

KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLI BİREYLERİN DÜŞME SIKLIĞININ VE DÜŞME
YÖNÜNDEN EV İÇİ ÇEVRE ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Münire AKGÖR

HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Belkıs Karataş Aktan

LEFKOŞA

2017

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMINDA BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu
Yakın Doğu Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Mualla Yılmaz
Mersin Üniversitesi

Üye (Danışman):

Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş Aktan
Yakın Doğu Üniversitesi

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 kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. K. Hüsnü Can BAŞER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR SAYFASI

Tezimin her aşamasında emeği geçen, değerli fikirleri ile bana ılık tutan ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ AKTAN’a

İstatiksel değerlendirme danışmanlığını aldığım sayın Çağla ŞAFAK’a,

Tez jürisinde bulunarak geliştirici fikir ve öneriler getiren Sayın Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU ve Doç. Dr. Mualla YILMAZ’a,

Tez konusu ile ilgili geliştirici fikir ve öneriler getiren Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR

Değerli zamanlarını ayıran tüm katılımcılara ve anket uygulamasında bana destek olan mesai arkadaşlarıma,

Tez çalışmam süresince daima yanımda olduğunu, sevgisini ve desteğini hissettiren annem ve eşime teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

AKGÖR, M. Yaşlı Bireylerin Düşme Sıklığının ve Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özelliklerinin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2017.

Bu araştırma, Dikmen merkez ve köylerinde yaşayan yaşlı bireylerin düşme sıklığının ve düşme yönünden ev içi çevre özelliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, KKTC Dikmen Belediyesi sınırlarına ait 9 köyde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2011 yılı seçmen listeleri verilerine göre Dikmen bölgesinde yaşayan, 65 yaş ve üstü 479 kadın, 428 erkek oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 143 kadın ve 127 erkek yaşlı birey oluşturmıştır. Dikmen bölgesinde ikamet eden yaşlı bireyler evren içinden köylere, yaş gruplarına ve cinsiyete göre tabakalanıp, tabaka ağırlıklarına göre orantılı örneklem sayısı hesaplanmıştır. Ayrıca örneklem seçiminde, yaşlıların bilişsel durumlarının değerlendirilmesine yönelik Standardize Mini Mental Testi (DSMMT) (EK-1) ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini belirlemek için Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-2) seçme kriteri olarak kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen soru formu (EK-3), Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formu (DEGKDF) (EK- 4) ve Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) (EK-5) aracılığıyla ev ziyaretleri yapılarak, yaşlılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 programında, ortalama, yüzdelik hesabı ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; yaşlı bireylerin %46,3'ü şimdiye kadar (65 yaşından sonra), %26,7'si son bir yıl içerisinde düşmüştür. Son bir yıl içinde düşme durumu olan yaşlılar incelendiğinde, yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık ve mobilite düzeyine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve 80+ yaş grubunun, kadınların, bekârların, kronik hastalığı ve mobilite de sorunu olanların daha fazla düştüğü belirlenmiştir. Son bir yılda düşen yaşlıların en fazla kış mevsiminde (%51,4), ilk sırada evinin bahçesinde (%38,9), ikinci sırada ise banyo/tuvalette (%19,4) düştüğü saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %61,1'i düşmeye bağlı sorun yaşadığı, bu sorunların doku zedelenmesi (%52,3), kırık/çıkık (%25,0), düşme korkusu (%11,4) ve kafa travması (%11,4) olduğu belirlenmiştir. Son bir yıl içinde düşen yaşlı bireylerin, DEGKDF'ye göre evlerinin toplam risk puanı $16,69 \pm 3,800$ olarak belirlenmiş, yatak odası, banyo/tuvalet ve koridor bölümünden alınan puanların evin diğer bölümlerine göre daha olumsuz yönde olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak araştırma kapsamında yer alan yaşlılardan; kadınların, kronik hastalığı olanların, mobilite de sorunu olanların ve ev içi risk puanı olumsuz yönde olanların daha fazla düştüğü belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin yaşlı bireye yönelik düşme risk faktörlerini belirleme, düşmelerden koruma, olumlu bir çevre oluşturma, eğitim ve danışmanlık yapma çalışmalarına yer vermesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılar; Düşme; Ev içi çevre özellikleri; Hemşirelik

ABSTRACT

AKGÖR, M. Simple Fall Incidence of Elderly People and Definition of Inside Home Environmental Features for Simple Fall, Near East University, Health Science Institute, Nursing Program, Master's Thesis, Nicosia, 2017.

In this study, old people living in Dikmen and surrounding villages are researched for fall incidence and definition of home environmental factors for fall.

This research took place in 9 villages belongs to TRNC Dikmen Municipality borders. Research population universe is formed by 479 female and 428 male people living in Dikmen region who are 65 years and over aged; depending on 2011 voter list. Research population sampling is formed by 143 female and 127 male elderly people. Elderly people living in Dikmen region are stratified to villages, age groups and sex inside the universe, rationale sampling number calculated depending on stratum weight. Also, the sample population is formed by using elderly cognitive condition evaluation aimed Standardized Mini Mental Test (SMMT)(Appendix-1) and daily living activity independence level definition aimed Modified Barthel Daily Living Activity Scale (Appendix-2) as choosing criteria.

Research data was collected by face to face interviews with elderly people in home visits by filling forms; Questionnaire Form developed by researcher depending on literature investigation (Appendix-3), From the Way of falling, Inside Home Security Conditions Evaluating Form (WIHSCEF)(Appendix-4) and Rivermead Mobility Index (RMI)(Appendix-5). The obtained data was analysed by Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 with using mean, percentage calculation and chi-square significance test.

According to obtained data from the research; %46,3 of elderly people (over 65 years old) fell up to now and %26,7 of them fell in the last one year. Fall condition of elderly people in the last one year according to age, sex, marital status, chronic disease and mobility level is evaluated; significant statistical difference observed in fallen people ($p < 0,05$) as it is identified that 85+ age group, female, single, chronic ill and people with mobility problem were fell more than others.

In this study, it was observed that elderly people which fell in the last one year were most commonly fell in winter (%51,4), most commonly fell in their garden (%38,9), second commonly fell in their bathroom/toilet (%19,4). %61,1 of elderly people mentioned about fall related problems such as soft tissue injury (%52,3), fracture/dislocation (%25,0), fear of falling (%11,4) and head trauma (%11,4). It was found that risk point of elderly people which fell in the last one year, according to From the Way of falling Home Environmental Factor Evaluating Form (WIHFEEF) is $16,69 \pm 3,80$ and bedroom, bathroom/toilet and corridor part related negative points are statistically significant.

In conclusion, it is found that elderly people in this study with female sex, chronic disease, mobility problem and inside home negative risk point are falling more commonly. According to obtained results in this study; definition of falling risk factors in elderly people, prevention from falls, forming a positive environment, education and consultancy to the elderly people by the nurses in first stage health centers is advised.

Key Words: Elderly; Fall; Home Environmental Factor; Nursing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar	x
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma	6
2.2. Yaşlı Nüfusun Durumu	8
2.3.Yaşlı Bireylerde Düşmeye Neden Olabilecek Sistemsel Değişiklikler ve Sorunlar	9
2.4. Kazalar	13
2.5. Düşme Prognuzu	15
2.6. Yaşlılarda Düşmenin Önlenmesi	16
2.7. Ev İçi Çevre Özellikleri	17
2.8. Halk Sağlığı Hemşiresinin Düşmeleri Önlemede Rolü	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4.Verilerin Toplanması	26
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	32

İÇİNDEKİLER (DEVAM)

4. BULGULAR	33
5.TARTIŞMA	46
5.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Düşme Yaşama Durumu	46
5.2.Yaşlı Bireylerin Ev İçi Özelliklerinin Tartışması	52
6. SONUÇLAR	57
7. ÖNERİLER	59
8. KAYNAKLAR	60
EKLER	
EK 1: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TESTİ	
EK 2: MODİFİYE BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ	
EK 3: SORU FORMU	
EK 4: DÜŞME YÖNÜNDEN EV İÇİ GÜVENLİK KOŞULLARI DEĞERLENDİRME FORMU	
EK 5: RİVERMEAD MOBİLİTE İNDEKSİ	
EK 6: DİKMEN BELEDİYE BAŞKANLIĞI İZİN BELGESİ	
EK 7: DÜŞME YÖNÜNDEN EV İÇİ GÜVENLİK KOŞULLARI DEĞERLENDİRME FORMU İZİN YAZISI	
EK 8: RİVERMEAD MOBİLİTE İNDEKSİ İZİN YAZISI	
EK 9: ETİK KURUL İZİN BELGESİ	
EK 10: AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU	
ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DEGKDF: Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formu

MBGYA: Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

RMI: Rivermead Mobilite İndeksi

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR ve ŞEKİLLER

	Sayfa
Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	34
Tablo 4.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumları ile İlgili Özellikleri	36
Tablo 4.3. Yaşlı Bireylerin Düşme Öyküsü Özellikleri	37
Tablo 4.4. Yaşlı Bireylerin Mobilitateye Bağlı Yeti Yitimi Puanları	39
Tablo 4.5. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Oturma Odası/Salon” Bölümü Değerlendirilmesi	39
Tablo 4.6. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Mutfak” Bölümü Değerlendirilmesi	40
Tablo 4.7. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Yatak Odası” Bölümü Değerlendirilmesi	40
Tablo 4.8. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Banyo/tuvalet” Bölümü Değerlendirilmesi	41
Tablo 4.9. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Merdiven” Bölümü Değerlendirilmesi	41
Tablo 4.10. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Koridor” Bölümü Değerlendirilmesi	42
Tablo 4.11. Yaşlı Bireylerin DEKGDF’ye Göre Evin Bölümlerinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 4.12. Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Son Bir Yılda Düşme Yaşama Durumu	43
Tablo 4.13. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Son Bir Yılda Düşme Durumu	45
Tablo 4.14. Yaşlı Bireylerin Mobilitate Düzeylerine Göre Son Bir Yılda Düşme Durumu	46
Tablo 4.15. Yaşlı Bireylerin Yaşlı Bireylerin DEKGDF’ye Göre Evin Bölümlerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının ve Toplam Puan Ortalamasının Son Bir Yılda Düşme Durumuna Göre Dağılımı	47

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde bulaşıcı hastalıklarla mücadele, temiz içme suyu ve sanitasyonun sağlanması, sağlıklı beslenme, teknoloji ve tıp biliminin gelişmesine ve dolayısıyla yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak insan ömrü uzamıştır. İnsan ömrünün uzaması yaşlı nüfusun gün geçtikçe artışına neden olmuştur (Baran ve Özvarış, 2012; Beğer ve Yavuzer, 2012; Keskinoglu, 2012; Uçku ve Şimşek, 2012). Birleşmiş Milletler nüfus raporları; 2015 yılında dünyada yaşlı nüfusu 617,1 milyon olarak bildirmektedir ve bu sayı tüm dünya nüfusunun %8,5'ini oluşturmaktadır. Rapora göre 15 yıl içinde yaşlı nüfusun %60'dan fazla artış göstererek, 2030 yılında 1 milyar olacağı ve toplam nüfusun %12' sini oluşturacağı öngörülmektedir (National Institutes Of Health, 2015).

Yaşlı nüfusun artması, sağlık, ekonomik, çevre ve sosyal bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir (Tezcan ve Seçkiner, 2012). Günümüzde endüstriyel gelişmeler, köyden kente göçler, çocukların yaşlılardan farklı bölgelerde çalışması, kadınların çalışma hayatında aktif olması, ailelerin geniş aile tipinden çekirdek aileye dönmesi gibi kültürel değişimler yaşlıların bakım sorumluluğunu alma beklentisini azaltmaktadır (Bulduk, 2014).

Yaşlılıkla birlikte, yaşlılık döneminde ev kazalarının sık görüldüğü ve ev kazalarının içinde düşmelerin ilk sırada geldiği belirtilmektedir (Şahbaz ve Tel, 2006; Atman ve ark., 2007; Budak; 2008; Doğan ve ark., 2010 ; Altıparmak ve Horasan, 2012; Sarıtaş ve ark., 2013; Şahin ve Erkal, 2016). Yaşlılarda düşmenin birçok nedeni olmaktadır. Yaşlının postüral dengesini sağlayan vestibüler sisteminde, yürüme, denge ve kardiovasküler fonksiyonlarında yaşın artmasına bağlı bozulmalar meydana gelmektedir. Bu bozulmalara ilave olarak; görme ve işitmenin bozulması, hastalıklar, ilaçlar ve ortostatik hipotansiyon gibi faktörler düşmelere yol açmaktadır (Naharcı ve Doruk, 2009; Şencan ve ark., 2011; Ungar ve ark., 2013; Çınarlı ve Koç, 2015). Yapılan çalışmalar yaşlıların hastalık sayısı arttıkça düşme sıklığının da arttığını ortaya koymaktadır (Altıparmak ve Horasan, 2012; Gülhan, 2013; Doğan, 2014)

Düşmelerde yaşlıların fonksiyonel kayıpları yanı sıra, yaşadıkları konut ortamındaki yetersizlikler ve gerekli ergonomik önlemlerin alınmaması da etkili olmaktadır. Normalde erişkinler için tehlike oluşturmayacak birçok koşul, yaşlılar için tehlikeli ortam yaratmaktadır (Çamur ve Vaizoğlu, 2012; Kalıncara, 2015).

Düşmelerin büyük çoğunluğunda “kaza veya çevresel faktörler” rol oynamaktadır. Uygun yerleştirilmemiş eşyalar, eşikler, merdivenler, kaygan zemin (özellikle banyo ve tuvalet), kayabilen halı/kilim, iyi aydınlatılmamış ortam, alışık olunmayan mekân ve uygunsuz ayakkabı kullanımı gibi çevresel faktörler, yaşlıda düşme nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadırlar (Naharcı ve Doruk, 2009; Çınarlı ve Koç, 2015).

Yapılan çalışmalar, yaşlılarda düşmelerin %16,2 – 76,6 oranında olduğunu göstermektedir (Lök, 2010; Tunçay ve ark., 2011; Ortabağ ve ark., 2011; Altıparmak ve Horasan, 2012; Yörük, 2012; Uymaz ve Nahcivan, 2013; Doğan, 2014; Altıntaş ve Kayıhan, 2015; Philip ve ark., 2015; Şahin ve Erkal, 2016; Hofheinz ve Mibs, 2016) Yaşlılarda acil servislere başvuruların yaklaşık %10’unu ve acil servislerden hastaneye yatış nedenlerinin %6’sını düşmeler oluşturmaktadır (Naharcı ve Doruk, 2009).

Hastalık kontrol ve önleme merkezi 2014 raporuna göre; Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 65 yaş ve üstü bireylerin %28,7’sinin son bir yılda düştüğü saptanmıştır. Aynı rapora göre, 65 yaş ve üstü 27,000 kişi düşme nedeniyle hayatını kaybetmiş, 2,8 milyon kişi yaralanmış ve 800,000 kişi hastaneye yatarak tedavi görmüştür. Yaş gruplarına göre son bir yılda düşme, 65-74 yaş arasındaki nüfusta %26,7 ve 75-84 yaş grubunda %29,8 iken, 85 ve üstü olan yaşlılarda %36,5’e yükselmiştir (Hastalık kontrol ve önleme merkezi, 2016). Yaşlılardaki düşmeler, daha fazla mortalite ve morbiditeye neden olduğu gibi genel fonksiyonların azalmasına neden olarak, yaşlıların bağımsız bir yaşam sürmelerini engellemektedir. Bu durum uzun dönem bakım gerektirerek erken ölüm riskini artırmaktadır (Şencan ve ark., 2011; Çınarlı ve Koç, 2015).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üstü nüfusta düşme sonuçları içinde en sık rastlanan kafa travması (%26,8), daha sonra

kaburga kırıkları (%8,5), omur ilik yaralanmaları (%7,7), üst ekstremitte kırıkları (%5,5) ve alt ekstremitte kırıkları (%2,9) olduğu belirlenmiştir (Evans ve ark., 2015). Yaşlılarda düşmeye bağlı ölüm oranı taburculuk sonrası bir yıl içinde %17,6 olarak saptanmıştır. (Larson ve ark., 2016). 65 yaş ve üstü nüfusta düşmeye bağlı yaralanma ve ölüm oranları yaşa (65-69 yaş için %23,19 ve 85 yaş üzeri için %53,53) ve cinsiyete (kadın; %46,9, erkek; %40,7) bağlı olarak farklılık göstermektedir (Alamgir ve ark., 2012). Kanada’da 65 yaş ve üstü bireylerin 5 yıllık süre içinde hastaneye başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada, travmatik beyin hasarlarının %82’sinden ve ölümlerin % 86’sından düşmelerin sorumlu olduğu bildirilmiştir (Fu ve ark., 2017).

Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde; Li ve ark., (2016), yaşlılar arasında düşmelerin %26,6’sının çevresel faktörlerden, Patil ve ark. (2015), yaşlılar arasında düşmelerin dağınık ev ortamından (%11,7), yetersiz aydınlatmadan (%8,7), düzensiz (%19,2) ve kaygan zeminden (%12), eşiklerden (%23,1) kaynaklandığını saptamışlardır. Yeong (2016) çalışmasında yaşlılarda düşmelerin %20’sinin banyo, %20’sinin mutfak, %16’sının oturma odası ve %8’inin yatak odasında olduğunu belirlemiştir. ABD’de yaşlılar arasında görme bozukluğu ile düşme ilişkisine bakılan bir çalışmanın sonucuna göre yaşlıların %28,9’unun son bir yılda en az bir kez düştüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada yaşlıların %6,7’sinde ciddi görme bozukluğu olduğu ve görme bozukluğu bulunan yaşlıların ise %46,7’sinin son bir yılda en az bir kez düştüğü belirlenmiştir (crews ve ark., 2014).

Doğan ve ark.’nın (2010) araştırmasında, ev kazası geçiren katılımcıların, %37’sinin güvensiz evde yaşadığı, ev kazalarının içinde en sık düşmenin (%71,4) gerçekleştiği belirlenmiştir. Büker ve ark.’ının (2008) yaptığı çalışmada kentsel (%74,9) ve kırsal kesimdeki evlerin (%84,6) büyük bir oranının güvenli olmadığı ve düşme tehlikesi için riskli olduğu saptamıştır.

Doğan’ın (2014) yaşlılarda düşme risklerinin araştırıldığı çalışmasında, iç çevre değerlendirme sonuçlarına göre evde yaşayan yaşlıların mutfak, banyo, oturma odası, yemek odası ve yatak odasının çevre koşullarının düşme açısından daha riskli olduğu saptamıştır. Gülhan (2013) düşmelerin klozet ya da tuvalette tutunma barının olmaması (%50), kilim ya da halıya bağlı (%40,3) ve kaygan zemine bağlı (%34,5)

olduğunu belirlemiştir. Tortumluoğlu ve ark.'ı (2004) yaşlı bireylerin en çok kış mevsiminde (%59,0), mutfakta (%27,7) ve kayma nedeniyle (%36,1) düşme yaşadıklarını belirlenmişlerdir. Lök'ün (2010) çalışmasına göre yaşlılar düşmeyi en çok (%63,8) banyoda yaşadıkları saptanmıştır. Camilloni ve ark.'nın (2011) bulgularında yaşlılarda görülen ev kazalarının %33'ü salon, yemek odası ve koridorda, %22 yatak odasında, %15 mutfakta, %11 banyoda meydana geldiği bildirilmiştir. Görülen kazaların %87'sinin düşme kazası olduğu belirlenmiştir.

Uygun önlemlerle yaşlı bireylerde düşmelere yönelik birçok risk faktörü ortadan kaldırılabılır ve yaralanma riski azaltılabilir. Yaşlılarda düşmeleri önlenmeye yönelik temel amaçlar: yaşlı bireyin düşme riskini belirlemek, belirlenen risk faktörlerine göre uygun önlemler almak; yaşlının denge, yürüyüş, hareket ve fonksiyonel bağımsızlığı interdisipliner bir yaklaşımla geliştirmektir (Erdil ve Bayraktar, 2010).

Halk sağlığı hemşiresinin fonksiyonlarından biri yaşlının evinde güvenliğini sağlamak ve düşmeleri önleyici tedbirler almaktır. Halk sağlığı hemşiresi, yaşlı bireyin evde bakım gereksinimlerini değerlendirirken, bereberinde ev koşullarını ve bunların yaşlının güvenliğine ve kullanımına uygunluğunda değerlendirmelidir (Erci, 2016).

Yaşlılarda düşmelerin, Dünyada ve Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmekte iken, KKTC'de yaşlıların düşme sıklığını inceleyen ve ev içi çevre özelliklerinin ayrıntılı olarak değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada KKTC'de yaşlıların düşme sıklığının ve düşme yönünden ev içi çevre özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma; yaşlı bireylerin düşme sıklığının ve düşme yönünden ev içi çevre özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Yaşlı bireylerin ev içi düşme sıklığı nedir?
2. Yaşlı bireylerin ev içi düşme sıklıkları sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
3. Yaşlı bireylerde düşme yönünden ev içi riskli alanlar nerelerdir?
4. Son bir yıl içinde görülen düşmelerin ev içi çevresel özellikler ile ilişkisi bulunmakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA

“Yaşlılık” sözlük anlamı ile yaşlı olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu). Yaşlılık kendine has biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile kaçınılmaz, geri dönülemez insan hayatı sürecinin bir dönemidir (Bulduk, 2014). Yaşlılık organizmada iç ve dış uyaranlara tepki gösterme yeteneğinin azaldığı dönemi ifade etmektedir (Kaptan, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almaktadır ve bu dönemi, “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir (DSÖ, 1984). Dünya Sağlık Örgütü, 65 yaş ve üstünü yaşlı, 80 yaş ve üstünü çok yaşlı olarak bildirmektedir (DSÖ, 1999). Gerontolojistler ise yaşlı nüfusu kendi içerisinde de alt gruplara ayırarak; 65-74 yaş grubu “genç-yaşlı”, 75-84 yaş grubu “yaşlı-yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı-yaşlı” olarak tanımlamaktadır (Tezcan ve Seçkiner, 2011; Beğer ve Yavuzer, 2012).

Yaşlanma, her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, evrensel bir dönem olarak tanımlanabilmektedir (Tiftik ve Ark., 2012; Erci, 2016). Yaşlanma intrauterin hayattan başlayarak, ölüme kadar devam eden ve birçok faktörün etkisiyle ilerleyici bir şekilde organ ve sistemlerde fizyolojik işlev değişikliklerine neden olan bir süreçtir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Bu süreç içerisinde organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişiklikler gerçekleşmektedir (Bulduk, 2014; Erci, 2016). Yaşlanma, canlının olgunlaşma süreci tamamlandıktan sonra fizyolojik yedek kapasitelerinin giderek azaldığı, giderek yıprandığı ve buna bağlı olarak yaşam fonksiyonlarının aksadığı dönemi ifade etmektedir (Keskin ve ark., 2016). Yaşlanma, genellikle kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile incelenmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Kaptan, 2013; Demirbilek ve Özgür, 2016).

Kronolojik yaşılanma

Bireyin doğumundan itibaren içinde bulunduğu zamana kadar olan yıllara bağılı olarak geçirdiğı yaşılanma süreci, kronolojik yaşılanmayı ifade etmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Kaptan, 2013; Demirbilek ve Özgür, 2017).

Biyolojik yaşılanma

Biyolojik yaşılanma, bedenin canlılığını yitirdiğı, temel işlevlerini yerine getirme kapasitesini kaybettiğı ve ölüme kadar geçen zaman dilimindeki süreci ifade etmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012; Öksüzokyar ve Ark., 2016). Biyolojik yaşılanma aniden ortaya çıkmamaktadır, belirli bir başlangıcı veya bitişı olmamaktadır, yavaş ve gittikçe ilerlemektedir. Birikmeli ve ağırlaşan bir şekilde, yaşam süreci boyunca ortaya çıkan değışikliklerle kendini göstermektedir. (Kaptan, 2013)

Kronolojik yaş bireyin doğumunu; biyolojik yaş vücudunun biyolojik durumunu söylemektedir. Yaşılanma, her bireyde aynı hızda gerçekleşmediğinden, kronolojik yaşa bağılı yaşılanma ile biyolojik yaşılanma eş zamanlı olmayabilir (Demirbilek ve Özgür, 2017).

Psikolojik yaşılanma

Psikolojik yaşılanma süreci, kişilerin duygularında, algılamalarında ve davranışlarında oluşan değışimleri ifade eder (Soyuer ve Soyuer, 2008; Beğer ve Yavuzer, 2012; Bulduk, 2014). Psikolojik yaşılanma, kronolojik yaşılanma ile ilgili olarak ortaya çıkar, bireylerin öğrenme ve problem çözme gibi alanlarında uyum sağlama kapasitesindeki değışmeyi kapsar, bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağılı değışimini içerir (Kaptan, 2013).

Sosyal yaşılanma

Sosyal yaşılanma, toplumsal yaşılanma ile aynı anlamda kullanılmakta ve bireyin sosyal statüsü, rolleri, beklenti ve normlarındaki değışmelerin yanı sıra, toplumun da yaşılanma ve yaşlılarla ilgili kalıp yargılarını, değıerlerini ve tutumlarını ifade etmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012; Demirbilek ve Özgür, 2017).

2.2. YAŞLI NÜFUSUN DURUMU

Toplumsal değişmeler, sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve daha iyi yaşam koşullarının oluşması, yaşam süresinin uzamasına neden olmaktadır. Aynı zamanda, doğurganlık oranlarındaki azalma ve mortalitedeki düşmeye bağlı olarak yaşlı nüfusun oranı giderek artmaktadır (Bulduk, 2014; Reed ve Ark., 2015).

2.2.1.Dünya’da Yaşlı Nüfus

Dünya Nüfus Tahminleri verilerine göre; yaşlılar son yıllarda birçok ülkede özellikle gelişmiş ülkelerde önemli ölçüde artış göstermektedir ve önümüzdeki yıllarda artışın hızlanması beklenmektedir. Bu ülkelerin başında Japonya dünyanın en yaşlı nüfusuna ev sahipliği yapmaktadır (%33). Japonya'yı, Almanya (%28), İtalya (%28) ve Finlandiya (%27) takip etmektedir (Population Aging and Development, 2015). Dünya’da 2015 yılı verilerine göre toplam nüfusun %8,5’ini yaşlılar oluşturmaktadır. Bu oranın 2030 yılında %12’ye, 2050 yılında ise %16,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (National Institutes Of Health, 2016).

2.2.2. Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Türkiye yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasındadır. Türkiye’de 1955 yılı nüfus sayımında yaşlıların toplam nüfusa oranı %3,4’iken, 2010 yılında %7,2, 2014 yılında %8,0 (TUİK, 2014) ve 2016 yılında ise %8,3’e yükselmiştir (TUİK, 2016). Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında Türkiye’nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2’ye yükseleceği ve çok yaşlı nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (TUİK, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre Türkiye için beklenen yaşam süresi 2010 yılında 73,9 iken, 2015 yılında 78 yıl olmuştur (TUİK, 2014; TUİK, 2016).

Yirmi birinci yüzyıl, tüm dünya ’ya paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması beklenmektedir (Kutsal, 2011; Beğer ve Yavuzer, 2012).

2.2.3.KKTC’de Yaşlı Nüfus

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde, 2006 yılında 65 yaş ve üstü bireyler toplam nüfusun %7,54’ünü, 2011 yılında %8,1’ini, 2015 yılında ise %10,7’sini oluşturmaktadır. (Devlet Planlama Örgütü, 2015). KKTC, 65 yaş ve üstü grubun toplam nüfusa oranı dikkate alındığında, yaşlı toplum özelliği göstermektedir.

Dünya’da, Türkiye’de ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı gün geçtikçe artmaktadır. Bu artış yaşlı sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmektedir.

2.3. YAŞLI BİREYLERDE DÜŞMEYE NEDEN OLABİLECEK SİSTEMSEL DEĞİŞİKLİKLER VE SORUNLAR

Yaşlı bireylerde, yaşlanmaya bağlı olarak sistemsel değişiklikler ve sorunlar meydana gelmektedir. Yaşlanma ile yaşlının; kas-iskelet, sinir, sindirim, üriner, endokrin, bağışıklık sistemi ve duyu organlarında fizyolojik değişiklik ve sorunlar görülmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Erdil ve Bayraktar, 2010; Kutsal ve Eyigör, 2012; Tiftik ve Ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yaşlılıktaki bu değişikliklere bağlı olarak, vücudun hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıkların sayısı artmaktadır. Yaşlılar değişen koşullara adaptasyon güçlüğü, bağışıklığın azalması ve stres nedeniyle daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorunla karşılaşmakta, çoğu kez birkaç sağlık problemiyle baş etmeye çalışmaktadır (Tiftik ve Ark., 2012).

Kardiyovasküler sistem hastalıkları, yaşlılarda en sık ölüm nedenidir. Türkiye istatistik kurumu verilerine göre 2015 yılında ölen yaşlıların %46,3’ü dolaşım sistemi hastalıklarından hayatını kaybetmiştir. Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölüm oranları içinde ilk iki sırada iskemik kalp hastalığı ve serebro-vasküler hastalıklar gelmektedir (TUIK, 2016). Yaşlılarda ateroskleroz sonucu hipertansiyon, inme ve koroner arter hastalığı görülme riski artar. (Soyuer ve Soyuer, 2008; Aydoğan ve Ark., 2011; Yıldırım, 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlanmayla birlikte insan bedeninin yapısında, fonksiyonunda ve biyokimyasında meydana gelen değişikliklere paralel olarak kaslarda, tendonlarda ve kemiklerde çeşitli değişiklikler ortaya çıkar (Erdil ve Bayraktar, 2010). Kasların

kütlesi ve kuvveti azalır, uyarılara tepki yavaşlar. Kemik ve kas dokusu kayıplarının olması nedeniyle; boyda kısalmalar, kemiklerde kırılmalar, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma gelişir. Kemiğin altındaki eklem kıkırdak dokusu da azaldığı için eklem eskisi kadar rahat hareket edemez ve travmalara karşı daha hassas duruma gelir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Erdil ve Nurhan, 2010; Tiftik, 2012; Yıldırım, 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yaşlanma ile kas-iskelet sisteminde; Osteoporoz, Osteoartrit dejeneratif eklem hastalıkları, Romatoid artrit ve kalça kırıkları sık görülmektedir (Kutsal ve Eyigör, 2012; Tiftik ve Ark, 2012). Diz osteoartriti ağır kilolularda hareketliliği, manevra kabiliyetini, adım atmayı ve postüral dengeyi etkileyerek düşme riskinde artışa yol açmaktadır (Naharcı ve Doruk, 2009).

Yaşlandıkça yerine konulması mümkün olmayan nöron kayıpları oluşması nedeniyle hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş, kişilerin bazı günlük aktivitelerini yapmada olumsuz etkilere neden olur (Soyuer ve Soyuer, 2008; Tiftik ve Ark., 2012). Spinal kordda hücre sayısı azalmasına bağlı duyu kayıpları da ortaya çıkar (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Keskin ve Ark., 2016; Yıldırım, 2012). Duyu kayıpları nedeniyle yaşlı bireylerin darbelere ve ısıya karşı duyarlılıkları azalır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yaşlanma ile bazı nörolojik hastalıkların görülme sıklığında belirgin bir artış meydana gelir. Bu hastalıkların başında ise nörodejeneratif hastalıklar ve inme gelmektedir. Yaşlılıkla belirgin olarak sıklığı artan hastalıklar; demans, inme, Alzheimer ve Parkinson hastalığı olmaktadır (Keskin ve Ark., 2016). Parkinson hastalığı, düşme riskini birkaç mekanizma ile artırmaktadır. Bunlar bacak kaslarında rijidite, başlama hareketinde yavaşlamaya bağlı sallanmayı düzeltmede yetersizlik, ilaçların tansiyon düşürücü etkileri ve bazı vakalarda bilişsel bozulmadır (Naharcı ve Doruk, 2009).

Solunum sistemi değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar; kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve pnömonidir (Tiftik ve Ark, 2012). Pnömoni, yaşlılarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli ölüm sebepleri arasında olmaktadır. (Tiftik ve Ark., 2012; Yıldırım ve Ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2012) İlerleyen yaşla birlikte akciğerlerde silyar aktivite azalması, öksürüğün azalması ve vücudun savunma sisteminin zayıflaması

nedeniyle aspirasyon pnömonisi daha kolay gelişmektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2012; Yıldırım ve Ark., 2012).

Yaşlanma ile duyu organlarında da değişiklikler meydana gelmektedir:

Görme; Yaşlanma ile fizyolojik değişikliklerin en belirgin olarak hissedildiği organ göz olmakla birlikte, en önemli değişiklikler lenste olmaktadır. Lensin sertliği yaşla birlikte artmaktadır, buna bağlı olarak görme netliği azalmakta ve görme için daha fazla ışığa ihtiyaç duyulmaktadır. Işık değişikliklerine uyum güçleşmekte ve renk ayırım yeteneği azalmaktadır. En önemli değişikliklerden biri de gözden beyine giden sinir hücrelerinin sayısındaki azalmaya bağlı olarak, gölge ve tonlardaki farklılıkların ve çok ince detayların fark edilebilirliğinin azalmasıdır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

İşitme; Yaşlanma ile simetrik işitme özelliği bozulur. Yaşlı özellikle gürültülü ortamlarda duyma güçlüğü çekebilir (Yıldırım ve Ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Ağız; Tükürük bezlerinde artan fibrozis ve sıklığı yaşla artan diğer tükürük bezi hastalıkları nedeniyle ağızda kuruluk gelişir. Bütün bu değişiklikler tat almayı önemli ölçüde güçleştirmektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Deri; Yaşlılıkta cilt altı yağ dokusunun incelendiği yerlerde kırışıklıklar artar, soğuğa tolerans azalır. Subkutan dokudaki duyu reseptör sayısı ve işlevlerindeki azalma sonucu duyarlılık azalır ve yaralanmalar gelişebilir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşın ilerlemesi ile hormonal sistemde meydana gelen değişikliklerin kemik-mineral ve kas-iskelet sistemi üzerine olumsuz etkileri olmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yaşlanma ile birlikte yağsız vücut kitlesi azalır, kaslarda yağ oranı artar, enerji gereksinimi ve hormon sekresyonu azalır (Karadeniz, 2006). Kadınlarda yaşlılığın başlıca belirtisi, östrojen azalmasına bağlı gelişen menopozdur. Menopoz ve paratiroid hormon artışı sonucu osteoporoz riski de artmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Endokrin sistem değişiklikleri sonucu yaşlılık

döneminde en sık görülen hastalıklar, diabetes mellitus ve tiroid fonksiyon bozukluğudur (Tiftik ve ark., 2012).

İmmün sistem fonksiyonları yaşlanma ile genellikle baskılanmaktadır. Baskılanma sonucunda yaşlılarda enfeksiyona yatkınlık meydana gelmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008; Tiftik ve ark, 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Bağışıklık sistemindeki fizyolojik değişiklikler sonucunda yaşlılarda, otoimmün hastalıklar ve kanser sık gelişmektedir (Karadeniz, 2006; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlanma ile sindirim sistemi değişikliklerine bağlı olarak yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar; kanamalar, konstipasyon, atrofik gastrik, peptik ve duodenal ülser, iştahsızlık ve malnütrisyonudur (Tiftik ve ark., 2012).

Yaşlılarda meydana gelen değişimler, sorunlar ve hastalıklar, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlamaktadır. Yaşlıların aktivitelerinin sınırlanması, rutin işlerini yaparken zorlanmaya neden olmaktadır, dolayısıyla yaşlı düşme ve düşmenin getirdiği sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır, bu durum da onların daha az hareket etmesine neden olarak, yaşlıyı kısır bir döngü içerisine girmesine neden olmaktadır. Yaşlıda görülen kronik hastalıklar ise beraberinde bazı sorunları getirmekte ve kullanılan ilaç sayısını da artırmaktadır. Kullanılan ilaç sayısının artmasına bağlı yan etkiler artmaktadır. Yaşlılarda sağlık problemleri arttıkça kendi kendilerine yeterlilik durumları giderek azalmakta ev kazaları ve düşme oranlarında artışlar görülmektedir.

2.3.1. Yeti Yitimi

Dünya sağlık örgütü, yeti yitimini vücut fonksiyonlarındaki sorunlardan oluşan yetersizlik, aktivite kısıtlaması ve günlük yaşama katılım kısıtlılığını içeren bir tanımla açıklamaktadır (WHO, 2011). Yeti yitimi, temel günlük yaşam aktivitelerinin (hareket, kendi kendine bakım) ve günlük yaşamda kullanılan araçların (yemek hazırlama, alış-veriş yapma, telefon etme, parasal işlemleri yapma, tıbbi ilaçları alma gibi enstrümental yaşam aktivitelerinin) kişinin kendisi tarafından bildirilmesiyle değerlendirilmektedir. Yaşlılarda yeti yitimi, günlük yaşam

aktiviteleri kalitesini bozulmasına, bağımsızlığın kaybına, yaşam kalitesinin düşmesine, sağlık hizmeti kullanımının artmasına da yol açabilmektedir (Yiğitbaş ve Deveci, 2016). Yeti yitimi, bazı hareketlerde kısıtlılığa yol açarak, yaşlıların düşme riskinde artışa neden olmaktadır.

2.4. KAZALAR

Dünya Sağlık Örgütü, kazayı önceden planlanmayan ve beklenmeyen ancak yaralanmaya neden olabilecek bir durum olarak tanımlamıştır (DSÖ, 1965). Kaza, bilinen yanlış davranış ve ihmaller veya nedenler zincirinin son halkası olup, daha önce alınacak önlemlerle kaçınılabılır ve korunulabilir bir olaydır (Piyal, 2011).

Kazalar tiplerine göre; trafik kazaları, iş kazaları, endüstriyel kazalar, spor kazaları, okul kazaları ve ev kazaları olarak sınıflanmıştır (Kıran ve Ark, 2001). Dünya Sağlık Örgütü, ev kazalarının, evin içinde ve ya çevresinde; bahçe, avlu ve garaj gibi bölümlerinde meydana geldiğini bildirmiştir (DSÖ, 1965). Ev kazaları tiplerine göre; kesikler, elektrik çarpmaları, boğulmalar, zehirlenmeler, yanıklar ve düşmelerdir (Piyal ve ark., 2011; Arabacı, 2015).

2.4.1. Yaşlılarda Ev Kazaları

Yaşlılık döneminde, bireylerin ev merkezli yaşam biçimi nedeniyle bireysel özellikleri ile yaşanan çevrenin özellikleri arasındaki uyum büyük önem kazanmıştır. Yaşlı bireylerin uyum geliştirmedeki bedensel ve ruhsal kısıtlılıklar nedeniyle yaşadıkları ortamlarda sıklıkla kaza riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Boylu, 2013). Yaşlılardaki fizyolojik değişiklikler günlük bağımlılıklarının artmasına ve ev kazası geçirme riskinin artmasına neden olmaktadır. Yaşlılarda görülen kazaların büyük çoğunluğu evde meydana gelmekte (Arabacı, 2015) ve en fazla düşme görülmektedir (Tezcan ve ark., 2001; Tortumluoğlu ve ark, 2005; Atman ve ark., 2007; Budak; 2008; Doğan ve ark., 2010 ; Altıparmak ve Horasan, 2012 Şahin ve Erkal, 2016).

2.4.1. Yaşlılarda Düşme ve Düşme Risk Faktörleri

Düşme, “kişinin bulunduğu seviyeden daha alçak bir seviyeye istemsiz olarak ve beklenmedik bir şekilde gelmesi” olarak tarif edilebilir (Işık ve ark., 2006,). Yaşlılardaki düşme, genel fonksiyonların azalmasına neden olarak bağımsız bir yaşam sürmelerini engellemekte, uzun dönem bakım gerektirerek erken ölüm riskini artırmaktadır. Yaşlıların düşmeye bağlı yaralanmalar nedeniyle hastaneye yatırılma oranı diğer yetişkin düşmelerine göre 5 kat fazladır (Şencan ve ark., 2011). Bu faktörler göz önüne alındığında yaşlılık döneminde görülen düşmelerin ciddi sonuçları olmaktadır. Yaşlılarda düşmenin birçok nedeni olmaktadır. Bu nedenler, yaşlı kişinin kendinden (intrensek) ve kendi dışındaki (ekstrensek) etkenlerden kaynaklanmaktadır (Işık, 2006; Naharcı ve Doruk, 2009; Eyigör, 2012).

Tablo 1. Düşme risk faktörleri

İntrensek	Ekstrensek
✓ İlerlemiş yaş, ✓ Cinsiyet, ✓ Düşme öyküsü, ✓ Yürüme ve denge bozukluğu, ✓ İlaç kullanımı, ✓ Kardiyo vasküler hastalıklar, ✓ Serebro-vasküler hastalık, ✓ Periferik nöropati, ✓ Parkinson, ✓ Diz artriti, ✓ Demans, ✓ Vertigo, ✓ Senkop atakları, ✓ Ortostatik hipotansiyon, ✓ Kas güçsüzlüğü, ✓ Reflekslerde yavaşlama, ✓ Görme ve işitme bozuklukları, ✓ Alt idrar yolu enfeksiyonu, ✓ Üriner inkontinans, ✓ Noktüri, ✓ Aşırı aktif mesane, ✓ Prostat hastalıkları ve alt idrar yolu tümörleri.	✓ Kaygan ve düzgün olmayan zemin, ✓ Dengesiz merdivenler ve korkuluğun yetersizliği, ✓ Uygun olmayan basamak genişliği ve yüksekliği, ✓ Zayıf aydınlatma, ✓ Dar alanda çok eşya, ✓ Ortalıktaki kablolar, ✓ Katlanmış kilim, ✓ Yıpranmış halı, ✓ Halı püskülleri, ✓ Sabit olmayan mobilyalar, ✓ Uygunsuz yükseklikteki eşyalar (yatak, tuvalet ve mutfak dolapları, kapı girişlerinde yükseklik farkı), ✓ Tutunma barlarının olmaması.

2.4.2. İntrensek faktörler

Yaşlı kişilerde ilerlemiş yaş, cinsiyet, daha önce düşme öyküsünün olması, yürüme ve denge bozukluğu, çok sayıda ilaç tipi ve 4 veya daha fazla ilaç kullanımı,

kilo fazlalığı, yardımcı cihaz kullanımı, sosyoekonomik durum, sigara ve alkol kullanımı düşmeleri artıran faktörlerdendir. Düşmelerle en çok ilişkisi olduğu düşünülen ilaçlar, diüretik, antipsikotik, anksiyolitik, sedatif, antikonvülzan, nöroleptik ve antidepresanlardır. Düşmelere neden olan hastalık ve sorunlar arasında ise; kardiyovasküler hastalıklar, geçirilmiş serebrovasküler hastalık, periferik nöropati, parkinson, diz artrit, demans, vertigo ve senkop atakları, ortostatik hipotansiyon, kas güçsüzlüğü, yürüme fonksiyonlarında bozukluk, reflekslerde yavaşlama, görme ve işitme bozuklukları sayılmaktadır. (Işık ve ark., 2006; Rubenstein, 2006; Ersanlı ve Kalkan, 2008; Sturnikes ve ark., 2008; Naharcı ve Doruk, 2009; Şencan ve ark., 2011; Eyigör, 2012; Ambrose ve ark., 2013; Erci, 2016). Bu faktörlere ek olarak Soliman ve ark. (2016) alt idrar yolu enfeksiyonu, üriner inkontinans, noktüri, aşırı aktif mesane, prostat hastalıkları ve alt idrar yolları tümörleri yaşlılarda düşme olasılığını artırdığını, Huang (2005) ise düşme korkusunun düşmelere yol açtığını söylemektedir.

2.4.3. Ekstresek faktörler

Yaşlılarda düşmeye neden olan ekstresek (dışsal) faktörler çevresel tehlikelerden oluşmaktadır. Çevresel tehlikeler arasında; kaygan ve düzgün olmayan zemin, dengesiz merdivenler ve korkuluğun yetersizliği, uygun olmayan basamak genişliği ve yüksekliği, zayıf aydınlatma, dar alanda çok eşya, ortalıktaki kablolar, katlanmış kilim, yıpranmış halı, halı püskülleri, sabit olmayan mobilyalar, uygunsuz yükseklikteki eşyalar (yatak, tuvalet ve mutfak dolapları, kapı girişlerinde yükseklik farkı), tutunma barlarının olmaması sayılmaktadır (Güner ve Güler, 2002; Işık ve ark., 2006; Şencan ve ark., 2011; Eyigör, 2012). Altıparmak ve Horasan'ın çalışmasında çevreye bağlı kaza nedenleri arasında ilk sırayı zeminin düzensiz ve ıslak olması, bunu sırasıyla çevredeki malzemeler ve merdivenlerin uygun yükseklikte ve genişlikte olmamasından kaynaklandığı saptanmıştır (Altıparmak ve Horasan, 2012). Yaşlının çevresindeki risk faktörlerinin artması ile düşme riski daha da artmaktadır (Şencan ve ark., 2011).

2.5. DÜŞME PROGNOZU

Yaşlılarda düşme, hafif veya ağır yaralanmalara neden olduğu gibi ciddi mortalite ve morbidite artışına ve sonuçta önemli oranda sağlık harcamasına da neden olur (Erci,2016).

Yaşlılardaki düşmelerin yaklaşık %5-10'u kırıkla sonuçlanır. Kırıkların beşte birini kalça kırığı oluşturur. En çok 70 yaş ve üzerindeki kişilerde ortaya çıkan kalça kırıklarının %90'dan fazlası düşmeye bağlıdır ve kalça kırığı olan yaşlı kişilerin yarısı eski durumlarına dönememekte ve dörtte biri yaralanmadan sonraki altı ay içinde ölmektedir (Akdeniz ve ark., 2009).

Her on düşmeden biri yaşlıda mortalite ve morbiditeyi artıran, yaşam kalitesini bozan kalça ve diğer bölge kırıkları, subdural hematom, kafa travması veya ciddi yumuşak doku travmasına neden olmaktadır (Gülhan; 2013; Çınarlı ve Koç, 2015; Erci, 2016) Düşmeye bağlı ölümlerin çoğunluğu kafa travması veya kalça kırığı sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyledir. Düşmeler travmatik beyin hasarının en sık nedenidir ve yaşlılardaki ölümcül düşmelerin yaklaşık yarısının nedeninin travmatik beyin hasarı olduğu bildirilmiştir (Şencan ve Ark., 2011).

Düşme sonrası diğer bir sorun da “anksiyete sendromudur” . Bu durumda kişi, düşme korkusuyla hareketlerini kısıtlayarak, kaslarda zayıflamaya yol açmakta, bunun sonucunda yürüyüş şekli bozulmakta ve nihayetinde de düşme riskini artırabilmektedir (Naharcı ve Doruk, 2009).

2.6. YAŞLILARDA DÜŞMENİN ÖNLENMESİ

Yaşlı bireylerde düşmenin önlenmesi için öncelikle; yaşlının görmesi, işitmesi, yürümesi, postüral hipotansiyonu ve ilaç kullanımı gibi intrensek faktörler yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir. (Işık ve ark., 2006; Naharcı ve Doruk, 2009; Şencan ve ark., 2011; Eyigör, 2012).

Düşmeyi önlemeye yönelik düzeltilmesi gereken diğer özellikler kişinin çevresinde düşmeye neden olabilecek risk faktörleridir. Evin bölümlerinde kaymaya, görüş sıkıntısına ve denge kaybına neden olabilecek risk faktörleri belirlenmeli ve bunlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır (Çamur ve Vaizoğlu, 2012). Yaşlılarda

düşme riski değerlendirilmesinde ev içi özelliklerine yönelik veri toplanmalıdır. Yaşlılara yönelik konutlar planlanmalı ve planlanırken ev içi mimari düzenlemelerde yaşlıların gereksinimleri dikkate alınmalı, bunun için sektörler arası işbirliği yapılmalıdır (Lök, 2010).

Yaşlı güvenliğinde en önemli koruyucu uygulamalardan biri yaşa bağlı ortaya çıkan fiziksel yetersizlikleri gidermeye yönelik yardımcı araçların sağlanmasıdır (Arabacı, 2015). Altuntaş ve Kayıhan (2015) yaşlılara uygulanan rehabilitasyon programlarında yaşlının yaşadığı ortamda da değerlendirilmesi ve ev düzenlemeleri, yardımcı cihaz kullanımı, adaptif ekipman kullanımı ve davranış değişikliği eğitiminin rehabilitasyon programı içerisinde yer alması gerektiğini önermektedirler.

2.7. EV İÇİ ÇEVRE ÖZELLİKLERİ

Yaşlılarda ev içinde meydana gelen düşmeler göz önüne alınarak; yaşlıların yaşam alanlarında korunmaya ilişkin özellikleri şu şekilde özetlenebilir;

Oturma Odası

Eşyalar günlük aktiviteler sırasında takılmalara neden olmayacak şekilde yerleştirilmelidir. Halılar kaygan, kenarı düşmeye neden olacak şekilde kalkık, kıvrık olmamalı, görme derinliğini yansıtmayacak şekilde karışık desenli olmamalıdır. Elektrik kabloları yürünecek alanlarda olmamalı, kenarlarda ve sabitlenmiş olmalıdır. Sandalye ve kanepeler çok yüksek ya da çok derin olmamalı, kolaylıkla kalkılabilmelidir (Boylu, 2013).

Yatak Odası

Yatak odası, banyo ve tuvalet birbirine yakın planlanmalı, özellikle yatak ile tuvalet arasındaki alanda dolaşımın engellenmesine neden olacak eşyalar bulundurulmamalıdır (Boylu, 2013). Yatak yüksekliği için patelladan yere olan mesafenin ölçüsü alınmalı, yatağın kenarları, oturma pozisyonundaki bir kişi için çökme oluşmadan yeterli desteği verecek kadar sert olmalıdır. (Naharcı ve Doruk, 2009). Mümkünse yatak başında lamba tercih edilmelidir. Yatak odası mobilyaları

yaşlının tekerlekli sandalye, koltuk değneği ya da bastonu ile rahatça dolaşabileceği şekilde düzenlenmelidir (Boylu, 2013).

Mutfak

Çalışma tezgâhının yeterli uzunluk ve yükseklikte olması çalışma kolaylığı sağlar, sürekli tezgâh üzerinde bulunması gereken eşyaların daha düzenli durması ve daha az taşınmasına olanak verir. Alçak sandalyeler daha uygun olanlarıyla değiştirilmelidir (Boylu, 2013). Mutfak dolabının rafları kolay erişilebilir olmalı, maksimum raf yüksekliği 150 cm, ideali 140 cm, alt dolapların minimum raf yüksekliği 40 cm olmalıdır. Tekerlekli sandalye kullanan yaşlılar için tezgâh altı sandalyenin girmesi için boş olmalıdır. Masa ayakları düşme ve takılmaları engellemek için dışarıya çıkıntılı olmamalı (Boylu, 2013), yere dökülen sıvılar hemen temizlenmelidir (Kutsal, ty., Doğan, 2012.).

Banyo ve Tuvalet

Banyo zemini kaymaz, ışık ile parlamayan özellikli malzemeden yapılmalıdır (Boylu, 2013). Lavabo ve tuvalet yakınında bulunan yer zemini için kaymayan yer örtüleri ve yapışkan şeritler tercih edilmeli, ayrıca kaymaya dirençli zemin cilası kullanılmalıdır. Banyo ışıklandırması artırılmalıdır (Naharcı ve Doruk, 2009). Giriş ve çıkışlarda düşmelere neden olabileceğinden küvetten kaçınılmalı, oturaklı duş sistemi tercih edilmelidir (Boylu, 2013). Tuvaletin yanındaki duvara tutunma barları konulmalı (Kutsal, ty.; Centers for Disease Control and Prevention, 2005; Naharcı ve Doruk, 2009, Şencan ve ark., 2011; Eyigör, 2012; Boylu, 2013), barların çapı 4-5 cm olmalı ve zeminden 90-100 cm yükseklikte yerleştirilmelidir (Doğan, 2012; Boylu, 2013). Tuvalet oturağının uygun yükseklikte olması önerilebilir (Şencan ve ark., 2011). Kaymayan yapışkan lastik bantları olan altlıkların küvet zeminine yerleştirilmesi, küvet ve duş içine tutunma barları, bir duş sandalyesi ve denge bozukluğu olanlar için elle tutulan fleksibl duş başlığı (Naharcı ve Doruk, 2009), döşemelerin ıslak bırakılmaması ve kaymayan terlikler kullanılması önerilebilir (Doğan, 2012, Boylu, 2013)

Merdiven

Karanlıkta görüş sıkıntısı olabileceğinden, merdivenlerin üst ve alt kısmına elektrik düğmeleri yerleştirilmeli, (Doğan, 2012; Centers for Disease Control and Prevention, 2005; Naharcı ve Doruk, 2009; Boylu, 2013), gece lambaları ile ışıklandırmalı (Naharcı ve Doruk, 2009), mümkünse hareketli cisme duyarlı (sensörlü) lambalar kullanılmalıdır (Doğan, 2012). Basamak kenarlarına kaymayan renkli yapışkan şeritler yerleştirilmeli (Naharcı ve Doruk, 2009; Boylu, 2013) ve basamak yüksekliği en fazla 15 cm olmalıdır. Basamakların her iki yanına silindirik, uç kısımları içe dönük, kolayca kavramayı sağlayabilen ve basamak bitiminde bir miktar devam eden trabzanlar konulmalıdır (Naharcı ve Doruk, 2009). Doğal yürüme ritminde değişikliğe yol açarak kazalara sebebiyet vermemesi için basamaklar eşit aralıkta ve yükseklikte olmalı, takılmaya neden oluşturacak çıkıntılar ve uygunsuz basamak uygulamaları (döner merdiven) olmamalıdır (Doğan, 2012, Boylu, 2013).

Koridor

Koridorda çarpıp düşmeye neden olabilecek kutu-koli vb. bulundurulmamalıdır (Kutsal, ty.).

Evin bölümlerine ait sıralanan özellikler dikkate alınarak düzenlemeler ve önlemler alınmalı yaşlıya ve ailesine eğitim verilmelidir.

2.8. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN DÜŞMELERİ ÖNLEMEDE ROLÜ

Halk sağlığı hemşireliği, hemşireliğin özel bir alanı kabul edilmekte ve diğer alanlardan farklı olarak hastaneler dışında, toplum içinde çalışmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri sağlığın temel amacı doğrultusunda; birey, aile ve toplum sağlığının korunması ve geliştirme çalışmalarını sürdürmektedir (Stanhope ve Lancaster, 2008; Erci 2010, Özsoy ve Koca, 2015; Erci, 2016).

Birincil korumanın sağlığın geliştirilmesi ve sağlığın korunması olmak üzere iki aşaması bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, yaşlının genel sağlık ve iyilik durumunun iyileştirilmesini amaçlar. Sağlığın korunması ise, yaşlının sağlığını olumsuz yönde etkileyecek herhangi bir etkenin bireyi etkilemesinden önce alınan

özel koruyucu önlemlerdir. Yaşlılarda birincil korumaya yönelik uygulamalar arasında; kazalardan ve yaralanmalardan korunma, olumlu bir çevre oluşturma, eğitim ve danışmanlık yapma çalışmaları yer almaktadır (Erci, 2010; Erci, 2016). Yaşlılarda düşmelerin çoğunluğu önlenabilir nedenlerden kaynaklandığından, düşme riskini azaltmak önemli bir halk sağlığı hedefi olmalıdır (Şencan ve ark., 2011; Eyigör, 2012).

Günümüzde özellikle halk sağlığı hemşireliği uygulamalarında önemli bir yer tutan ev ziyaretleri ile birey yaşadığı gerçek ortamında değerlendirilir, sorunları saptanır, öncelikleri gerçekçi bir biçimde kişi veya ailenin katılımı ile belirlenir, yine onların katılımı ile çözüm yolları aranır ve bulunur (Erci 2010, Erci, 2016).

Halk sağlığı hemşiresi ev ziyareti sırasında yaşlı bireyin; görme-işitme durumunu, yürümeye yardımcı cihaz kullanımını, postür bozukluklarını, kronik hastalıklarını, ilaçlarını, ortostatik hipotansiyon varlığını ve düşmeler yönünden diğer risk faktörlerini ayrıntılı bir şekilde değerlendirmeli, bu değerlendirmeler düzenli aralıklarla devam etmelidir (Çınarlı ve Koç, 2015). Yaşlının daha önce düşme durumunu, düşme sayısı, son bir yıl içinde düşme durumu, düşme yeri, düştüğü çevre (kaygan veya düz olmayan yürüme yüzeyleri, zayıf aydınlatma), düştüğü dönemde yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı, düşme öncesi baş dönmesi olup olmadığı, yaralanmanın tipi sorgulanmalıdır (Lök, 2010).

Ev içi riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak amacıyla çevresel düzenlemeler yapılabilir. Eğitimlerde ev kazasına neden olabilecek hatalı alışkanlıklar ele alınarak birey ve toplum için ev kazasının önemi anlatılabilir. Eğitimlerde sadece yaşlı bireylere değil birlikte yaşadıkları kişilere de yer verilmelidir. Tüm bunlar ev ziyaretlerinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Toplum içerisinde ev kazası açısından riskli olan bireylerin belirlenmesi, bireylerin yaşadığı ortamın ev kazası yönünden değerlendirilmesi ve gerekli ergonomik düzenlemelerin yapılması, hatalı alışkanlıklarla ve kazalardan korunmayla ilgili eğitimlerin verilmesi, risk altındaki bireylerin düzenli ev ziyaretleriyle izlenmesiyle sağlanabilir (Zedelenmez, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma yaşlı bireylerin düşme sıklığının ve düşme yönünden ev içi çevre özelliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, KKTC Dikmen Belediyesi sınırlarına ait 9 köy de yürütülmüştür (Dikmen, Taşkent, Boğaz, Ağırdağ, Pınarbaşı, Dağyolu, Göçeri, Şirinevler ve Akçiçek). Dikmen, Girne ilçesine bağlı olup, Girne merkeze 18 km, Lefkoşa merkeze ise 8 km uzaklıkta yer almaktadır. Bölgede 4 adet (Dikmen, Taşkent, Dağyolu ve Ağırdağ) ilköğretim okulu bulunmaktadır. Dikmen merkezde, belediyeye ait sağlık ocağında iki hemşire çalışmaktadır ve köylere ayda bir olmak üzere yaşlı bakım hizmetleri ev ziyaretleri yoluyla verilmektedir. Bölge halkı sağlıkla ilgili problemlerinde genellikle Lefkoşa merkezde bulunan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesini kullanmaktadır. Ayrıca Girne Dr. Akçiçek Devlet Hastanesini ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesini kullanmaktadır. Bölge halkı geçimini tarım, hayvancılık ve çeşitli hizmet sektörlerinden sağlamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; KKTC 2011 yılı seçmen listeleri verilerine göre Dikmen bölgesinde yaşayan, 9120 kişilik nüfusun %9,9'una denk gelen, 65 yaş ve üstü 907 yaşlı (479 kadın, 428 erkek) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlarda örneklem hesabı formülü:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$
 kullanılarak hesaplanmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009). Bu hesaplama göre örnekleme alınan yaşlı bireylerin sayısı;

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda

bulunan teorik değer: 1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı: 0.50

d: 0.05 (%95 güvenirlikle)

N: Evren (907).

$$n = \frac{907 \cdot 1,96^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{0,05^2 (907 - 1) + 1,96^2 (0,5) \cdot (0,5)} = 270$$

Örneklekimizi 270 yaşlı birey (143 kadın ve 127 erkek) oluşturmuştur. Örnekleme alınacak yaşlı bireyler, evren içinden köylere, yaş gruplarına ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Araştırma kapsamına alınacak olan köyler ve yaşlı birey sayıları Tablo 3.3.1’de, yaş gruplarına göre evrenin dağılımı Tablo 3.3.2.’de, cinsiyete göre örneklem kapsamına alınacak kadın ve erkek yaşlı sayılarının dağılımı Tablo 3.3.3.’de verilmiştir. Daha sonra her köyden alınacak yaşlılar, seçmen listelerinden, basit rastgele örneklem yöntemiyle, merkez ve köylerdeki örnekleme alınacak yaşlı sayısına göre orantılanarak üç yaşlıdan biri örnekleme alınmıştır.

Tablo 3.3.1. Araştırma Kapsamına Alınacak Olan Köyler ve Yaşlı Birey Sayısı Dağılımı

Tabaka No	Bölgeler	Toplam	Erkek sayısı ni*	Tabaka Ağırlığı ai	Örnekleme Alınacak Erkek Sayısı		Kadın sayısı ni*	Tabaka Ağırlığı ai*=ni/n**	Örnekleme Alınacak Kadın	
1	DİKMEN	301	136	0,150	40,485	40	165	0,182	49,118	49
2	TAŞKENT	85	41	0,045	12,205	12	44	0,049	13,098	13
3	BOĞAZ	188	91	0,100	27,089	27	97	0,107	28,875	29
4	AĞIRDAĞ	78	37	0,041	11,014	11	41	0,045	12,205	12
5	PINARBAŞI	76	42	0,046	12,503	12	34	0,037	10,121	10
6	DAĞYOLU	107	49	0,054	14,587	15	58	0,064	17,266	17
7	GÖÇERİ	23	10	0,011	2,977	3	13	0,014	3,870	4
8	ŞİRİNEVLER	38	16	0,018	4,763	5	22	0,024	6,549	7
9	AKÇİÇEK	11	6	0,007	1,786	2	5	0,006	1,488	2
	TOPLAM	907	428			127	479			143

ni* =Tabakadaki birey sayısı,

ai*= Tabaka ağırlığı,

n**= Örnekleme alınacak birey sayısı

Tablo 3.3.2. Yaş Gruplarına Göre Evrenin Dağılımı

Tabaka No	Köyler	Yaş Aralığı								
		65-69		70-74		75-79		80+		
		K	E	K	E	K	E	K	E	Toplam
1	DİKMEN	62	58	49	42	27	19	27	17	301
2	TAŞKENT	15	20	16	10	7	8	6	3	85
3	BOĞAZ	37	34	33	19	14	18	17	16	188
4	AĞIRDAĞ	9	12	16	12	10	7	7	5	78
5	PINARBAŞI	7	11	16	8	11	6	8	9	76
6	DAĞYOLU	23	18	14	15	8	4	13	12	107
7	GÖÇERİ	4	3	4	3	4	2	2	1	23
8	ŞİRİNEVLER	10	7	3	5	4	1	5	3	38
9	AKÇİÇEK	1	-	3	4	1	1	1	-	11

Tablo 3.3.3. Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Örneklem Kapsamına Alınacak Yaşlı Sayılarının Dağılımı

	Yaş Aralığı	65-69		70-74		75-79		80+		
	Cinsiyet	K	E	K	E	K	E	K	E	Toplam
Tabaka No	Bölgeler									
1	DİKMEN	18	17	15	12	8	6	8	5	89
2	TAŞKENT	4	6	5	3	2	2	2	1	25
3	BOĞAZ	11	10	10	6	4	5	5	5	56
4	AĞIRDAĞ	3	4	5	4	3	2	2	1	24
5	PINARBAŞI	2	3	5	2	3	2	2	3	22
6	DAĞYOLU	7	5	4	4	2	1	4	4	31
7	GÖÇERİ	1	1	1	1	1	1	1	0	7
8	ŞİRİNEVLER	3	2	1	2	1	0	2	1	12
9	AKÇİÇEK	1	0	1	2	0	0	0	0	4
	Toplam	50	48	47	36	24	19	26	20	270

Ayrıca örneklem seçiminde, yaşlıların bilişsel durumlarının değerlendirilmesine yönelik Standardize Mini Mental Testi (DSMMT) (EK-1) ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini belirlemek için Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-2) seçme kriteri olarak kullanılmıştır. Standardize Mini Mental Test (DSMMT) puanlandırılmasında eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı, Modifiye Barthel Ölçeği'nden 0-20 puan arasında alan yaşlı bireyler çalışmaya alınmamıştır.

Eğitilmiş ve Eğitimsizlerde Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Testi (DSMMT)

Mini Mental Test (MMT) standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir. Güngen ve ark.(2002) tarafından MMT'in Türk toplumunda demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. On bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (Güngen ve ark., 2002).

Test eğitim ve yaştan etkilenmektedir. Güngen ve arkadaşlarının hazırladığı testin Türkçe versiyonunun en yüksek duyarlılık ve özgüllüğün saptandığı kesim değeri (23/24) eğitimsiz veya düşük eğitilmiş yaşlılar için oldukça yüksek bir puandır.

Keskinoğlu ve arkadaşları, okuma-yazma bilmeyen ve beş yıldan daha az süre öğrenim gören yaşlılar için geçerlilik, güvenilirlik çalışması yaptıkları ve kesim noktalarının az eğitimlilere göre belirlendiği, güvenilirlik ve geçerliliği kanıtlanmış yeni bir SMMT oluşturmuşlardır. (Keskinoğlu ve Ark., 2006).

Uçku ve ark.'ı (2007) Standartize Mini Mental Test' in eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonunu yeniden düzenlemişler ve eğitilmiş bireyler için 22/23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90,9), seçiciliğe (%97,0), pozitif olabilirliğe (30.30), negatif olabilirliğe (0.09); eğitimsiz yaşlılar için 18/19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82,7), seçiciliğe (%92,3), pozitif olabilirliğe (10.74), negatif olabilirliğe (0.19) sahip olduğunu saptamışlardır. Eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu, 23 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini gösterirken, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu 19 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda ölçeğin

puanlandırılmasında eğitimli bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı alanlarda bilişsel bozukluk olabileceği ve sorulara doğru yanıt veremeyeceği düşünülmüştür.

Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Shah ve Granger tarafından Barthel Ölçeğinin değiştirilmesi ve değerlendirilen aktivite sayısının artırılması ile ortaya çıkmıştır (Küçükdeveci, 2005).

Modifiye Barthel Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yavuzer ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, cronbach alfa katsayısı 0.92-0.93 arasında bulunmuştur. Ölçek, kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini belirlemek amacı ile kullanılan bir değerlendirme aracıdır (Yavuzer ve ark, 2000). Ölçekte 0-20 puan tam bağımlılığı, 21-61 puan yarı bağımlılığı, 62-90 puan orta derecede bağımlılığı ve 91-100 puan tam bağımsızlığı ifade etmektedir. Ölçek puanı yükseldikçe bağımsızlık derecesi artmaktadır.

Ölçeğe göre değerlendirilen aktivite kategorileri beslenme, transfer (tekerlikli sandalyeden yatağa ve yataktan sandalyeye geçiş), kendine bakım, klozete oturup kalkma, yıkanma, düzgün yüzeyde yürüme, merdiven inip çıkma, giyinip soyunma, barsak bakımı ve mesane bakımıdır. Aktiviteler kişinin yapabilme derecesine göre puanlanmakta ve toplam puana göre kişinin bağımlılık derecesine karar verilmektedir.

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından literatür incelenerek (Uysal ve ark., 2006; Beyazay, 2011; Doğan, 2014; Kibar ve ark., 2015) geliştirilen soru formu (EK-3), Akın ve Lök (2012) tarafından geliştirilen Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formu (DEGKDF) (EK- 4) ve Akın ve Emiroğlu (2007) tarafından geliştirilen Rivermead Mobilite İndeksi (RMİ) (EK-5) aracılığı ile toplanmıştır .

Soru Formu

Soru formu, yaşlı bireylerin sosyo demografik özelliklerinin ve düşme sıklıklarının saptanması amacıyla hazırlanan, iki bölümden oluşan ve toplamda 23 sorunun yer aldığı bir formdur. Formun birinci bölümünde, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik sorular yer almaktadır. İkinci bölümünde ise, şimdiye kadar düşme, son bir yıl içinde düşme, düşmenin yaşandığı yer ve mevsim, düşmeye bağlı sağlık sorunu ve düşme nedenine yönelik sorular yer almaktadır.

Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formu

Düşme yönünden ev içi güvenlik koşullarının değerlendirilmesi için bu form kullanılmıştır. Form, Akın ve Lök (2012) tarafından geliştirilmiştir. Form altı bölümden oluşmaktadır. Her bölümle ilgili sorulara başlamadan önce puanlama dışında bırakılan sadece değerlendirilen bölümün olup olmadığını kontrol etmek için birer adet soru bulunmaktadır.

Formun alt bölümleri:

1. Oturma odası/Salon; 7 madde
2. Mutfak; 6 madde
3. Yatak odası; 7 madde
4. Banyo/tuvalet; 9 madde
5. Merdiven; 10 madde
6. Koridor; 4 madde

Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu; gözleme dayalı sorulardan oluşmakta ve “0” ile “1” arasında puanlanmaktadır. “0” puan düşme ile ilgili riskin olmadığını, “1” puan ise riskin olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten toplamda alınan puanın yüksek olması, yaşlının ev-içi koşullarının düşme yönünden riskli olması anlamına gelmektedir.

Her bir soru incelenen alandaki risk varlığına göre; Evet “1”, Hayır “0”, gözlenmesi planlanan alan ev içinde yer almıyorsa GY (gözlem yapılmadı) “0” olarak puanlanmaktadır. Alınan puanların artması, düşme yönünden riskin yüksek olduğunu göstermektedir. Her bir alt bölüm için de aynı kural geçerlidir.

Oturma odası kısmında (6 madde); kapı girişinde eşik, yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyalar, odada kullandığı koltuk ya da sandalyenin yüksekliği (45-50 cm alçak ya da yüksek olmamalı), kapı genişliği (en az 1,10 cm olmalı), yetersiz aydınlatma (lambaların gücünün 75 watt'ın altında olması), yürüme alanını daraltacak mobilyaların varlığına yönelik maddeler yer almaktadır.

Mutfak kısmında (6 madde); mutfak girişinde eşik, yürüme alanında düşmeye neden olabilecek ve sabitlenmemiş kablolar/eşyalar, mutfakta göz hizasından yüksekte/alçakta rafların varlığı, sandalyenin yüksekliği (45-50 cm alçak ya da yüksek olması), kapı genişliğine (en az 1.10 cm olmalı) yönelik maddeler yer almaktadır.

Yatak odası kısmında (7 madde); kapı girişinde eşik, yatak yüksekliği (45-50 cm alçak ya da yüksek olmamalı), yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyalar, yürüme alanında yolu daraltacak mobilyalar, kapı genişliğine (en az 1,10 cm olmalı) yönelik maddeler yer almaktadır.

Banyo/tuvalet kısmında (9 madde); kapı girişinde eşik, zemin kayganlığı, banyoda tutunma barları, lavabo yüksekliği (80-85 cm olmalı), klozet yüksekliği (45-50 cm), klozette tutunma barları, yetersiz aydınlatma (lambaların gücünün 75 watt'ın altında olması), küvet/duşa kabin zemin kayganlığına yönelik maddeler yer almaktadır.

Merdivenler kısmında (10 madde); kaygan zemin, yetersiz aydınlatma (lambaların gücünün 75 watt'ın altında olması), merdiven kenarlarında trabzanların varlığı (en az tek tarafı olmalı), merdiven genişliği (en az 150 cm olmalı), basamakların genişliği (en az 28 cm olmalı), basamakların yüksekliği (15 cm'den fazla olmamalı), kırık ya da onarılmamış basamakların olması, merdivenlerde yürüme alanını daraltacak eşyalara yönelik maddeler yer almaktadır.

Koridor kısmında (4 madde); koridorda yürüme alanını daraltacak eşyalar, zeminde kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş eşyalar, lamba aydınlatmasına (lambaların gücünün 75 watt'ın altında olması)yönelik maddeler yer almaktadır.

Değerlendirilen tüm alanların yanı sıra her bir değerlendirme alanının sonunda gözlemcinin evde düşme ile ilgili risk gördüğü durumları sorgulayan açık uçlu bir soru bulunmaktadır. Böylece formda yer almayan ancak gözlemcinin dikkatini çeken alanların gözden kaçması önlenebilecektir. Bu açık uçlu sorular puanlamaya dâhil edilmemektedir.

Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formunun Geçerliliği

İçerik geçerliliğine (content validity) yönelik olarak konu alanında uzman kişilerden görüş alınmıştır. Bu amaçla Halk Sağlığı Hemşireliği, Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD ve Ölçme-Değerlendirme ve İstatistik alanında uzman 12 öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır. Uzman kişilerden maddelerin ifade şekli, içeriği, konu alanına uygun olup olmadığı ve kapsamına ilişkin görüşleri istenmiştir. Bu kapsamda uzmanlar her bir maddeyi “uygun değil, kısmen uygun ve tamamen uygun” şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların geri bildiriminin ardından istenen düzenlemeler yapılarak uzmanlardan aynı şekilde ikinci kez görüş alınmıştır. Uzmanların tamamı maddelerin tamamı ile ilgili “tamamen uygun” ya da “uygun” görüşü bildirmiştir (Akın ve Lök,2012).

Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formunun Güvenilirliği

Formun güvenilirliğine yönelik olarak iç tutarlılığı ve görüşmeciler arası tutarlılığı incelenmiştir. İç Tutarlılığı (İnternal Consistency) incelemeye yönelik olarak DEKGDF'nin toplam ve alt ölçekleri için KR 21 güvenilirliği hesaplanmıştır. Formun KR 21 güvenilirlik katsayısı toplamda (0,75) ve ev içi alanlarda oturma odası (0,54), mutfak (0,31), yatak odası (0,34), banyo/tuvalet (0,60), merdivenler (0,84) ve koridorda (0,20) bulunmuştur. Görüşmeciler arası tutarlılığın

incelenmesinde Kappa uyum analizi yapılmıştır. Kappa uyum katsayıları Oturma odasında “yürüme alanını daraltacak eşya, mobilya vs. olması” (0,01) ve koridorda “yürüme alanını daraltacak eşya, mobilya vs. olması” (0,01) alanlarında çok düşük bulunmuştur. Bunun dışında kalan maddelerde Kappa katsayıları 0,17 ile 1,00 arasında değişmektedir.

Rivermead Mobilite İndeksi

Rivermead mobilite indeksinin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Collen ve ark (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Akın ve Emiroğlu (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçekte yapı geçerliliğini incelemeye yönelik olarak RMİ’nin seçiciliği incelenmiştir. Bu amaçla RMİ mobilite sorunu olduğu bilinen 37 yatağa bağımlı yaşlıya uygulanmıştır. Bilinen grup geçerliliğini test etmeye yönelik olarak dolaşabilen (n=112) ve yatağa bağımlı yaşlıların (n=37) mobilite puanları arasında farklılık olup olmadığı student t testi ile incelenmiştir. Yapı geçerliliğini incelemeye yönelik olarak bilinen ölçüm aracı ile karşılaştırma yönteminden yararlanılmıştır. Ev ortamında RMİ ve Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) 245 yaşlıya birlikte uygulanmıştır. Rivermead mobilite indeksi ve KYA puanlarını karşılaştırmak amacı ile Pearsons’korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Bunun yanında aynı yaşlılarda içsel tutarlığı inceleme amacına yönelik olarak ikili yanıtı olan ölçüm araçlarında (RMİ evet/hayır olarak yanıtlanmaktadır) önerilen bir yöntem olan KR-20 korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Evde yaşayan yaşlılarda RMİ’nin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur ($r=0.91$) ve bu ölçeğin homojenitesinin yeterli olduğunu göstermektedir. İki grup arasındaki fark (dolaşabilen ve yatağa bağımlı) önemli bulunması, RMİ’nin geçerliliği ve güvenilirliği yönünden önemlidir. Kurumda yaşayan yaşlılarda test-tekrar test güvenilirlik katsayısı (Pearson’s) 0.98’dir. Rivermead mobilite indeksi, evet ve hayır şeklinde yanıtlanan 15 sorudan oluşmaktadır. Sorulara yanıtlarda kişinin kendi bildirimi esastır. Yalnızca 5. madde görüşmeci tarafından gözlenerek değerlendirilmektedir. Her “evet” yanıtı için 1 puan verilmekte ve 0-15 puan arası alınabilmektedir. 15 puan mobilite de sorun olmadığını 14 puan ve aşağısı mobilite sorunu olduğunu göstermektedir (Akın ve Emiroğlu, 2007).

3.4.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Soru formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla örneklem grubunun %10'unu oluşturan (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009) 27 yaşlıya ön uygulama yapılmıştır. Soru formunda değişikliğe gidilmediğinden ön uygulama yapılan 27 yaşlı örneklem kapsamına dâhil edilmiştir.

3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Hazırlanan soru formu, araştırmacı tarafından, ev ziyaretleri yapılarak, yaşlılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Soru formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından yaşlılara okunarak, yaşlıların vereceği yanıtlar yine araştırmacı tarafından soru formuna işaretlenmiştir. Soru formunun uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Yaşlıların mobilite düzeyini değerlendirmek için kullanılan Rivermead Mobilite İndeksinde ise; sorular araştırmacı tarafından yaşlı bireylere okunup, yanıtlara göre forma işaretlenmiştir. Yalnızca formdaki 5. madde araştırmacı tarafından gözlenerek değerlendirilmiştir. Rivermead mobilite indeksinin uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Yaşlılarda düşme yönünden ev içi güvenlik koşulları değerlendirme formu; objektif değerlendirme gerektiren sorular; oturma odası 3. ve 4. maddeler, mutfakta 4. ve 5., yatak odasında 2. ve 5., banyo/tuvalette 4. ve 5. ile merdivenlerde 5.6. ve 7. maddeler araştırmacı tarafından sabit bir ölçme aracı (metre) kullanılarak değerlendirilmiştir. Yine oturma odası (5. madde), yatak odası (6. madde), banyo/tuvalet (7. madde), merdiven (2. madde) ve koridor bölümündeki (3. madde) sorular cevaplandırılırken ampulün kaç watt olduğu kontrol edilerek değerlendirilmiştir. Formun uygulanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Veri toplama formları 01- Nisan/ 01- Mayıs 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 programında, ortalama, yüzdelik hesabı, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Ki-kare önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Dikmen Belediyesi başkanlığından gerekli yazılı izin (EK-6) alınmıştır. Düşme Yönünden Ev İçi Güvenlik Koşulları Değerlendirme Formunun çalışmamızda kullanımı için formu geliştiren Akın ve Lök'ten (EK-7), RMI'nin kullanımı için, türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Akın ve Emiroğlu'ndan (EK-8) gerekli izinler alınmıştır. Araştırma konusu ve oluşturulan soru formunun etik olarak uygunluğu ise Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu (YDÜBADEK) tarafından değerlendirilmiş ve yazılı onay alınmıştır (YDU/2017/45-375) (EK-9). Araştırmacı tarafından yaşlılara araştırmanın amacı ve formun doldurulmasına yönelik bilgi verilmiş ve yazılı onamları (EK-10) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri, düşme sıklıkları ve düşme yönünden ev içi çevre özellikleri ile ilgili bulgular ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n: 270)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Yaş		
65-69	97	35,9
70-74	84	31,1
75-79	42	15,6
80+	47	17,4
Yaş ortalaması: 72,82±0,35		
Cinsiyet		
Kadın	143	53,0
Erkek	127	47,0
Medeni Durum		
Evli	191	70,7
Bekâr	79	29,3
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	58	35,9
İlkokul	161	59,6
Ortaokul	23	8,5
Lise	20	7,4
Üniversite	8	3,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	25	9,3
Çalışmıyor/Emekli	245	90,7
Evde kiminle birlikte yaşıyor		
Yalnız	53	19,6
Sadece eşi ile	164	60,7
Eşi ve çocukları ile	28	10,4
Diğer	25	9,3
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	54	20,0
Gelir gidere denk/fazla	216	80,0

Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n: 270) (Devam)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Oturduğu evin tipi		
Tek katlı müstakil	222	82,2
İki katlı müstakil ve üstü	48	17,8

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir. Tabloya göre, yaş ortalaması $72,82 \pm 0,35$ ve %35,9'u 65-69 yaş grubunda, %53'ü kadın ve %70,7'si evlidir. Yaşlı bireylerin %59,6'sı ilkokul mezunu, %90,7'si emekli, %80'inin gelirinin giderlerine denk ve fazla olduğu görülmektedir. Yaşlıların %60,7'si eşi ile %19,6'sı yalnız yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin %82,2'sinin evi tek katlı müstakil ve %17,8'inin ise iki katlı müstakil veya apartman dairesidir.

Tablo 4.2. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumları ile İlgili Özellikleri (n:270)

Sağlık durumu ile ilgili özellikler	Sayı	%
Hareket kısıtlılığı		
Yok	170	63,0
Var	100	37,0
Hareket kısıtlılığı sebebi (n:100)		
Osteoartrit	64	64,0
Geçirilmiş Fraktür	10	10,0
Artroplasti	12	12,0
Diğer	14	14,0
Kronik hastalık		
Yok	34	12,6
Var	236	87,4
Hipertansiyon		
Yok	66	24,4
Var	204	75,6
Diyabet		
Yok	158	58,5
Var	112	41,5
Diğer Hastalıklar (n:155)		
İskelet sistemi sorunu	21	13,8
Kalp sorunları	38	24,5
Kolesterol	53	34,5
Vertigo	17	11,0
Diğer	26	16,8

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sağlık durumları ile ilgili özellikleri verilmiştir. Tabloya göre, yaşlı bireylerin %37,0'sinde hareket kısıtlılığı olduğu, %64,0'ünde osteoartrit, %87,4'ünde kronik hastalık, %75,6'sında hipertansiyon ve %41,5'inde ise diyabet olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Yaşlı Bireylerin Düşme Öyküsü Özellikleri (n:270)

Düşme durumu ile ilgili özellikler	Sayı	%
Şimdiye kadar düşme durumu		
Yok	145	53,7
Var	125	46,3
Son bir yıl içerisinde düşme durumu		
Yok	198	73,3
Var	72	26,7
Kaç kez (n:72)		
1 kez	60	83,3
2 kez	4	5,6
3 kez ve daha fazlası	8	11,1
Düşmenin yaşandığı bölge (n:72)		
Salon	8	11,1
Yatak odası	10	13,9
Banyo/tuvalet	14	19,4
Mutfak	7	9,7
Bahçe	28	38,9
Diğer	5	6,9
Düşme sonrası ilk ne yaptı (n:72)		
Hiçbir şey yapmadı	43	59,7
Evde uygulama yaptı	8	11,1
Sağlık kuruluşuna başvurdu	21	29,2
Düştüğü Mevsim (n:72)		
İlkbahar	20	27,8
Yaz	6	8,3
Sonbahar	9	12,5
Kış	37	51,4
Düşme nedeni (n:72)		
Kaza/çevresel	36	50,0
Baş dönmesi/tansiyon	12	16,7
Denge bozukluğu ya da güçlüğü	12	16,7
Bilinmeyen	12	16,7
Düşmeye bağlı sağlık sorunu (n:72)		
Yok	28	38,9
Var	44	61,1
Sorunun tipi (n:44)		
Kırık/çıkık	11	25,0
Düşme korkusu	5	11,4
Doku zedelenmesi	23	52,3
Kafa travması	5	11,4
Evde düşmeyi önleyici önlem alındı (n:72)		
Hayır	60	83,3
Evet	12	16,7

Tablo 4.3.'de yaşı bireylerin düşme öyküsü özelliklerine ait bulgular verilmiştir. Yaşı bireylerin %46,3'ünün şimdiye kadar, %26,7'sinin son bir yıl içerisinde düşme yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların %38,9'u evinin bahçesinde, %19,4'ü ise banyo/tuvalet bölümünde düşme yaşadığı, %59,7'sinin düşme sonrası hiçbir şey yapmadığı saptanmıştır. Düşmelerin %51,4'ü kış mevsiminde ve %50,0'si kaza/çevresel nedenden meydana geldiği bulunmuştur. Yaşlıların %61,1'i düşmeye bağlı sorun yaşadığını, bu sorunların %52,3'ünde doku zedelenmesi olduğunu ifade etmiştir. Düşme yaşayanların %83,3'ü düşmeyi önleyici önlem aldığı ve %66,7'si banyo'ya tutanak /merdiven trabzanı yaptırdığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Yaşı Bireylerin Mobilitateye Bağlı Yeti Yitimi Puanları (n:270)

Mobilite Düzeyi	Sayı	%
Sorun Yok (15p)	147	54,4
Sorun Var (14p↓)	123	45,6

Tablo 4.4.'e göre, yaşı bireylerin, %45,6'sında mobilitate yeti yitimi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Yaşı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Oturma Odası/Salon” Bölümü Değerlendirilmesi (n: 270)

Özellikler	Hayır		Evet	
	Sayı	%	Sayı	%
Oda girişinde eşik olması	111	41,1	159	58,9
Yürüme alanında kilim vb. eşya olması	51	18,9	219	81,1
Koltuk/Sandalye yüksekliğinin uygun olmaması	68	25,2	202	74,8
Kapı genişliğinin uygun olmaması	126	46,7	144	53,3
Lamba aydınlatmasının 75 watt'ın altında olması	163	60,4	107	39,6
Yürüme alanında yolu daraltacak mobilyalar olması	21	7,8	249	92,2

Tablo 4.5.'e göre, yaşı bireylerin düşme riski yönünden oturma odası/salonu değerlendirildiğinde, %92,2'sinde yürüme alanında yolu daraltacak eşya olduğu, %81,1'inde yürüme alanında kilim ve benzeri eşya olduğu, %74,8'inde koltuk/sandalye yüksekliğinin uygun olmadığı, %58,9'unda oda girişinde eşik

olduğu, %53,3’ünde kapı genişliğinin uygun olmadığı ve %39,6’sında lamba aydınlatmasının 75 watt’ın altında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Mutfak” Bölümü Değerlendirilmesi (n:270)

Özellikler	Hayır		Evet	
	Sayı	%	Sayı	%
Mutfak girişinde eşik olması	120	44,4	150	55,6
Yürüme alanında kablolar/eşyalar olması	72	26,7	198	73,3
Göz hizasından yüksek/alçakta raflar olması	162	60,0	108	40,0
Sandalye yüksekliğinin uygun olmaması	189	70,0	81	30,0
Kapı genişliğinin uygun olmaması	89	33,0	181	67,0

Tablo 4.6.’da yaşlı bireylerin düşme riski yönünden “mutfak” bölümü değerlendirilmesine göre, %73,3’ünde yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyalar olduğu, %67’sinde kapı genişliğinin uygun olmadığı ve %55,6’sında mutfak girişinde eşik olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Yatak Odası” Bölümü Değerlendirilmesi (n:270)

Özellikler	Hayır		Evet	
	Sayı	%	Sayı	%
Kapı girişinde eşik olması	179	66,3	91	33,7
Yatak yüksekliğinin uygun olmaması	59	21,9	211	78,1
Yürüme alanında kilim ve benzeri eşya olması	86	31,9	184	68,1
Yürüme yolunda yolu daraltacak mobilyaların olması	45	16,7	225	83,3
Kapı genişliğinin uygun olmaması	69	25,6	201	74,4
Lamba aydınlatmasının 75 watt’ın altında olması	132	48,9	138	51,1

Tablo 4.7.’de yaşlı bireylerin düşme riski yönünden “yatak odası” bölümü değerlendirilmesine yer verilmiştir. Yatak odasında, %83,3’ünün yürüme yolunda yolu daraltacak mobilya olduğu, %78,1’inin yatak yüksekliğinin uygun olmadığı, %74,4’ünün kapı genişliğinin uygun olmadığı ve %68,1’inin yürüme alanında kaymaya neden olacak eşya olduğu ve %51,1’inin lamba aydınlatmasının 75 watt’ın altında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Banyo/tuvalet” Bölümü Değerlendirilmesi (n:270)

Özellikler	Hayır		Evet	
	Sayı	%	Sayı	%
Kapı girişinde eşik olması	173	64,1	97	35,9
Zeminin kaygan olması	149	55,2	121	44,8
Banyoda tutunma barının olmaması	1	0,4	269	99,6
Lavabo yüksekliğinin uygun olmaması	225	83,3	45	16,7
Klozet yüksekliğinin uygun olmaması	46	17,0	224	83,0
Klozette tutunma barının olmaması	6	2,2	264	97,8
Lamba aydınlatmasının 75 watt'ın altında olması	155	57,4	115	42,6
Küvet/duşa kabin zeminin kaygan olması	127	47,0	143	53,0

Tablo 4.8.'e göre yaşlı bireylerin düşme riski yönünden banyo/tuvalet değerlendirmesinde, %99,6'sında banyoda ve %97,8'inde klozette tutunma barının olmadığı, %83,0'ünün klozet yüksekliğinin uygun olmadığı ve %53,0'ünün küvet/duşa kabin zeminin kaygan olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.9. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Merdiven” Bölümü Değerlendirilmesi (n:43)

Özellikler	Hayır		Evet	
	Sayı	%	Sayı	%
Merdiven zemininin kaygan olması	24	55,8	19	44,2
Lamba aydınlatmasının 75 watt'ın altında olması	25	58,1	18	41,9
Zeminde kilim veya sabitlenmemiş eşyalar olması	38	88,4	5	11,6
Merdivende trabzan olmaması	36	83,7	7	16,3
Merdiven genişliğinin uygun olmaması	35	81,4	8	18,6
Basamakların genişliğinin uygun olmaması	28	65,1	15	34,9
Basamakların yüksekliğinin uygun olmaması	12	27,9	31	72,1
Basamağın kırık olması	41	95,3	2	4,7
Merdivenlerde yürüme alanını daraltacak eşyalar olması	41	95,3	2	4,7

Tablo 4.9.'da yaşlı bireylerin düşme riski yönünden “merdiven” bölümü değerlendirilmesi verilmiştir. Tabloya göre, yaşlı bireylerin %72,1'inin basamak yüksekliğinin uygun olmadığı, %44,2'sinin merdiven zemininin kaygan olduğu, %41,9'unun lamba aydınlatmasının 75 watt'ın altında olduğu ve %34,9'unun basamakların genişliğinin uygun olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.10. Yaşlı Bireylerin Düşme Riski Yönünden “Koridor” Bölümü Değerlendirilmesi (n:143)

Özellikler	Hayır		Evet	
	Sayı	%	Sayı	%
Zeminde sabitlenmemiş eşyalar olması	139	97,2	4	2,8
Koridorda yürüme alanını daraltacak eşyalar olması	102	71,3	41	28,7
Lamba aydınlatmasının 75 watt’ın altında olması	87	60,8	56	39,2

Tablo 4.10.’da yaşlı bireylerin düşme riski yönünden “koridor” bölümü değerlendirilmesi verilmiştir. Tabloya göre, %39,2’sinde lamba aydınlatmasının 75 watt’ın altında olduğu, %28,7’sinin koridorunda yürüme alanını daraltacak eşya olduğu ve %2,8’inin koridorda kaymaya neden olacak sabitlenmemiş eşya olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. Yaşlı Bireylerin DEKGDF’ye Göre Evin Bölümlerinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:270)

Evin Bölümleri	Ortalama $\bar{x}$ SS	Min-Max	Medyan	Mod
Oturma odası/Salon	4,06 $\bar{x}$ 0,07	0-7	4	4
Mutfak	2,78 $\bar{x}$ 0,07	0-5	3	3
Yatak odası	3,87 $\bar{x}$ 0,08	1-6	4	3
Banyo/Tuvalet	4,67 $\bar{x}$ 0,09	2-8	4	4
Merdiven	2,44 $\bar{x}$ 0,19	0-5	3	3
Koridor	0,71 $\bar{x}$ 0,06	0-3	1	1
Toplam puan	15,91 $\bar{x}$ 0,22	7-26	15	15

Yaşlı bireylerin DEKGDF’ye göre evin bölümlerinden aldıkları puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması tablo 4.11.’de verilmiştir. Puan ortalamaları, banyo/tuvalet bölümünden 4,67 $\pm$ 0,09, oturma odasından 4,06 $\pm$ 0,07, yatak odasından 3,87 $\pm$ 0,08, mutfaktan 2,78 $\pm$ 0,07, merdivenden 2,44 $\pm$ 0,19 ve koridor bölümünden 0,71 $\pm$ 0,06 olarak saptanmıştır. Evin tüm bölümlerinin toplam risk puanı ortalaması ise 15,91 $\pm$ 0,22 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Son Bir Yılda Düşme Yaşama Durumu (n: 270)

Tanımlayıcı özellikler	Düşme durumu				Önemlilik testi
	Hayır		Evet		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
65-69	76	78,4	21	21,6	χ^2 : 21,888 p: 0,000*
70-74	71	84,5	13	15,5	
75-79	28	66,7	14	33,3	
80+	23	48,9	24	51,1	
Cinsiyet					
Kadın	82	57,3	61	42,7	χ^2 : 39,752 p: 0,000*
Erkek	116	91,3	11	8,7	
Medeni Durum					
Evli	147	77,0	44	23,0	χ^2 : 4,399 p: 0,036*
Bekar	51	64,6	28	35,4	
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	35	60,3	23	39,7	χ^2 : 12,500 p: 0,014*
İlkokul	117	72,7	44	27,3	
Ortaokul	21	91,3	2	8,7	
Lise	18	90,0	2	10,0	
Üniversite	7	87,5	2	12,5	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	20	80,0	5	20,0	χ^2 : 0,626 p: 0,429
Çalışmıyor/Emekli	178	72,7	67	27,3	
Birlikte yaşadığı kişi					
Yalnız	36	67,9	17	32,1	χ^2 : 4,531 p: 0,210
Sadece eşi ile	127	77,4	37	22,6	
Eşi ve çocukları ile	20	71,4	8	28,6	
Diğer	15	60,0	10	40,0	
Gelir Düzeyi					
Gelir giderden az	32	59,3	22	40,7	χ^2 : 6,837 p: 0,009*
Gelir gidere denk/fazla	166	76,9	50	23,1	
Oturduğu evin tipi					
Tek katlı müstakil	164	73,9	58	26,1	χ^2 : 0,187 p: 0,666
İki katlı müstakil/apartman	34	70,8	14	29,2	

*p<0,05

Yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin düşme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; 80+ yaş grubunda düşme sıklığı %51,1 olduğu saptanmıştır ve yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (χ^2 : 21,888; p: 0,000; V:0,285). Kadınların %42,7'si düşme yaşarken, erkeklerin sadece %8,7'si düşmüştür. Son bir yılda yaşlıların cinsiyete göre düşme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 : 39,752; p: 0,000; ϕ :0,384).

Evli yaşlıların (23,0) ve bekar/dul yaşlıların düşme sıklıkları (35,4) arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (χ^2 : 4,399; p: 0,036; ϕ :0,128). Okuryazar olmayan bireylerin (%39,7) diğer eğitim düzeylerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (χ^2 : 12,500; p: 0,014; V: 0,215). Geliri giderinden az olan kişilerin (26,1) geliri gidere denk/fazla olanlara göre daha çok düştükleri ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (χ^2 : 6,837; p: 0,009; ϕ :0,159). Çalışma durumu, sağlık güvencesi olma durumu, evde biriyle kalma durumları ve oturduğu evin tipi ile bireylerin düşme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Son Bir Yılda Düşme Durumu (n:270)

Sağlık durumu	Düşme durumu				Önemlilik testi
	Hayır		Evet		
	Sayı	%	Sayı	%	
Hareket kısıtlılığı					
Yok	139	81,8	31	18,2	χ^2 : 16,685 p: 0,00*
Var	59	59,0	41	41,0	
Hareket kısıtlılığı sebebi					
Osteoartrit	40	62,5	24	37,5	χ^2 :1,072 P: 0,784
Geçirilmiş Fraktür	5	50,0	5	50,0	
Artroplasti	6	50,0	6	50,0	
Diğer	8	57,1	6	42,9	
Kronik hastalık					
Yok	33	97,1	1	2,9	χ^2 :11,197 p: 0,001*
Var	165	69,9	71	30,1	
Hipertansiyon					
Yok	58	87,9	8	12,1	χ^2 : 9,451 p: 0,002*
Var	140	68,6	64	31,4	
Diyabet					
Yok	126	79,7	32	20,3	χ^2 : 8,012 p: 0,005*
Var	72	64,3	40	35,7	
Diğer Hastalıklar					
İskelet sistemi sorunu	12	57,1	9	42,9	χ^2 : 2,968 p: 0,563
Kalp sorunları	23	60,5	15	39,5	
Kolesterol	38	71,7	15	28,3	
Vertigo	10	58,8	7	41,2	
Diğer	19	73,1	7	26,9	

*p<0,05

Tablo 4.13.'de yaşlı bireylerin sağlık durumlarına göre düşme durumu incelenmiştir. Buna göre, hareket kısıtlılığı olanların (%41,0) olmayanlara (%18,1) göre düşme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptanmıştır. (χ^2 : 16,685; p: 0,000; ϕ :0,249). Kronik hastalığı olanların (%30,1) olmayanlara göre (%2,9) düşme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 : 11,197; p: 0,001; ϕ :0,204). Hipertansiyonu olanların (%31,4) olmayanlara (%12,1) göre daha fazla düşme yaşadığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (χ^2 : 9,451; p: 0,002; ϕ :0,187). Diyabet sorunu olan bireylerin %35,7'si düşmüş iken, sorunu olmayanların %20,3'ü düşmüştür ve bu

fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 : 8,012; p: 0,005; φ : 0,172). Hareket kısıtlılığına sebep olan hastalıklar ve diğer sağlık sorunları olan kişilerin düşme bakımından istatistiksel olarak önemli bir farka sahip olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 4.14. Yaşlı Bireylerin Mobilite Düzeylerine Göre Son Bir Yılda Düşme Durumu (n:270)

Mobilite Düzeyi	Düşme durumu				Önemlilik testi
	Hayır		Evet		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sorun Yok (15p)	126	85,7	21	14,3	χ^2 : 25,294 p: 0,00*
Sorun Var (14p↓)	72	58,5	51	41,5	
*p<0,05					

*p<0,05

Yaşlı bireylerin mobilite düzeylerine göre son bir yılda düşme durumuna göre incelendiğinde (Tablo 4.14), mobilite sorunu olanların %41,5'i düşerken mobilite sorunu olmayanların %85,7'si hiç düşmemiştir ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir (χ^2 : 25,294; p<0,05; φ : 0,306).

Tablo 4.15. Yaşlı Bireylerin DEKGDF'ye Göre Evin Bölümlerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının ve Toplam Puan Ortalamasının Son Bir Yılda Düşme Durumuna Göre Dağılımı

Evin Bölümleri	Düşme durumu		Önemlilik testi
	Hayır	Evet	
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	
Oturma odası/Salon	4,07 $\pm$ 0,07	4,03 $\pm$ 0,14	Z: -0,323 p: 0,747
Mutfak	2,76 $\pm$ 0,08	2,83 $\pm$ 0,15	Z: 0,615 p: 0,538
Yatak odası	3,74 $\pm$ 0,09	4,25 $\pm$ 0,15	Z: 0,747 p: 0,002*
Banyo/Tuvalet	4,53 $\pm$ 0,10	5,06 $\pm$ 0,19	Z: 2,514 p: 0,012*
Merdiven	2,41 $\pm$ 0,25	2,50 $\pm$ 0,33	Z: 0,200 p: 0,841
Koridor	0,62 $\pm$ 0,06	0,95 $\pm$ 0,12	Z: 2,312 p: 0,021*
Toplam puan	15,57 $\pm$ 0,24	16,83 $\pm$ 0,49	Z: 2,048 p: 0,041*

Not: *p<0,05

Tablo 4.15'de Yaşlı bireylerin DEKGDF'ye göre evin bölümlerinden aldıkları puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamasının son bir yılda düşme durumuna göre dağılımı incelenmiştir. Düşen yaşlıların DEKGDF'ye göre yatak odası, banyo/tuvalet, koridor ve ölçekten alınan toplam puanın daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0,05$), oturma odası/salon, mutfak ve merdiven bölümünde ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde yaşlı bireylerin düşme sıklığının ve düşme yönünden ev içi çevre özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular iki bölüm halinde tartışılmıştır. Birinci bölümde yaşlı bireylerin sosyo demografik özelliklerine göre düşme durumu, ikinci bölümde ise düşme yönünden ev içi özelliklerinin tartışılması ele alınmıştır.

5.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Düşme Durumu

Yaşlılarda düşmelere birçok faktör sebep olabilir. Yaşlı kişilerde ilerlemiş yaş, cinsiyet, daha önce düşme öyküsünün olması, yürüme ve denge bozukluğu, çok sayıda ilaç tipi ve 4 veya daha fazla ilaç kullanımı, sosyoekonomik durum düşmeleri artıran faktörlerdendir. Düşmelere neden olan hastalık ve sorunların bazıları; kardiyovasküler hastalıklar, geçirilmiş serebrovasküler hastalık, periferik nöropati, diz artrit, vertigo, ortostatik hipotansiyon, kas güçsüzlüğü, yürüme fonksiyonlarında bozukluk, reflekslerde yavaşlama, görme ve işitme bozuklukları sayılmaktadır (Işık ve ark., 2006; Rubenstein, 2006; Ersanlı ve Kalkan, 2008; Sturnikes ve ark., 2008; Naharcı ve Doruk, 2009; Şencan ve ark., 2011; Eyigör, 2012; Ambrose ve ark., 2013; Erci, 2016).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %46,3'ünün şimdiye kadar (65 yaşından sonra), %26,7'sinin son bir yıl içerisinde düşme yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.). Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, Lök'ün (2010) Konya'da evde yaşayan yaşlılarla yaptığı çalışmasında son bir yıl içinde düşme sıklığı %47,7, Atman ve ark.'ı (2007) Manisa'da %49,2, Uymaz ve Nahcivan (2013) İstanbul'da %37,8, Hofheinz ve Mibs (2016) %30,8 ve Şahin (2017) %36,7 olarak saptamıştır. Aktaş (2012) çalışmasında yaşlıların son bir yıl içinde düşme sıklıklarını deney grubunda %34,2, kontrol grubunda %28,2 bulmuştur. Altıparmak ve Horasan ise (2012) huzurevinde kalan yaşlılarla yaptığı çalışmasında son bir yıl içinde düşme sıklığını %63,3, Uymaz (2012) %46,5 olarak bulmuştur. Bu sonuçlara bakıldığında, bizim çalışmamızdan daha yüksek düşme sıklığı belirlenmişken, Beyazay'ın (2011) (%23,2) ve Doğan'ın (2014) (%23,8) çalışma sonuçları, bizim çalışma sonucumuza daha yakın bulunmuştur. Bu durumun örneklem farklılığından ve yaşlılarda düşmeye

neden olabilecek değişik faktörlerden kaynaklanabileceğini, ayrıca yaşlılarda düşmenin yaygın bir sorun olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda 80+ yaş grubunda düşmelerin daha fazla (%51,1) olduğu bulunmuştur (χ^2 : 21,888; p: 0,000; V:0,285), ($p<0,05$), (Tablo 4.12.). İlerleyen yaş düşmeler için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Ambrose, 2013). Eyigör'ün belirttiğine göre; 65 yaş ve üzeri yaşlıların %30-40'ında, 80 yaş ve üzeri yaşlıların ise %50'sinde, her yıl düşme görülmektedir (Eyigör, 2012). Şahin (2017) çalışmasında 85+ yaş grubunda düşme sıklığını anlamlı derecede düşük olarak belirlemiştir ve bu durumu bu yaş grubunun daha az mobilize olmasıyla ilişkilendirmiştir. Alamgir ve ark.'ı (2012) çalışmamızla benzer şekilde 85+ yaş grubunda düşmelerin daha fazla olduğunu saptamıştır. Şencan ve ark. (2011) düşme ve düşme sonucu ciddi yaralanma ihtimalinin yaşla birlikte artmakta olduğunu söylemektedir. Doğan'ın (2014) ve Kibar ve ark.'nın (2015) çalışmasında da 75+ yaş grubunda düşmelerin daha fazla görüldüğü ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar çalışma sonucumuzla uyumlu olup, yaşlılarda, yaş arttıkça ev içinde düşmelerin daha sık görülebileceğini söyleyebiliriz. Halk sağlığı hemşirelerinin, yaşlılara yapılan ev ziyaretlerinde, bu durumu göz önünde bulundurmaları ve buna uygun olarak ev düzenlemelerinin yapılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda yaşlıların cinsiyetine göre son bir yıl içinde düşme durumları incelendiğinde, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kadınların daha fazla düştüğü saptanmıştır (Tablo 4.12). Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçlarına baktığımızda, Altıparmak ve Horasan (2012) huzurevinde kaza sıklığı ve kaza ile ilişkili faktörleri incelediği çalışmasında, cinsiyete göre düşme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulmazken, yapılan araştırmaların çoğunluğunda, çalışmamıza benzer şekilde (Lök, 2010; Tunçay ve ark., 2011; Alamgir ve ark., 2012; Şahin ve Erkal, 2016; Şahin, 2017) kadın yaşlıların daha fazla düşme yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durumun, kadın yaşlıların evde daha fazla zaman geçirmesinden ve ev işleri ile daha aktif olarak ilgilenmelerinden kaynaklanabileceğini düşünebiliriz. Kadın yaşlıların ev içinde düşme açısından daha fazla risk altında olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda evli yaşlıların düşme sıklığı ile (%23,0) bekar/dul yaşlıların düşme sıklığı (%35,4) arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12.). Bu sonuç, Lök'ün (2010) ve Huang'ın (2004) yaptığı çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Yalnız yaşamak, düşmeye neden olabilecek yaşlının kendisine ait bir etmendir (Akdeniz, 2009; Çınarlı ve Koç, 2015). Bu sonucu, bekar/dul yaşlıların genellikle evde yalnız yaşadığı için ev işleri ile tek başına, daha aktif olarak ilgilenmek zorunda olmalarına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda yaşlıların eğitim durumları ile son bir yıl içinde düşme durumları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre, okur-yazar olmayan grupta daha fazla yaşlının düştüğü (%39,7) saptanmıştır (χ^2 : 12,500; p: 0,014; V: 0,215), ($p<0,05$), (Tablo 4.12). Çalışma sonucumuz literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur (Lök, 2010; Kibar ve Ark, 2015). Çalışmamızdan farklı olarak Şahin'in (2017) İstanbul'da ve Gülhan'ın (2013) Trabzon'da yaşayan yaşlılarla yaptığı çalışmasında eğitim durumu ile düşme öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yaşlılarda düşmeyi etkileyen risk faktörlerinden biriside sosyo-demografik değişkenlerdir (Şencan ve Ark, 2011; Çınarlı ve Koç, 2015). Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve değerlendirilmesinde önemli bir yeri olan yaşam kalitesi bireyden bireye değişiklik göstermekle birlikte, bireyin yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, sahip olduğu kronik hastalıklar yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Kişinin eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir (Çınarlı ve Koç, 2015). Eğitim düzeyinin düşük olmasının, ekonomik durumu, buna bağlı olarak yaşanan çevreyi olumsuz yönde etkilediğini ve kısır döngü şeklinde sorunları beraberinde getirdiği düşünülebilir.

Çalışmamızda yaşlıların evde yalnız ya da başkalarıyla birlikte yaşama durumuna göre son bir yıl içinde düşme durumları incelendiğinde önemli bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 4.12). Aynı şekilde yaşlıların yaşadığı ev tipine göre son bir yıl içinde düşme durumları incelendiğinde, fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.12). Doğan'ın (2010) ve Lök'ün (2010) çalışmasında yalnız yaşayanlarda ev kazasının daha fazla görüldüğü ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Gülhan (2013) çalışmamızla uyumlu şekilde yaşlıların ikamet edilen konutun türü ile düşme öyküsü arasında istatistiksel

olarak anlamlılık saptamamıştır. Lök (2010) çalışmasında müstakil evde oturanların diğer yaşlılara göre daha fazla düştüğünü ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu belirlemiştir. Budak'ın (2008) çalışmasında konut tipi ve düşmeler arasında anlamlı fark görülmemiştir. Bu sonuçlar, çalışmamızdaki yaşlıların çoğunlukla müstakil evlerde ve çocukları ile yakın bölgelerde ikamet etmesi, yaşlının bir ihtiyacı olduğunda çocuklarından yardım alabileceği ve böylece düşme yönünden riskli davranışlarda bulunmayacağını düşündürebilir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin kronik hastalığı ile son bir yıl içinde düşme durumları incelendiğinde literatürle (Huang, 2004; Budak, 2008; Lök, 2010; Doğan, 2014; Altıparmak ve Horasan, 2012; Gülhan, 2013) uyumlu olarak aralarındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13). Doğan (2010) araştırmasında kronik hastalıklarla ev kazaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir. Kronik hastalıklar düşmeye neden olabilen yaşlının kendisine ait etmenlerdendir (Akdeniz, 2009; Ambrose ve ark., 2013). Kronik hastalıklar beraberinde bazı sorunları getirmekte ve kullanılan ilaç sayısını da artırmaktadır. Bu durumun yaşlının düşme riskini artırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda mobilite düzeyine göre son bir yılda düşme durumu incelendiğinde, mobilite sorunu olan yaşlılarda düşme (%41,5) mobilite sorunu olmayan yaşlılardaki düşmeye (%14,3) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14.). Diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olarak (Lök, 2010; Altıparmak ve Horasan, 2012; Gülhan, 2013) mobilite de sorunu olan yaşlıların düşme riski artmaktadır (Ambrose ve ark., 2013). Mobilite de sorunu olan yaşlılar hareketlerinin sınırlandırılması nedeniyle rutin işlerini yaparken zorlanabilir, düşme ve düşmenin getirdiği sorunlarla karşı karşıya kalabilir, bu durum da onların daha az hareket etmesine neden olarak, yaşlıyı kısır bir döngü içerisine sokabilir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin son bir yıl içinde düşme öyküsü özellikleri incelendiğinde; yaşlıların %51,4'ünün kış mevsiminde düştüğü saptanmıştır (Tablo 4.3.). Tortumluoğlu ve Ark'ı (2004) ve Budak (2008) çalışmalarında benzer şekilde düşmelerin en çok kış mevsiminde olduğunu belirlemişlerdir. Bu durum mevsim koşulları nedeniyle yaşlı bireylerin ev içerisinde daha fazla zaman geçirmesi ile ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, yaşlıların düşme nedenlerinin %50,0'sinin kaza/çevresel faktörlerden meydana geldiği bulunmuştur (Tablo 4.3.). Gülhan (2013) yaşlıların %31,2'sinin, Li ve ark.'ı (2016) %26,6 kaza/çevresel faktörler, Yeşilbakan ve Karadakovan (2005) en fazla baş dönmesi, Şahin (2017) en fazla denge kaybı nedeniyle düşmelerin gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Yaşlılığa bağlı görme hassasiyetindeki sorunlar yaşının çevresel risk faktörleriyle karşı karşıya kalmasına ve düşme riskine katkıda bulunmaktadır (Ambrose ve ark., 2013). Yaşlıda mevcut sorunlar çevresindeki risklere olan farkındalığını ve uyum yeteneğini azaltmaktadır. Böylece yaşlı birey düşmeye maruz kalmaktadır.

Çalışmamızda son bir yıl içinde düşme yaşayan yaşlıların %59,7'sinin düşme sonrası sağlık kuruluşuna gitmediği bulunmuştur (Tablo 4.3.). Budak'ın (2008) çalışmasında %69,2'sinin, Şahin ve Erkal'ın (2016) çalışmasında ise %43,3'ünün düşme sonrası sağlık kuruluşuna gitmediği belirlenmiştir. Tortumluoğlu ve ark.'ı (2005) çalışmamızdan farklı olarak yaşlıların %56,6'sının ev kazası sonucu sağlık kuruluşuna başvurduğunu saptamıştır. Yaşlıların düşme sonrası sağlık kuruluşuna başvurmama nedenini düşmeye bağlı yaralanmaların şiddeti ya da yaşlı bireyi sağlık kuruluşuna ulaştıracak birisinin bulunmaması ile ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda son bir yılda düşme yaşayan yaşlıların en fazla olarak ilk sırada evinin bahçesinde (%38,9), ikinci sırada ise banyo/tuvalette (%19,4) düştüğü saptanmıştır. Literatürde yaşlıların en fazla banyoda (Budak, 2008; Lök, 2010; Beyazay, 2011; Uymaz, 2012; Patil ve ark., 2015), merdivenlerde (Altıparmak ve Horasan, 2012; Evans ve ark., 2015) ve oturma odasında (Camilloni ve ark., 2011; Uymaz, 2012) düştüğünü saptayan çalışmalar görülmektedir. Çalışmamızda yaşlıların en fazla bahçede düşmelerini, çoğunluğunun bahçeli müstakil evde yaşıyor olması ve zamanlarının çoğunu bahçe işleriyle ilgilenererek geçiriyor olabileceklerine bağlayabiliriz. Değişik çalışmalarda yaşlıların ev içinde farklı alanlarda düşmeleri, araştırma yapılan bölgelerin ev tipindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %61,1'i düşmeye bağlı sorun yaşadığını, bu sorunların sırasıyla doku zedelenmesi (%52,3), kırık/çıkık (%25,0), düşme korkusu (%11,4) ve kafa travması (%11,4) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.). Lök (2010)

yaşlıların %1,7'sinin düşme sonunda yaralandığını, Beyazay (2011) düşmeye bağlı gelişen durumlar sorgulandığında, bireylerin %13,6'sı kırık geliştiğini, %8'i herhangi bir travma gelişmediğini, %4,8'i laserasyon, %3,2'si kontüzyon (çürük), Evans ve ark. (2015) kafa travması olarak bildirmiştir. Naharcı ve Doruk, (2009) yaşlı bireylerin %10-25'inde düşme sonrası kırıklar ve yaralanmaların geliştiğini belirtmiş ve bireyin düşüş şeklinin, yaralanmanın tipini belirleyebileceğini bildirmiştir. Düşmeye bağlı belirlediğimiz sorunlar yaşlının düşme şekli ve şiddeti ile ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

5.2.Yaşlı Bireylerin Ev İçi Özelliklerinin Tartışması

Yaşlı bireylerde çevresel faktörler düşmeler yönünden risk oluşturmaktadır. Çalışmamızın bu bölümünde, yaşlı bireylerin düşme riski yönünden ev içi özelliklerini saptamak amacıyla kullanılan DEKDF ile evin tüm bölümleri dolaşarak gözlem ve ölçüme dayalı olarak elde edilen verilerin tartışılmasına yer verilmiştir.

Edwards (2011) yaşlılarda düşmelerin üçte birinin çevresel faktörler nedeniyle olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle yaşlının yaşadığı ortamda bulunan risk faktörleri düşme açısından önemli yer tutmaktadır. Yaşlılarda düşme yönünden çevresel tehlikeler arasında; kaygan ve düzgün olmayan zemin, dengesiz merdivenler ve korkuluğun yetersizliği, uygun olmayan basamak genişliği ve yüksekliği, zayıf aydınlatma, dar alanda çok eşya, ortalıktaki kablolar, katlanmış kilim, yıpranmış halı, halı püskülleri, sabit olmayan mobilyalar, uygunsuz yükseklikteki eşyalar (yatak, tuvalet ve mutfak dolapları, kapı girişlerinde yükseklik farkı), tutunma barlarının olmaması sayılmaktadır (Güner ve Güler, 2002; Işık ve ark., 2006; Şencan ve ark., 2011; Eyigör, 2012).

Çalışmamızda yaşlıların düşme riski yönünden oturma odası/salon özellikleri değerlendirildiğinde, %58,9’unda kapı girişinde eşik, %81,1’inde yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek eşya, %92,2’sinde yürüme alanında yolu daraltacak eşya olduğu saptanmış, %74,8’inde koltuk/sandalye yüksekliği, %53,3’ünde kapı genişliğinin risk oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.). Lök (2010) çalışmamızla uyumlu şekilde oturma odası özelliklerini; %53,5 kapı girişinde eşik, %16,5 kapı genişliği, %95,6 yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyaların olduğunu saptamıştır. Doğan’ın (2014) çalışmasında oturma odasında yetersiz aydınlatma ve takılma durumu açısından huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılar arasında anlamlı fark olduğunu belirlemiştir. Jamebozorgi ve ark.’nın (2012) çalışmasında ise yürüme yolunda engeller, teller ve kablolar, küçük halılar, uygun olmayan döşeme ve aydınlatma yönünden risk faktörleri saptanmıştır. Yaşlıların yaşadığı ortamda zayıf aydınlatma, kaygan zeminler ve kayan halı ya da kilimler düşmeye neden olan çevresel etmenlerdir (Akdeniz ve ark., 2009). Çalışma sonuçları, yaşlıların zamanlarının çoğunu

geçirdikleri oturma odası/salon alanlarında düşmeye neden olabilecek pek çok risk faktörü olduğunu göstermektedir. Yaşlılar bu risk faktörlerinin yaratacağı sorunlar ve alabilecekleri önlemler yönünden bilinçlendirilmelidir.

Çalışmamızda yaşlıların düşme riski yönünden mutfak özellikleri değerlendirildiğinde, %55,6'sında mutfak girişinde eşik, %73,3'ünde yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyaların olması ve %67'sinde kapı genişliğinin risk oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6.). Lök'ün (2010) çalışmasında yaşlıların düşme riski yönünden mutfak özellikleri değerlendirildiğinde; kapı girişinde eşik olduğu (%72,4), yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek kablolar/eşyalar olduğu (%90,5), odada sürekli/sıklıkla kullandığı koltuk/sandalye yüksekliğinin risk oluşturduğunu (%20,6) ve tamamının mutfakta göz hizasından alçakta/yüksekte raflar olduğunu bulmuştur. Doğan (2014) ise mutfağın çevresel koşullarını incelediğinde; yetersiz aydınlatma, ıslak zemin ve takılma durumu açısından huzurevi ve evde yaşayan yaşlılar arasında anlamlı fark olduğunu belirlemiştir. Güler'in (2016) çalışmasında mutfaktaki üst rafların tabure kullanmadan ulaşılabilir yükseklikte olmadığı saptanmıştır. Jamebozorgi ve ark.'nın (2012) çalışmasında mutfak zeminlerinin kaygan olduğu, uygun olmayan döşeme ve aydınlatma olduğu saptanmıştır. Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçları, evlerde sıklıkla kullanılan mutfak bölümünde de düşmeye neden olabilecek pek çok risk faktörü olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın yapıldığı bölge KKTC'nin eski bir yerleşim yeridir ve bölgede bulunan yaşlıların oturduğu binaların çoğunluğu da eski mimari yapıdadır. Bu nedenle yaşlıların yarıdan fazlasının evlerinde düşmelere yol açabileceğini söyleyebileceğimiz, kapı girişlerinde eşikler ve kapı genişliklerinin de dar olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda yaşlıların düşme riski yönünden yatak odası özellikleri değerlendirildiğinde ise yatak odasında %83,3 yürüme yolunda yolu daraltacak mobilya, %78,1 yatağın yüksekliği, %74,4 kapıların genişliği ve %68,1 yürüme alanında kaymaya neden olacak eşyaların risk oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 4.7.). Doğan (2014) çalışmasında yatak odasını düşme yönünden değerlendirdiğinde, yetersiz aydınlatma ve takılma durumu açısından huzurevinde ve evde yaşayan

yaşlılar arasında anlamlı fark olduğunu belirlemiştir. Lök (2010) çalışmasında yaşlıların yatak odası özelliklerine göre; kapı girişinde eşik (%50,2), yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyalar (%91,7) ve kullandıkları yatağın yüksekliğinin (%40,9) risk oluşturduğunu saptamıştır. Gürler (2016) çalışmasında yatağın başucunda gece lambası olmadığını (%50,0) risk faktörü olarak belirlemiştir. Yaşlıların yaşadıkları uyku sorunları ve gece sık tuvalete gitmelerini de göz önünde bulundurduğumuzda yatak odasında düşme riski artmaktadır. Yine yaşlıların eskiden kalma alışkanlıkları nedeniyle uygunsuz yatak yüksekliklerine sahip olduklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda yaşlıların düşme riski yönünden banyo/tuvalet özellikleri değerlendirildiğinde, %53,0'ünün küvet/duşa kabin zeminin kaygan olduğu, %99,6'sında banyoda ve %97,8'inde klozette tutunma barlarının olmadığı ve %83,0'ünün klozet yüksekliğinin risk oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Doğan'ın (2014) çalışmasında, yaşlıların banyo/tuvalet özellikleri incelendiğinde; yetersiz aydınlatma, ıslak zemin, dağınıklık ve kapı eşiği açısından evde ve huzur evinde yaşayan yaşlılar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lök'ün (2010) çalışmasında banyo/tuvalet özellikleri değerlendirildiğinde; kapı girişinde eşik olduğu (%98,4), banyo zeminin kaygan olduğu (%94,2), tamamında tutunma barlarının olmadığı, küvet/duşa kabin zeminin kaygan olduğu (%6,2), klozet bulunanların tamamının kenarlarında tutunma barlarının olmamasının düşme yönünden risk oluşturduğu saptamıştır. Gülhan (2013) klozet ya da tuvalette tutunma çubuğu olmamasını ev ortamında düşmeye neden olan faktörlerden olarak belirlemiştir. Gürler'in (2016) çalışmasında düşmelere ilişkin risk faktörleri değerlendirildiğinde, bireylerin banyo zemininin kaygan olduğu (%67,3), banyoda kaymayı önleyen bir malzeme kullanmadığı (%38,5), banyoda ve tuvalette trabzan veya tutamak olmadığını (%82,7) belirlemiştir. Çalışmamızda yaşlı bireylerin tamamına yakınının banyosunda tutamak olmamasını düşme yönünden risk oluşturduğunu söyleyebiliriz. Banyo zemininin kaymayan malzeme ile kaplanması, duş ve küvette kaymayan paspas ve malzeme kullanılması, banyo ve tuvalet yanında sağlam tutamaklar olması gerekmektedir (Kutsal, ty).

Çalışmamızda yaşlıların düşme riski yönünden merdiven özellikleri değerlendirildiğinde, %72,1'inin basamaklarının yüksekliğinin uygun olmadığı,

%44,2'sinin merdiven zemini kaygan olduğu, %41,9'unun lamba aydınlatmasının riskli olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin merdivenlerinde, %72,1'inin basamak yüksekliği ve %34,9'unun genişliği risk oluşturmaktadır (Tablo 4.9) Jamebozorgi ve ark.'nın (2012) çalışmasında merdivenlerde tutanak bulunmadığını belirlemiştir. Lök (2010) çalışmasında yaşlı bireylerin merdiven özelliklerini değerlendirdiğinde, merdiven zemininin, trabzanının, kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyalar yönünden riskli olduğunu, merdiven bulunanların tamamında yürüme alanında yolu daraltacak eşyalar ve basamaklarda kırık ya da onarılmamış bölümler ve merdiven genişliklerinin uygun olmadığını saptamıştır. Gürler'in (2016) çalışmasında merdiven basamaklarının sağlam olmadığı (%3,8) ve merdiven zemininin kaymaya neden olabilecek özellikte (%13,5) olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarda merdivenlerde düşmeleri önlemek amacıyla, merdivenlere elektrik düğmeleri takılmalı, ışıklandırmalar yapılmalı, basamakların yan kenarlarına kaymayan, fark edilebilir, renkli şeritler yerleştirilmeli ve uygun yükseklikte basamak olmalıdır. Basamakların her iki yanına trabzanlar konulmalıdır (Naharcı ve Doruk, 2009)

Çalışmamızda yaşlıların düşme riski yönünden koridor özellikleri değerlendirildiğinde, %28,7'sinde yürüme alanını daraltacak eşya, %2,8'inde kaymaya neden olacak sabitlenmemiş eşya saptanmıştır (Tablo 4.10.). Lök (2010) çalışmasında düşme riski yönünden koridor özelliklerini incelediğinde; zeminde kilim vb kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş eşyalar olduğu (%98,4) ve lamba aydınlatmasının uygun olmadığını (%0,4) gözlemlemiştir. Budak'ın (2008) çalışmasında konut risk durumu değerlendirmesinde koridorlarında çarpıp düşmeye neden olacak kutu vb. eşya bırakanlar vaka grubunda daha yüksek saptamıştır. Yaşlılara ve yakınlarına, koridorda düşmeye neden olabilecek risk faktörleri konusunda eğitim vererek, alınacak önlemler konusunda bilinçlendirilmelerinin gerektiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda yaşlıların düşme riski yönünden evin bölümlerinden aldıkları puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması incelenmiştir. DEĞKDF'ye göre yatak odası, banyo/tuvalet, koridor ve ölçekten alınan toplam puanın daha olumsuz yönde olduğu ve son bir yılda düşme yaşayanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Oturma odası/salon, mutfak ve merdiven bölümünde ise son

bir yılda düşme yaşayanlar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Evin tüm bölümlerinin toplam risk puanı ortalaması ise $16,83 \pm 0,49$ olarak belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.15). Lök'ün (2010) çalışmasında düşme yaşayanların DEKGDF'ye göre banyo/tuvalet, mutfak, yatak odası, oturma odası/salon ve ölçekten alınan toplam puanın daha olumsuz yönde olduğu ve son bir yılda düşenler arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Merdiven ve koridor bölümünden alınan puanların ise son bir yılda düşenler arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Düşen yaşlı bireylerin toplam risk puanı ise $16,69 \pm 3,800$ olarak belirlenmiştir. Jamebozorgi ve ark.'ı (2012) İran'da düşmeye bağlı risk faktörlerini araştırdıkları çalışmasında düşen yaşlıların yalnızca %7,5'inin güvenli bir çevrede yaşarken, %55,2'sinin güvensiz ev ortamında yaşadıklarını saptamışlardır. Büker ve ark.'nın (2008) araştırmasında, şehirde yaşayan yaşlı bireylerin evlerinin %74,9'unun, kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin ise %84,6'sının güvenlik açısından iyi olmadığı belirlenmiştir. Doğan (2014) ise evde yaşayan yaşlıların mutfak, banyo, oturma odası, yemek odası ve yatak odasının çevre koşullarının düşme açısından huzurevinde yaşayan yaşlılara göre daha riskli olduğu belirlemiştir. Patil ve ark.'nın (2015) çalışmasında düşme durumuna göre evdeki riskli durumları, aydınlatma yetersizliği, evin girişindeki basamaklar, girişlerdeki eşikler ve kaygan zeminler olarak belirlemiştir. Çevre ışıklandırması, takılabilecek kordon, mobilya ve halıların kaldırılması, banyo ve tuvaletlere tutunma destekleri, yatağın boyunun ayarlanması, merdiven yükseklikleri, kapı genişlikleri, yerde kayan zemine koruyucu bantlar, bazı eşyaların sabitlenmesi gibi önlemlerin düşmeler için yararlı olacaktır (Eyigör, 2012).

6. SONUÇLAR

Dikmen bölgesinde yaşayan yaşlı bireylerin düşme sıklıklığının ve düşme yönünden ev içi çevre özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yaşlı bireylerin %46,3'ünün şimdiye kadar (65 yaşından sonra), %26,7'sinin son bir yıl içerisinde düştüğü saptanmıştır.
- Yaşlılarda 80+ yaş grubunda düşmelerin daha fazla (%7,8) olduğu bulunmuştur.
- Kadın yaşlıların erkek yaşlılardan daha fazla düştüğü belirlenmiştir.
- Evli yaşlıların düşme sıklığı ile (%23,0) bekar/dul yaşlıların düşme sıklığı (%35,4) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
- Okur-yazar olmayan yaşlı grupta daha fazla düşme görüldüğü saptanmıştır.
- Son bir yıl içinde düşme yönünden evde yalnız yaşayan yaşlılar ile başkalarıyla birlikte yaşayan yaşlılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Mobilite de sorunu olan yaşlı bireylerin %41,5'inin, mobilite sorunu olmayan yaşlı bireylerin ise %14,3'ünün düştüğü, farkın önemli olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlı bireylerin son bir yıl içinde düşme öyküsü özelliklerine göre; %51,4'ünün kış mevsiminde, en fazla evinin bahçesinde (%38,9), ikinci sırada ise banyo/tuvalette (%19,4) düştüğü saptanmıştır.
- Yaşlı bireyler düşmeye bağlı sorun yaşadığını (%61,1), bu sorunların sırasıyla doku zedelenmesi (%52,3), kırık/çıkık (%25,0), düşme korkusu (%11,4) ve kafa travması (%11,4) olduğunu ifade etmiştir.
- Yaşlıların oturma odası değerlendirildiğinde, %58,9'unda kapı girişinde eşik, %81,1'inde yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek eşya, %92,2'sinde yürüme alanında yolu daraltacak eşya olduğu saptanmış, %74,8'inde koltuk/sandalye yüksekliği, %53,3'ünde kapı genişliği ve %39,6'sında lamba aydınlatmasının risk oluşturduğu saptanmıştır.
- Yaşlı bireylerin düşme yönünden mutfak özelliklerine göre, evlerin %55,6'sında mutfak girişinde eşik, %73,3'ünde yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek sabitlenmemiş kablolar/eşyalar olması ve %67'sinde kapı genişliği risk oluşturduğu belirlenmiştir.

- Yaşlı bireylerin yatak odasında düşme yönünden değerlendirilmesinde, %83,3'ünde yürüme yolunda yolu daraltacak mobilya, %78,1'inde yatağın yüksekliği, %74,4'ünde kapıların genişliği ve %68,1'inde yürüme alanında kaymaya neden olacak eşyaların risk oluşturduğu saptanmıştır.
- Yaşlıların banyo/tuvalet'inin %35,9'unda kapı girişinde eşik, %99,6'sında banyoda ve %97,8'inde klozette tutunma barlarının olmaması %83,0'ünün klozet ve %16,7'sinin lavabo yüksekliği risk oluşturduğu belirlenmiştir.
- Yaşlıların merdivenlerinde %44,2'sinin merdiven zemini kaygan, %41,9'unun lamba aydınlatması riskli, %16,3'ünün trabzanının olmadığı, %72,1'inin basamak yüksekliği ve %34,9'unun genişliğinin risk oluşturduğu belirlenmiştir.
- Yaşlıların evin tüm bölümlerinin toplam risk puanı ortalaması $16,83 \pm 0,49$ olarak, düşme yaşayan yaşlı bireylerin toplam risk puanı ise $16,69 \pm 3,800$ olarak belirlenmiştir. Düşme yaşayanların DEKGDF'ye göre yatak odası, banyo/tuvalet, koridor ve ölçekten alınan toplam puanın daha olumsuz yönde olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Dört yaşlıdan birinin son bir yılda düşme öyküsü olduğu belirlendiğinden, özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde görev alan hemşirelerin yaşlı bireyleri düşmeler yönünden değerlendirmeleri,
- Kadın, bekâr, okur-yazar olmayan, gelirini az algılayan, ileri yaş grubu, kronik hastalığı ve mobilite sorunu olan yaşlıların düşme riskinin daha fazla olduğu saptandığından, halk sağlığı hemşirelerinin, ev ziyaretlerinde, bu grubu daha yakından izlemeleri,
- Yaşlılarda düşme riski yönünden ev içi özelliklerine yönelik veri toplanması ve düşme yönünden riskli alanların belirlenmesi,
- Ev içinde düşmeler yönünden risk oluşturan alanlar için yaşlıların ve ailelerinin düşmeler yönünden farkındalığının artırılması,
- Bu çalışmanın KKTC genelinde daha geniş bir örneklem ile yapılması,
- Bu araştırmalar yapılırken ev içi özelliklerinin yanında evin bahçesini de değerlendiren çalışmaların yapılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Akın, B. ve Emiroğlu, ON (2007). Rivermead mobilite indeksi (RMI) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Geriatri Dergisi*. 10, 124-130.

Akın, B. ve Lök, N. (2012). Yaşlılarda Düşme Yönünden Ev içi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Akademik Geriatri Dergisi*. 4, 142-151.

Alamgir, H., Muazzam, S. ve Nasrullah, M. (2012). Unintentional falls mortality among elderly in the United States: Time for action. *Injury International Journal Care Injured*. 43, 2065–2071.

Altıparmak, S. ve Horasan, GD. (2012). Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza İle İlişkili Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*. 15(3), 292-298.

Altuntaş, O. ve Kayıhan, H. (2015). Ev Düzenlemelerinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 26(1), 1-13.

Ambrose, A.F., Paul, G. ve Hausdorff, JM. (2013). Risk Factors For Falls Among Older Adults: A Review Of The Literature. *Maturitas*. 75, 51– 61.

Arabacı, Z. (2015). Yaşlılarda Ev Kazaları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 25(2), 24-29.

Aras, RY., Narayan, V., D'souza, ND. ve Veigas, İ. (2012). Assessment Of Accident Risk Among Elderly In Domestic Environment: A Cross-Sectional Study In Rural South Karnataka, India. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 5(6), 565-568.

Atman, ÜC., Dinç, G., Oruçoğlu, A., Oğurlu, H. ve Ecebay, A. (2007). Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza İle İlişkili Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*. 10(2), 83-87.

Bahar, A. ve Parlar, S. (2006). Yaşlılık ve Evde Bakım. I. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, 33-39.

Baran, E. ve Özvarış, ŞA. (2012). Yaşlılık Döneminde Sağlığın Geliştirilmesi. D. Aslan, ve M. Ertem (Ed.). Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler(s.25-30). Ankara:Palme Yayıncılık.

Beğer, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi. 25(3), 1-3.

Bergen, G., Stevens, MR. ve Burns, ER. (2016). Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥ 65 Years — United States, 2014. Erişim: 23.04.2017, <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6537a2.htm>

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

Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 25(3), 1-6.

Boylu, AA. (2013). Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Konut İlişkisi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 24(1), 145-156.

Budak, ED. (2008). Isparta İli Keçiborlu İlçesindeki Yaşlılarda Ev Kazaları Sıklığı ve Konut Durumunun Buna Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Bulduk, ÖE. (2014). Yaşlılık ve Toplumsal Değişim. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 18(2), 53-60.

Büker, N., Altuğ, F., Kitiş, A. ve Cavlak, U. (2008). Şehirde ve Kırsal Kesimdeki Yaşlıların Ev Güvenliğinin İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 7(4), 297- 300.

Camilloni, L., Farchi, S., Rossi, PG., Chini, F., Giorgio, MD. ve Molino, N. (2011). A Case–Control Study On Risk Factors Of Domestic Accidents İn An Elderly Population. International Journal of Injury Control and Safety Promotion. 18(4), 269–276.

Crews, J., Cou, CF., Steven, J. ve Saaddine, J. (2014). Falls Among Persons Aged ≥ 65 Years With and Without Severe Vision Impairment — United States, 2014. 65(17), 433-437 Erişim: 09.05.2017, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6517a2.htm?s_cid=mm6517a2_e

Çamur, D. ve Vaizoglu, SA. (2012). Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre. D. Aslan, ve M. Ertem (Ed.). Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler (s.31-36). Ankara: Palme Yayıncılık.

Çınarlı, T. ve Zeliha, K. (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). 660-679.

Demirbilek, T. ve Özgür, AÖ., (2017). Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10(1), 14-28.

Doğan, A. (2012). Yaşlının Evi ve Çevresi. Geriatri Sempozyum Kitabı. Erişim: 20.02.2017, <http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/12.pdf>

Doğan, H., Canbaz, S., Tander, B., Pekşen, Y., Cantürk, F. ve Oruç, N. (2010). Samsun'da Yaşlılar Arasında Ev Kazaları Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Medical Science. 40(4), 651-658.

Doğan, Z. (2014). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme İle İlişkili Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Erci, B. (2016). Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Nobel Kitapevleri: Elazığ.

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

Evans, D., Pester, J., Vera, L., Jeanmonod, D. ve Jeanmonod, R. (2015). Elderly Fall Patients Triage to The Trauma Bay: Age, Injury Patterns, And Mortality Risk. American Journal of Emergency Medicine. 33, 1635–1638.

Evren Kibar, E., Aslan, D., Karakoç, Y. ve Kutsal, YG. (2015). Ankara'da Bir Kurumda Yaşayan Yaşlılar Arasında Düşme Sıklığı, Risk Faktörleri ve Korunmaya İlişkin Yaklaşımlar. TAF Preventive Medicine Bulletin. 14(1), 23-31.

Eyigör, S. (2012). Düşmelere Yaklaşım. Ege Tıp Dergisi. 51(Özel Sayı), 43-51.

Gülhan, S. (2013). Trabzon İl Merkezinde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Riski, Düşme Prevalansı ve Düşmeye Bağlı İşlevsel Yetersizlik. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.

Güner, P. ve Güler, Ç. (2002). Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi. Türk Geriatri Dergisi. 5(4), 150-154.

Gürgeç C., Ertan T., Eker E., Yaşar R. ve Engin F. (2002). Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik Ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 13(4), 273-279.

Hofheinz, M. ve Mibbs, M. (2016). The Prognostic Validity of the Timed for Predicting the Risk of Falls in the Elderly. Gerontology & Geriatric Medicine. 2, 1–5.

Huang, TT. (2005). Geriatric Fear Of Falling Measure: Development And Psychometric Testing. International Journal of Nursing Studies. 4, 357–365.

Kalınkara, V. (2015). Yaşlıların Antropometrik Ölçülerinin İç Mekan Tasarımına Uygulanması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2, 98-113.

Kaptan, G. (2013). Geriatrik Bakım İlkeleri. İstanbul (s.1-10). Nobel Tıp Kitapevi.

Karadeniz, G. (2006). Yaşlıda Evde Bakım (s. 44-54). İstanbul: Göktuğ Yayıncılık.

Keskin, AG., Uncu, G., Tanburoğlu, A. ve Adapınar, DÖ. (2016). Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Nörolojik Hastalıklar. Osmangazi Tıp Dergisi. 38(Özel Sayı 1), 75-82.

Keskinoğlu, P. (2012). Yaşlılık ve Yeti Yitimi. D. Aslan, ve M. Ertem (Ed.). Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler(s.75-79). Ankara:Palme Yayıncılık.

Keskinoğlu, P., Giray, H., Bıçakcıfe, M., Bilgiç, N. ve Uçku, R.(2006). The Prevalence And Risk Factors Of Dementia in The Elderly Population in A Low

Socio-Economic Region of Izmir, Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics. 43, 93-100.

KKTC Devlet Planlama Örgütü, 2015 (Erişim Tarihi; 10.04.2017).
<http://www.devplan.org/Frame-tr.html>

Kutsal, Y. (T.Y.). Yaşlılarda Düşme. Hacettepe Üniversitesi GEBAM.

Kutsal, YG. (2003). Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum Yaşlanan İnsan. Toplum Hekimliği Bülteni. 3(4). Erişim: 20.03.2017,
http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi_3-4/baslik1.pdf

Kutsal, YG. ve Eyigör, S. (2012). Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Görülen Hastalıklar. D. Aslan, ve M. Ertem (Ed.). Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler (s.48-59). Ankara:Palme Yayıncılık.

Küçükdeveci, AA. (2005). Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi. 51(Özel Ek B), 23-29.

Li, İF., Hsiung, Y., Hsing, HF., Lee, MY., Chang, TH. ve Huang, MY. (2016). Elderly Taiwanese's Intrinsic Risk Factors for Fall-related Injuries. International Journal of Gerontology. 10, 137-141.

Lök, N. (2010). Yaşlılarda Düşmelere Sebep Olan Ev İçi Çevresel Risk Faktörleri ve Düşme İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Naharcı, İ. ve Doruk, H. (2009). Yaşlı Popülasyonda Düşmeler. TAF Prev Med Bull. 8(5), 437-444.

National Institutes Of Health (2015). International Population Reports. Erişim: 24.03.2017,
<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>

Ortabağ, T., Özdemir, Ö. ve Kılıç, S. (2011). Özel Bakım Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Ev Kazalarına Yönelik Riskli Davranışlarının Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 53, 189-194.

Öksüzokyar, MM., Eryiğit, S., Düzen, K., Mergen, B., Sökmen, Ü. ve Öğüt, S. (2016). Biyolojik Yaşlanma Nedenleri ve Etkileri. MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 4(1), 34-41.

Özsoy, S. ve Koca, B. (2015) Dünyada Halk Sağlığı Hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 31(3), 108-118.

Patil, SS., Suryanarayana, SP., Rajaram, D. ve Murthy, NS. (2015). Circumstances And Consequences of Falls In Community-Living Elderly In North Bangalore Karnataka. Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University. 4(4), 27-35.

Pehlivan, S. ve Karadakovan, A. (2013). Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(3), 385-395.

Philip, SA., Sengupta, P. ve Benjamin, AI. (2015) Prevalence of Falls and Fall Risk Assessment in an Urban Elderly Population of Ludhiana. Indian Journal of Gerontology. 29(2), 187–197.

Population Aging and Development (2015).United Nations. Departman of Economic and SocialAffairs. Population Division. Erişim: 10.03.2017,

http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Reed, J., Clarke, C. ve Macfarlane, A. (2015). Yaşlı Bakım Hemşireliği (A. Karadakovan, Çev.). Demografik Değişim ve Yaşlanan Nüfus. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık (2015).

Rubenstein, LZ. (2006). Falls İn Older People: Epidemiology, Risk Factors And Strategies For Prevention. Age and Ageing. 35(2), 7–41.

Saritaş, A, Kandiş, H. ve Baltacı, D. (2013). Acil Servislerde Geriatrik Hastalara Yaklaşım. Acil Tıp Uzmanları Dergisi. 12, 93-97.

Soliman, Y., Meyer, R. ve Baum, N. (2016). Falls in the Elderly Secondary to Urinary Symptoms. Reviews in Urology. 18(1), 28-32.

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

Sturnieks, DL., George, R.St. ve Lord, SR. (2008). Balance Disorders İn The Elderly. Clinical Neurophysiology. 38, 467-478.

Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (2009). Biyoistatistik. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.

Şahbaz, M.ve Tel, H. (2006). Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 9 (2), 85-93.

Şahin, H. ve Erkal, S. (2016). Yaşlıların Ev Kazası Geçirme Durumlarının ve Düşme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 19(3), 195-202.

Şencan, İ., Canbal, M., Tekin, O. ve Işık B. (2011). Halk Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık Dönemi Düşmeleri. Yeni Tıp Dergisi. 28(2), 79-82.

Şenol, Y. ve Akdeniz, M. (2009). Yaşlılık ve Koruyucu Tıp. Gero Farm. 1(1), 49-68.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Erişim: 23.03.2017, http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf

Tezcan, S. ve Seçkiner, P. (2012). Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. D. Aslan, ve M. Ertem (Ed.). Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler(s.1-8). Ankara: Palme Yayıncılık.

Tiftik, S., Kayış, A. ve İnanır, İ. (2012). Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü. Akad Geriatri. 4, 1-11.

Tortumluoğlu, G., Akyıl, R. ve Özer, N. (2005). Yaşlılarda Ev Kazaları Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 8(2), 22-31.

Türkiye İstatistik Kurumu, 2014 (Erişim tarihi: 10.04.2017). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>

Türkiye İstatistik Kurumu, 2016 (Erişim tarihi: 10.04.2017). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>

Uçku, R.ve Şimşek, H. (2012). Halk Sağlığı Uygulamaları ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli. D. Aslan, ve M. Ertem (Ed.). Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler (s.9-11). Ankara: Palme Yayıncılık.

Uncu, Y. ve Alis. (2003). Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi. 6(1), 31-37.

Ungar, A., Rafanelli, M., Iacomelli, L., Brunetti, MA., Ceccofiglio, A. ve Tesi, F. (2013). Fall Prevention In The Elderly. Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism. 10(2), 91-95.

Uymaz, P. ve Nahcivan, N. (2013). Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenirliliği. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi. 21(1), 22-32.

Uysal, A., Ardahan, M. ve Ergül, Ş. (2006). Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Risklerinin Belirlenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 9(2), 75-80.

World Health Organization (1965). Special Problems of Method. Domestic Accidents, 16-24.

Yavuzer, G., Süldür, N., Küçükdeveci, A. ve Elhan, A. (2000). Türkiye’de Nörorehabilitasyon Hastalarının Değerlendirilmesinde Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Ve Modifiye Barthel Ölçeğinin Yeri. Journal of Rheumatology Medical Rehabilitation. 11, 26-31.

Yeong, UY., Tan, SY., Yap. JF. ve Choo, WY. (2016). Prevalence Of Falls Among Community-Dwelling Elderly And Its Associated Factors: A Cross-Sectional Study In Perak, Malaysia. Malaysian Family Physician. 11(1), 7-14.

Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. ve Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2(2), 19-23.

Yörük, S. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde Yatan Yaşlılarda Düşme Korkusu. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 13(2), 25 – 29.

Zedelenmez, A. (2015). Avanos İlçesinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Ev Ortamlarının Ev Kazası Yönünden Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.

EK-1. YAŞLILARIN BİLİŞSEL DURUMLARI
DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (EĞİTİMSİZLERDE)

Ad-Soyadı: **Yaş:** **Eğitim:** 0. OYD 1. OY 2. yıl
Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el **Toplam Puan:**

Yönelim (Toplam puan 10)

Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?

Bu gün haftanın hangi günündeyiz?

Şu an, ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?

Hangi aydayız?

Hangi mevsimdeyiz?

Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?

Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa,

Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

(Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim).

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan
(Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa,Bayrak, Elbise)
.....

Lisan (Toplam puan 9)

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

Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledigimi yapın.

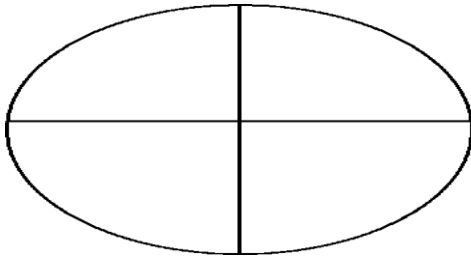
"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut)

(toplam 3 puan her bir doğru işlem 1 puan)

Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın) (1 puan)

Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan)

Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)



EK-1. YAŞLILARIN BİLİŞSEL DURUMLARI

Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)

Ad- Soyadı:

Yaş:

Eğitim: yıl

Aktif el: 0. Sağ el

1. Sol el

Toplam Puan:

Yönelim (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Bu gün ayın kaç?

Hangi gündeysiniz?

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.

(Masa,

Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan.

(Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim).

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100, 97, 94, 91, 88, 85)

"Dünya" kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru harf 1 puan (A-Y-N-Ü-D).....

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin (Masa, Bayrak, Elbise).

.....

Lisan (Toplam puan 9)

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

Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat,

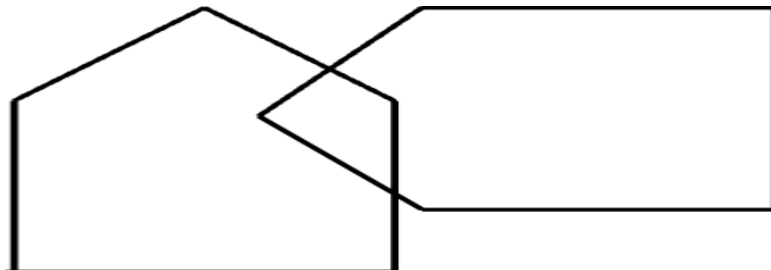
Hayır" kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

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

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan- her bir doğru işlem 1 puan)

Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "gözlerinizi kapatın"

Şimdi vereceğim kağıda eviniz, çocuklarınız veya torunlarınız ile ilgili anlamlı bir cümle yazın (1puan) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)



EK-2. YAŞLILARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DURUMLARI

MODİFİYE BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE ÖLÇEĞİ (MBGYA)

AKTİVİTE	PUAN
Beslenme 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Banyo 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Kişisel Hijyen 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Giyinme 0: Bağımlı 5: Yardımlı 10: Bağımsız	
Bağırsak Boşaltımı 0: İnkontinans 5: Ara sıra kaçırma 10: Bağımsız	
Mesane Boşaltımı 0: İnkontinans /Bağımlı/ Kateterize 5: Ara sıra kaçırma 10: Bağımsız	
Tuvalet Kullanımı 0: Bağımlı 5: Yardımlı (Kişi, Fiziksel) 10: Yardımlı (Sözel, Fiziksel) 15: Bağımsız	
Hareket 0: İmmobil 5: Tekerlekli Sandalyede Bağımsız 10: Yardımlı Yürüyor 15: Bağımsız	
Merdiven Çıkma 0: Bağımlı 5: Yardımlı (Sözel, Fiziksel) 10: Bağımsız	
Toplam	

**EK-3. YAŞLI BİREYLERİN DÜŞME SIKLIĞININ VE DÜŞME YÖNÜNDEN
EV İÇİ ÇEVRE ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ SORU FORMU**

Köy : (.....)
(.....)

Anket No

BoyKilo.....

BKİ:.....

1. Bölüm (Sosyo-Demografik Özellikler)

1) Kaç yaşındasınız?

- () 65-69 yaş
() 70-74 yaş
() 75-79 yaş
() 80-84 yaş
() 85 yaş ve üzeri

2) Cinsiyet:

- () Kadın
() Erkek

3) Medeni durumunuz nedir?

- () Evli
() Bekar

4) Eğitim durumunuz nedir?

- () Okuryazar
() Okuryazar Değil
() İlkokul
() Ortaokul
() Lise
() Üniversite

5) Çalışma durumunuz nedir?

- () Çalışıyor
() Çalışmıyor / Emekli

6) Sağlık güvenceniz var mı?

☐ Var

☐ Yok

7) Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız yaşıyor

☐ Yalnız eşi ile birlikte yaşıyor

☐ Eşi ve çocuk/çocukları ile birlikte yaşıyor

☐ Sadece çocuk/çocukları ile birlikte yaşıyor

☐ Kardeş, torun vb akrabaları ile birlikte yaşıyor

☐ Diğer (belirtiniz.....)

8) Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Gelir Gidere Denk

☐ Gelir Giderden Fazla

☐ Gelir Giderden Az

9) Oturduğunuz evin tipi:

☐ Tek Katlı Müstakil Ev

☐ İki Katlı Müstakil Ev

☐ 3 ve Üstü Katlı Müstakil

☐ Apartman Dairesi (.....)

☐ Diğer (belirtiniz.....)

10) Hareket kısıtlılığına neden olacak sağlık probleminiz var mı?

☐ Evet (belirtiniz.....)

☐ Hayır

11) Herhangi bir kronik/süreğen/müzmin bir hastalığınız var mı?

☐ Evet (belirtiniz1-2- 3-)

☐ Hayır

2. Bölüm (Düşme ve Düşme Sıklığı ile İlgili Sorular)

1) Şimdiye kadar evinizin içinde hiç düştünüz mü?

☐ Evet(ne zaman düştünüz?)

() Hayır (Görüşmeyi bitiriniz)

2) Son bir yıl içerisinde evinizin içinde düştünüz mü?

() Evet

() Hayır (Görüşmeyi bitiriniz)

3) (Son bir yıl içerisinde) evinizin içinde kaç kez düştünüz?

() 1 Kez

() 2 Kez

() 3 Kez ve Daha Fazlası

4) (Son bir yıl içerisinde) şu anda yaşadığınız evde mi düştünüz?

() Evet

() Hayır (Açıklayınız.....)

5) (Son bir yıl içerisinde) düşmeyi evinizin hangi bölümünde yaşadınız?

() Salon

() Yatak odası

() Merdivenler

() Banyo

() Mutfak

() Diğer (belirtiniz.....)

6) (Son bir yıl içerisinde) düşme sonrası ilk ne yaptınız?

() Sağlık kuruluşuna başvurdu

() Evde kendi kendine uygulama yaptı (ne olduğunu yazınız.....)

() Hiç bir şey yapmadı

() Diğer (belirtiniz.....)

7) (Son bir yıl içerisinde) düşmeyi hangi mevsimde yaşadınız?

() İlkbahar

() Yaz

() Sonbahar

() Kış

8) (Son bir yıl içerisinde) düşmeye bağlı sağlık sorunu yaşadınız mı?

() Evet

() Hayır (10. Soruya geçiniz)

9) (Evet ise) Düşmeye bağlı hangi sağlık sorunu yaşadınız?

- ☐ Kırık ☐ Diğer (belirtiniz.....)
- ☐ Çıkık
- ☐ Düşme korkusu
- ☐ Doku zedelenmesi
- ☐ Kafa travması

10) (Son bir yıl içerisinde)sizce düşmenizin nedeni nedir?

- ☐ Kaza/çevresel faktörler
- ☐ Baş dönmesi
- ☐ Denge bozukluğu ya da güçsüzlüğü
- ☐ Tansiyon düşmesi
- ☐ Görme problemi
- ☐ İşitme problem
- ☐ Bayılma
- ☐ Bilinmeyen
- ☐ Diğer (belirtiniz.....)

11) Evinizde düşmeyi önlemeye yönelik herhangi bir önlem alıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (Görüşmeyi bitiriniz)

12) (Evet ise) Düşmeyi önlemeye yönelik ne tür önlemler alıyorsunuz?

- ☐ Halı-kilim kaldırıldı
- ☐ Banyoya tutamak yaptırıldı
- ☐ Yürüme alanında kablolar/eşyalar sabitlendi
- ☐ Kaygan zeminlere kaydırmaz materyal yapıldı
- ☐ Merdiven kenarlarında trabzan yaptırıldı
- ☐ Ev içi aydınlatma arttırıldı
- ☐ Diğer (belirtiniz.....)

EK-4. DÜŞME YÖNÜNDEN EV İÇİ GÜVENLİK KOŞULLARI DEĞERLENDİRME FORMU
(DEGKDF) (Akin ve Lök, 2012)

OTURMA ODASI

Bir oturma odasına sahip misiniz? Evet () Hayır ()

(Yukarıdaki soruya “evet” cevabı verildiyse ilgili soruları cevaplayınız. Hayır, cevabı verdiyseniz “MUTFAK” bölümündeki sorulara geçiniz.)	Evet (1)	Hayır (0)	3.Gözlem yapılmadı (0)
1. Oda girişinde eşik var mı?			
2. Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı?			
3. Odada sürekli-sıklıkla kullandığı koltuk/sandalye yükseklikleri risk oluşturuyor mu? (45-50cm alçak ya da yüksek olmamalı)			
4. Kapıların genişliği risk oluşturuyor mu? (En az 1,10 cm olmalı)			
5. Lambası aydınlatması risk oluşturuyor mu? (Lamba aydınlatması 75 watt’ın altında olmamalı)			
6. Yürüme alanında yolu daraltacak mobilyalar var mı?			

7. Oturma odanızda düşme ile ilgili sorulanlar dışında sizin risk olarak gördüğünüz bir durum var mı?

MUTFAK

Bir mutfakla sahip misiniz? Evet () Hayır ()

(Yukarıdaki soruya “evet” cevabı verildiyse ilgili soruları cevaplayınız. Hayır, cevabı verdiyseniz “YATAK ODASI” bölümündeki sorulara geçiniz.)	Evet (1)	Hayır (0)	3.Gözlem yapılmadı (0)
1. Mutfak girişinde eşik var mı?			
2. Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı?			
3. Mutfakta göz hizasından yüksekte/alçakta raflar var mı?			
4. Mutfakta sandalyelerin yüksekliği risk oluşturuyor mu? (45-50 cm. alçak ya da yüksek olmamalı)			
5. Kapıların genişliği risk oluşturuyor mu? (En az 1,10 cm olmalı)			

6. Oturma odanızda düşme ile ilgili sorulanlar dışında sizin risk olarak gördüğünüz bir durum var mı?.....

YATAK ODASI

Bir yatak odasına sahip misiniz?

Evet ()

Hayır ()

(Yukarıdaki soruya “evet” cevabı verildiyse ilgili soruları cevaplayınız. Hayır, cevabı verdiyseniz “BANYO/TUVALET” bölümündeki sorulara geçiniz.)	Evet (1)	Hayır (0)	3.Gözlem yapılmadı (0)
1. Kapı girişinde eşik var mı?			
2. Yatağın yüksekliği risk oluşturuyor mu? (45-50cm alçak ya da yüksek olmamalı)			
3. Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı?			
4. Yürüme alanında yolu daraltacak mobilyalar var mı?			
5. Kapıların genişliği risk oluşturuyor mu? (En az 1,10 cm olmalı)			
6. Lambası aydınlatması risk oluşturuyor mu? (Lamba aydınlatması 75 watt’ın altında olmamalı)			

7. Yatak odanızda düşme ile ilgili sorulanlar dışında sizin risk olarak gördüğünüz bir durum var mı?

BANYO/ TUVALET

Bir banyo/tuvalete sahip misiniz?

Evet ()

Hayır ()

(Yukarıdaki soruya “evet” cevabı verildiyse ilgili soruları cevaplayınız. Hayır, cevabı verdiyseniz “MERDİVEN” bölümündeki sorulara geçiniz.)	Evet (1)	Hayır (0)	3.Gözlem yapılmadı (0)
1. Kapı girişinde eşik var mı?			
2. Zemin kaygan mı? (ıslak halı,fayans vb.)			
3. Banyoda düşme açısından risk oluşturabilecek durumlar var mı? (tutunma barlarının olmaması)			
4. Lavabo yüksekliği risk oluşturuyor mu? (80–85 cm olmalı)			
5. Klozet yüksekliği risk oluşturuyor mu? (45–50 cm olmalı)			
6. Klozet düşme açısından risk oluşturuyor mu? (tutunma barları olmaması)			
7. Lambaların aydınlatması risk oluşturuyor mu? (Lamba aydınlatması 75 watt’ın altında olmamalı)			
8. Küvet/Duşa kabin zemini kaygan mı?			

9. Tuvalet/banyonuzda düşme ile ilgili sorulanlar dışında sizin risk olarak gördüğünüz bir durum var mı?.....

MERDİVEN

Ev içinde bir merdivene sahip misiniz?

Evet ()

Hayır ()

(Yukarıdaki soruya “evet” cevabı verildiyse ilgili soruları cevaplayınız. Hayır, cevabı verdiyseniz “KORİDOR” bölümündeki sorulara geçiniz.)	Evet (1)	Hayır (0)	3.Gözlem yapılmadı (0)
1.Merdiven zemini kaygan mı?			
2.Merdivenlerdeki lambanın aydınlatması risk oluşturuyor mu? (Lamba aydınlatması 75 watt’ın altında olmamalı)			
3.Merdiven zemininde kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş eşyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)			
4.Merdiven kenarları düşme açısından risk oluşturuyor mu? (En az bir tarafta trabzanlar olmalı)			
5.Merdivenlerin genişliği risk oluşturuyor mu? (en az 150 cm olmalı)			
6.Basamakların genişliği risk oluşturuyor mu? (En az 28 cm olmalı)			
7.Basamakların yüksekliği risk oluşturuyor mu? (15 cm den fazla olmamalı)			
8.Basamaklar düşme açısından risk oluşturuyor mu? (kırık ya da onarılmamış zeminin olması)			
9.Merdivenlerde yürüme alanını daraltacak eşyalar var mı?			

10. Merdiveninizde düşme ile ilgili sorulanlar dışında sizin risk olarak gördüğünüz bir durum var mı?.....

KORİDOR

Bir koridora sahip misiniz?

Evet ()

Hayır ()

(Yukarıdaki soruya “evet” cevabı verildiyse ilgili soruları cevaplayınız. Hayır, cevabı verdiyseniz anketi bitiriniz.)	Evet (1)	Hayır (0)	3.Gözlem yapılmadı (0)
1. Zeminde kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş eşyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)			
2. Koridorda yürüme alanını daraltacak eşyalar var mı?			
3. Koridordaki lambanın aydınlatması risk oluşturuyor mu? (Lamba aydınlatması 75 watt’ın altında olmamalı)			

4. Koridorda düşme ile ilgili sorulanlar dışında sizin risk olarak gördüğünüz bir durum var mı?.....

EK-5.RİVERMEAD MOBİLİTE İNDEKSİ-RMİ

Yönerge

Hastaya aşağıdaki 15 soruyu sorunuz yalnızca 5. Maddeyi siz gözleyerek değerlendiriniz (her ‘evet’ yanıtı için 1 puan veriniz).

1. **Yatak içinde dönme**
Başka birisinin yardımı olmadan sırt üstü pozisyonda yan yatar pozisyona döner misiniz?
2. **Yatar pozisyonda oturur pozisyona geçme**
Yatar pozisyonda iken kendi kendinize (duvardan, yataktan vs. tutunabilir) yatak kenarına, oturur pozisyona geçer misiniz?
3. **Oturma dengesi**
Yatağın kenarında ve eller diz üstünde bir yere tutunmadan 10 saniye (içinizden yavaş yavaş 10’a kadar sayınız) oturur musunuz?
4. **Oturur pozisyondan ayağa kalkma**
Herhangi bir sandalyeden 15 saniyeden (içinizden yavaş yavaş 15’e kadar sayınız)daha kısa sürede kalkıp bu pozisyonda 15 saniye kadar kalır mısınız (ellerini ve gerekiyorsa baston gibi yardımcı bir araç kullanarak)?
5. **Desteksiz ayakta durma (gözleyerek değerlendiriniz)**
Tutunmadan ya da baston gibi bir yardımcı araçtan destek almadan 10 saniye kadar ayakta durmayı gözleyiniz.
6. **Yer değiştirme**
Başka birisinin yardımı olmadan yataktan sandalyeye ve sonra tekrar yatağa geçebilir misiniz?
7. **İçeride yürüme, gerekiyorsa bir yardımla**
Tutunarak ya da baston gibi bir yardımcı araç kullanarak ancak yanınızda Sizi gözleyerek (denetleyecek) birisi olmadan içeride 10 metre (mesafe tanımlayarak sorunuz) yürür müsünüz?
8. **Merdivenler**
Başka birisinin yardımı olmadan bir kat merdiveni çıkabilir misiniz?
9. **Dışarıda yürüme (düzgün zeminde)**
Başka birisinin yardımı olmadan çevrede, kaldırımlarda yürür müsünüz?
10. **İçeride yürüme (yardım olmadan)**
Baston vb. yardımcı bir araç kullanmadan ya da bir yerlere tutunmadan ve başka birisinin gözlemine (denetimine) gerek olmadan içeride 10 metre yürür müsünüz?
11. **Yerden bir şey alma**
Yere bir şey düşürürseniz, 5 metre yürüyüp onu yerden alıp geri gelebilir misiniz?
12. **Dışarıda yürüme (düzgün zeminde)**
Başka birisinin yardımı olmadan düzgün olmayan zeminlerde (çim, çakıl, kirli, karlı, buzlu vs.) yürür müsünüz?
13. **Banyo yapma**
Başka birisinin gözlemi (denetimi) olmadan banyoya ya da duşa girip-çıkabilir ve kendi kendinize yıkanır mısınız?
14. **Dört basamak çıkıp-inme**
Gerekliyse baston gibi yardımcı bir araç kullanarak ancak merdiven parmaklığını kullanmadan dört basamak merdiveni çıkıp-inebilir misiniz?
15. **Koşma**
10 metreyi 4 saniyede aksatmadan (duraksamadan) koşar mısınız? (hızlı yürüme kabul edilebilir)

EK-6.Dikmen Belediyesi Başkanlığı Yazılı İzini



DİKMEN BELEDİYESİ

Tarih: 14.03.2017

Sayı: 56/17

Konu: Dikmen Belediyesine bağlı yerleşim yerinde tez çalışması ile ilgili olarak izin talebi hk.

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'ne

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 'Hemşirelik' Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Hem. Münüre Akgör' ün 'Yaşlı Bireylerin Düşme Sıklığının ve Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özelliklerinin Belirlenmesi' başlıklı tez çalışmasını tamamlayabilmesi için, Dikmen Belediyesi sınırlarında yapılması düşünülen anket çalışması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.



YÜKSEL ÇELEBİ
BELEDİYE BAŞKANI

Dikmen Belediyesi 20 Temmuz Caddesi, Hasan
Sükan Sokak No 4,
Dikmen - Girne

Merkez Telefon: 237 2863 - 237 2363 - 237 2518
237 2618 Faks: 237 2864

Şubeler:

Şirinevler 241 2267
Boğazköy 234 6063
Taşkent 237 3055
Dağyolu 243 2485
Pınarbaşı 243 2486

Dikmen Belediyesi ISO 9001 Kalite Yönetim
Belgesine Sahip KKTC'deki İlk Belediyedir.



EK-7. DEÇÖDF Kullanımı İçin İzin Yazısı

Merhaba Münire

Yaşlılarda Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formunu sınırlılıklarını göz önünde bulundurarak ve uygun biçimde atıfta bulunarak tez çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte formu ve makaleyi gönderiyorum. Mobilite indeksi yaşlılarda fiziksel yeti kaybının önemli bir boyutunu oluşturan hareket edebilme ile ilişkilidir. Amacınız fiziksel yeti kaybını değerlendirmekse rivermead mobilite indeksi daha uygun olur. GYA aktivitelerinde bağımlılık durumunu değerlendirmekse barthel daha uygun olur. Tezin amacına göre karar vermeniz gerekir. Kolay gelsin. İyi çalışmalar.

Belgin AKIN, PhD, Professor

Selcuk University Faculty of Health Science

Nursing Department

Konya/ Turkey

+903322233546

26 Şubat 2017 21:31 tarihinde münire akgör <munos.akgor@hotmail.com> yazdı:

EK-8. RMİ Kullanımı İçin İzin Yazısı.

Re: Rivermead Mobilite İndeksi HK.



Belgin Akın <akin.belgin@gmail.com>

16.3.2017 (Per) 18:36

Kime: münüre akgör (munos_akgor@hotmail.com) ✉



Yanıtla | v

18.3.2017 13:40 tarihinde yanıt verdiniz.

Sayın Münire Akgör

Rivermead Mobilite İndeksi (RMİ) Türkçe formunu "Yaşlı Bireylerin Düşme Sıklığının ve Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özelliklerinin Belirlenmesi isimli tez çalışmasında" kullanmanızda bir sakınca yoktur. Türkçe ölçek için hazırlanmış yönergeyi dikkate almayı ve uygun şekilde atıfta bulunmayı unutmayın. Kolay gelsin. Başarılar

Belgin AKIN, PhD, Professor

Selcuk University Faculty of Health Science

Nursing Department

Konya/ Turkey

+903322233546

14 Mart 2017 21:50 tarihinde münüre akgör <munos_akgor@hotmail.com> yazdı:

Merhaba hocam, Yaşlı Bireylerin Düşme Sıklığının ve Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özelliklerinin Belirlenmesi isimli tez çalışmamda Rivermead Mobilite İndeksini kullanmak için izininizi talep ediyorum.

EK-9.Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu
Onayı



EK: 474-2017

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 23.03.2017
Toplantı No : 2017/45
Proje No : 375

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2017/45-375 proje numaralı ve "Yaşlı Bireylerin Düşme Sıklığının Ve Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özelliklerinin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

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

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Lefkoşa’da doğdum. İlköğrenimi, orta ve lise öğrenimimi Lefkoşa ilçesinde tamamladım. Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 2011 yılında mezun oldum. Dikmen Belediyesi’nde 2011 yılından itibaren hemşire, 2014 yılından bu yana sağlık birimi sorumlusu olarak görevimi sürdürmekteyim.