen hastaların %38,6'sının narkotik, %25,4'ünün ise psikoterapik ilaç kullandığı belirlenmiştir (Schwendimann et al., 2006).

2.7.2. Çevresel Faktörler

Sağlık bakım kurumlarında çevre yönetimi düşmelerin azaltılmasında en önemli etkenlerden biridir. Yaşlı bireylerde düşmelerin çoğunluğu, yürümek ya da pozisyon değiştirmek gibi günlük aktivite esnasında meydana gelmektedir (Gacar, 2011). Sağlık bakım kurumlarında düşme riski oluşturan çevresel etmenlerin başında, tekerlekli sandalye kullanımı, ıslak zeminler, yetersiz aydınlatma, yanlış yatak yüksekliği yer almaktadır (CDC, 2009).

Türkiye'de 65 yaşındaki bireylerde görülen düşmelerin %60'ının ev ortamında, meydana geldiği saptanmıştır. 65 yaş ve üzeri kişilerin ev ortamındaki düşmeler sıklıkla odada ve mutfakta meydana gelmektedir. Evin bu bölümlerine ait araç gereç sayısı diğer mekanlara göre daha fazla bulunmaktadır (Atman ve ark., 2007). Tüm düşmeler yaralanmaya neden olmasa da kendi evinde yaşayan yaşlılarda düşmelerin yaklaşık %10'u önemli mortalite ve morbidite kaynağı olan kırıkla

sonuçlanır (Stevens et all, 2006). Düşme için risk oluşturan çevresel faktörler şunlardır: (Tinetti ve Speechley 1983; CDC, 2009).

- Kaygan zemin-Israk zemin
- Yetersiz aydınlatma
- Uygunsuз mobilyalar
- Giyecekler
- Yürümeye yardımcı araçlar
- Aydınlatmanın yetersiz olması,
- Hasta transferleri,
- Hasta yatış süresinin uzamasıdır.

Tinetti (2003)'nin yaptığı bir çalışmada düşmelerin %48'inin yürürken oluştuğu saptanmıştır (Toraman, 2007). Medi Klinik Özel Hastane Grubu'nun 2010 yılı araştırma sonuçlarına göre bir yıl boyunca meydana gelen düşmelerin %67'si hasta odalarında oluşmaktadır. Hastanelerde düşmelerin en çok hasta odasında görüldüğü, transfer sırasında (%37), sandalyede oturmada (%20), yürüme esnasında da (%15) düşmelerin olduğu saptanmıştır (Çapacı, 2007). Krauss ve arkadaşları (2005) tarafından bu konuda yapılan bir çalışmada, düşme olayının yaşlıların %81,6'sında hasta odasında, %45,9'unda ayağa kalkarken, %18,4'ünde tuvalet ihtiyacını karşılamak için hareket ederken meydana geldiği bildirilmiştir.

2.8. Düşmenin Sonuçları

Düşmeler bireyde yaralanma ve fonksiyon kayıplarına dolayısı ile hastanede kalış süresinin uzamasına, tedavi maliyetin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına aynı zamanda hasta, hasta yakınları, bakım verenler ve hastane personeline anksiyete, korku gelişmesine ve ölüme neden olmaktadır (Akyol, 2007; Özden ve ark., 2011).

Yaşlı hastaların hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde, başta kırıkların ön sıralarda yer aldığı görülmektedir (Ebersole et all, 2008). Kırıklar arasında mortalite ve morbiditesi en yüksek olan kalça kırıklarıdır (Nyberg ve Gustafson, 1995; Lee et all, 2002). Türkiye'de travma sebebiyle acil servise başvuran hastalarda başlıca femur

kırığı olmak üzere çeşitli kırıkların olduğu ve %66'sının hastaneye yatırıldığı bildirilmiştir (Kara ve ark., 2014). Hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanma nedenleri arasında düşmeler önemli bir yer tutmaktadır (Ang et al, 2007). Hastanelerde düşme sonrası meydana gelen en ciddi yaralanmalar; kanama-kesikler (%53.6), kırık-çıkıklar (%15.9), hematoma-kontüzyonlar (%13)'dir (Fischer et al, 2005).

Düşmelerin maliyeti hastaya ve hastaneye zararlar oluşturmaktadır. Yapılan Araştırmalar bir düşme ya da düşme sonrası gelişen bir kazadaki hafif yaralanmanın bile hastanın yatış süresini 1-2 gün uzattığını göstermektedir. Düşme sonrasında hastaneye, evde bakım hizmetlerine, doktor ve diğer profesyonellerin hizmetlerine, rehabilitasyona, tıbbi malzeme kullanımına ve reçeteli ilaçların alımında yapılan harcamalar mali yük getirmektedir. Tüm bunların yanında sakatlık gibi uzun dönem devam eden yaralanmaların artmasına neden olmaktadır. Yaşam kalitesinde azalma, ev ve iş yaşamındaki değişiklikleri de beraberinde getirmektedir (CDC, 2009).

Amerika'da 2000 yılında 65 yaş ve üzerindeki kişilerde yaşanan düşme yaralanmalarının toplam maliyeti 19 milyar doları bulmuştur. Yetişkinler için olan bu maliyetin nüfus yaşlandıkça artması ve 2020 yılına kadar 54.9 milyar dolar olması beklenmektedir (CDC, 2009). Düşmenin diğer etkilerinden birisi de düşen hastada gelişen tekrar düşme korkusudur. Düşme korkusu yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybına neden olmaktadır (Akdeniz ve ark., 2010). Bu nedenle hastane içinde hastanın özelliklerinin tanımlanması ve düşme risk faktörlerinin belirlenmesi hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca düşmelerini azaltacaktır (Schwendimann et al, 2006). Yaşlılarda düşmelerin önlenmesi, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bağımlılık durumunu azaltacak, yaşam kalitesini arttıracak ve sağlık bakım maliyetini düşüreceği düşünülmektedir.

2.9. Düşmelerin Önlenmesi

Yaşlılarda düşme ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, düşmelerin önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıkla ilgili masrafların azaltılması açısından önemlidir Sağlık bakım kurumlarında yatan geriyatrik hastalarda düşmenin

tamamen önlenemeyeceği, uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir (Hitcho, 2004; Heinze et al, 2006). Düşme risk etkenlerinin en doğru şekilde nasıl belirlenip tanılanacağına ilişkin kanıtların artmasına rağmen, halen bazı alanlarda bilginin kısıtlı olduğu ve gelişmeye ihtiyaç duyulduğu da bir gerçektir. Düşmenin etiyojisinde birçok faktör olduğu için düşmeye yol açan etkenler tespit edilmeli, gerekli durumlarda uygun müdahaleler yapılmalıdır. Sağlık kurumlarında düşme risklerinin belirlenmesi, çevresel faktörlerin azaltılması, hasta düşmelerine yönelik personel eğitimi, bunun yanında yatan hastalarda tedavinin göz önünde bulundurulması, sağlık çalışanlarında bilincin artması sağlanmaktadır (Kim et al, 2007).

Son 20 yıl içinde hastanelerde düşme riskini tanılayan farklı model, ölçekler ya da puanlama sistemleri geliştirilmiştir (Savcı ve ark., 2009). Bu araçlar benzer alanlarda yapılarak geliştirilmiştir. Bu araştırmaların çoğu, hastanın düşme riskini tanılayan ve bu araçları kullanan hemşireler tarafından yapılmıştır (Kim et al, 2007). Doğru düşme riskini tanılayan araç, düşme riskleriyle birlikte hastayı tanımlar, ileride düşebilecek ya da düşmeyecek hastaları belirler. Bu araçlar risk faktörlerini en aza indirerek düşmelerin önlenmesine yönelik stratejilerin gelişimini ve düşmeyi önleyen kaynakların uygun kullanımını destekler.

Literatürde çok sayıda yer alan, düşme riskini tanılayan araçlar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları İtali Düşme Riski Belirleme Ölçeği, Falls Efficacy Scale (FES), Sit to Stand, St Thomas Risk Değerlendirme Aracı (Stratify), Hendrich II, Schimed, Morse Düşme Riskleri Belirleme Ölçeği gibi risk değerlendirme araçlarıdır (Atay ve ark., 2009; Savcı ve ark., 2009). Bu araçlar ile yapılan değerlendirme doğrultusunda hastanın düşmesini önlemek için ne tür önlemler alınacağına karar verilmektedir. Düşme riski değerlendirilmesinin, hastanın kuruma kabulünde, klinikler arası taşınması esnasında, hastanın genel durumunda bir değişiklik olması durumunda, düşme gerçekleşiyse sonrasında yapılması önerilmektedir. Böylece hasta için gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemlerin zamanında alınmasını sağlarken aynı zamanda hastanın zarar görmesini de engelleyecektir (Çapacı, 2007).

2.10. Hemşirenin Yaşlı Bireylerde Düşmenin Önlenmesine Yönelik Sorumlulukları

Geriatrik hastalarda düşmelerin önlenmesi için güçlü bir ekip çalışması gerekmektedir. Hemşire bu ekibin içinde yer almaktadır. Hemşire, sağlık kurumlarında düşme önleme programlarının ilk basamağını oluşturmaktadır (Schwendimann et al, 2006). Hemşirelerin, yaşlılarda düşme risk faktörlerinin belirlenmesi, gerekli önlemlerin saptanması, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesinde önemli sorumlulukları vardır (Yeşilbakan ve Karadakovan, 2005). Ayrıca diğer ekip üyelerini bilinçlendirmede, çevresel düzenlemelerin sağlanmasında, düşme verilerini toplayarak analizlerini yapma gibi sorumluluklara sahiptir. Hastanelerde güvenli ortamın sağlanarak sürdürülmesi ile hastayı ikincil yaralanmalardan korumak hemşirenin en önemli yasal ve etik sorumluluklarından biridir (Bulut ve ark., 2013). Yaşlılık düşmelerini önlemedeki ilk adım, risk altındaki bireylerin belirlenmesidir.

Sağlık bakım kurumlarının kullanabileceği birçok düşme riskini tanılayan ölçekler bulunmaktadır (Atay ve ark., 2009; Savcı ve ark., 2009). Düşme riskini tanılayan araç tüm hastalarda uygulanabilir olmalıdır. Hastaların kliniğe ilk kabulünde, düşme risk ölçüm araçları ile düşme risklerinin tanımlanması, hemşireye hasta hakkında yatıştan taburculuğa kadar bilgi sağlamaktadır. Düşme için risk altındaki yaşlıların erken belirlenmesi, bu konuda koruyucu/önleyici girişimlerin yapılmasına imkan sağlamaktadır (Bulut ve ark., 2013). Düşme riski belirlendikten sonra yaralanmaları önlemek ya da azaltmak için etkili girişimler planlanmalı, uygulanmalı ve sonuçlar değerlendirilmelidir. Bu nedenle kullanılan ölçeğin uygulanabilirliği kolay olmalıdır (Savcı ve ark., 2009; Bulut ve ark., 2013).

Hemşireler yaşlılık dönemine ait bilgi, beceri ve deneyimlerini artırmalı, bu konuda eğitimlere katılmalıdırlar. Ayrıca, yaşlanma süreci bireyi çok yönlü etkilemekte olup, hemşireler bu etkilerin bireyde oluşturduğu sonuçları belirleyebilmeli ve bakım verirken bu sonuçlara dikkat etmelidir (Gacar, 2009). Düşen veya düşme riski olan geriatrik hastalarda verilecek olan bakım, başlıca kronik hastalıkların yönetimi, hijyenik bakım, beslenme, eliminasyon, hareket, yardımcı

cihazların kullanılması, ilaç kullanımı alanlarında olmalıdır. Hemşire, geriyatrik hastaların fizyolojik değişikliklere bağı olarak değışen beslenme, hareket, egzersiz ve algılama özelliklerini dikkate alarak eğitim ve bakım uygulamalarını planlamalıdır (Işık ve ark., 2006; Schwendimann et al., 2006). Etkili düşme önleme programının, hasta düşmelerinin %50'den fazlasını azaltabilmektedir (Hill-Rom, 2006). Hemşirenin düşme riskini ortadan kaldırmak için hasta kabulünden taburculuğa kadar sürekli tanılama yapması ve bireye uygun önlemler alması bu nedenle önem taşımaktadır (Savcı ve ark., 2007).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Geriatrik Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modeli, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2011).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti başkenti olan Lefkoşa’da bulunan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Dahiliye ve Cerrahi kliniğinde yapılmıştır.

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi 2010 yılından itibaren hizmet veren bir kurumudur. JCI akreditasyon kriterlerine uygun olarak yapılan hastane, mekansal, eğitsel ve teknolojik donanımına sahip, estetik ve işlevsel kaygılarla biçimlendirilmiş, yeni nesil bir hastanedir (Bolat, 2015). Hastanenin değişik branşlarda (dahiliye, cerrahi, kardiyoloji, kadın doğum, pediatri, geriatri) 520 yatak kapasitesine sahiptir. Her klinikte, 21 kişilik hasta yatağı bulunmaktadır. Dahiliye ve Cerrahi servisinde ayda ortalama 50-60 hasta yatmaktadır. Klinikte sorumlu hemşireler 08:00-16:00 saatlerinde mesai şeklinde, diğer hemşireler 08-16, 16-24, 24-08 olmak üzere üç vardiya şeklinde görev yapmaktadırlar. Dahiliye kliniğine gastroenteroloji, enfeksiyon, göğüs, dermatoloji, psikiyatri alanları oluşturmaktadır. Cerrahi kliniğine ortopedi, beyin cerrahisi, üroloji, kulak burun boğaz, plastik cerrahisi alanlarına ait hastalar kabul edilmektedir. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde, sabah vardiyasında (08- 16) 4 hemşire ve bir sorumlu hemşire, akşam vardiyasında (16- 24) 3 hemşire, gece vardiyasında (24-08) 2 hemşire ve tüm vardiyalarda bir hasta bakıcı (her 2 klinik için 1 tane) hastaların bakımından sorumludur. YDÜH’ nde İtali Düşme Riski ve Harizmi Düşme Riski Ölçeği kullanılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, YDÜH' si Dahiliye ve Cerrahi kliniğinde 23 Aralık 2016–23 Şubat 2017 tarihleri arasında yatan 212 geriatrik hasta oluşturmuştur. Araştırma örnekleme gidilmeden, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın 23 Aralık 2016 – 23 Şubat 2017 tarihleri arasında YDÜH' si dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan geriatrik hasta sayısı 215 olup, bu hastalardan 212'si ile görüşülmüştür. Araştırmaya evrenin tamamının alınması planlanmış, ancak 3 geriatrik hasta ve hasta yakınlarının araştırmaya katılmayı kabul etmediğinden dolayı araştırma 212 geriatrik hasta ile tamamlanmış ve geriatrik hastaların %98.60'ına ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, geriatrik hastaların düşme risk düzeylerinin belirlenmesi amacı ile literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, 23 Aralık 2016 – 23 Şubat 2017 tarihleri arasında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan geriatrik hastalara özgüdür.

3.6. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu, Kişisel Bilgi formu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Veri toplama formunun birinci bölümünde (EK-1), araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin 7 soru (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, bulunduğu klinik) yer almaktadır.

3.6.2. İtaki Düşme Riski Ölçeği

Veri Toplama Formunun ikinci bölümünde (EK-2), İtaki Düşme Riski Ölçeği yer almaktadır. İtaki Düşme Riski Ölçeği, Türkiye Sağlık Bakanlığı Performans

Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanmıştır (TC. Sağlık Bakanlığı. Bu ölçek hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini içeren, toplam 19 ifadeden oluşur. Risk faktörleri majör ve minör olarak kategorize edilerek minör risk faktörlerine bir puan, majör risk faktörlerine ise beş puan verilecektir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenir. Hastanın düşme riski düzeyi, toplam puanı beşin altında ise düşük risk, beş ya da beşin üzerinde ise yüksek risk olarak değerlendirir ve gerekli önlemler alınır. Yüksek riskli hastaları ayırt etmek ve gerekli önlemleri almak için düşme riski yüksek hastalarda “Dört Yapraklı Yonca” figürünün kullanılması öngörülmüştür. Ölçek 11 minör ve 8 majör olmak üzere, toplam 19 risk faktöründen oluşmaktadır. Hastaların ölçekten aldığı toplam puan arttıkça düşme riski de artmaktadır. İtali Düşme Riski Ölçeği’ nin kullanımı: Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (ilk değerlendirme), post operatif dönemde, bölüm değişikliğinde, hasta düşmesi durumunda, risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde kullanılmalıdır (Özlü ve ark., 2015; Çelik ve Zingal, 2016).

3.7. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan Kişisel Bilgi Formu' nun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini saptamak amacı ile YDÜH'nin dahiliye ve cerrahi servislerinde yatan geriatrik hastaların %10'u ile ön uygulama yapılmıştır (Blanche 2006). Ön uygulama sonucunda Kişisel Bilgi Formunda gerekli düzeltmeler yapılmamıştır.

3.8. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından bireylere okunup, bireylerin verdiği yanıtlar, araştırmacı tarafından anket formuna işaretlenmiştir. Soruları cevaplayamayacak durumda olan geriatrik hastaların bilgilerini hemşire, hemşire gözlem formundan ya da hasta yakınından toplanmıştır. Formun uygulanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. İtali Düşme Riski Ölçeği, gözlem, hemşire ve hemşire gözlem formundan toplanmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Dahiliye ve cerrahi kliniğinde geriatrik hastaların itaki düşme riski ölçeği puanı.

Bağımsız Değişkenler: Geriatrik hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, şu an kiminle yaşadığı.

3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada veri toplama formundan elde edilen verilerin istatistik çözümlenmesinde lisanslı Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 istatistiksel veri analizi paket programı kullanılmıştır.

Araştırmaya dahili edilen hastaların sosyo-demografik özelliklerinin saptanmasında frekans analizi kullanılmış ve sonuçlar frekans dağılım tabloları ile gösterilmiştir.

Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğinde yer alan maddelere ilişkin dağılımı frekans analizi ile belirlenmiştir. Hastaların 19 maddeden aldıkları puanlar hesaplanarak İtaki düşme riski skorları saptanmış ve bu skorlara ilişkin ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değer gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. İtaki düşme riski skoru 5'in altında olan hastaların düşük düşme riski olduğu ve 5'in üstünde olan hastaların yüksek düşme riski olduğu belirtilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre İtaki düşme riski ölçeğinden aldıkları toplam puanların karşılaştırılmasında kullanılacak olan test istatistiklerinin belirlenmesi amacıyla risk puanlarının normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve normal dağılıma uymadığı saptanmıştır. Buna göre araştırmada parametrik olmayan hipotez testleri kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenin iki kategoriden oluşması durumunda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategoriden oluşması durumunda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda bağımsız değişkenin kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunması halinde, farkın hangi

kategorilerden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama formlarının uygulanması için Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu Başkanlığından 22.12.2016 tarihli, 2016/42- 350 proje numaralı (EK-4) kurul onayı alınmıştır. Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Başhekimliğinden 05.12.2016 tarihli (EK-3) yazılı izin alınmıştır. Araştırmamızda ‘insana ve insanın karar verme hakkına saygı’ ilkesi göz önünde bulundurulmuştur Bu nedenle örneklem; çalışmaya katılmaya istekli olan hastalar tarafından seçilmiş, çalışmaya katılacak her hastaya katılıp/ katılmama konusunda kendisinin karar verebileceği söylenmiş ve istekli olan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılan hastaların “mahremiyet/gizlilik hakkına” saygılı olunacağı ve kendisinden alınan bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı açıklanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastanede yatan geriatrik hastaların düşme risk faktörlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Geriatrik Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=212)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
65-70 yaş arası	48	22,64
71-75 yaş arası	57	26,89
76-80 yaş arası	52	24,53
81 yaş ve üzeri	55	25,94
Cinsiyet		
Kadın	95	44,81
Erkek	117	55,19
Medeni durum		
Evli	121	57,08
Bekar	10	4,72
Dul	81	38,21
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	15	7,08
Okur-yazar	33	15,57
İlköğretim	61	28,77
Lise	89	41,98
Yükseköğrenim ve üzeri	14	6,60
Çalışma durumu		
Çalışan	8	3,77
Çalışmayan	50	23,58
Emekli	154	72,64
Birlikte yaşanılan kişi		
Yalnız	58	27,36
Eş ile birlikte	121	57,08
Aile bireyleri ile birlikte	23	10,85
Bakıcı ile	10	4,72
Yattığı klinik		
Dahiliye	113	53,30
Cerrahi	99	46,70
Toplam	212	100,00

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların %26,89'u 71-75 yaş arasında olup yaş ortalaması $9,77 \pm 7,61$ 'dir. Çalışmaya katılan geriatrik erkek hastaların (%55,19) geriatrik kadın hastalardan (%44,81) daha fazla olduğu görülmektedir. Geriatrik hastaların eğitim durumu incelendiği zaman en fazla (%41,98) lise mezunlarının oluşturduğu saptanmıştır. Geriatrik hastaların %57,08'inin evli olduğu, %72,64 'ünün emekli olduğu, yarıdan fazlasının (%57,08) eşi ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan geriatrik hastaların %53,30'u dahiliye servisinde ve %46,70'i cerrahi servisinde yatmaktadır.

Tablo 4.2. Geriatrik Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine Göre Düşme Risk Faktörleri Dağılımı (n=212)

Risk Faktörleri	Var		Yok	
	n	%	n	%
65 yaş üstü	212	100,00	0	0,00
Bilinci kapalı	1	0,47	211	99,53
Son 1 ay içinde düşme öyküsü	100	47,17	112	52,83
Kronik hastalık öyküsü	199	93,87	13	6,13
Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı	81	38,21	131	61,79
Üriner/fekal kontinans bozukluğu	101	47,64	111	52,36
Görme durumu zayıf	102	48,11	110	51,89
Dörtten fazla ilaç kullanımı	132	62,26	80	37,74
Hastaya bağlı 3'ün altında ekipman	160	75,47	52	24,53
Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor	3	1,42	209	98,58
Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler)	14	6,60	198	93,40
Bilinç açık, koopere değil	8	3,77	204	96,23
Ayakta/yürürken denge problemi	58	27,36	154	72,64
Baş dönmesi	28	13,21	184	86,79
Ortostatik hipotansiyonu	10	4,72	202	95,28
Görme engeli	5	2,36	207	97,64
Bedensel engeli	5	2,36	207	97,64
Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı	45	21,23	167	78,77
Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı	60	28,30	152	71,70

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risk faktörlerine ilişkin dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların, İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre minör risk faktörleri incelendiğinde, %99,53'ünün bilincinin kapalı olmadığı, %47,17'sinin son 1 ay içinde düşme yaşadığı saptanmıştır. Geriatrik hastaların tamamına yakınının (%93,87) kronik bir hastalığa sahip olduğu, %38,21'inin ayakta dururken veya yürürken fiziksel bir desteğe ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların %47,64'ünün üriner veya fekal kontinans bozukluğu olduğu, %48,11'inin görme durumunun zayıf olduğu belirlenmiştir. Geriatrik hastaların yarıdan fazlasının (%62,26) dörtten fazla ilaç kullandığı ve (%75,47) geriatrik hastaya bağlı 3'ün altında ekipman (IV infüzyon, dren vb) bulunduğu saptanmıştır. Geriatrik hastaların yataklarında %1,42'sinde yatak korkuluklarının bulunmadığı ve %6,60'ının yürüme alanlarında fiziksel engellerin olduğu belirlenmiştir.

İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre majör risk faktörleri incelendiğinde, araştırmaya katılan geriatrik hastaların %3,77'sinin bilinci açık ancak koopere olmadığı, %27,36'sının ayakta veya yürürken denge problemi olduğu tespit edilmiştir. Geriatrik hastaların %13,21'inin baş dönmesi olduğu, %4,72'sinin ortostatik hipotansiyonu olduğu, %2,36'sının görme engelinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda geriatrik hastaların %2,36'sının bedensel engeli olduğu, %21,23'ünde geriatrik hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı olduğu ve %28,30'unun son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Geriatrik Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=212)

Düşme Risk Ortalaması	n	$\bar{x}$	S	Medyan	Min	Max
	212	10,38	7,64	7	2	33

Tablo 4.3.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risk ortalamasının $10,38 \pm 7,64$ olduğu tespit edilmiştir. Geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risk skoru medyan değerinin 7 olduğu, en küçük risk skorunun 2 ve en yüksek risk skorunun 33 olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 4.1. Geriatrik Hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine Göre Düşme Risk Düzeyinin Dağılımı

Şekil 4.1.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risk düzeyinin dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risk düzeyleri incelendiğinde, %57,0'sinin yüksek düşme riski taşıdığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Geriatrik Hastaların Yaş Gruplarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=212)

Yaş grubu	n	$\bar{x}$	S	Medyan	Sıra Ort.	X^2	p	Fark
65-70 yaş arası	48	9,00	7,97	5	88,51	15,91	0,00*	1-4
71-75 yaş arası	57	9,77	7,61	6	100,88			2-4
76-80 yaş arası	52	9,46	6,66	6	100,72			3-4
81 yaş ve üzeri	55	13,07	7,80	12	133,49			

* $p < 0,05$

Tablo 4.4.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların yaş gruplarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların yaş gruplarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların belirlenmesinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmamızda 81 yaş ve üzeri yaş grubu geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puan ortalaması $13,07 \pm 7,80$ olduğu görülmektedir. Araştırmaya dahil edilen geriatrik hastaların yaş gruplarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). 81 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan geriatrik hastaların düşme riski diğer yaş gruplarında yer alan hastalara göre daha yüksektir.

Tablo 4.5. Geriatrik Hastaların Cinsiyetlerine Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması (n=212)

Cinsiyet	n	$\bar{x}$	s	Medyan	Sıra Ort.	Sıra Top	Z	p
Kadın	95	10,72	7,64	7	108,52	10309	-0,43	0,66
Erkek	117	10,10	7,67	6	104,86	12269		

Tablo 4.5.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların cinsiyetlerine göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların cinsiyetlerine göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kadın ve erkek geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Kadın ve erkek geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 4.6. Geriatrik Hastaların Medeni Durumlarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=212)

Medeni durum	n	$\bar{x}$	s	Medyan	Sıra Ort.	X ²	P	Fark
Evli	121	8,57	6,69	5	90,08	20,85	0,00*	1-2
Bekar	10	15,10	9,77	15	140,05			1-3
Dul	81	12,49	8,00	11	126,88			

* $p<0,05$

Tablo 4.6.'da araştırmaya katılan geriatrik hastaların medeni durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların medeni durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puan karşılaştırılmasına ilişkin bulguların belirlenmesinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilen evli hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puan ortalaması $8,57\pm 6,69$, bekar hastaların $15,10\pm 9,77$ 'dir. Geriatrik hastaların medeni durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark bekar hastalardan kaynaklanmakta olup, bekar hastaların düşme riski, evli ve dul hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.7. Geriatrik Hastaların Eğitim Durumlarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=212)

Eğitim durumu	n	$\bar{x}$	s	Medyan	Sıra Ort.	X ²	p	Fark
Okur-yazar değil	15	11,60	7,69	10	121,10	28,02	0,00*	1-4, 1-5
Okur-yazar	33	14,88	8,47	15	140,80			2-4, 2-5
İlköğretim	61	11,59	7,73	10	120,68			3-4, 3-5
Lise	89	8,04	6,19	5	86,83			
Yükseköğrenim	14	8,00	8,34	4	73,29			

* $p<0,05$

Tablo 4.7.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların eğitim durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların eğitim durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puan ortalamasına ilişkin bulguların belirlenmesinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmamızda, okur-yazar olan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puan ortalamasının $14,88 \pm 8,47$ olduğu tespit edilmiştir. Geriatrik hastaların eğitim durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu fark lise ve yükseköğrenim mezunu hastalar ile ilköğretim ve alt düzeyde eğitime sahip hastalardan kaynaklanmaktadır. Lise ve yükseköğrenim mezunu hastaların düşme riski, ilköğretim ve alt düzeyde eğitime sahip hastalara göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.8. Geriatrik Hastaların Çalışma Durumlarına Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=212)

Çalışma durumu	n	$\bar{x}$	S	Medyan	Sıra Ort.	X ²	p
Çalışan	8	6,50	4,60	4,5	69,63	4,71	0,09
Çalışmayan	50	12,12	8,64	9,5	117,63		
Emekli	154	10,01	7,33	6	104,80		

Tablo 4.8.'de araştırmaya katılan geriatrik hastaların çalışma durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırmaya katılan geriatrik hastaların çalışma durumlarına göre İtaki düşme riski ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların belirlenmesinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmamızda geriatrik hastaların çalışma durumlarına göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.9. Geriatrik Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=212)

Birlikte Yaşanılan Kişi	n	$\bar{x}$	s	Medyan	Sıra Ort.	X ²	p	Fark
Yalnız	58	11,00	7,69	7	115,73	28,87	0,00*	1-4
Eş ile birlikte	121	8,57	6,69	5	90,08			2-4
Aile bireyleri ile birlikte	23	14,39	8,06	13	141,59			2-3
Bakıcı ile	10	19,40	7,89	20	170,90			

* $p<0,05$

Tablo 4.9.'da araştırmaya katılan geriatrik hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların belirlenmesinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmamızda, yalnız yaşayan geriatrik hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puan ortalaması $11,00\pm 7,69$, eşi ile birlikte yaşayan hastaların $8,57\pm 6,69$, aile bireyleri ile birlikte yaşayan hastaların $14,39\pm 8,06$ ve bakıcı ile yaşayan hastaların düşme riskleri puan ortalaması $19,40\pm 7,89$ 'dur. Geriatrik hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu fark eşi ile birlikte yaşayan geriatrik hastalardan kaynaklanmaktadır. Eşi ile birlikte yaşayan geriatrik hastaların yalnız, aile ile birlikte ve bakıcı ile birlikte yaşayan hastalara göre düşme riski, anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4.10. Geriatrik Hastaların Yattıkları Kliniklere Göre İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=212)

Yattığı klinik	n	$\bar{x}$	s	Medyan	Sıra Ort.	Sıra Top	Z	p
Dahiliye	113	9,27	6,78	6	99,69	11265,50	-1,74	0,08
Cerrahi	99	11,64	8,39	8	114,27	11312,50		

Tablo 4.10.'da araştırmaya katılan geriatrik hastaların yattıkları kliniklere göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların yattıkları kliniklere göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların belirlenmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmamızda geriatrik hastaların yattıkları kliniklere göre İtaki Düşme Riski Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Cerrahi servisinde yatan hastaların İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı dahiliye servisinde yatan hastalara göre yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 4.11. Geriatrik Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İtaki Düşme Riski Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikleri	Düşük risk n	%	Yüksek risk N	%	X ²	p
Yaş grubu						
65-70 yaş arası	28	58,33	20	41,67	15,71	0,00*
71-75 yaş arası	28	49,12	29	50,88		
76-80 yaş arası	24	46,15	28	53,85		
81 yaş ve üzeri	12	21,82	43	78,18		
Cinsiyet						
Kadın	42	44,21	53	55,79	0,05	0,83
Erkek	50	42,74	67	57,26		
Medeni durum						
Evli	67	55,37	54	44,63	16,49	0,00*
Bekar	3	30,00	7	70,00		
Dul	22	27,16	59	72,84		
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	5	33,33	10	66,67	22,44	0,00*
Okur-yazar	7	21,21	26	78,79		
İlköğretim	19	31,15	42	68,85		
Lise	51	57,30	38	42,70		
Yükseköğrenim ve üzeri	10	71,43	4	28,57		
Çalışma durumu						
Çalışan	5	62,50	3	37,50	1,42	0,49
Çalışmayan	20	40,00	30	60,00		
Emekli	67	43,51	87	56,49		
Birlikte yaşanan kişi						
Yalnız	20	34,48	38	65,52	19,81	0,00*
Eş ile birlikte	67	55,37	54	44,63		
Aile bireyleri ile birlikte	4	17,39	19	82,61		
Bakıcı ile	1	10,00	9	90,00		
Yattığı klinik						
Dahiliye	55	48,67	58	51,33	2,74	0,10
Cerrahi	37	37,37	62	62,63		

*p<0,05

Tablo 4.11.'de araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların tanıtıcı özelliklerine göre İtaki Düşme Riski Ölçeği düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin Ki kare analizi sonuçları verilmiştir.

Araştırmaya katılan geriatrik hastaların yaş gruplarına göre düşme risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (**p<0,05**).

Geriatrik hastaların, 81 yaş ve üzeri yaş grubunda olanlar, diğer yaş gruplarında yer alanlara göre daha fazla düşme riski taşımaktadır.

Geriatrik hastaların cinsiyetlerine göre düşme risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın ve erkek geriatrik hastaların düşme risk düzeyleri benzerdir.

Araştırmaya katılan geriatrik hastaların medeni durumlarına göre düşme risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş olup, evli hastaların yüksek düşme riskine sahip olma oranı bekar ve dul hastalara göre daha azdır ($p<0,05$).

Geriatrik hastaların eğitim durumlarına göre düşme risk düzeyleri karşılaştırıldığında, yükseköğrenim ve lise mezunu hastaların yüksek düşme riskine sahip olma oranı diğer geriatrik hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha azdır ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen geriatrik hastaların çalışma durumlarına göre düşme risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Geriatrik hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre düşme risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Geriatrik hastalarda eşi ile birlikte yaşayanların yüksek düşme riskine sahip olma düzeyleri diğer geriatrik hastalara göre daha azdır.

Geriatrik hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre düşme riski düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde tedavi gören geriatrik hastaların düşme risk düzeyleri benzerdir.

5. TARTIŞMA

Hastanede oluşan düşmelerin %80'ninden fazlasının 65 yaş ve üzeri yaş grubunda görüldüğü bildirilmektedir (Healey, 2010). Hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanmalar kazayla düşmelerdir. Hastaların hastanede yattığı süre boyunca, düşme riski düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Düşme riskini belirlemenin amacı, hastaların düşme risk yönetiminin sağlanmasıdır. Hastanelerde düşmeyi azaltmak amacıyla kullanılan yaklaşımlar, hasta düşmelerin insidansını ve şiddetini azaltır, hastanın yürüyüş ve fonksiyonel durumunu yükseltir. Ayrıca çevresel güvenliği sağlayarak hastanın kendini güvende hissetmesini sağlar. Bu durumu ortadan kaldıracak önlemler ancak sağlık çalışanları tarafından alınabilir. Araştırmada dahiliye ve cerrahi kliniğine yatan hastalarda İtali Düşme Riski Ölçeği uygulanarak 212 hastanın tanımlayıcı özellikleri, düşme risk puanlarına ilişkin bulgular incelenmiştir.

Tartışma, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hastaların İtali Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risk faktörlerine ilişkin tartışmaya ve ikinci bölümde ise hastaların sosyo-demografik özelliklerine yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kiminle yaşadığı) tartışmaya yer verilmiştir.

5.1. Düşme Risk Faktörlerine İlişkin Tartışma

Bu bölümde geriatrik hastaların İtali Düşme Riski Ölçeğinde bulunan düşme risk faktörlerine yönelik bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamızda, araştırmaya katılan geriatrik hastaların İtali Düşme Riski Ölçeğine göre düşme risk düzeyleri incelendiğinde, hastaların %57,0'sinin yüksek düşme riski olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.1.). Literatürde yaşlılık ve yaşın ilerlemesi ile artan fiziksel yetersizliğin düşme riskini artırdığı belirtilmektedir. (Savcı, 2009; Çapacı, 2007; Özlü ve ark., 2015). Tanıl ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların %94 oranında yüksek düşme riski taşıdığı saptanmıştır. Karataş ve Maral (2001), 65 yaş ve üzerindeki yaş grubunda düşme sıklığının, 65 yaş ve altındaki yaş grubuna göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Yaptığımız çalışma ile bu çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda geriatrik hastaların %47,17'sinin son 1 ay içinde düşme öyküsünün olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.). Literatürde düşme risk değerlendirmesinde düşme öyküsü olan bireylerin hastanede yattığı süre boyunca tekrar düşmeye daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Schwendimann et al, 2008). Yeşilbalkan ve Karadakovan (2005) İzmir'de bir huzurevinde yaptıkları çalışmalarında ise, yaşlıların %48.7'sinin daha önce düştüğünü saptamışlardır. Schwendimann ve arkadaşları (2006) ile Krauss ve arkadaşları (2006) son altı aylık dönemde yaşanan iki ya da daha fazla düşme olayının hastalarda yaşanacak düşmeler için bir risk faktörü olduğunu ve düşen hastaların yarısında (%50.1) hastaneye gelmeden önce düşme öyküsü bulunduğunu bildirmişlerdir. Literatürdeki bu çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hitcho ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada, bir düşme hikayesinin bulunmasını düşme için en kuvvetli faktörlerden birisi olduğunu saptamışlar, son 3 aya ait düşme öyküsü olanların oranını %22.4 olarak belirlemişlerdir. Çalışmada son bir aya ait düşme öyküsü bulunanların oranı literatüre göre yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda düşme hikayesi için zaman aralığı farklı olsa da (3-6-12 ay gibi) amaç hastanın önceden yaşanmış bir düşme durumunun varlığını öğrenmektir. Hastaneye yatan geriatrik hastaların düşme hikayesinin bilinmesi hastayı sonradan yaşayabileceği düşmelerden korumaktadır.

Çalışmamızda geriatrik hastaların %93,87'sinin kronik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.). Literatürde ise bu hastalıklar; dolaşım sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, yaralanmalar, üriner-fekal kontinans, depresyon ve nörolojik hastalıklar olarak belirtilmektedir (Krauss et al, 2005; Schwendimann et al, 2006). Türkiye'de Toprak ve arkadaşlarının (2002), yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %90'ında bir kronik hastalık, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört ve daha fazla kronik hastalığın bir arada olduğu saptanmıştır. Yapılan bu çalışma, bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların daha fazla görülmesi, kronik hastalıklara bağlı kısıtlılık ve bağımlılık durumunu daha da artırabileceği için düşme riski de artmaktadır (Sucuoğlu, 2012).

Çalışmamızda geriatrik hastaların %38,21'inin ayakta veya yürüken fiziksel desteğe ihtiyacı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.). Literatürde, ayakta veya yürürken

fiziksel desteğe ihtiyacı olan geriatric hastaların kas iskelet sistemi ya da denge ve koordinasyon problemi nedeniyle düşme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Özlü ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hastaların %35,8'inin ayakta veya yürürken fiziksel desteğe ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir. Schwendimann ve arkadaşları (2006) düşme önleme uygulaması yapılan bir hasta grubunda %8.2'sinin koltuk değneği, baston, yürüteç ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir. Gemalmaz ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada yürürken fiziksel destek kullanan geriatric hastaların %81'inin ve yürürken fiziksel destek kullanmayan geriatric hastaların ise %25'inin ciddi düşme riskine sahip grupta olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar ile literatür sonuçları uyumlu olduğu belirlenmiştir. Bu araçların kullanılması, çalışma kapsamındaki hastalar için, düşme açısından her ne kadar bir risk faktörü olarak görülme de, hasta dışından kaynaklanan risk faktörleri arasında ele alınarak, fiziksel ortamın yürümeyi engellemeyecek biçimde düzenlenmesi gerekliliği çok önemlidir.

Araştırma kapsamına alınan geriatric hastaların %47,64'ünün üriner-fekal kontinans bozukluğu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.). Çeçen ve Özbayır (2011)'in yaptığı çalışmada, üriner inkontinansı olan geriatric hastaların oranı %48,7 olarak saptanmıştır. Üriner inkontinans geriatric hastaları etkilemekte, depresyon, anksiyete, utanma ve sosyal izolasyon gibi ciddi psikolojik ve sosyal komplikasyonlara neden olmaktadır. Geriatric hastalarda inkontinans hızla tuvalete koşma gereksinimi yaratır ve bu yüzden düşme riski oluşabilmektedir.

Çalışmamızda geriatric hastaların %48,11'inin görme durumunun zayıf olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.). Savcı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, geriatric hastaların %59.1'inin görme sorununun bulunduğu belirtilmiştir. Literatürde görme durumuna ait yetersizlikler düşme risk faktörleri arasında yer almaktadır. Hastanenin farklı kliniklerinde meydana gelen toplam düşme olaylarının %32,4'ünün yetersiz görme nedeni ile oluştuğundan Oliver ve arkadaşları (2003) hastaların düşme riskini belirlemede görme yetersizliği durumunun değerlendirilmesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda geriatrik hastaların %62,26'sının dörtten fazla ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Savcı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada geriatrik hastaların %38,5'inin dörtten fazla ilaç kullandığını saptamışlardır. Kron ve arkadaşları (2003) ise 1-2 kez düşme olayı yaşayan hastalardan %83'ünün dört ilaç, %51'inin beş ve daha fazla sayıda ilaç kullandığını saptamışlardır. Araştırma sonuçları yaşlıların dörtten fazla ilaç kullandığını belirtmektedirler. Yapılan bu çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.2.).

Çalışmamızda, geriatrik hastaların %75,47'sinde hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.). Schwendimann ve arkadaşları (2006) hastaların %68.4'ünün intravenöz tedavi aldığını belirtmektedirler. Madak (2010)'ın yaptığı çalışmada, geriatrik hastaların %80.5'inde hastaya bağlı bakım ekipmanının olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda geriatrik hastaların düşmeye neden olabilecek bakım ekipmanları (göğüs tüpü, dren vb) durumuna ait sonuçları literatürdeki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Hastanede kullanılan cihaz destekleri hastanın günlük yaşamını kolaylaştırırsa da, düşme açısından risk oluşturmaktadır.

Çalışmamızda, tablo 4.2.'de görüldüğü gibi geriatrik hastaların %3,77'sinin bilinci açık, koopere olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Literatürde bilinç durum değişikliklerinin olması düşme için risk faktörü olarak belirtilmektedir (Schwendimann et al, 2006). Madak (2010)'ın yaptığı çalışmada geriatrik hastaların %2.1'inin oryantasyonunun bozuk olduğu saptanmıştır. Yapılan bu çalışma ile bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir. Ancak yine de çalışmaların sonuçlarına dayanılarak hastaların bilinç durum değerlendirmelerinin yapılmasının düşme riski açısından önem taşıdığı görülmektedir.

Çalışmamızda, geriatrik hastaların %27,36'sının ayakta veya yürürken denge problemi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.). Denge ayakta dururken, otururken ve çevrede hareket ederken gerekli olmakla birlikte, yaşa bağlı değişiklikler denge durumunu yavaş yavaş etkilemektedir (Çınarlı ve Koç, 2016). Geriatrik hastalarda yürüme bozuklukları düşme ve kazaların en önemli sebeplerindendir (Çeçen ve

Özbayır, 2011; Savcı ve ark., 2009). Bu bozukluklar geriatrik hastaların yaşam kalitesini ve psikososyal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Doğan (2004)'ın yaptığı çalışmada geriatrik hastaların %19,51'inde yürüme ve denge probleminin olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda elde edilen sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir ve denge problemi düşme açısından bir risk faktörüdür.

Tablo 4.2.'de görüldüğü gibi geriatrik hastalarda ortostatik hipotansiyon %4,72 oranında tespit edilmiştir. Hipotansiyon; daha önceki çalışmalarda da düşme sebeplerinden birisi olarak gösterilmiştir. Ortostatik hipotansiyon varlığı geriatrik hastaların ayağa kalkması sırasında ani baş dönmesi, göz kararmasına yol açabileceğinden düşme riskini arttırmaktadır. Krauss ve arkadaşları (2005) düşen 98 geriatrik hastanın %16.3'ünde ortostatik hipotansiyon ortaya çıktığını belirtmişlerdir.

5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Tartışma

Bu bölümde geriatrik hastaların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların %26,89'unu 71-75 yaş arası oluşturmuştur (Tablo 4.1.). Çalışmamızda geriatrik hastaların yaş gruplarına göre İtali Düşme Riski Ölçeği sonuçlarına bakıldığında, yüksek risk puanının 81 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmüştür (Tablo 4.4.). Çapacı (2007) ve McFarlane-Kolb (2004) 'da hastanede yatan hastalarda yaşı önemli bir faktör olduğunu ve bu hastaların yaş ortalamasının düşmeyen hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmektedirler. Evans ve arkadaşlarının (2001) hastanede düşme risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik literatür incelemesinde, 60-65 yaş grubunun yüksek risk, 80 yaş ve üzerinin çok daha yüksek risk oluşturduğu görülmüş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların %55.19'u erkek, %44.8'inin kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.). Çalışmamızda kadın ve erkek geriatrik hastaların İtali Düşme Riski Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.11.). Çelik ve Zingal (2016)'ın çalışmasında

da düşme riski ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırmamızda elde edilen sonuç Çelik ve Zingal (2016)'ın sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde, nedeni tam olarak belirlenememesine karşın, erkeklerin kadınlara oranla daha fazla düştükleri görülmektedir (Işık ve ark., 2006; Savcı, 2009). Lavollo ve arkadaşları (2010) çalışmalarında erkek (%67.80) hastaların kadınlara (%32.20) göre daha çok düştüğünü belirtmektedir. Buna karşın literatürde düşme riski açısından kadın cinsiyetinin daha riskli olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (McFarlane-Kolb, 2004). Karataş ve Maral (2001), 65 yaş ve üstü grupta kadınlarda düşme riskinin erkeklere göre dört kat daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Uz (2008)'un yaptığı çalışmada ise düşme ile cinsiyet arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ve kadınlarda düşme oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi cinsiyet ve düşme riski açısından farklı sonuçlar bulunmaktadır. Sonuçta, cinsiyeti ne olursa olsun, kliniklerde bir hastalık nedeniyle bulunan geriatrik hastaların güvenliğini korumak ve gerekli önlemleri almak hemşirelerin en temel sorumluluklarından biri olarak değerlendirilmelidir.

Ayrıca çalışmamızda geriatrik hastaların medeni durum, eğitim ve çalışma durumu ile düşme riski arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4.6.-Tablo 4.7.-Tablo 4.8.). Hastanede yatan geriatrik hastalarda medeni durum ve eğitim ile düşme riski arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.6.- Tablo 4.7.). Buna karşılık hastanede yatan geriatrik hastaların çalışma durumu ile düşme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.8.).

Çalışmamızda, yalnız yaşayan ($11,00 \pm 7,69$) geriatrik hastaların İtali Düşme Riski Ölçeğine göre yüksek düşme riskine sahip olma düzeyleri diğer geriatrik hastalara göre daha fazladır (Tablo 4.9.). Dünyada, yaşlı nüfusun %14'ünün yalnız yaşadığı saptanmıştır (Todd ve Skelton, 2004; Atman ve ark., 2007). Bununla birlikte, evde yaşayan yaşlıların her yıl yaklaşık 1/3'ünün düştüğü ve yaş ilerledikçe düşme riskinin arttığı bildirilmektedir (Işık ve ark., 2006). Evli veya kalabalık ailelerin kaza açısından birbirlerini kontrol etme imkanlarının olması ve yalnız yaşayanların yemek,

temizlik, alışveriş gibi günlük işlerini kendileri yapmak zorunda olmaları, kazaya maruz kalma riskinin artırmaktadır (Atman ve ark., 2007). Bu konuda yapılan bir çalışmada ailesi ile birlikte yaşayan yaşlılarla karşılaştırıldığında, yalnız yaşayan yaşlılarda düşme olayının daha fazla meydana geldiği bildirilmiştir (Berke, 2008). Bu sonuçlar çalışmamızla örtüşmektedir (Tablo 4.9.).

Araştırmaya katılan hastaların %53.30'u dahiliye servisinde ve % 46.70'i cerrahi servisinde yatmaktadır (Tablo 4.10.). Çalışmamızda, geriatrik hastaların yattıkları kliniklere göre İtali Düşme Riski Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde en çok düşme yaşanan klinikler; dahiliye, cerrahi, geriatri ve nöroloji üniteleri olarak belirtilmektedir (Nyberg ve Gustafson, 1995; Schwendimann et al., 2006; Savcı ve ark., 2007). Mollaoğlu ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda düşme riskinin %60 oranında yüksek olduğu belirtilmiştir. Bizim yaptığımız çalışmamızda dahiliye kliniğinde yatan geriatrik hastalarda düşme riski %51.33 oranındadır (Tablo 4.11.). Tanıl ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında dahiliye kliniklerinde yatan geriatrik hastaların %74'ünde yüksek düşme riski bulunurken cerrahi kliniklerde yatan hastaların %75,7'sinde yüksek düşme riski görülmüştür.

Sonuç olarak, düşme riski olan geriatrik hastaların düşme risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmamızda geriatrik hastaların kronik hastalıklarının olması, dörtten fazla ilaç kullanmaları, üçün altında bakım ekipmanlarının bulunması, son bir ay içinde düşme öykülerinin bulunması, görme durumlarının zayıf olması gibi risk faktörlerinin yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca geriatrik hastaların düşme risk düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan geriatrik hastaların güvenliğini sağlama ve sürdürme adına önlemler alınması gerektiğini gösterirken, aynı zamanda yapılan bu çalışmanın gerekliliğini vurgulamıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Geriatrik hastalarda düşme riskinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik hastaların çoğunluğunun (%55,19) erkek ve (% 26,89) 71-75 yaş arası olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.- Tablo 4.5.).

Eğitim durumu yönünden incelendiğinde geriatrik hastaların, çoğunluğunu (%41,98) lise mezunlarının oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 4.7.).

Geriatrik hastaların %72,64'ünün emekli, %57,08'inin ise eşi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8.- Tablo 4.9.).

Geriatrik hastaların medeni durumlarına bakıldığında %57,08'ini evli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5.).

Araştırmaya katılan geriatrik hastaların %53,30'u dahiliye kliniğinde ve %46,70'i cerrahi kliniğinde tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 4.10.).

Çalışmamıza alınan geriatrik hastaların yarıdan fazlasında (%57) yüksek düşme riski olduğu belirlenmiştir (Şekil 1.).

Geriatrik hastaların yaş gruplarına göre düşme riskleri bakıldığı zaman, 81 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan hastaların, diğer yaş gruplarında yer alan hastalara göre düşme riskleri daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.).

Geriatrik hastaların düşme risk faktörlerine ilişkin bilgilerine bakıldığında: Geriatrik hastaların tamamına yakınının (%99,53) bilincinin kapalı olmadığı, yarıdan azının (% 3.77) bilincinin açık ancak koopere olmadığı ve yarıya yakınının (%47.17) 1 ay içinde düşme öyküsünün olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).

Geriatrik hastaların kronik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlara ilişkin bilgileri incelendiğinde, tamamına yakınının (%93,87) kronik hastalık öyküsü olduğu, yarısından

fazlasının (%62,26) dörtten fazla ilaç kullandığı ve %28,30'unda son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımının olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

Geriatrik hastaların, yarıya yakınında (%47,64) üriner-fekal kontinans bozukluğu (%48,11) olduğu ve görme durumunun zayıf (%48,11) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Çalışmamızda geriatrik hastaların yürüme ve denge durumlarının değerlendirmesinde; %38,2'sinin ayakta veya yürürken fiziksel desteğe ihtiyaç duyduğu, %27,36'sının ayakta veya yürürken denge problemi yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Geriatrik hastaların yürüme alanlarında %6,60 oranında fiziksel engellerin bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).

Çalışmaya katılan geriatrik hastaların yarıdan fazlasında (%75,47) hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı olduğu, hasta yataklarının %1,42'sinde yatak korkuluklarının bulunmadığı, %21,23'ünde hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan geriatrik hastaların %13,21'inin baş dönmesinin olduğu, %4,72'sinin ortostatik hipotansiyonu olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.2.).

Yapılan çalışmada geriatrik hastaların %2,36'sının görme engeli olduğu, %2,36'sının bedensel engeli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşirelerin düşmeyi önlemek için hasta kabulünden taburculuğa kadar düşme risk tanılama ölçeği ile hastaları değerlendirmesi,
- Düşme riskinin yüksek olduğu geriatrik hastaların bulunduğu sağlık kurumlarında, tüm sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim programlarında düşmeleri önlemek için yapılacak girişimlerle ilgili yeterli düzeyde eğitim verilerek düşme risk tanılama ölçeklerinin kullanımının yaygınlaştırılması,

- Hizmet içi eğitim programları ile düşmeyi önleme ve risk faktörlerini belirleme konusunda sağlık bakım profesyonellerinin farkındalıklarının artırılması,
- Geriatrik hastaların düşmesini önleyecek bireysel ve çevresel düzenlemelerin sağlanmasında hemşirelerin sorumluluk alması ve bir ekip halinde çalışması,
- Düşme risk değerlendirilmesinde hastanın var olan kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, yürümeye yardımcı araç kullanımı dikkate alınarak düşme önlemlerinin artırılması,
- Hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerinin sayısının fazla olması nedeni ile her risk faktörü ve düşme ile ilişkisi konusunda daha ayrıntılı yapılacak çalışmaların planlanması,
- Geriatrik hastaların sahip olduğu düşme risk faktörleri konusunda, başta kendi ve yakınları olmak üzere düşme riskleri, sonuçları ve koruma yöntemleri konusunda eğitici programların (broşür, kitapçık vb) planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Acaroğlu, R., Aştı, T. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4, 22-27.

Akçiçek, F., Tümbay, E. (2013). Aktif Yaşlanmayı Destekleyen Sağlık ve Sosyal Politikalar. 6. İleri Yaş Sempozyumu, İzmir.

<http://www.egegeriatri.org.tr/10-ileri-yas-sempozyumu/bilimsel-program>. Erişim

Tarihi: 20.02.2017.

Akdemir, N., Birol, L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 165-181. 2. Baskı, Ankara.

Akdeniz, M., Yaman, A., Kılıç, S., Yaman, H. (2010). Aile Hekimliğinde Önlenebilen Sorunlar, Yaşlılarda Düşmeler. Gerofam-Kanıtı Dayalı, Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi, 1(1), 117-132.

Akgün, H.S., Erdal, R. (2007). Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım. 73-86. Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.

Aktaş, B. (2012). Yaşlı Bireylerde Düşmeleri Önlemeye Yönelik Rehber Geliştirme ve Rehber Doğrultusunda Verilen Eğitimin Düşmeye Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Erzurum.

Akyol, A.D. (2007). Falls İn The Elderly: What Can Be Done?. International Nursing Review, 54, 191-6.

Albert, M., Mccaig, L.F., Ashman, J.J. (2013). Emergency Department Visits By Persons Aged 65 and Over, United States, Nchs Data Brief, (130), 1-8.

Alkan, B.M., Fidan, F., Tosun, A., Ardıçoğlu, A. (2011). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğimize Başvuran Hastalarda Osteoporoz İnsidansı. Türk Osteoporoz Dergisi, 17(10).

Altay, B. (2003). Yaşlılara Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.

Altay, A. (2005). Yaşlılarda Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.

Ang, N.K.E., Mordiffi, S.Z., Wong, H.B., Devi, K., Evans, D. (2007). Evaluation Of Three Fall-Risk Assessment Tools In An Acute Care Setting. Journal Of Advanced Nursing, 60(4), 427-35.

Arıoğlu, S. (2006). Geriatri ve Gerontoloji. M.N Medikal&Nobel Yayınevi, Ankara.

Arpacı, F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği. Ankara.

Arslan, Ş., Gökçe, Y., Kutsal, H., Dursun, E. (2004). Geriatri Rehabilitasyon 67, 1319-1337. Tıbbi Rehabilitasyon.

Arulat, T. (2009). Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi, Kongre Kitabı, 17-22. Antalya.

Atasoy, A. (2011). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin Nüfus Coğrafyası. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(15), 29 – 62.

Atay, S., San, A.T., Aycan, Ö. (2010). Hendrich II Düşme Riski Modeli' nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 20-24. Sivas.

Atman, Ü.C., Dinç, G., Oruçoğlu, A., Oğurlu, H., Ecebay, A. (2007). Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza İle İlişkili Faktörler. Turkish Journal Of Geriatrics, 10(2), 83-87.

Berke, D. (2008). Nöroşirurji Hastalarında Düşme Risk Derecesinin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Berke, D., Aslan, F. (2010) Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk, Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4), 72-7.

Beyazay, S. (2011). Yaşlı Hastalarda Tedavi Süreçlerindeki Düşme Riskinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bıyık, A., Özgür, G., Özsoy, S., Erefe, İ., Emeç, A., Ergül, Ş., ve ark. (2002). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlacı Kullanma Davranışları. Türk Geriatri Dergisi, 5, 68-74.

Bıyıklı, K. (2006). Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme ile İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bilir, N. (2006). Türkiye ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. Nobel Tıp Kitabevi, 3-9 Ankara.

Birleşmiş Milletler. (2013). World Population Prospects. Demographic Profiles, Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.
<https://esa.un.org/unpd/wpp/> Erişim Tarihi: 07.04.2017

Birren, J.E. (1982). The Psychology Of Aging, Prentice Hall, Inc. New Jersey.

Bodur, H., Yılmaz, L. (2007). Osteoartrit. Temel Geriatri, 883-896. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

Bolat, N.H. (2015). Cerrahi Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa.

Bölükbaşı, S. (2008). Kemik ve Yaşlanma. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 130-133.

Bulut, S., Türk, G., Şahbaz, M. (2013), Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(3), 163-169.

Canpolat, Ö., Kantar, G. (2011). Geriatrik Hastaların Düşme Riskini Önlemek İçin Hemşirelik Girişimleri ve Hemşirelerin Eğitici Rolü. 3. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Kitabı, 524-534. Ankara.

Carpenter, C.R., Scheatzle, M. D., D'antonio, J.A., Ricci, P.T., Coben, J.H. (2009). Identification Of Fall Risk Factors In Older Adult Emergency Department Patients. Acad Emerg Med. 16(3), 211-219.

Centers For Disease Control Prevention (2009). Injury Research Agenda. <http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/Falls/Nursing.htm>. Erişim Tarihi: 20.12.2016.

Centers For Disease Control and Prevention. (2011). National Diabetes Fact Sheet: National Estimates and General Information On Diabetes and Prediabetes In The

United States. Atlanta, Ga, U.S. Department Of Health and Human Services.
<http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs.pdf> Erişim Tarihi: 29.01.2014.

Çapacı, K. (2007). İnmede Düşme ve Kırıklar. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 53(1), 7-10.

Çeçen, D., Özbayır, T. (2011). Cerrahi Kliniklerde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi, 27(1), 11-23.

Çelik, G. O., Zingal, H. (2016). Beyin Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Düşme Risklerinin ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1), 7-11.

Çetinel, B. (1998). Yaşlıda İdrar İnkontinansı Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, 83-93. İstanbul.

Çivi, S., Tanrıkulu, M.Z. (2000). Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. Türk Geriatri Dergisi, 3, 85-90.

Çurgunlu, A. (2009). Yaşlıda Üriner Sistem Enfeksiyonuna Pratik Yaklaşım. Akademik Geriatri Kongre Kitabı, 112-5.

Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., Turan, I., Bor, S. (2008). İzmir Huzurevlerindeki Yaşlılarda Fekal İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Türk Geriatri Dergisi, 11 (1), 3-41.

Dewan, S.K., Zheng, S.B., Xia, S.J. (2012). Preoperative Geriatric Assesment: Compherhensive, Multidisciplinary and Proactive. European Journal Of Internal Medicine, 23, 487-494.

Doğan, A., Dönmez, K.B., Nakipoğlu, G., Özgirgin, N. (2009). Geriatrik İnmeli Hastalıklar ve Komplikasyonlar. Türk Geriatri Dergisi, 12,118-23.

Durgun, Bülent. (1999). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler, İstanbul.

Dünya Sağlık Örgütü. (2002). Dünya Sağlık Raporu. Risklerin Azaltılması, Sağlıklı Yaşamın Geliştirilmesi. 9-20.

http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2002/12/31/dunya-saglik-raporu-2002-risklerin-azaltilmasi-saglikli-yasamin-gelistirilmesi/ Erişim Tarihi: 05.05.2017.

Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T.A., Jett, K., Luggen, A.S. (2008). Toward Healthy Aging Missouri Mosby.

Emiroğlu, O.N., Yıldırım, N. (2007). Huzurevi Çalışanlarının Yaşlıda Düşme Riskine İlişkin Görüşleri. Turkish Journal Of Geriatrics, 10, (4), 184-196.

Emiroğlu, V. (1995). Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. Şafak Matbaacılık, 15-28. Ankara.

Erbaşı, S., Tüfekçioğlu, O., Sabah, I. (1999). Yaşlılık ve Hipertansiyon. Türk Geriatri Dergisi, 2, 67-70.

Erdil, F., Bayraktar, N. (2010). Yaşlı Bireylerde Kas-İskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 18(2), 106-113. Derleme Yazısı.

Erdoğan, C.B., Tüzün, G. (2001). Yaşlılarda Yürüme Kinematiki. Turkish Journal Of Geriatrics. 4(1), 33-39.

Eriksson, S., Gustafson, Y., Lundin-Olsson, L. (2008). Risk Factor For Falls In People With and Without a Diagnose Of Dementia Living In Residential Care Facilities, a Prospective Study. *Arch Gerontol Geriatric*. 46(3), 293-306.

Erkal, S. (2005). Kırıkkale Ovacık Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Ev Kazaları ile Karşılaşma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 8(1), 17-21.

Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, N., Wood, J. (2001). Falls Risk Factors In The Hospital Setting. A Systematic Review. *International Journal Of Nursing Practice*, 7 (1), 38-45.

Fischer, I.d., Krauss, M.J., Dunagan, W.C., Birge, S., Hitcho, E., Johnson, S., Costantinou, E., Fraser, V.J. (2005). Patterns And Predictors Of Inpatient Falls and Fall-Related Injuries In A Large Academic Hospital. *Infection Control And Hospital Epidemiology*, 26(10), 822-827.

Gacar, N.M. (2009). Adı Eylül. Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık. 75-110. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Gemalmaz, A., Dişçigil, G., Başak, O. (2004). Huzurevi Sakinlerinin Yürüme ve Denge Durumlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 7, 41-44.

Gençtan, E. (2000). İnsan Olmak. 21. Basım. Remzi Kitabevi. İstanbul.

Göksoy, T. (2000). Osteoporoz Tanımı ve Giriş. Osteoporozda Tanı ve Tedavi. Özlem Grafik Matbaacılık.

Güler, Ç. (1997). Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Geriatri I.

Güner, P., Güler, Ç. (2002). Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi. Türk Geriatri Dergisi, 5,150-4.

Harver, N., Earl, S., Cooper, C. (2006). Epidemiology Of Osteoporotic Fractures. Mrc Epidemiology Resource Centre, University Of Southampton. United Kingdom. <http://www.Homepages.ucl.Ac.Uk/~Ucgatma/Anat3048/Papers%20etc/Asbmr%20primer%20ed%206/Ch%2042-58%20-%20osteoporosis.pdf>. Erişim Tarihi 03.04.2017.

Healey, F.A. (2010). Guide On How To Prevent Falls and İnjury In Hospital. Nursing Older People. 22(9), 16-22.

Heinze, C., Halfens, R..J.G., Roll, S., Dassen, T. (2006). Psychometric Evaluation Of The Hendrich Fall Risk Model. J Adv. Nurs, 53(3), 327-332.

Hendrich, A., Bender, P.S., Nyhuis, A. (2003). Validation of Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. Applied Nursing Research. 16, 9-21.

Hendrich, A. (2007). Predicting Patient Falls. Using The Hendrich II Fall Risk Model In Clinical Practice. American Journal Of Nursing, 107(11), 50-8.

Hill–Rom, Services. (2006). Patient Falls In Healty Care: Ergonomic Interventions. A Hillenbrand Industry. http://www.Iienet.Org/Uploadedfiles/ergocommunity/case_Studies/202pres.pdf. Erişim Tarihi: 17.09.2016.

Hitcho, E.B., Krauss, M., Brige, S., Dunagan, W., Fisher, I., Johnson, S. (2004). Characteristics and Circumstances Of Falls In A Hospital Setting. A Prospective Analysis. Journal Of General Internal Medicine, 19, 732-739.

Holtzer, R.Ç., Friedman, R., Lipton, R.B., Katz, M., Xue, W., Verghese, J. (2007). The relationship between specific cognitive functions and falls in aging. *Neuropsychology.* ; 21(5), 540-548.

Işık, A.T., Cankurtaran, M., Doruk, H., Mas, R. (2006). Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(1), 45-50.

İkier, S., Payır, A., Kurçaloğlu, T. (2007). Duygu ve Biliş Etkileşimleri ve Yaşlanma. *The Journal Of Gerobilim.* 1, 23-42.

Joint Commission International. (2010). National Patient Safety Goals. http://www.Jointcommission.Org/Nr/Rdonlyres/Eada6461-F238-4680-B4e207b433b2701/0/08_npsg_asl_gp.pdf. Erişim Tarihi: 16.02.2017.

Jönsson, R., Sixt, E., Landahl, S., Rosenhall, U. (2004). Prevalence Of Dizziness and Vertigo In An Urban Elderly Population. *J Vestib Res*, 14(1), 47–52.

Kamel, M.H., Abdulmajeed, A.A., El-Sayed Ismail, S. (2013). Risk Factors Of Falls Among Elderly Living In Urban Suez–Egypt. *Panafrican Medical Journal.* 1,45.

Kara, B., Yıldırım, Y., Genç, A., Ekizler, S. (2009). Geriatriklerde Ev Ortamı ve Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve Düşme Korkusu İle İlişkisinin İncelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon.* 20(3), 190-200.

Karadakovan, A. (2005). Yaşlılarda Sağlık Sorunları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(2), 169-175.

Karadakovan, A. (2010). Yaşlılık ve Bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, 113-136. Adana.

Karadakovan, A. (2014). Yaşlı Sağlığı Ve Bakımı, Akademisyen Tıp Kitabevleri, Ankara.

Karaoğlu, N., Karaoğlu, M.A. (2009). Özel Bir Hastanenin Dahiliye Polikliniğinde Yaşlı Hastalıkları İle İlgili Bir Çalışma. Türk Geriatri Dergisi, 12(3), 130-137.

Karataş, G.K., Maral, I. (2001). Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme İçin Risk Faktörleri. Türk Geriatri Dergisi, 4, 152-158.

Kayacan, S. (2009). Olgularla Acilde Yaşlı Hasta Değerlendirilmesi. Akademik Geriatri Kongre Kitabı, 143-4.

Kim, Ean., Mordiffi, S.Z, Bee, WH., Devi, K., et all. (2007). Evaluation Of Three Fall Risk Assessment Tools In An Acute Care Setting. Journal Of Advanced Nursing, 60, 427-435.

K.K.T.C Nüfus Sayımı (2011). www.devplan.org. Erişim Tarihi:05.06.2016

Koç, Z. (2006). Hastaneye Yatan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. 16(3), 84-96.

Koç, Z. Çınarlı. T. (2015). 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(4), 660.

Krauss, M.J., Evanoff, B., Hitcho, E., Nquqi, K.E, Dunagan, W.C., Fischer, I.A. (2005). Case-Control Study Of Patient, Medication and Care Related Risk Factors For Inpatient Falls. Journal Of General Internal Medicine, 20(2), 116–122.

Kron, M., Loy, S., Strum, E.N., Colaous, T., Becker, C. (2003). Risk Indicators For Fall In Institutionalized Frail Elderly. *Am J Epidemiol*, 158, 645-653.

Lamb, S.E., Jorstad-Stein, E.C., Hauer, K., Becker, C. (2005). Development Of a Common Outcome Data Set For Fall Injury Prevention Trials. The Prevention Of Falls Network Europe Consensus. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 53, 1618-1622.

Lambert, L., Wood J., Kowanko, I. (1998). Falls In Hospitals. The Joanna Briggs Institute For Evidence Based Nursing, 2, 1-6.

Lawlor, D.A., Patel, R., Ebrahim, S. (2003). Association Between Falls In Elderly Women and Chronic Diseases and Drug Use. *Cross Sectional Study*, 327(27), 1-6.

Lee, S. H., Molina, P. (2002). Risk Factors For Fractures Of The Proximal Humerus. Results From The Epidos Prospective Study. *J Bone Miner Res Epidos Group*, 17, 817-25.

Leung, J.M., Dzankic, S. (2001). Relative Importance Of Preoperative Health Status Versus Intraoperative Factors In Predicting Postoperative Adverse Outcomes in Geriatric Surgical Patients. *Journal Of American Geriatrics Society*. 49, 1080-5.

Lovullo, C., Rolandi, S., Rossetti, A.M., Lusignani, M. (2010). Accidental Falls In Hospital Inpatients. Evaluation Of Sensitivity and Specificity Of Two Risk Assessment Tools. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(3), 690-96.

Madak, U.K. (2010). Bir Üniversite Hastanesindeki Hastaların Düşme Risk Düzeylerinin ve Düşme Önleme Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Masud, T., Morris, R. (2001). Epidemiology Of Falls. *Age and Ageing*, 30(4), 3-7.

Mcfarlane-Kolb, H. (2004). Falls Risk Assessment, Multitargeted Interventions and The Impact On Hospital Falls. *International Journal Of Nursing Practice*, 10, 199–206.

Medi Clinic Private Hospital Group. (2010). Clinical Governance Report. <http://www.Mediclinic.Co.Za/About/Documents/2010%20english.pdf>. Erişim Tarihi: 17.11.2016.

Melton, L.J. (1995). How Many Women Have Osteoporosis Now ?. *J Bone Miner Res*, 10, 175-77.

Mollaoğlu, M., Fertelli, T., Tuncay, F.Ö. (2013). Dahili Kliniklerde Yatan Hastalarda Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin İncelenmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 27-34.

Morse, J.M. (1997). Preventing Patient Falls. First Edition. London, Sage Publications, 85-97.

Myers, H. (2003). Hospital Fall Risk Assessment Tools. A Critique Of The Literature. 9(4), 223–235.

Naharcı, M.İ., Doruk, H. (2009). Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 8(5), 437-444.

Nalbant, S., Top, C., Topallar, F., Berdan, E., Aslan, E. (2001). Yoğun Bakım Hasta İlişkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 4, 135-40.

Nyberg, L., Gustafson, Y. (1995). Patient Falls In Stroke Rehabilitation. A Challenge To Rehabilitation Strategies, 26(5), 838-42.

Oğuz, S. (2003). Parkinson Hastalığında Rehabilitasyon. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. 1(3), 228-30. İstanbul.

Oliver, D., Britton, M., Seed, P., et all. (2003). Development and Evaluation Of Evidence Based Risk Assessment Tool (Stratify) To Predict Which Elderly In-Patients Will Fall, Case–Control and Cohort Study, 158:645-53.

Öngen, Z. (1998). Yaşlılarda Konjestif Kalp Yetmezliği. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu. 21-9. İstanbul.

Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Kurukız, S. (2012). Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15, 1.

Özlü, K. Z., Yayla, A., Özer, N., Gümüş, K., Erdağı, S. ve Kaya, Z. (2015). Cerrahi Hastalıklarda Düşme Riski. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 5(3), 94-99.

Pehlivan, S., Karadakovan, A. (2013). Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 385.

Population Aging and Development. (2009). United Nations. Departman Of Economic And Social Affairs. Population Division. <http://www.un.org/esa/population/Publications/Ageing/Ageing2009.htm>. Erişim Tarihi: 5.1.2017.

Rakıcıoğlu, N. (2002). Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Hacettepe Üniversitesi. www.gebam.hacettepe.edu.tr. Erişim Tarihi: 20.12.2016.

Rao, S.S. (2005). Prevention Of Falls In Older Patients. Am Fam Physician, 72,81.

Raeder, K., Siegmund, U.M.A., Grittner, U., Dassen, T., Heinze, H. (2010). The Use Of Fall Prevention Guidelines In German Hospitals a Multilevel Analysis. *J Eval Clin Pract*, 16(3), 464–469.

Rubenstein, L.Z., Kenny, R.A., Martin, F.C., Tinetti, M.E. (2001). Guideline For The Prevention Of Falls In Older Persons. American Geriatrics Society. British Geriatrics Society and American Academy Of Orthopaedic Surgeons Panel On Falls Prevention.

Sabuncu, N., Akça, A.F. (2010). Yaşlılarda Fiziksel Travmadan Koruyucu Uygulamalar. *Klinik Beceriler, Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevi*, 609-10.

Salık, Y., Kara, B., Dönmez, Ç.B., Çakmur, R. (2007). Parkinson Hastalarında Düşme Riskini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 10, 35-41.

Samancıoğlu, S., Karadakovan, A. (2010) Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5,1-17.

Savcı, C., Kaya, H., Acaroğlu, R., Kaya, N., Bilir, A., Kahraman, H. ve Diğerleri. (2009). Nöroloji ve Nöroşirurji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 19-25.

Schwendimann, R., Bühler, H., Geest, S.D., Milisen, K. (2006). Falls and Consequent Injuries In Hospitalized Patients. Effects Of an Interdisciplinary Falls Prevention Program. *Biomed Central Health Services Research*. 6(69), 1-7.

Schwendimann, R., De Geest, S., Milisen, K. (2008). Characteristics Of Hospital In-Patient Falls Across Clinical Departments. *Gerontology*. 54,342-8.

Shephard, R.J. (2002). Gender, Physical Activity and Aging. Crc Press, New York. 121-218.

Sivas, F., Alemdaroğlu, E., Yıldırım, Ö., Tezel, N., Uçan, H., Bodur, H. (2009). İnmeli Hastalarda Düşme ve Düşme Tahmin İndeksinin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 12(2), 55-61.

Solmaz, T. (2008). Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Soyuer, F., Soyuer, A. (2008) Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(3), 219-224.

Sucuoğlu, N. (2012). Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

Şenol, Y., Akdeniz, M. (2010). Yaşlılık. Koruyucu Tıp. Gerofam, 1, 49-68.

Tanıl, V., Çetinkaya, Y., Sayer, V., Avşar, D., İskit, Y. (2014). Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1(1), 21-26.

Tinetti, M.E. (2003). Clinical Practice. Preventing Falls In Elderly Persons. 348, 42-49.

Tinetti, M., Speechley, M. (1983). Prevention Of Falls Among The Elderly. The New England Journal Of Medicine. 320(16), 1055-1059.

Todd, C., Skelton, D. (2004). What Are The Main Risk Factors For Falls Among Older People and What Are The Most Effective Interventions To Prevent These Falls?.

Copenhagen, Who Regional Office For Europe
[Http://Www.Euro.Who.Int/Document/E82552.Pdf](http://Www.Euro.Who.Int/Document/E82552.Pdf). Erişim Tarihi: 05.06.2016

Toprak, İ., Soydal, T., Bal, E., İnan, F., Aksakal, N. ve Diğerleri. (2002). Yaşlı Sağlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Pelin Ofset, 67-71. Ankara.

Toraman, A. (2007). Yaşlılarda Düşme Riski ve Fiziksel Uygunluk. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Bolu.

Toraman, A., Yıldırım, N. (2010). Düşme ile İlişkili ve İlişkisiz Hastalığı Olan Yaşlı Bireyde Düşme Riski ve Fiziksel Uygunluk. Turkish Journal Of Geriatrics, 13(2), 105-110.

T.C. Sağlık Bakanlığı. İtaki Düşme Riski Ölçeği.
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,13486/itaki-dusme-riski-olcegi.html> Erişim Tarihi: 05.02.2017

Türkiye İstatistik Kurumu. (2011). Nüfus İstatistikleri. www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 20.11.2016.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2015).
file:///C:/users/acil01/downloads/%C4%B0statistiklerle_Ya%C5%9f%C4%B1lar.Pdf Erişim Tarihi: 17.03.2016.

Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. (2007).
www.dpt.gov.tr/docobjects/download/2230/eylempla.pdf. Erişim Tarihi: 29.12.2016

Uysal, N., Çakırcalı, E. (2015). İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları. Hemşirelik Esasları Kitabı. Palme Yayıncılık, 39- 55. Ankara.

Uz, S. (2008). Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Uzun, F., (2011). Kırığı Olan Yaşlı Hastaların Kırığa İlişkin Risk Faktörlerinin ve Kırıkların Önlenmesine İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa

Veterans Health Administration. (2004), Vha Ncps Falls Toolkit. Interventions. http://www4.va.gov/Ncps/Safetytopics/Fallstoolkit/Notebook/06_Intervention.pdf. Erişim Tarihi: 12.04.2017.

World Health Organization Global Health And Ageing. (2011). National Institute On Aging, National Institute Of Health. Nih Publication. 11-77. <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface>. Erişim Tarihi: 18.11.2016.

World Health Organization. (2007). Global Report On Falls Prevention In Older Age. 1-7.

Yağmur, Y. (2006). Genç Kadınlara Uygulanan Osteoporozdan Korunmaya Yönelik Sağlık Geliştirme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(4), 257-262.

Yardımcı, Emel. (1995). İstanbul’da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletle Günlük Yaşama Aktiviteleri İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.

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

Yılmaz, C. (1997). Osteoporozun Etiyopatogenezi, Aktüel Tıp Dergisi, 2(8), 451- 459.

EK-1 VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No:

Tarih:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma ‘ Bir Üniversite Hastanesinde Dahiliye ve Cerrahi Kliniğinde Yatan Geriatrik Hastalarda Düşme Riskini Değerlendirmek’ amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma kapsamında sizden kimliğinizi açığa çıkaracak bilgiler istenmemekte, sadece sorulara titizlikle cevap vermeniz beklenmektedir. Vereceğiniz cevaplar araştırma sonuçları açısından çok değerli olduğu için cevaplarınızın gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtıyor olması ve soruları eksiksiz şekilde cevaplamaya çalışmanız, çok önemlidir.

Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Zalihe SARI

Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Tezi

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaş grubunuz nedir ?

.....

2. Cinsiyetiniz nedir ?

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz nedir ?

a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış

4. Eğitim Durumunuz nedir ?

- a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim
d) Lise Mezunu e) Yüksek öğrenim ve üzeri

5. Şu andaki çalışma durumunuz nedir ?

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor c) Emekli

6. Kiminle yaşıyorsunuz ?

- a) Yalnız b) Eşimle c) Aile bireyleri ile d) Kendi evimde
bakıcı ile

7. Yattığınız Klinik neresidir ?

- a) Dahiliye b) Cerrahi

EK-2 VERİ TOPLAMA FORMU

İtakî DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

	RİSK FAKTÖRLERİ	PUAN
1.	65 yaş ve üstü.	1
2.	Bilinci kapalı.	1
3.	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4.	Kronik hastalık öyküsü var.*	1
5.	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
6.	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1
7.	Görme durumu zayıf.	1
8.	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
9.	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
10.	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11.	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1
12.	Bilinç açık, koopere değil.	5
13.	Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
14.	Baş dönmesi var.	5
15.	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16.	Görme engeli var.	5
17.	Bedensel engeli var.	5
18.	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
19.	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
TOPLAM		

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

☐	Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
☐	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

İtakî DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Bilgilendirme Tablosu

*Kronik hastalıklar	• Hipertansiyon • Diyabet • Dolaşım Sistemi Hastalıkları • Sindirim Sistemi Hastalıkları • Artrit • Paralizi • Depresyon • Nörolojik Hastalıklar
**Hasta Bakım Ekipmanları	• IV İnfüzyon • Solunum Cihazı • Kalıcı Kateter • Göğüs Tüpü • Dren • Perfüza tör • Pacemaker vb.
***Riskli İlaçlar	• Psikotropalar • Narkotikler • Benzodiazepinler • Nöroleptikler • Antikoagülanlar • Narkotik Analjezikler • Diüretikler/Laksatifler • Antidiyabetikler • Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) • Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar

EK-3 YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTE HASTANESİ BAŞHEKİMLİK İZNİ

Ref No: SBF-1/DK-16/1170
Konu: Çalışma izni hk.

29.11.2016

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne;

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans öğrencisi Zalihe Sarı'nın "Geriatrik Hastalarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması kapsamında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kliniklerinde anketini uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla,



Doç. Dr. Ümrhan Dal Yılmaz
SBF Dekan Yrd./ Hem. Bl. Bşk.

uygun
Yakın Doğu Üniversitesi
Sakarya Hastanesi
Başhekimliği
05/12/2016

EK-4 ETİK KURUL İZNİ



FA: 446-2016

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 22.12.2016
 Toplantı No : 2016/42
 Proje No : 350

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Emine ÇAKIRCALI'nın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2016/42-350 proje numaralı ve "Geriatrik Hastalarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

- | | | |
|-------------------------------------|----------|-----------|
| 1. Prof. Dr. Rüştü Onur | (BAŞKAN) | |
| 2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder | (ÜYE) | KATILMADI |
| 3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz | (ÜYE) | |
| 4. Prof. Dr. Şahan Saygı | (ÜYE) | |
| 5. Prof. Dr. Şanda Çalı | (ÜYE) | d-s an |
| 6. Prof. Dr. Nedim Çakır | (ÜYE) | KATILMADI |
| 7. Prof. Dr. Kaan Erler | (ÜYE) | |
| 8. Prof. Dr. Çetin Lütfi Baydar | (ÜYE) | KATILMADI |
| 9. Doç. Dr. Ümran Dal | (ÜYE) | |
| 10. Doç. Dr. Eyüp Yayı | (ÜYE) | |
| 11. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik | (ÜYE) | |
| 12. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov | (ÜYE) | |

EK-5 ÖZGEÇMİŞ

Zalihe SARI 1992 yılında Lefkoşa’da doğdu. İlköğrenimini Mağusa’da Serdarlı ilkokulunda, ortaöğrenimini Şht. Zeka Çorba ortaokulunda, lise öğrenimini 20 Temmuz Fen Lisesinde tamamlamıştır. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden 2015 yılında mezun oldu. 2015 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programına başladı. Haziran 2015 tarihinden Ağustos 2016 tarihine kadar Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi’nde acil servis hemşiresi olarak çalıştı. Eylül 2016 tarihinden itibaren Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi’nde acil servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.