



**SANKO**  
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

**SANKO Üniversitesi**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(Halk Sağlığı Hemşireliği)**

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ BÖLGESİNDE YAŞAYAN**  
**YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİNİN BELİRLENMESİ**

**İbrahim KARADEMİR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP 2019**

**T.C.**  
**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(Halk Sağlığı Hemşireliği)**

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ BÖLGESİNDE YAŞAYAN  
YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İbrahim KARADEMİR**

**Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ**

**2019**  
**GAZİANTEP**



## ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İbrahim KARADEMİR

07/05/2019

## TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca güleç yüzünden hiç taviz vermeyen, bana ve öğrencilerine karşı daima içtenlikle yaklaşan, değerli bilgilerini hiçbir zaman bizden esirgemeyen, her koşulda anlayışıyla örnek olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ'a,

Değerli bilgi birikimlerini gerek ders olarak gerek seminerlerle bizlere sunan Prof. Dr. Arzu TUNA'ya, Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM'e ve Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a,

Çalışmaya katılan tüm yaşlı bireylere,

Enstitü sekreteri sayın Duygu ALANGİL'e

Evliliğim süresince hiçbir şekilde bana desteğini esirgemeyen canım karım Ümmühan'a ve hayatımıza renk katan canım kızım Merza'ya,

Üniversite birinci sınıftan itibaren aynı yolda ilerlediğim ve akademik olarak devam ettiğim can kardeşim İzzetin PEHLİVAN'a

Çalışma hayatımın kolaylaşması için bana her konuda desteğini esirgemeyen Sayın Songül YÜZER ve Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakımda çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Beni her konuda en iyi şekilde yetiştiren, iyi bir hayat sürmem için çaba sarf eden, desteğini, hayat deneyimlerini ve tecrübelerini bana aktaran canım babam ve anneme sonsuz şükranlarımı borç bilirim. Herkese ayrı ayrı teşekkür ederim...

İbrahim KARADEMİR

## ÖZET

### BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ BÖLGESİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma, 65 yaş ve üstü bireylerde düşme riskinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Kesitsel olarak yapılan bu çalışma, Gaziantep İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 60. Yıl Aile Sağlık Merkezi'nde Mayıs-Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 60. Yıl Aile Sağlık Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri 1050 kişi oluşturmuştur. Örneklemi ise evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemine göre belirlenen 290 birey oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçiminde basit-rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu ve DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında, t testi, varyans analizi kullanılarak ve sayı, yüzdelik ve ortalama değerleri hesaplanarak yapılmıştır. Yaşlıların %15.9'unun düşme riski az %20.7'sinin düşme riski orta ve %63.4'nün üstü düşme riski yüksek olarak hesaplanmıştır. Bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması  $11.5 \pm 5.5$  olarak belirlenmiştir. Yaşları 65-74 arası olan grubun DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 75- 84 yaş arası ve 85 ve üzeri yaş grubunda yer alan bireylerden daha düşük olup  $10.4 \pm 5.3$ 'dir ( $p < 0.05$ ). Kadınların risk puan ortalaması erkeklerden daha yüksek olup  $12.2 \pm 5.2$ 'dir ( $p < 0.05$ ). Bekar olan bireylerin risk puan ortalaması evli olanlardan daha yüksek olup  $14.0 \pm 5.7$ 'dir ( $p < 0.05$ ). Geliri giderinden az olan bireylerin risk puan ortalaması geliri giderinden çok olanlara göre daha yüksek olup  $12.1 \pm 5.7$ 'dir ( $p < 0.05$ ). Sosyal güvencesi olmayan bireylerin risk puan ortalaması sosyal güvencesi olanlardan daha yüksek olup  $14.0 \pm 5.8$ 'dir ( $p < 0.05$ ). Eşiyle birlikte yaşayan bireylerin risk puan ortalaması yalnız yaşayan bireylere ve diğer aile üyeleri ile yaşayan bireylere göre daha düşük olup  $10.0 \pm 5.2$ 'dir ( $p < 0.05$ ). Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin eğitim durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Çalışma sonucuna göre yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğu düşme açısından riskli grupta yer almaktadır. Bireylerin eğitim durumu dışında çalışma kapsamında bakılan diğer tüm sosyo-demografik özellikleri düşme riskini etkilemektedir.

**Anahtar kelime:** Yaşlı, Düşme, Düşme Riski, Hemşirelik.

## **ABSTRACT**

### **THE DETERMINATION OF THE FALLING RISK OF OLD PEOPLE IN THE REGION OF A FAMILY HEALTH CENTER**

This research was carried out to determine the risk of falling in individuals aged 65 and over. This cross-sectional study had been performed at the 60<sup>th</sup> Year Family Health Center belong to Gaziantep Provincial Health Directorate in May-December 2018. The population of the research consisted of 1050 individuals aged 65 and over, registered 60<sup>th</sup> Year Family Health Center. The sample was composed of 290 individuals from population determined according to the sample calculation method. Simple-random sampling method was used in sample selection from the population. Introductory Information Form and DENN Risk of Falling Assessment Scale were used as data collection tool in the research. Statistical analysis of the data was performed by using t test, variance analysis and calculating numbers, percentages and mean values at SPSS 23.0 statistical package program. It is calculated that 15.9% of the old people have a low risk of falling, 20.7% of the old people have medium risk of falling and 63.4% of the old people have a high risk of falling. Individuals' average total score of the DENN Fall Risk Assessment Scale was determined as  $11.5 \pm 5.5$ . The average score of DENN Fall Risk Assessment Scale of 65-74 age group is lower than the age group of 75- 84 years and 85 years of age and it is  $10.4 \pm 5.3$ . ( $p < 0.05$ ) The average of women's risk score is higher than men and it is  $12.2 \pm 5.2$ . ( $p < 0.05$ ). The average risk score of the individuals who are single is higher than the married ones and it is  $14.0 \pm 5.7$  ( $p < 0.05$ ). The average risk score of individuals who has more outgoings than income is higher than the other individuals who have more income and it is  $12.1 \pm 5.7$  ( $p < 0.05$ ). The average risk score of individuals without social security is higher than those with social security and it is  $14.0 \pm 5.8$  ( $p < 0.05$ ). The average risk score of individuals living with their partners is lower than for individuals living alone and living with other family members and it is  $10.0 \pm 5.2$ . ( $p < 0.05$ ). When the average scores of DENN Fall Risk Assessment Scale were compared according to the educational status of old individuals, no statistically significant difference was found between the average scores of individuals according to their education level. ( $p > 0.05$ ). According to the results of the study, the majority of old individuals are in the risky group from the point of falling. According to this study, apart from educational level, all other socio-demographic characteristics of the individuals affect the risk of falling.

**Key Words:** Old, Falling, Risk of falling, Nursing.

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI.....</b>	<b>iii</b>
<b>ETİK BEYAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>v</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>x</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları .....	3
2.1.1. Biyolojik yaşlanma .....	3
2.1.2. Kronolojik yaşlanma .....	4
2.1.3. Psikolojik yaşlanma .....	4
2.1.4. Ekonomik yaşlanma.....	4
2.1.5. Sosyal Yaşlanma .....	5
2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlılık.....	6
2.3.1. Türkiye’de yaşlılık.....	6
2.3.2. Dünya’da yaşlılık.....	6
2.4. Yaşlanma ile Ortaya Çıkan Değişimler.....	7
2.4.1. Duyu organlarındaki değişimler .....	8
2.4.2. Kas-iskelet sistemindeki değişimler .....	8
2.4.3. Endokrin sistemdeki değişimler.....	9
2.4.4. Kardiyovasküler sistemdeki değişimler .....	10
2.4.5. Solunum sistemdeki değişimler .....	10
2.4.6. Derideki değişimler.....	11
2.4.7. Üreme sistemindeki değişimler.....	11



2.4.8. Sınır sistemindeki değişimler.....	11
2.4.9. Sindirim sistemindeki değişimler .....	12
2.5. Yaşlılarda Düşmeler.....	12
2.5.1. Düşme risk faktörleri .....	13
2.5.2. Düşmenin sonuçları .....	14
2.5.3. Düşmelerin önlenmesinde hemşirelerin rolü .....	14
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>18</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman .....	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	18
3.4. Verilerin Toplanması .....	18
3.4.1. Veri toplama araçları .....	18
- Tanıtıcı bilgi formu.....	18
- DENN düşme riski değerlendirme ölçeği.....	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	19
- Bağımlı değişkenler.....	19
- Bağımsız değişkenler.....	19
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	19
3.8. Araştırmada Etik Kurallar .....	19
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>21</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>26</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>29</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>30</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>38</b>
EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-2 DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği	
EK-3 DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	
EK-4 Etik Kurul Karar Formu	
EK-5 Kurum Çalışma İzni (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü)	
EK-6 Tez İntihal Raporu	
EK-7 Özgeçmiş	

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- DM** : Diyabetes Mellitus
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- HT** : Hipertansiyon
- KKH** : Koroner Kalp Hastalığı
- KKY** : Konjestif Kalp Yetmezliği
- KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- SVO** : Serobrovasküler Olay
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- WHO** : World Health Organization

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

Tablo 4.1. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	21
Tablo 4.2. DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği Puan Aralıklarına İlişkin Dağılımlar.....	22
Tablo 4.3. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği 'ne Göre Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	23



# 1. GİRİŞ

Dünya’da ve Türkiye’de toplam nüfus içindeki yaşlı oranı gün geçtikçe artış göstermektedir. Ülkemizin yaşlı nüfusu geçmiş yıllara göre ve nüfusun diğer grupları ile kıyaslandığında daha çok artış göstermiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında yapılan adrese dayalı sayımda 65 yaş ve üstü toplam yaşlı nüfusu 6 895 385 (%8,5) olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2018). Ortalama yaşam süresinin artması ve yaşlı nüfusun, toplam nüfus içerisinde artması beraberinde bir takım sağlık sorunlarını da doğurmaktadır. (Gökçe Kutsal ve Eyigör, 2012). Doğal bir süreç içinde olsa bile yaşla meydana gelen değişiklikler sonucunda kişi genç yaş grubundan daha farklı ve daha yüksek oranda sorun ve risklerle karşı karşıya olduğu bir yaşam dönemi geçirmektedir. Yaşlılık döneminde görülen yüksek mortalite ve morbidite nedeni olan en önemli sağlık sorunlardan biri düşmelerdir (Karataş ve Maral, 2001). Düşmeler, yaşlı insanların sağlığına ve bağımsızlığına büyük ölçüde etki eden, yaralanmalara, engelliliğe hatta erken ölümlere neden olan bir durumdur (Khow et al., 2018). Düşme sonucunda yaralanmalar, uzun süreli bakım, düşme korkusu, aktivede ve bağımsızlıkta azalma hatta ölüm gibi ciddi sıkıntılar doğmaktadır (Yaşar ve Türk, 2018). Düşme yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin, %60’ının ev ortamında, %30’unun toplumsal alanlarda, %10’unun ise sağlık bakım kuruluşlarında meydana geldiği görülmüştür (Şencan ve ark., 2011). Yaşlılarda görülen ölümlerin %60’ının ev ortamındaki düşmelerden kaynaklandığı bildirilmektedir (Turaman, 2001; Aktaş, 2012).

Yaşlılarda düşmeye neden olan etmenler bireysel-içsel ve çevresel-dışsal faktörler olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Bireysel-içsel faktörler arasında, ilaçlı tedavi, birden fazla ilaç kullanımı, görme yetisinin kayıpları, vertigo (baş dönmesi), duyu kayıpları, nörolojik sebepler ve bilinç durumunun değişmesi gibi durumlar yer almaktadır (Arena, 2002 ve JCI, 2010).

Çevresel-dışsal etmenler, bireyin çevresindeki olumsuz fiziki çevre koşullarından kaynaklanmaktadır. Çevresel-dışsal etmenler içerisinde, yetersiz aydınlatma, evin içinde ve dışındaki merdivenlerde korkulukların olmayışı, yüksek merdiven basamakları, tuvalet ve banyoda tutunmak için çubukların olmaması, banyo küvetlerinin kaygan olması, tuvaletlerin alçak olması, halıların sabitlenmemesi, zeminlerin kaygan olması gibi durumlar yer almaktadır (Çınarlı ve Koç, 2015). Yaşlıların bakımındaki amaç, hastalıkların tedavisi kadar, yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal olarak fonksiyonel kapasitesini en yüksek düzeyde tutmak ve yaşam

koşullarını olumlu hale getirmek olmalıdır (Erdem ve Emel, 2004). Mümkünse yaşlının sağlıklı ve bağımsız olması sağlanmalıdır. Bunun yanında yaşlı kişilerde düşmeye neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve düşmeleri önlemeye yönelik koruyucu stratejilerin geliştirilmesi önemlidir (Çınarlı ve Koç 2015). Yapılan birçok çalışmada düşme açısından riskli bulunan yaşlı oranı %30-40 arasında değişmektedir (Uysal Madak, 2010; Gülhan Güner ve ark., 2017; Caner, 2018). Altmış yaş ve üzeri evde yaşayan 316 yaşlı üzerinde yapılan bir çalışmada düşme sıklığını %25,8 olarak belirlenmiş ve aynı çalışmada kadınlarda ve evli bireylerde düşme prevalansının daha yüksek olduğu fakat eğitim düzeyine göre düşme oranları arasında anlamlı bir farkın olmadığı bildirilmiştir (Brito et al., 2014).

Düşmelere neden olan sorunun saptanması, giderilmesi ya da rehabilitasyon verilmesinin yanında düşme riski ve düşme sonucunda oluşabilecek yaralanmaların şiddetini azaltacak çevre düzenlemelerinin sağlanması önemli yere sahiptir (Gökçe Kutsal, [http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/yaslilarda\\_dusme.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/yaslilarda_dusme.pdf)). Düşmenin çoğu önlenebilir nedenlerden kaynaklandığından, riskin azaltılması halk sağlığının önemli bir hedefi haline gelmelidir (Akdeniz ve ark., 2010). Risk faktörleri belirlenerek ve gerekli önlemler alınarak gelecekte düşmelerin oranı önemli ölçüde azaltılabilir (Rubenstein, 2006).

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmada, 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde düşme risklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları

Yaşlanma ve yaşlılık kavramları gerontoloji ve geriatri bilimlerinde oldukça kullanımı fazla olan ve birbirlerinin yerine çoğunlukla kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Mas ve ark., 2008).

Yaşlanma dölleme ile başlayıp belli dönemler içinde normal olarak ortaya çıkan farklılıklardır. Başka bir deyişle yaşlanma; evrendeki bütün canlı varlıklarda, molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zaman kavramının ilerlemesi ile ortaya çıkan ve geriye dönüşü olmayan fiziksel, fonksiyonel, mental ve biyopsikososyal işlevlerin azalmasına neden olan doğal bir durumdur (Baykan, 2011).

Yaşlılık ise çocukluk ve gençlikten sonraki yaşam sürecinin kaçınılmaz bir evresidir (Turan, 2014). Yaşlılık, ilerleyen yaşın farklılıklarını gösteren durum olarak tanımlanmaktadır (Mas ve ark., 2008). Daha geniş bir tanımla yaşlılık, canlı varlıklar için biyolojik fonksiyonlar yönünden yetişkin duruma geldikten sonra, yani üreme sürecinin bitiminden ölüme kadar geçen zaman sürecindeki değişim ve dönüşümlerin tamamıdır. Bu değişim ve dönüşümlerin en önemlisi doğurganlığın azalması ve mortalitenin artmasıdır (Mas ve ark., 2008).

Yaşın artışı manasına gelen 'yaşlanma' ile yaşamın belirli bir bölümünü tanımlamak için kullanılan 'yaşlılık' kavramı arasında küçükte olsa bir farklılık vardır; buna istinaden şöyle bir örnek verirsek, yirmi yaşını doldurup, yirmi bir yaşına giren bir genç bir miktar 'yaşlanmış' olmakla beraber henüz 'yaşlılık' evresine girmemiştir. (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Yaşlanma, biyolojik yaşlanma, kronolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma (Aktaş, 2012), ekonomik yaşlanma ve sosyal yaşlanma gibi farklı kategorilerde incelenmektedir (Baykan, 2011).

#### 2.1.1. Biyolojik yaşlanma

Yaşa bağlı olarak bedenin canlılığını yitirdiği, temel işlevlerini yerine getirme kapasitesini kaybettiği ve kaçınılmaz olarak ölümlle sonuçlanan süreç olarak adlandırılmaktadır (Öksüzokyar ve ark., 2016).

### **2.1.2. Kronolojik yaşlanma**

İnsanın doğumdan itibaren, içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı değişimleri ifade etmektedir (Aktaş, 2012; Arpacı, 2005). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) yaşlılığı “65 yaş ve üstü” olarak kabul etmekte ve kendi içinde üç döneme ayırmaktadır. Bu dönemler, 65-74 yaş grubu için “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu için “yaşlı”, 85 yaş ve üstü yaş grubu için “ileri yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1963; Multani ve Verma 2007).

Değişen ve gelişen teknoloji ile yaş dilimlerini güncelleyen Dünya Sağlık Örgütü’nün yeni yaş dilimi listesine göre 66- 79 yaş arası orta yaşlı ifade ederken, 80-99 yaş arası yaşlı olarak adlandırılıyor. Kronolojik yaşlanmanın sınırlarını belirleyen DSÖ yaşlılığı çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamaktadır (Çataloğlu, 2018).

### **2.1.3. Psikolojik yaşlanma**

Beceri, dikkat, öğrenme, bellek, dil, görsel alandaki yetiler, akıl yürütme ve bilişsel esneklik gibi alanlarda değişikliklerin/azalmanın olması şeklinde tanımlanmaktadır (Karakas ve Durmaz, 2017). Yaşlanma ile birlikte yaşlının sosyal yaşantısı da değişim göstermektedir. Bu durum yaşlının, yaşının artmasıyla ilişkili olarak sosyal alandaki ilişkilerin azaldığının göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Üretici olmaktan çıkıp tüketici duruma geçen yaşlı daha önceki rollerini yerine getiremediğinden hiçbir işe yaramadığını hissetme, iş yaşamındaki çevresini ve arkadaşlarının da kaybı ile kendini büsbütün yalnız hissetme gibi psikolojik sorunlar yaşayabilir (Baykan, 2011). Bu sorunların en önemlisi ise bunamadır. Bunun yanında değişik psikiyatrik hastalıklarda (deprasyon, anksiyete reaksiyonu gibi) yaşlılıkta görülebilir. Yaşlı insanlarda görülen bu psikolojik sorunların çoğu toplumsal ilişkiler kaynaklı olarak kendini göstermektedir (Bekaroğlu, 1991).

### **2.1.4. Ekonomik yaşlanma**

Yaşam ve hayat koşullarının pahalılaşmasıyla kişinin gelirini maddi olarak etkilediği, alım gücünün düşmesiyle yaşlının hem ailesine hem de kendisine yetememe durumuyla karşılaşır. Bu da yaşlının geçim koşullarını zorlaştırdığı için karşımıza bir sorun olarak çıkmaktadır (Kurt, 2008).

### **2.1.5. Sosyal yaşlanma**

Toplumun, bireyi yaşlı olarak nitelediği bir evredir (Baykan, 2011). Yaşlı, artık bu evrede toplumda yaptığı işi yapamaz ve becerilerini sergilemede kendisini yetersiz hisseder (Yerli, 2017). Yaşlının aşırı bir şekilde izolasyona ve yalnızlık duygusuna kapılması, kendisinin yoğun bir şekilde sosyal yaşlılık evresini yaşadığının göstergesi olabilir (Kurt ve ark., 2010). Yaşlılar bu dönemde ihmal ve istismar, bakımında güçlük, sağlık hizmetlerinden yararlanamama gibi çeşitli sosyal sorunlar yaşamaktadırlar (Baykan, 2011).

### **2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi**

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) yaşlılık evresi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, “65 yaş ve üstü” olarak kabul etmektedir. BM (Birleşmiş Milletler) ise bu kapsamdaki çalışmalarında 60 yaş ve üstünü temel almaktadır. Ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde ise, DSÖ’nün kabul ettiği yaş sınırlarının esas alındığı görülmektedir. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 yaş ve üstü yaş grubu “ileri yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1963; Multani ve Verma, 2007; Tezcan ve Seçkiner, 2012).

DSÖ’nün 1970-2025 yılları arasındaki öngördüğü yaşlı birey oranı %22,3’tür. 2025 yılında yaklaşık 1,2 milyon kişinin 60 yaş ve üstü yaşta olacağı, 2050 yılında ise iki milyona ulaşacak olan yaşlı nüfusunun %80’inin gelişmekteki ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Ülkemizde, gelişmekteki ülkeler gibi yaşlanmanın hızlı olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. 2008-2040 yılları arasında Türkiye’de yaşlı bireylerin nüfusunda, %201 oranında bir artış öngörülmektedir. Yaşlılık endeksi 1950 yılında %8,6 iken, 1990 yılında %12,2 ye ulaşmıştır ve 2025 yılında da bu endeksin %21,2’ye çıkacağı tahminleri öngörülmektedir (Kinsella ve ark., 2009; Mandıracıoğlu, 2010). 2017 yılında yapılan nüfus sayımı değerlendirmelerine göre, 2012 yılında %7,5 olan oran, 2016 yılında yükselerek %8,3 oranlarına çıkmıştır (TÜİK, 2017). 2018’de yapılan son istatistiksel çalışmalarda, 65 ve üzeri yaştaki nüfus, 2014 yılında 6 192 962 kişi iken son beş yılda %16 artarak 2018 yılında 7 186 204 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2014 yılında %8 iken, 2018 yılında %8,8’e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun 2018 yılında %44,1’ini erkek nüfus, %55,9’unu kadın nüfus oluşturmuştur (TÜİK, 2019).



### **2.3. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlılık**

Bir toplumdaki 65 yaş üzerindeki bireylerin toplam nüfusa oranı toplumun yaşlılık oranını belirlemektedir (Bulduk, 2014). Bu oran %4’ten az ise toplum genç nüfus, %4-7 arasında ise erişkin nüfus, %7-10 arasında ise yaşlı nüfus ve %10’dan fazla ise çok yaşlı nüfus olarak ifade edilmektedir.

#### **2.3.1. Türkiye’de yaşlılık**

Türkiye’de ve Dünya’daki bilimsel nüfus gelişmeleri paralellik göstermektedir. Cumhuriyetin başlangıcıyla, 1927’de yapılmış olan ilk nüfus sayımında 13,6 milyon olan nüfus, politik çalışmalar sonucu (pronatalist politika) 1960’da yapılan nüfus sayımında 27,8 milyon nüfusa ulaşarak iki katına çıkmıştır. Bu yıllarda doğurganlık hızının yükselmesi sonucunda hane başına altı çocuk civarı düşmüştür. Bu yıllardan sonra doğum sayısının düşmesi için yapılan politik çalışmaların (Antinatalist nüfus politika) 1965 yılından itibaren uygulanmaya geçmesiyle beraber doğurganlıkta düşüş olmuş ve nüfusta %61 oranlarında düşüş gözlenmiştir (Koç ve ark., 2010). 1950’lerden sonra kentlerin köylerden yoğun bir şekilde göçlere maruz kalması sonucu ve nüfus göçlerinin artmasıyla birlikte ana-çocuk sağlığının düşmesi, eğitim düzeyinin gerilemesine, kadının çalışmaya başlamasıyla 1980’den sonra doğurganlık sayısı azalarak beş çocuktan 2,16 çocuğa gerilediği görülmüştür (Tezcan ve Seçkiner, 2012).

Ülkemizin yaşlı nüfusu geçmiş yıllara göre ve nüfusun diğer grupları ile kıyaslandığında daha çok artış göstermiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında yapılan adrese dayalı sayımda 65 yaş ve üstü toplam yaşlı nüfusu 6 895 385 (%8,5) olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2018).

Yaşlılık oranının artmasıyla, yaşlıların bağımlılığı da zamana göre artış göstermiştir. Bu artış, 1940’da %6,5 oranlarında iken, 1970’de %8,2’ye yükselmiştir (Tezcan ve Seçkiner 2012). Yine bu oran, 2016’da %12,3 olarak belirlenmiş ve 2023’de %15 olması beklenmektedir (TÜİK, 2017).

#### **2.3.2. Dünya’da yaşlılık**

DSÖ’nün 2015 yılındaki raporunda, toplum yaşlanmasında iki faktörün etkili olduğunu açıklamıştır. Bunlardan biri, her toplumda yaşam süresinin uzamasıdır. Diğer faktör ise doğum

oranlarının düşmesi olarak belirtilmiştir (WHO, 2015). Yaşam süresinin artması yaşlının daha uzun süre hayatta kalmasının bir göstergesi olmakla beraber, aile planlamasında kullanılan yöntemlere ulaşımın artması ve toplumsal olarak rollerin cinsiyet açısından değişmesi sonucu kadınların doğum yapma oranlarının da azalması yaşlı nüfus oranını etkilemektedir (Samancı Tekin ve Kara, 2018). Yaşlı nüfus oranı, gelişmiş ülkelerde fazlayken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha azdır (Baykan, 2011).

2016'da yapılan araştırmalarda Dünya'da yaşlıların oranı %8,7 olarak belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun en fazla oranlarda bulunduğu üç ülkeden birincisi %31,3 oranla Monako, ikinci sırada %27,3 oranla Japonya, üçüncü sırada ise %21,8 oranıyla Almanya'dır. Türkiye 167 ülke içinde 66. sırada yer almaktadır (TÜİK, 2017).

65 yaş ve üstü nüfus giderek artış göstermektedir. 2000 yılında tahminlerde nüfus 420 milyon olduğu belirtilmiştir. 1999'da yapılan sayımlarda 65 yaş ve üstü nüfus 411 milyon civarındadır. Yani yıllık 9,5 milyon civarında bir artış gösterdiği görülmektedir. Dünyanın 2000-2030 yılları arasında 65 yaş ve üstü kişilerin 550 milyon iken, 973 milyon nüfusa yükseleceği öngörülmektedir. Dünya'da 65 yaş ve üstü toplam nüfusa oranının %6,9' oranlarından %12,0'a yükseleceği beklenmektedir (WHO, 2015; Samancı Tekin ve Kara, 2018). Dünyada yaşlı kişilerin nüfus artış hızı %2,1'dir ve genel nüfus artış hızından %1,2 daha fazladır (Kinsella et al., 2009).

#### **2.4. Yaşlanma ile ortaya çıkan değişimler**

Yaşam şartlarının iyileşmesi, tıbbi tedavi ve bakım, beslenme ve tanı koyma olanaklarının gelişmesine paralel olarak ortalama hayatta kalma süresi de artmaktadır. Hayatta kalma süresinin artmasıyla da çeşitli kronik hastalıkların görülmesi de artış göstermiştir (Arslan ve Gökçe Kutsal, 1999). Yaşlılarda fonksiyonel yetersizlik için artan yaş, büyük bir risk faktörüdür (Samancı Tekin ve Kara, 2018).

Yaşın artmasıyla insanda birtakım değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişikliklerle beraber insanda çeşitli sağlık sorunları da kendisini göstermektedir (Yerli, 2017). Yaşlılarda, görme ve işitme sorunları gibi fizyolojik farklılıkların yol açtığı sorunların yanı sıra, hareket sistemi ile ilgili sorunlar, hipertansiyon (HT), kalp-damar sistemi hastalıkları, bazı kanserler, diyabet (DM), kronik akciğer hastalıkları (KOA) gibi daha ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır

(Karadakovan, 2005). Bu sağlık sorunları bir yandan insan 3mrünü kısıtlarken, diğer yandan da yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir (Bilir, 2006).

#### **2.4.1. Duyu organlarındaki değişimler**

Yaşlılığın oluşmasıyla kendisinde belirgin olarak sorunlar gösteren organlardan biri gözdür. Gözdeki farklılıkların bir kısmı gözün yapısından kaynaklarken, bir kısmı da kişilerdeki bireysel farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Nalbant, 2008). Yaşlı kişilerin yaşam olanaklarını kötü etkileyen göz rahatsızlıkları arasında; katarakt, glokom, maküler dejenerasyon ve diyabetik nöropati yer almaktadır (Kartal, 2012).

Yıllar boyunca birçok yüksek sese maruz kalmanın yanı sıra, yaşın artmasına bağlı olarak da ‘duymada azalma’ şeklinde işitme problemleri oluşmaktadır (Nalbant, 2008). Duymada yaşanan bu azalmaya presbiakuzi denilmektedir. Bilimsel çalışmalar presbiakuzinin toplumlarda yaşın artmasına bağlı oldukça sık görüldüğünü ve yaşla işitme kaybı derecesi arasında doğru orantı olduğunu ortaya koymuşlardır. Dünyada işitme kaybı olan yetişkinlerin sayısı yaklaşık olarak 328 milyon ve 65 yaş üstü nüfusun yaklaşık 1/3’i işitme kaybından etkilenmiştir (Çakır ve ark., 2013). DSÖ verilerine göre sakatlığa bağlı olarak kaybedilen sağlıklı yılların toplamı değerlendirildiğinde bu kayba yol açan nedenler arasında presbiakuzi üçüncü sırada bulunmaktadır (WHO, 2006). DSÖ’nün 2018 verileri göre, 65 ve üstü yaş gruplarında işitme sorunları, en çok Güney Asya, Asya Pasifik ve Sahra altı Afrika’da görülmektedir (WHO, 2018).

Yaşlılar genellikle kulaktaki denge-kontrol sorunu bozukluğundan dolayı baş dönmesi yaşarlar (Bulut Doğan 2014). Buna tıp biliminde “Vertigo” adı verilmektedir. Sağ veya sol vestibüler çekirdek arasındaki eşit olmayan nöral aktiviteye bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur (Halmagyı ve Akdal, 2005). Bu durum sonucunda ayakta durmada dengesizlik olabilir ve düşmeyle sonuçlanabilir (Müjdeci ve ark., 2010).

#### **2.4.2. Kas-iskelet sistemindeki değişimler**

65 yaş ve üstü kişilerde en sık görülen kronik hastalıklar arasında osteoartirit gelmektedir. Osteoartirit, fonksiyon bozukluğu ve sakatlığa yol açtığı bilinen yaşın artmasıyla kendisini gösteren dejeneratif bir eklem hastalığıdır (Hüner ve ark., 2013).

Dünya çapında oldukça yaygın görülen bir diğer kas-iskelet sistemi hastalığı, osteoporozdur (Curtis ve Safford, 2012). İnsan vücudunda bulunan bütün kemikleri etkileyen, kemiklerin sertliğinin azalması, zayıf ve kırılabilir yapıda olması ile karakterize sağlayan sistemik bir hastalıktır (Tüzün, 1999). Osteoporozun en önemli özelliği, yaşam kalitesi üzerinde ciddi bir olumsuz etkiye sahip olmasıdır. Etkili koruyucu tedavilerin bulunmasına rağmen, özellikle de en büyük risk grubunu oluşturan yaşlılarda osteoporoz sıklıkla az tanınıyor ve/veya yetersiz tedavi görülüyor. Osteoporozun yönetimi, yeterli beslenme, kalsiyum ve D vitamini takviyeleri ve düşme önleme stratejileri yoluyla kemik sağlığının iyileştirilmesini ve korunmayı içerir (Curtis ve Safford, 2012).

### 2.4.3. Endokrin sistemdeki değişimler

Endokrin sistemi bozuklukları arasında en çok karşımıza çıkan sorun Diyabetes Mellitus (DM)'tür. DM, yaşlılarda hem fiziksel sıkıntılara hem de sosyo-ekonomik sıkıntıya yol açan önemli halk sağlığı sorunudur. Yaşlı bireylerin uzun süre yaşamalarına bağlı vücuttaki glikoz toleransı bozula eğilimi göstermektedir (Karadakovan, 2005). Vücuttaki glikoz toleransının bozulma oranı 22-44 yaş aralığında %22.8 iken 65-74 yaş aralığında bu oranın %56.4'e çıktığı görülmektedir (Marks, 1999). DM'ün doğru bir şekilde yönetimini, tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, insülin ve/veya ilaç tedavisi ve eğitimle sağlamak mümkündür (Rakıcıoğlu, 2013).

DM, yaşlı insanlarda birçok komplikasyona neden olmaktadır. Bireylerde DM'ye bağlı olarak gelişen komplikasyonlar arasında sıklıkla hipoglisemi ve hiperglisemi yer almaktadır.

**Hipoglisemi:** Hipoglisemi yaşlılarda daha şiddetli ve sonuçları daha yıkıcı olmakla birlikte, böbreküstü bezlerinin bozulmasıyla insülin ve oral hipoglisemik ajanların etki sürelerinin uzaması, fazla ve çeşitli sayıda ilaç almaya bağlı ilaç etkileşimlerinin gelişmesiyle görülebilmektedir (Gül, 2017).

**Hiperglisemi:** Yaşlılarda birçok faktör hiperglisemi görülmesine neden olmaktadır. Bu faktörler arasında, infeksiyonlar, akut koroner olaylar, yetersiz DM tedavisi ve kortikosteroid alımı yer almaktadır. Yaşlı bireylerde ciddi düzeyde hiperglisemi, hiperozmolarite, ciddi volüm açığı ve bunlara eşlik eden böbrek yetmezliğiyle birlikte görülebilmektedir (Beğer ve ark., 2008).

#### **2.4.4. Kardiyovasküler sistemdeki değişimler**

Yaşlılıkta sıklıkla yaşanan kardiyovasküler rahatsızlıklar arasında, koroner kalp hastalığı (KKH), Hipertansiyon (HT) ve konjestif kalp yetmezliği (KKY) gibi karakterize hastalıklar yer almaktadır (Tosun Taşar ve Akçiçek, 2012). Yaşlı kişilerde KKY'ye neden olan risk faktörleri arasında, kalbin yapısı ve işlevindeki yaş ile birlikte gelişen kalıtsal nedenli değişiklikler ve fiziksel hareketsizlikler sayılabilir (Caner, 2018). Kardiyovasküler hastalıklar, yaşlı kişilerde en fazla morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır (Yıldırım ve ark., 2012; Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Yaşlı kişilerde kardiyovasküler olaylara yol açma riskinin yüksek olmasından dolayı hipertansiyon oldukça önemli bir sağlık sorunudur. Yüksek kan basıncı özellikle izole sistolik hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme gibi rahatsızlıklar kardiyovasküler hastalık konusunda kesin ve bağımsız bir risk faktörüdür (Özerkan Çakan, 2017).

#### **2.4.5. Solunum sistemdeki değişimler**

Solunum sisteminde yaşlanma ile oluşan değişiklikler akciğerlerin fonksiyonunu ve kapasitesini etkiler. Bu değişiklikler, anteroposterior göğüs çapında artma, toraks esnekliğinde azalma, solunum kaslarının etkinliğinde azalma, akciğerlerin esnekliğinde ve alveollerde azalma şeklinde özetlenebilir (Ergin, 1992). Yaşlılarda sık görülen solunum sistemi hastalıkları arasında; Pnömoni, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Pulmoner Ödem, Akciğer Apsesi, Akciğer Embolisi ve Enfarktüsü, Akciğer Tüberkülozu, Astım gibi hastalıklar yer almaktadır (Esen, 1992).

Akciğer kanseri, tüm dünyada en sık rastlanan kanser türüdür. Kansere bağlı mortalitenin en önemli nedenleri içinde yer almaktadır. Yaşın ilerlemesiyle akciğer kanseri gelişme riski artmaktadır (Köksal ve Babaoğlu, 2017). Yeni tanı alan akciğer kanserli hastaların üçte ikisinden fazlası 65 yaş üzerindedir (Govindan ve et al., 2006). Yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı bireylerde akciğer kanserinin görülme insidansının da arttığı görülmektedir (Sezer, 2013).

Türkiye'de yapılmış çalışmalar sonucunda, yaşlılarda en çok görülen kronik hastalıklar sırasıyla; %30,7 ile hipertansiyon, %13,7 ile osteoartrit, %13,7 ile KKY, %10,2 ile DM, %9,8 ile KKH ve %8,2 ile osteoporoz olduğu bulunmuştur. Ölüm oranlarının en çok görüldüğü, %32

oranıyla akciğer kanseri, %14 oranıyla meme kanseri, %10 oranıyla beyin tümörleri ve %9 oranıyla gastrointestinal kanserler yer almaktadır (Çakmur ve ark., 2000).

#### **2.4.6. Derideki değişimler**

Yaşın artmasına bağlı olarak ciltteki yağ dokusu azalarak, cilt elastikiyetini kaybeder ve ciltte incelme ve kırışıklıklar görülmeye başlar (Tosun Taşar ve Akçiçek, 2012). Kişilerin uzun yıllar süresince güneş ışınlarına maruz kalması sonucu ciltte sertlikler artış gösterir. Bu artış sonucunda, ciltte duyarlılık azalarak soğuğa dayanıksız bir hale gelir (Yıldırım ve ark., 2012). Ciltteki bu duyarlılığın azalmasına bağlı; yaralanmalarda artma, morluklar, iyileşmenin yavaşlaması, terlemenin azalması, doğal sekresyonların salınımında sorunlar, güneş ışınlarına maruz kalınması sonucu yaralanmalar ve ısıya intolerans gibi şikayetler ortaya çıkmaktadır (Yıldırım ve ark., 2012; Fadıloğlu, 2013).

#### **2.4.7. Üreme sistemindeki değişimler**

Kadınlardaki değişimler kendini daha çok fiziksel yapıda belli eder. Bu değişimler yaşın artmasına bağlı hormonal faktörlerin azalmasıyla kendisini gösterir. Uterus ve overler atrofiye uğrarken, vajen dokusu incelmeyle, göğüsler ise yağ dokusunun azalmasına bağlı sertlik ve fibroz doku ile kendini gösterir (Esen, 1992; Ergin, 1992). Erkeklerdeki değişimlerde kadınlardaki gibi hormonal değişimlere bağlıdır. Erkeklerdeki testosteron hormonunun azalmasına bağlı olarak seminal sıvıda azalma, sperm kalitesinde ve sayısında düşme, penis ve testislerde küçülme, prostatta büyüme ile kendini gösterir (Pehlivan ve Karadakovan., 2013).

#### **2.4.8. Sinir sistemindeki değişimler**

Yaşın artmasına bağlı, beyin hücrelerinde azalma ve tepkimelerin gerçekleşmesinde yavaşlama meydana gelir. Bunların azalmasına ve yavaşlamasına bağlı olarak, kelime hazinesinde azalma, kısa süreli hafızada unutkanlıklar, öğrenme, hatırlama, algılama, gibi mental fonksiyonlarda azalma gözlenir. Düşünme sürecinde ve duygusal/algısal değişiklikler nedeni ile hangi uyarana ne kadar süre sonra tepki verebildiği dikkatle saptanmalı ve yaşlının bu konuda ne hissettiği belirlenmelidir (Enç, 2004; Nalbant, 2008; Yıldırım ve ark., 2012).

#### **2.4.9. Sindirim sistemindeki değişimler**

Yaşın artmasına bağlı, sindirim sisteminde de değişiklikler meydana gelir. Mukus ve emilimde azalma, yemek borusundaki kasların kasılmasında azalma, midenin yapısında değişiklik, laktaz üretiminde azalma, barsak hareketlerinin yavaşlaması, kan akımında ve bazı enzimlerin etkinliğinin azalması gibi değişikler meydana gelir. Bu değişikliklerden dolayı yaşlının iştahında azalma, yediğini sindirememesi, ishal, kabızlık, kilo kaybı ve kilo artışları gibi sıkıntılar kendini gösterir (Nalbant, 2008).

Enzimlerin değişikliği, karaciğerin hücre miktarında azalmaya ve küçülmesine neden olduğu gibi kan akımını ve enzimlerin etkinliğini de azaltır. Bu da alınan ilaçların midede kalma süresini uzattığı için toksik etki yarattığından yaşlı kişilerde zehirlenmelere neden olabilmektedir (Miller ve ark., 2000).

#### **2.5. Yaşlılarda Düşmeler**

Yaşlılık, vücudun sistemlerindeki farklılıklardan kaynaklanan ve yaşın ilerlemesiyle değişiklik gösteren bir kavramdır. Doğal bir süreç içinde olsa bile yaşla meydana gelen değişiklikler sonucunda kişi genç yaş grubundan daha farklı ve daha yüksek oranda sorun ve risklerle karşı karşıya olduğu bir yaşam dönemi geçirmektedir. Yaşlılık döneminde görülen yüksek mortalite ve morbidite nedeni olan en önemli sorunlardan biri düşmelerdir (Kaymak Karataş ve Maral, 2001). Düşmeler, yaşlı insanların sağlığına ve bağımsızlığına büyük ölçüde etki eden, yaralanmalara, engelliliğe hatta erken ölümlere neden olan bir durumdur (Khow et al., 2018). Yaşam kalitesini azaltan düşmeler, yaşlı bireylerde korku ve kaygı yaratmakta ayrıca bağımsızlık kayıplarına neden olmaktadır (Aktaş ve Erci., 2016). 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yaklaşık %30'unun yılda en az bir kez düşmeyle karşılaştığı ifade edilmektedir (Khow et al., 2018). DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin 2007 yılında yayınladığı bir raporda 65 yaş üstü yaşlıların %28-35'inin, 70 yaş üzeri kişilerin ise %32-42'sinin her yıl düştüğünü bildirmektedir (WHO, 2007).

Kaymak Karataş ve Maral (2001) çalışmalarında 65 yaş üstü yaşlıların %4.9'unun 6 ay içinde düştüğünü bulmuşlardır (Kaymak Karataş ve Maral, 2001). Lök'ün yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada ise yaşlıların %47.7'si son bir yıl içinde düştüğü ve düşmelerin çoğunluğunun banyoda gerçekleştiği bildirilmiştir (Lök, 2010). Düşme yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin,

%60'ının ev ortamında, %30'unun toplumsal alanlarda, %10'unun ise sağlık bakım kuruluşlarında meydana geldiği görülmüştür (Şencan ve ark., 2011). Yaşlılarda görülen ölümlerin %60'ının ev ortamındaki düşmelerden kaynaklandığı bildirilmektedir (Turaman, 2001; Aktaş, 2012). Savcı ve arkadaşları (2009) çalışmalarında nöroloji ve nöroşirurji servislerinde yatan hastaların %55.5'inde düşme riskinin yüksek olduğu ve son üç ay içindeki düşme oranının %20.9 olduğu bildirmiştir (Savcı ve ark., 2009). Yaşar ve Türk'ün (20018) yaptığı araştırmada düşen hastaların %87.50'sinin 65 yaş ve üzerinde, %62.50'sinin erkek, %62.50'sinin bilincinin açık, %37.50'sinin tıbbi tanısının Parkinson olduğu saptanmıştır (Yaşar ve Türk., 2018).

### **2.5.1. Düşme risk faktörleri**

Yaşlıların bakımındaki amaç, hastalıkların tedavisi kadar, yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal olarak fonksiyonel kapasitesini en yüksek düzeyde tutmak ve yaşam koşullarını artırmak olmalıdır (Erdem ve Emel, 2004). Mümkünse sağlıklı ve bağımsız olmasını sağlamaktır. Bunun yanında yaşlı kişilerde düşmeye neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve düşmeleri önlemeye yönelik koruyucu stratejilerin geliştirilmesi önemlidir (Çınarlı ve Koç, 2015). Yaşlılarda düşme risk faktörleri intrensek (bireysel-içsel) ve ekstrensek (çevresel-dışsal) faktörler olarak ayrılmaktadır (Akgül ve ark., 2018).

**Bireysel-içsel (intrensek) faktörler:** Genel olarak değerlendirildiğinde, duyma sorunları, nörolojik sorunlara bağlı ekstremiteler ve duyu kayıpları ve bilinç durum değişiklikleri azalmış postüral kontrol, anormal yürüyüş, güç kayıpları, görme sorunları, azalmış reaksiyon zamanını içermektedir. Özel olarak değerlendirildiğinde ise, artrit, serebrovasküler olay (SVO), parkinson hastalığı, katarakt, retina dejenerasyonu, meniere hastalığı, göz kararması, senkop, karotis sinüs hipersensitivitesi, hipoglisemi, postural hipotansiyon, kardiyak aritmi, epilepsi vertebrobaziler yetersizlik ve kullanılan ilaçlar (Sedatifler, hipotansif ajanlar, antidiyabetikler, alkol), birden fazla ilaç kullanımı gibi nedenler yer almaktadır. (JCI, 2010; Arena, 2002; Doğan ve ark., 2011; Gökçe Kutsal ve Eyigör, 2012).

**Çevresel-dışsal (ekstresek) faktörler:** Aydınlatmada yetersizliklerin olması, evin içinde ve dışında merdivenlerde korkulukların bulunmaması, tuvalet ve banyo küvetinin etrafında tutunma çubuklarının olmaması, banyo tuvaletinin zemininde ayağın kaymaması için önlemler alınmaması, tuvaletin oturma yerlerinin çok düşük olması, yerdeki halılarının /zeminin



kayganlığı, yerde takılacak oyuncakların, eşyaların, kabloların bulunması veya kaldırılmalarında aralıklar ve düzensiz yapıda olması, kötü hava koşulları (buz ve kar vb.), protez, yürümeye yardımcı araçların kullanılmasına bağlı düşmeye neden olan dışsal faktörler içinde bulunmaktadır (Işık ve ark., 2006; Çınarlı ve Koç, 2015).

### **2.5.2. Düşmenin sonuçları**

Düşmeler bireyleri hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Düşmeye bağlı fiziksel olarak yaralanma nedeniyle bölgesel ağrılar, şişkinlik, kızarıklık, abrazyon, laserasyon, hemoraji, hematoma, burkulmalar, ezilmeler, yumuşak doku yaralanmaları, mortalite ve morbiditeyi artıran ekstremitte kırıkları görülmektedir (Savcı ve Bilik, 2014). Düşmelerin neden olduğu fiziksel yaralanma ve ölümlerin yanında, psikolojik ve sosyal sonuçları da vardır. Düşme olayının yineleyeceği korkusu düşmelerin önemli bir boyutu olup, yineleyen düşmeler sıklıkla görülmektedir (Birimoglu Okuyan ve Bilgili, 2018). Geçirilmiş düşme öyküsü ve düşme korkusunun tekrarlayan düşmelerle ilişkili olduğu ve düşmeleri önemli ölçüde arttırdığı ifade edilmiştir (Liang ve ark., 2014).

Yaşlı bireylerde düşme oranları yaşın artmasıyla artmaktadır (Todd ve Skelton, 2004). Bir yıl içinde, 65-74 yaş arasındaki yaşlılarda dört kişiden birinin düştüğünü, düşenlerin ise üç kişiden birinin 6 ay içinde tekrardan düştüğü ve düşmenin yaşlıda ölüme yol açtığı bilinmektedir (Barber, 2002). Chu ve arkadaşları (2005), düşme oranlarının yaşla birlikte arttığını ve düşme oranının 75-79 yaş aralığında %36.3, 80-84 yaş aralığında %38.7 ve 85 yaş ve üstü yaşlarda %46.8 olduğunu bildirmiştir (Chu et al., 2005).

### **2.5.3. Düşmelerin önlenmesinde hemşirelerin rolü**

Düşmelerin yaklaşık %50'si ev ortamında, günlük yaşam aktiviteleri sırasında, yatak odası ve banyo gibi en çok kullanılan alanlarda olmaktadır (Öztürk Birge, 2016). Düşmeleri önlemeye yönelik yaklaşımda ilk yapılması gereken yaşlılarda düşme öyküsünün, yürüme ve denge problemlerinin sorulması ve düşmeye yol açabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Işık ve ark., 2006). Hemşireler, yaşlı kişilerin düşmelerini tamamını önleyemeyeceği, fakat uygulanması gereken etkin koruyucu önlemlerin alınması sağlayarak en aza indirilebileceği belirtilmektedir (Hitcho ve et al., 2004). Düşmelerin önlenmesinde önemli rolü olan hemşirenin sorumlulukları arasında, düşme riskinin değerlendirilmesi, çevresel

düzenlemelerin yapılması, birey ve bakımından sorumlu olan kişilerin eğitilmesi yer almaktadır (De Moura Sá et al., 2017).

Düşmenin önlenmesinde ilk hedef hastanın düşme riskinin belirlenmesidir. Düşme riskinin belirlenmesi ancak bireyin doğru ve yeterli değerlendirilmesiyle mümkündür. Değerlendirmede bütüncül bir yaklaşım kullanılmalıdır (Oksel, 2018). Hemşirelerin bir model, ölçek ya da skorlama sistemi kullanarak yaşlılarda düşme riskini belirlemesi gerekli koruyucu önlemlerin zamanında almasını sağlar, aynı zamanda hastanın zarar görmesini de engeller nitelikte olmalıdır (Savcı ve ark., 2009). Literatürde, düşme riski tanımlamasında kullanılan değerlendirme araçlarına bakıldığında, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği, Hendrich II Düşme Riski Ölçeği, Morse Düşme Ölçeği, DENN Düşme Risk Değerlendirme Ölçeği gibi ölçekler örnek olarak verilebilir (Oksel, 2018).

**Düşme Riskini Belirlenmesi:** Yaşlı bireylerde düşme riskinin belirlenmesinde dikkat edilmesi gereken hususlara göre Dokuz başlık altında şöyle sıralanmaktadır.

1. Daha önceki düşmenin değerlendirilmesi
2. İlaç öyküsünün değerlendirilmesi
3. Görmenin değerlendirilmesi
4. Postural kan basıncı ölçümü
5. Denge ve yürümenin değerlendirilmesi
6. Nörolojik değerlendirme
7. Kas-iskelet sistemi değerlendirilmesi
8. Kardiyovasküler değerlendirme
9. Ev içi tehlikelerin değerlendirilmesi (Işık ve ark., 2006).

Düşme nedenlerinin her biri risk faktörüdür. Gelişen bütün düşmelerin bir nedeni yoktur, bireylerin karşılaştığı birçok risk faktörü vardır ve bunların çoğu önlenebilir risk faktörleridir. Bazı yaşlılarda ise düşmenin yaşlanmanın doğal bir parçası olduğuna inanmaktadırlar. Bu inanış

çerçevesinde koruyucu önlemlerin bilinmemesindeki yetersizliklerde düşmelerle sonuçlanmaktadır (Yeşilbalkan ve Karadakovan, 2005; Caner, 2018).

**Çevrenin düzenlenmesi:** Düşmelerin çoğu ev ortamında gerçekleşmektedir. Yapılacak birkaç düzenlemeyle bu risk %60 oranında azaltılabilir. Hemşire, yaşlının evdeki yaşam alanını güvenli hale getirilmesi için yaşlıya önerilerde bulunmalıdır. Bunlar;

- Mobilyaların, yürüme alanına engel olmayacak şekilde düzenlenmesi
- Odaların ve koridorların iyi aydınlatılması
- Dengesiz, kırık mobilyaların kaldırılması veya tamir edilmesi (Gökdemir, 2017).
- Zemine kayabilecek özellikte olan halı, kilim v.b. serilmemesi
- Elektrik, telefon, şarj aleti gibi kabloların açıkta olmaması (Dıramalı ve ark., 2007).
- Mümkün olduğu kadar karanlıkta rahatça seçebilecek fosforlu elektrik düğmelerinin tercih edilmesi
- Yüksek raflara uzanmak için kişinin kendisini zorlamaması
- Sık kullanılan eşyaların, rahatça uzanabilecek raflarda saklanması (Örneğin; giysiler, mutfak eşyaları gibi).
- Zedelenmiş parkelerin tamir edilmesi
- Yalın ayakla dolaşılması. Evde, mümkünse uygun terlik tercih edilmesi.
- Yatak odası ile banyo arasındaki mesafenin gece boyunca, yeterli düzeyde aydınlatılması
- Eğer mümkünse tuvaletin kenarına, oturup kalkarken destek alınabilecek tutamakların yaptırılması (Gökdemir, 2017).
- Banyo düzeni yaşlıların kaymalarını, çarpmalarını önleyecek biçimde olmalı (Dıramalı ve ark., 2007).
- Zedelenmiş merdiven basamaklarını tamir edilmesi (Gökdemir, 2017).

- Merdivenlerde hem aşağıda hem de yukarda ışık düğmesinin olması, inmeden veya çıkmadan önce ışıkların açılması
- Merdiven basamaklarındaki kutuların, gazetelerin, kitapların, havluların, ayakkabıların, battaniyelerin ortadan kaldırılması (Beyazova, 2011).

Ayakkabı seçiminde;

- Kaygan olmayan, sert tabanı olan ayakkabı tercih edilmeli
- Yürüyüş ayakkabılarının tercih edilmesi
- Ayak bileğini kavrayan ergonomik ayakkabıların tercih edilmesi
- Yumuşak tabanı olan ayakkabılardan kaçınılması
- Yüksek topuğu olan ayakkabılardan kaçınılması (Gökdemir, 2017).

**Yaşlı ve bakımında sorumlu kişilerin eğitimi:** Düşme riski olan yaşlılarda, eğitim programları düzenlenmeli, düşme riskleri hakkında yaşlı ve yakınlarına bilgi verilmeli, denge-yürüme eğitimleri yapılarak düşmeler önlenmeli. Egzersizler ile alışkanlıkları, denge, kas kuvvetlendirme ve direnç egzersizleri yaptırılarak yaşlının kuvvetlenmesi sağlanabilir.

Düzenli ve fiziğine uygun olan egzersiz yapan kişiler, biyolojik yaşlanmayı geciktirmesinin yanı sıra, fiziksel ve bilişsel başarısını da korur ve geliştirir. İç ve dış çevredeki değişikliklere adaptasyonu ve vücuda zararlı olabilecek etkilere karşı direnci de artırırlar (Ergün, 2013).

Yardımcı aletlerin kullanımında, sert tabanlı uygun ölçüde ayakkabı, yürüteç, kalça koruyucuları gibi aletlerin kullanımında eğitimler almış olması ve uygulanmasında yaşlı bireylere yardımcı olunması (Gillespie et al., 2003).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel türde bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Mart 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Mayıs 2018- Aralık 2018 tarihleri arasında Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 60. Yıl Aile Sağlığı Merkez'inde toplanmıştır. 60. Yıl Aile Sağlığı Merkezi, Gaziantep'in merkez ilçesi olan Şahinbey bölgesinde yer almaktadır. ASM'de toplamda yedi doktor ve yedi aile sağlığı elamanı (hemşire/ebe) görev yapmaktadır. ASM 30 bin civarında nüfusa hizmet vermektedir. Geniş bir nüfusa hitap ettiği için bu ASM'de çalışma yürütülmüştür.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 60. Yıl Aile Sağlık Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri 1050 kişi oluşturmuştur. Örneklemi ise evreni bilinenden örneklem hesaplama yöntemine göre belirlenen 290 birey oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçiminde basit-rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır.

#### 3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, yüz yüze görüşme tekniğiyle aile sağlığı merkezinde poliklinik ortamında toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu ve DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

##### 3.4.1. Veri toplama araçları

- **Tanıtıcı Bilgi Formu:** Araştırmacı tarafından geliştirilen form, yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini belirleyecek nitelikteki toplam sekiz sorudan oluşmaktadır.

- **DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği:** Nebraska's Medicare Kalite Geliştirme Kurumu (Medicare Quality Improvement Organization) tarafından Düşmelerin Yönetimi Rehberi'nden (Falls Management Guidelines) (Health Care Association of New Jersey, 2006) yararlanılarak

geliştirilen dokuz ana başlıktan (bilinç düzeyi/mental durum, son üç aydaki düşme hikayesi, ambulasyon/tuvalet durumu, görme durumu, yürüme ve denge, ortostatik değişiklikler, ilaçlar, hastalıklar ve ekipman varlığı) oluşan bir formdur. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği Eren Tekin ve ark., (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçekte değerlendirme toplam puan üzerinden yapılmakta ve bireyin düşme risk puanı belirlenmektedir. Puanlama sonucunda 0-5 puan alanlar düşme açısından “düşük riskli”, 6-9 puan arasında alanlar “orta riskli” ve 10 ve üzerinde puan alanlar ise “yüksek riskli” olarak değerlendirilmektedir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0.753 olarak belirlenmiştir (Eren Tekin ve ark., 2013). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa değeri 0.764 olarak bulunmuştur.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **- Bağımlı değişkenler**

DENN Düşme Risk Değerlendirme Ölçek puanı.

#### **- Bağımsız değişkenler**

Sosyo-demografik özellikler

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ilk önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek için normalite testi yapılmıştır. Normalite testi sonucuna göre, verilen normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle t testi, varyans analizi kullanılmıştır. Sayı, yüzdelik ve ortalama değerleri hesaplanmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu çalışmanın sonucu sadece 60. Yıl Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 65 yaş ve üstü bireylere genellenebilir.

### **3.8. Araştırmada Etik Kurallar**

Çalışmada kullanılan DENN Düşme Risk Değerlendirme Ölçeği'nin kullanımı için ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır (EK-3).

Araştırmanın yürütülmesi için SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (29 Mart 2018 Tarih ve 13 nolu karar) kurul onayı (EK-4), Araştırmanın 60. Yıl Aile Sağlığı Merkezi'nden yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (EK-5) ve katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.



## 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’ de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler (n=290)	Sayı (n)	%
<b>Yaş</b>		
65-74 yaş	208	71.7
75-84 yaş	66	22.8
85 ve üzeri yaş	16	5.5
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	154	53.1
Kadın	136	46.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	209	72.1
Bekar	81	27.9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	105	36.2
Okuryazar	90	31.0
İlkokul mezunu	68	23.4
Ortaokul ve lise mezunu	20	6.9
Üniversite mezunu	7	2.4
<b>Ekonomik Durumu</b>		
Gelir giderden az	117	40.3
Gelir gidere eşit	167	57.6
Gelir giderden çok	6	2.1
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>		
Yalnız	37	12.8
Eşiyle	170	58.6
Çocukları ile	83	28.6
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Olan	271	93.4
Olmayan	19	6.6
<b>Son Üç Ayda Düşme Hikayesi</b>		
Düşme yok	140	48.3
1-2 düşme	128	44.1
3 ve üzeri düşme	22	7.6



Çalışmaya katılan bireylerin %53.1'ini erkekler, %46.9'unu kadınlar oluşturmuştur. Bireylerin %71.7'si (n=208) 65-74 yaş grubunda ve %5.5'i (n=16) 85 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Yaşlıların %72.1'i evli olup, %36.2'si okur yazar değil, %57.6'sının gelir giderine eşit ve %58.6'sı eşiyile birlikte yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin %93.4'nun sosyal güvencesinin olduğu ve %44.1'nin son üç ayda 1-2 kez düştüğü belirlenmiştir (Tablo 4.1)

Bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puanlarına ilişkin dağılımları Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2. Bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği Puan Aralıklarına İlişkin Dağılımlar**

Ölçek Puan Aralıkları	DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği				
	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Düşme riski az olan (0-5 puan)	46	15.9	3.08±1.82	0.00	5.00
Düşme riski orta olan (6-9 puan)	60	20.7	7.68±1.11	6.00	9.00
Düşme riski yüksek olan (10 ve üzeri puan)	184	63.4	14.84±3.77	10.00	26.00
<b>Toplam</b>	290	100.0	11.50±5.58	0.00	26.00

DENN Düşme Riski Ölçeği 'ne göre, yaşlıların %15.9'unun (n=46) 0-5 arasında puan alarak düşme riski az olan grupta, %20.7'sinin (n=60) 6-9 arasında puan alarak düşme riski orta olan grupta ve %63.4'nün (n=184) 10 ve üstü düşme riski puanı alarak düşme riski yüksek olan grupta yer aldığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları min-max puan 0-26 olarak saptanmıştır. Bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 11.50±5.58 olarak belirlenmiştir. DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması, düşme riski az olan bireyler için 3.08±1.82, düşme riski orta olan bireyler için 7.68±1.11 ve düşme riski yüksek olan bireyler için 14.84±3.77 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.3.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.3. Bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

Sosyo-Demografik Özellikler (n= 290)	n	DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel analiz ve anlamlılık
<b>Yaş</b>			
65-74 yaş	208	10.45±5.38	F=14.807 p=0.00*
75-84 yaş	66	13.78±5.26	
85 ve üzeri yaş	16	15.62±5.07	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	136	12.22±5.27	t=2.075 p=0.03*
Erkek	154	10.86±5.79	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	209	10.49±5.18	t=-5.14 p=0.00*
Bekar	81	14.09±5.78	
<b>Eğitim Durumu</b>			
Okuryazar değil	105	12.45±6.12	F=2.308 p=0.06
Okuryazar	90	11.46±5.25	
İlkokul mezunu	68	10.42±5.02	
Ortaokul ve lise mezunu	20	11.65±4.85	
Üniversite mezunu	7	7.57±6.29	
<b>Ekonomik Durumu</b>			
Gelir giderden az	117	12.13±5.78	F=3.56 p=0.03*
Gelir gidere eşit	167	11.23±5.38	
Gelir giderden fazla	6	6.33±4.58	
<b>Birlikte Yaşanılan Kişiler</b>			
Yalnız	37	12.78±6.01	F=15.28 p=0.00*
Eşiyle	170	10.07±5.20	
Diğer Aile Üyeleriyle	83	13.85±5.27	
<b>Sosyal Güvence</b>			
Var	271	11.32±5.53	t=-2.07 p=0.03*
Yok	19	14.05±5.88	
<b>Son Üç Ayda Düşme Hikayesi</b>			
Düşme yok	140	8.02±4.26	F=96.163 p=0.00*
1-2 düşme	128	14.11±4.44	
3 ve üzeri düşme	22	18.40±4.13	

\*p<0.05

Bireylerin yaş gruplarına göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş gruplarına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın 65-74 yaş arası gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. 65-74 yaş arası grubun DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 75- 84 yaş arası ve 85 ve üzeri yaş grubunda yer alan bireylerden daha düşük olup  $10.45\pm 5.38$ 'dir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3).

Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadınların risk puan ortalaması erkeklerden daha yüksek olup  $12.22\pm 5.27$ 'dir. Cinsiyete göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3).

Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerin eğitim durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Bireylerin medeni durumuna göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekar olan bireylerin risk puan ortalaması evli olanlardan daha yüksek olup  $14.09\pm 5.78$ 'dir. Medeni duruma göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3).

Bireylerin sosyal güvencesi olma durumuna göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sosyal güvencesi olmayan bireylerin risk puan ortalaması sosyal güvencesi olanlardan daha yüksek olup  $14.05\pm 5.88$ 'dir. Sosyal güvencesi olma durumuna göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3).

Bireylerin gelir durumuna göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre farkın geliri giderinden az olan ve geliri giderinden çok olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Geliri giderinden az olan grubun risk puan ortalaması geliri giderinden çok olan gruptan daha yüksek olup  $12.13\pm 5.78$ 'dir (Tablo 4.3).

Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, birlikte yaşanan kişilere göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD testi sonucuna göre eşiyile birlikte yaşayan bireylerden kaynaklandığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Eşiyile birlikte yaşayan bireylerin risk puan ortalaması yalnız yaşayan bireylere ve diğer aile üyeleri ile birlikte yaşayan bireylere göre daha düşük olup  $10.07\pm 5.20$ 'dır (Tablo 4.3).

Bireylerin son üç ayda düşme hikayesine göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, düşme hikayesine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hiç düşme hikayesi olmayanların diğerlerine göre düşme riski daha düşük olup  $8.02\pm 4.26$ 'dır (Tablo 4.3).

## 5. TARTIŞMA

Yaşlılarda mortalite ve morbidite açısından önemli bir sağlık sorunu olan düşmelerin önlenmesinde düşme risklerinin belirlenmesi son derece önemlidir. Düşme riski değerlendirme sonuçlarına göre bireye ve çevresine yönelik müdahale çalışmaları yapılabilir.

Çalışma sonucuna göre, yaşlı bireylerin %15.9'nun düşme riskinin az, %20.7'sinin düşme riskinin orta ve %63.4'nün düşme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Uysal Madak (2010), çalışmasında katılımcıların %41.9'unun düşme riskini düşük, %22.7'sinin düşme riskini orta ve %35.4'ünün düşme riskini yüksek bulmuştur. Gülhan Güner ve ark., (2017) yaşlı bireylerin %31.5'nin düşme riskini düşük, %31.4'ünün düşme riskini orta, %37.1'nin düşme riskini yüksek olarak saptamıştır. Caner 'in (2018) farklı bir ölçek kullanarak yaşlı bireylerde düşme riskini belirlediği çalışmasında katılımcıların %31.9'u yüksek riskli olarak tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada yaşlı bireylerin %3.2'sinin düşme yönünden yüksek riskli grupta olduğu, son bir yıl içinde toplam düşme sayısı ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır (Beyazay ve ark., 2014). Bu çalışma da elde edilen yüksek riskli bireylerin oranı diğer birçok çalışma sonuçlarına göre oldukça yüksektir. Bu durumun, çalışma grubunun sosyo-kültürel özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarına göre, 65-74 yaş grubunda yer alan bireylerin düşme riski 75-84 yaş ve 85 ve üstü yaş gruplarındakilere göre daha düşük bulunmuştur. Yaş artıkça yaşlıların düşme riski de artmaktadır. Çalışma sonucuna benzer şekilde Savcı ve ark. (2009) yaşlılık ve yaşın ilerlemesi ile artan fiziksel yetersizliğin düşme riskini artıran bir faktör olduğunu belirtmiştir. Kaymak Karataş ve Maral (2001) 65 ve üzeri yaş grubunda düşme sıklığının 50-64 yaş grubuna göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Chu ve arkadaşları, (2005) düşme riskinin yaşla birlikte arttığını ifade etmektedir. Çalışma sonucu literatürdeki bilgilerle uyumaktadır ve yaşla birlikte düşme riskinin arttığını desteklemektedir.

Bu çalışmada kadınların DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması erkeklerden yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucuna benzer şekilde, Wu ve arkadaşları (2013) kadınların erkeklerden daha çok düştüğünü tespit etmiştir. Gülhan (2013) çalışmasında düşme riskinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuştur. Akgül ve arkadaşları 'da

(2018) yaptığı araştırmada kadınların düşme yönünden daha fazla risk altında olduklarını düşmeye daha çok maruz kaldığını ifade etmiştir. Mumcu Boğa ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla düştüklerini ve yaş ilerledikçe düşme riskinin arttığını bulmuşlardır. Bu çalışmada, elde edilen sonuç literatürde yer alan, kadınların düşme riskinin erkeklerden daha fazla olduğu bilgisini doğrular niteliktedir.

Bu çalışmada bireylerin eğitim durumuna göre DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür. Akgül ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada da eğitim durumu ile düşme arasında ilişki olmadığını bulunmuştur. Altmış yaş ve üzeri evde yaşayan 316 yaşlı üzerinde yapılan başka bir çalışmada da eğitim düzeyine göre düşme oranları arasında anlamlı bir farkın olmadığı bildirilmiştir. Çalışma bulgularının aksine, Caner'in (2018) farklı bir ölçek kullanarak düşme risklerini belirlediği çalışmasında eğitim düzeyinin azalmasıyla düşme riskinin arttığını belirlenmiştir. Sharif ve arkadaşları (2018) da eğitim düzeyinin azalmasıyla düşmenin arttığını ifade etmektedir. Literatürdeki bilgilere göre eğitim düzeyinin düşme riskine ve düşmeye etkisi üzerinde farklılık gösterdiği görülmüştür.

Bu çalışmada bekar olan bireylerin düşme riski evli bireylere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuncuna benzer şekilde, Çubukçu (2018) bekarların evli kişilere oranla düşme riskinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Akgül ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da bekar ve dulların düşme riskinin evlilere göre yüksek olduğu bildirilmektedir.

Çalışmada sosyal güvencesi olmayan bireylerin DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği puan ortalamasına göre düşme risklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın aksine, Caner (2018) sosyal güvencesi olan yaşlıların sosyal güvencesi olmayan yaşlılara göre düşme riskinin daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Bireyin sosyal güvencesinin olması sağlık hizmetlerinden faydalanmasını, sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmasını ve olumlu sağlık davranışı kazanmasını sağlayan bir faktör olarak düşünölmektedir.

Çalışmada, geliri giderinden az olan bireylerin, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan bireylerden daha çok düşme riskine maruz kaldığını bulunmuştur. Bu durumun kişilerin maddi durumlarının iyi olması ile ilişkili olarak daha sağlıklı ve güvenli ev koşularında yaşamaları ve

çevrelerine göre sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanabiliyor olmalarından kaynaklandığı dşnlmektedir.

Çalışmada DENN Düşme Riski Değerlendirme leği puan ortalamasına göre eşi ile birlikte yaşayan, yalnız ve diğer aile üyeleriyle yaşayan yaşlılara göre düşme riski daha düşük bulunmuştur. Bu durumun eşi varlığının yaşlıda güven duygusunu artırdığı ve yaşlıların birbirini desteklemelerinden kaynaklandığı dşnlmektedir. Yalnız yaşayan kişilerin yalnızlık duygusu ve ölüm korkusu daha fazla olduğu için düşme riskine daha çok maruz kaldığı dşnlmektedir.

Çalışmada, son üç ayda bireylerin % 44.1'nin 1-2 kez, %7.6'sının ise üç ve üzeri sayıda düştüğü belirlenmiştir. Bu durumda, yaşlıların yarısından çoğunun en az bir kez düştüğünü söyleyebiliriz. Bireylerin son üç ayda düşme hikayesine göre DENN Düşme Riski Değerlendirme leği puan ortalaması karşılaştırıldığında da hiç düşme hikayesi olmayanların diğerlerine göre düşme riskinin daha düşük olarak saptanmıştır. Lk (2010) yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada yaşlıların %47.7'sinin son bir yıl içinde düştüğünü saptamıştır. Bıyıklı (2006) alışmasında yaşlıların son bir yıl içinde %33.3'ünün en az bir kez düştüğünü bildirmiştir. Bu çalışmanın bulgusu yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermekte ve düşme riski yüksek olan bireylerde düşmenin gerçekleştiğini göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar

- Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %63,4'nün düşme riskinin yüksek olduğu,
- Son üç ayda bireylerin %44.1'nin 1-2 kez, %7.6'sının ise üç ve üzeri sayıda düştüğü,
- Bireylerin yaşı artıkça düşme riskinin arttığı,
- Kadınların erkeklere göre düşme riskinin daha yüksek olduğu,
- Bekar olanların evli kişilere göre düşme riskinin daha yüksek olduğu,
- Geliri giderinden az olan kişilerin geliri giderine eşit ve geliri giderinden çok olanlara göre düşme riskinin daha yüksek olduğu,
- Sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi olanlara göre düşme riskinin daha yüksek olduğu,
- Eğitim durumunun düşme riskinde farklılık oluşturmadığı,
- Son üç ayda düşme hikayesi olan bireylerin düşme riskinin daha yüksek olduğu,

Belirlenmiştir.

### Öneriler

- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin, düşme açısından riskli grubunu oluşturan bireyleri daha yakından izlemesi,
- Yaşlılarda düşme risklerini ve düşme prevalansını belirlemeye yönelik daha büyük örneklemlili çalışmaların yapılması,
- Düşmeleri önlemek için risk faktörlerine yönelik girişimsel çalışmaların yapılması,

Önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

- Akdeniz, M., Yaman, A., Kılıç S., Yaman, H. (2010).** Aile hekimliğinde önlenebilen sorunlar: Yaşlılarda düşmeler. GeroFam Dergisi. 1: 117-132.
- Akgül, A., Arman, N., Tarakcı, E., Yılmaz Alarçın, E., Saydam, R., Büyükkaya, F., ve ark. (2018).** İstanbul Bahçelievler ilçesinde yaşayan yaşlıların düşme prevalansı ve düşme riskinin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Dergisi. 38(2): 107-115.
- Aktaş, B. (2012).** Yaşlı Bireylerde Düşmeleri Önlemeye Yönelik Rehber Geliştirme ve Geliştirilen Rehber Doğrultusunda Verilen Eğitimin Düşmeyi Önlemeye Etkisi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi. Erzurum.
- Aktaş, B., Erci, B. (2016).** Rehber doğrultusunda verilen eğitimin yaşlı bireylerde düşmeyi önlemeye etkisi. İç Hastalıkları Dergisi. 23: 49-59.
- Arena, G., Cordova, S., Gavin, A., Palamara, P., Rimajova, M. (2002).** “Falls in The Elderly in Western Australia”.  
<http://www.population.health.wa.gov.au/promotion/resources/Burns%20and%20scalds.p>.  
Erişim tarihi: 07.10.2018.
- Arpacı, F. (2005).** Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Eğitim ve Kültür Yayınları. Ankara.
- Arslan, Ş., Gökçe Kutsal, Y. (1999).** Yaşlılarda özür lülüğün değerlendirmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi. 2(3): 103-114.
- Barber, C.E. (2002).** Preventing falls in the elderly.  
<http://www.ext.colostate.edu/pubs/consumer/10242pdf>.
- Baykan, Z. (2011).** Edt. Öztürk Y., Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Erciyes Üniversitesi Basın Yayın ve Halk ve İlişkiler Müdürlüğü. Kayseri.
- Beğ er, T., Er dinçler, D.S., Çurgunlu, A. (2008).** Yaşlıda Diabetes Mellitus.  
[http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.html](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.html). Erişim Tarihi: 05.12.2018.
- Beğ er, T., Yavuzer, H. (2012).** Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Yayın. 25: 1-3.
- Bekaroğ lu, M. (1991).** Yaşlılık döneminin ruhsal sorunları. Aile ve Toplum. 1(1): 1-4.
- Beyazay, S., Durna, Z., Akın, S. (2014).** Yaşlı bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 6(1): 1-12.

- Beyazova, M. (2011).** Düşmelerin nedenleri ve önlenmesi. <http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/11.pdf>. Erişim tarihi: 06.01.2019.
- Bıyıklı K. (2006).** Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Düşme ile İlişkili Faktörler: Demografik Özellikler, Sağlık Sorunları ve Kullanılan İlaçlar. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Bilir, N. (2006).** Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 25(3): 1-6.
- Birimoğlu Okuyan, C., Bilgili, N. (2018).** Yaşlılarda mobilite ve düşme davranışları: Bir huzurevi çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 15 (1): 1-8.
- Brito, T.A., Coqueiro, R.D.S., Fernandes, M.H., Jesus, C.S.D. (2014).** Determinants of falls in communitydwelling elderly: Hierarchical analysis. Public Health Nursing. 31(4): 290-297.
- Bulduk, E.Ö. (2014).** Yaşlılık ve toplumsal değişim. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi.18(2): 53-60.
- Bulut Doğan, Z. (2014).** Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Düşme ile İlişkili Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Caner, Ş. (2018).** Yaşlılarda Düşme Riski, Korkusu ve Düşme Davranışları ile Düşmeye Yönelik Evde Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Samsun.
- Chu, L.W., Chi, I., Chiu, A.Y.Y. (2005).** Incidence and predictors of falls in the chinese elderly. Ann Acad Med Singapore. 34: 60-72.
- Curtis, J.R., Safford, M.M. (2012).** Management of osteoporosis among the elderly with other chronic medical conditions. PMC. 29 (7): 549-564.
- Çakır, O., Yıldırım, G., Kumral, T.L., Berkiten, G., Ataç, E., Sünnetçi, G., Uyar, Y. (2013).** Yaşlılıkta Presbiakuzi ve Rehabilitasyonu. Okmeydanı Tıp Dergisi 29(Ek sayı 2): 116-120.
- Çakmur, H., Erem, M.T., Koç, M., Ertekin, V., Karshoğlu, İ., Kırağı, D. (2000).** Ca tanısı almış geriatrik olguların demografik incelemesi. Türk Geriatri Dergisi. 3(1): 11-14.
- Çataloğlu, S. (2018).** Yaşlılık, Değer ve Teknoloji. Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi. 1: 27-35.
- Çınarlı, T., Koç, Z. (2015).** 65 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(4): 660-679.

- Çubukçu, M. (2018).** Evde bakım alanlarda düşme riskinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 22(2): 50-57.
- De Moura Sá, G.G., Da Silva Júnior, L.G., Rocha Bezerra, M.A., De Carvalho, K.M., Ribeiro dos Santos, A.M., Vilar Teixeira Nunes, B.M., et al. (2017).** Nursing care for prevention of falls in the elderly: An integrative review. *International Archives of Medicine Section: Geriatrics*. 10: 1-14.
- Dıramalı, A., İlçe, A.Ö., İlçe, A.C. (2007).** Yaşlılarda ev kazalarının önlenmesi ve ev kazalarının önlenmesine yönelik iç mekân çözümlenmeleri. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/aiciad.pdf>. Erişim Tarihi: 06.01.2019.
- Doğan, A., Borman, P., Gökçe Kutsal, Y., Ordu Gökkaya, K. (2011).** Edt: Bahar Özvarış Ş., Aslan D. Yaşlı Sağlığı Modülleri. Yaşlılık Döneminde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz. Anıl Matbaacılık. Ankara.
- Enç, N. (2004).** Yaşlılık ve bakım gereksinimleri. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya. 209-210.
- Erdem, M., Emel, F.H. (2004).** Yaşlılarda mobilite seviyesi ve düşme korkusu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7 (1): 1-10.
- Eren Tekin, D., Kara, N., Utlu Tan, N., Arkuran, F. (2013).** Delmarva Vakfı Tarafından Geliştirilen Düşme Riski Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 10 (1): 45-50.
- Ergin, K. (1992).** Yaşlanma ile ilgili fizyolojik değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(2): 75-81.
- Ergün, M. (2013).** Yaşlılık ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*. 48: 131-138.
- Esen, A. (1992).** Yaşlılıkta görülen sağlık sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 8(3): 97-105.
- Fadıloğlu, Ç. (2013).** Yaşlılıkta Evde Bakım. Edt. Fadıloğlu Ç, Ertem G., Aykar Şenuzun F. *Evde Sağlık ve Bakım*. Göktuğ Yayıncılık. Amasya.159-179.
- Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb SE Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2003).** Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev*. 4: CD000340. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000340/full>. Erişim Tarihi: 10.01.2019.
- Govindan, R., Page, N., Morgensztern, D., Read, W., Tierney, R., Vlahiotis, A., et al. (2006).** Changing epidemiology of small-cell lung cancer in the United States over the last 30

years: Analysis of the Surveillance. Epidemiologic. and End Results database. J Clin Oncol. 24(28): 4539-4544.

**Gökçe Kutsal, Y. (2007).** Geriatri. TTB Yayını. 13-19.

**Gökçe Kutsal, Y.** Yaşlılarda düşme. [http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/yaslilarda\\_dusme.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/yaslilarda_dusme.pdf). Erişim Tarihi:10.04.2019.

**Gökçe Kutsal, Y., Eyigör S. (2012).** Edt: Aslan D., Ertem M. 2012. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. HASUDER yayın. Palme Yayıncılık. Ankara. 46.

**Gökdemir, B. (2017).** Edt. Akçiçek F., Şahin S. Yaşlıda düşme ve düşmeyi önleme yolları el kitabı. İzmir.

**Gül, K. (2017).** Diyabet ile yaşlanma, yaşlanma ve hipoglisemi cevabı. <http://www.diabetcemiyeti.org/var/cdn/9/7/Kamile-Gul-2.pdf>. Erişim Tarihi:05.12.2018.

**Gülhan Güner, S., Nural, N., Erden, A. (2017).** Evde yaşayan genç yaşlıların ilaç yönetimi, ev içi düzenlemeleri, egzersiz alışkanlıkları ve yaşam kalitesi ile düşme risk düzeylerinin belirlenmesi: Pilot Çalışma. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2(2): 13-19.

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

**Halmagyi, M.G., Akdal, G. (2005).** Vertigo ve dengesizlik. Journal of Neurological Sciences. 22(2): 142-160.

**Hitcho, E.B., Krauss, M.J., Birge, S., Claiborne Dunagan, W., Fischer, I., Johnson, S., Nast PA., et al. (2004).** Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: A Prospective Analysis. J Gen Intern Med. 19(7): 732-39.

**Hüner, B., Demirhan, E., Atar, S. (2013).** Geriatrik hastalarda kas iskelet sistemi hastalıkları. Okmeydanı Tıp Dergisi 29(Ek sayı 2): 75-88.

**Işık, A.T., Cankurtaran, M., Doruk, H., Mas, M.R. (2006).** Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi. Geriatri Dergisi. 9 (1): 45-50.

**Joint Commission International (JCI). (2010).** “National Patient Safety Goals”. [http://kawww.jointcommission.org/NR/rdonlyres/EADA6461-F238-4680-B4E207B433B2701/0/08\\_NPSG\\_AS\\_L\\_gp.pdf](http://kawww.jointcommission.org/NR/rdonlyres/EADA6461-F238-4680-B4E207B433B2701/0/08_NPSG_AS_L_gp.pdf). Erişim Tarihi: 10.10.2018.

**Karadakovan, A. (2005).** Yaşlılarda sağlık sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 21(2): 169-179.

- Karakaş, S.A., Durmaz, H. (2017).** Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. Kocatepe Tıp Dergisi. 18: 32-36.
- Kartal, M. (2012).** Yaşlıda görme kaybı. Türkiye Klinikleri Dergisi. 3(6): 44-48.
- Kaymak Karataş, G., Maral, I. (2001).** Ankara- Gölbaşı ilçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. Geriatri Dergisi. 4 (4): 152-158.
- Khow, K.S., Dollard, J., Bray, K., Smyth, C., Chehade, M., Theou, O., et al. (2018).** A randomized controlled feasibility study to evaluate the effects of a goal-setting coaching intervention using feedback from an accelerometer on sedentary time in older people at risk of falls (SMART-MOVE): A study protocol. Pilot and Feasibility Studies. 4(173): 1-11.
- Kinsella, K., Velkoff, V., Bureau, U.C. (2001).** An Aging World. Washington. DC: U.S. Government Printing Office. series P95/01-1. 7-23.
- Koç, İ., Eryurt, M., Adalı, T., Seçkiner, P. (2010).** Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne- Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler, 1968-2008. Hacettepe Üniversitesi. Ankara. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu\\_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf). Erişim Tarihi:01.12.2018.
- Köksal, D., Babaoğlu, E. (2017).** Geriatrik olgularda akciğer kanseri. Türkiye Klinikleri Dergisi. 10(3): 196-203.
- Kurt, G. (2008).** Türkiye'de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış-Sivas İl Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.
- Kurt, G., Yücel Beyaztaş, F., Erkol, Z. (2010).** Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi. 24(2): 32-39.
- Liang, C.K., Chou, M.Y., Peng, L.N., Liao, M.C., Chu, C.L., Lin, Y.T. (2014).** Gait speed and risk assessment for falls among men aged 80 years and older: A prospective cohort study in Taiwan. European Geriatric Medicine. 5(5): 298-302.
- Lök, N. (2010).** Yaşlılarda Düşmelere Sebep Olan Ev İçi Çevresel Risk Faktörleri ve Düşme ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi. Konya.
- Mandıracıoğlu, A. (2010).** Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 49(3 Ek): 39-45.
- Marks, J.S. (1999).** Chronic disease notes and reports. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 12: 3. <http://www.cdc.gov/nccdphp/cdf>. Erişim tarihi:1.2.2019.

- Mas, R., Duyar, İ., Işık, A.T., Karan, M.A., Beğer, T., Akman, Ş., Ünal, T. (2008).** Geriatri. Bölüm 1: Gerontolojinin Temelleri. TGV. Ankara. 9-19.
- Miller, K.E., Zylstra, R.G., Standridge, J.B. (2000).** The geriatric patient. A systematic approach to maintaining health. Am Fam Physician 61: 1089-1104.
- Multani, N., Verma, S. (2007).** Principles of geriatric physiotherapy. Jaypee Brothers Medical Publishers. New Delhi. 3.
- Mumcu Boğa, N., Özdelikara, A., Ağaçdiken, S. (2015).** Huzurevindeki yaşlı hastalarda düşme davranışlarının belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(3): 360-371.
- Müjdeci, B., Gökdoğan, Ç., Konukseven, Ö., Aksoy, S. (2010).** Yaşlanma ve denge. [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2010-03/html/2010-2-3-148-154.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2010-03/html/2010-2-3-148-154.htm). Erişim Tarihi: 06.01.2019.
- Nalbant, S. (2008).** Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi. [www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm](http://www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm). Erişim tarihi 29.01.2019.
- Oksel, E. (2018).** Düşmeye hemşire bakışı ve değerlendirilmesi. Aegean J Med Sci. 4:140-142.
- Öksüzokyar, M.M., Eryiğit, S.Ç., Ögüt Düzen, K., Erdoğan, B., Sökmen, Ü.N., Ögüt S. (2016).** Biyolojik yaşlanma nedenleri ve etkileri. MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 4(1): 34-41.
- Özerkan Çakan, F. (2017).** Yaşlılarda hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması. Journalagent. 5. 29-31.
- Öztürk Birge, A. (2016).** Yaşlı hasta ve hemşirelik bakımı. [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/12065/mod\\_resource/content/0/YA%C5%9ELI%20HASTA.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/12065/mod_resource/content/0/YA%C5%9ELI%20HASTA.pdf). Erişim Tarihi: 01.01.2019.
- Pehlivan, S., Karadakovan, A. (2013).** Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanınması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(3): 385-395.
- Rakıcıoğlu, N. (2013).** Yaşlı diyabetik hastanın beslenme tedavisi. 49. Diyabet Kongresi. <http://www.diabetcemiyeti.org/var/cdn/6/9/prof.dr.-neslisah-rakicioglu.pdf>. Erişim tarihi: 04.12.2018.
- Rubenstein, L.C. (2006).** Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing. 35: 37-41.
- Samancı Tekin, Ç., Kara, F. (2018).** Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi. 3(1): 219-229.

- Savcı, A., Bilik, Ö. (2014).** Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde geriatrik değerlendirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 7(2): 156-163.
- Savcı, C., Kaya, H., Acaroğlu, R., Kaya, N., Bilir, A., Kahraman, H., Gökerler, N. (2009).** Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2(3): 19-25.
- Sezer, M. (2013).** Yaşlılarda küçük hücreli dışı akciğer kanseri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 1(3): 103-107.
- Sharif, S.I., Al-Harbi, A.B., Al-Shihabi, A.M., Al-Daour, DS., Sharif, R.S. (2018).** Falls in the elderly: Assessment of prevalence and risk factors. Pharmacy Practice.16(3): 1206.
- Şencan, İ., Canbal, M., Tekin, O., Işık, B. (2011).** Halk sağlığı sorunu olarak yaşlılık dönemi düşmeleri. Yeni Tıp Dergisi. 28(2): 79-82.
- Tezcan, S., Seçkiner, P. (2012).** Edt: Aslan D., Ertem M. 2012. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve çözümler. HASUDER yayın. Palme Yayıncılık. Ankara.
- Todd, C., Skelton, D. (2004).** What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. Health EvidenceNetwork report; <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>. Erişim Tarihi:15.12.2018.
- Tosun, Taşar P., Akçiçek, F. (2012).** Yaşlılıktaki fizyolojik değişimler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 3(6): 9-15.
- Turaman, C. (2001).** Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Geriatri Dergisi. 4(1): 22-27.
- Turan, B. (2014).** Nedir bu yaşlılık? <https://www.oncevatan.com.tr/nedir-bu-yaslilik-makale.30718.html>. Erişim Tarihi: 12.02.2019.
- TÜİK, (2017).** Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Yaşlılar 2016. Sayı:24644.
- TÜİK, (2018).** Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Yaşlılar 2017. Sayı: 27587.
- TÜİK, (2019).** İstatistiklerle Yaşlılar, 2018. Sayı:30699.
- Tüzün, F. (1999).** Osteoporozun tanımı, sınıflaması ve epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Osteoporoz sempozyumu. İstanbul. 9-15.
- Uysal Madak, K. (2010).** Bir Üniversite Hastanesindeki Hastaların Düşme Risk Düzeylerinin ve Düşme Önleme Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.

- WHO, (1963).** Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging. Report on a Seminar Convened by the World Health Organization. Kiev.
- WHO, (2015).** World Health Organization. World Report on Ageing and Health [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf). Erişim Tarihi: 04.12.2018.
- WHO, (2018).** Deafness and hearing loss. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>. Erişim Tarihi: 07.01.2019.
- WHO, Global Report on Falls Prevention in Older Age.** [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf). Erişim Tarihi: 07.01.2018.
- World Health Organisation (WHO), (2006).** Primary Ear and Hearing Care Training Resource: Advanced Level. Geneva.
- Wu, T.Y., Chie, W.C., Yang, R.S., Liu, J.P., Wong, W.K., Liaw, C.K. (2013).** Factors associated with falls among community-dwelling older people in Taiwan. *Annals Academy of Medicine*. 42(7): 320-327.
- Yaşar, G., Türk, G. (2018).** Hasta düşmelerinde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 1(1): 15-20.
- Yerli, G. (2017).** Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 10(52): 1278-1287.
- Yeşilbalkan, Ö.U., Karadakovan, A. (2005).** Narlidere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*. 8(2): 72-77.
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., Ersoy, S. (2012).** Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2(2): 19-23.



## 8. EKLER



## EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Kaç Yaşındasınız? .....

2. Cinsiyetiniz:

1) ( ) Kadın                      2) ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz Nedir?

1) ( ) Evli                      2) ( ) Bekar

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

1) ( ) Okur-yazar değil                      2) ( ) Okur-yazar                      3) ( ) İlkokul mezunu

4) ( ) Ortaokul ve lise Mezunu                      5) ( ) Üniversitesi mezunu

5. Sizce Ekonomik Durumunuz Nasıl?

1) ( ) Gelir giderden az                      2) ( ) Gelir gidere eşit                      3) ( ) Gelir giderden fazla

6. Evde Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz?

1) ( ) Yalnız                      2) ( ) Eşiyle                      3) ( ) Diğer aile üyeleriyle

4) ( ) Akrabalarıyla

7. Sosyal Güvenceniz Var mı?

1) ( ) Var                      2) ( ) Yok

8. Son Üç Ay içinde Düştünüz mü?

1) ( ) Düşme yok                      2) ( ) 1-2 düşme                      3) ( ) 3 veya daha fazla düşme

## EK-2 DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği

Parametre	Hastanın Durumu / Şartlar	Skor
<b>Bilinç Düzeyi / Mental Durum</b>  Kısıtlama uygulamayı değerlendir.	Uyanık ve oryante X 3 (3 ayrı zamanda yer – zaman – kişi oryantasyonuna bakılır.)	0
	Oryantasyonu bozuk X 3 (3 ayrı zamanda yer – zaman – kişi oryantasyonuna bakılır.)	2
	Aralıklı konfüzyon (Oryantasyon bozukluğu ile birlikte bilinç düzeyinde de bozulmaların meydana gelmesi. Davranışlar huzursuz, organizasyon ve amaçtan yoksundur).	4
<b>Düşme Hikayesi (Son 3 Ay)</b>	Düşme yok	0
	1-2 düşme	2
	3 veya daha fazla düşme	4
<b>Ambulasyon / Tuvalet Durumu</b>	Mobilize ve idrar ve gaitasını tutabiliyor	0
	Sandalyeye bağımlı ve tuvalet ihtiyacı için destek gerekli	2
	Mobilize ve idrar ve gaitasını tutamıyor	4
<b>Görme Durumu</b>	Yeterli (gözlüklü veya gözlüksüz)	0
	Zayıf (gözlüklü veya gözlüksüz)	2
	Görmüyor	4
<b>Yürüme ve Denge</b>  Hasta iki ayağı üzerinde yardımsız durabiliyor ve yürüyebiliyor. İleri doğru kapıdan çıkıp geri dönebiliyor. <b>Hastanın durumuna göre birden fazla seçenek işaretlenebilir.</b>	Normal / güvenli yürüme ve denge	0
	Ayakta dururken denge problemi	1
	Yürürken denge problemi	1
	Kas koordinasyonu azalmış	1
	Kapıya doğru yürürken yürüme şeklinde değişiklik	1
	Dönerken sendeleme veya dengesizlik	1
	Desteğe ihtiyaç (kişi, mobilya / duvar veya alet)	1
<b>Ortostatik Değişiklikler</b>	Yatarken ve ayaktaiken kan basıncında kaydedilmiş bir düşme yok Kalp hızında değişiklik yok	0
	Yatarken ve ayaktaiken kan basıncında 20 mmHg'dan az düşme Kalp hızında dakikada 20'den az artış	2
	Yatarken ve ayaktaiken kan basıncında 20 mmHg'dan fazla düşme Kalp hızında dakikada 20'den fazla artış	4

<b>İlaçlar</b> Aşağıdaki ilaçlar temel alınarak değerlendirme yapılır: Anestetikler, antihistaminikler, laksatifler, diüretikler, antihipertansifler, anti epileptikler, benzodiazepinler, hipoglisemikler, psikotropolar, sedatif / hipnotikler.	Bu ilaçların hiçbiri şu anda kullanılmıyor veya son 1 hafta içinde kullanılmamış	0
	Bu ilaçların 1-2 tanesi şu anda kullanılıyor veya son 1 hafta içinde kullanılmış	2
	Bu ilaçların 3-4 tanesi şu anda kullanılıyor veya son 1 hafta içinde kullanılmış	4
	Eğer hastanın bu ilaçlarında veya dozlarında son 5 gün içinde değişiklik (artma veya azalma) olmuşsa ek puan verin	1
<b>Hastalıklar</b> Hastalık bazında: Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar.	Hiçbiri yok	0
	1-2 tanesi var	2
	3 veya daha çoğu var	4
<b>Ekipman Varlığı</b>  <b>Hastanın durumuna göre birden fazla seçenek işaretlenebilir.</b>	Risk faktörü yok	0
	Oksijen desteği alıyor	1
	Hasta aralıklı destekleyici bir cihaz kullanıyor (walker, baston, tekerlekli sandalye, koltuk değneği vb.)	1
	Cihaz ihtiyacı (pump, perfüzatör, pnömatik kompresyon cihazı, pacemaker vb)	1
	Diğer (IV katater, göğüs tüpü, nazogastrik sonda, idrar sondası, dren vb)	1
	<b>0-5 puan düşme riski az</b> <b>6-9 puan düşme riski orta SARI</b> <b>10 puan ve üzeri düşme riski yüksek KIRMIZI</b>	

*Bu skala Delmarva Foundation tarafından hazırlanmış ve Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ile iş birliği içinde CIMRO of Nebraska tarafından yapılmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmış halidir.*

## EK-3 DENN Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Re: tez hazırlığı



Devrim Eren Tekin <devrim.erentekin@gmail.com>

19.02.2018 21:48



Kime: İBRAHİM KARADEMİR



Dusme Riski Degerlendirme...  
41,97 KB

İbrahim bey merhaba, ölçeği tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ekte bilgilerinize sunulur. Kolay gelsin

19 Şubat 2018 17:53 tarihinde İBRAHİM KARADEMİR <[karademir\\_02@hotmail.com](mailto:karademir_02@hotmail.com)> yazdı:

Merhabalar Devrim Hanım

SANKO Üniversitesinde Hemşirelik bölümü Halk Sağlığında yüksek lisans yapmaktayım. Geçerlilik ve Güvenirliğini yaptığınız Denn Düşme Riski Ölçeğini tezimde kullanmak istiyorum. İzninizi ve ölçeği bana gönderimini yaparsanız çok sevinirim.

Şimdiden teşekkür ederim..

## EK-4 Etik Kurul Karar Formu

### SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	<b>Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Riskinin Belirlenmesi</b>
	Sorumlu Araştırmacı	<b>Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ</b>
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
	Başvuru Tarihi	26.03.2018
	Araştırmanın Türü	Anket çalışması Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2018/02	Karar No: 13	Tarih: 29.03.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin <b>uygun olduğuna oy birliği</b> ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X	X		
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

## EK-5 Kurum Çalışma İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep Toplum  
ve Öğ Sağlığı Birimi  
11/03/2018 16:09 - 65587614 - 604 02 - E 113



00068902579

Sayı : 65587614-604.02  
Konu : Araştırma İbrahim Karademir

ŞAHİNBEY KAYMAKAMLIĞINA  
(İlçe Sağlık Müdürlüğü)

Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi İbrahim KARADEMİR, 60.Yıl Aile Sağlığı Merkezimizde "Bir Aile Sağlığı Merkezimizde Yaşayan Yaşlılarda Düşme Riskinin Belirlenmesi "konulu bilimsel araştırma Başkanlığımız tarafından uygun görülmüş olup Aile Sağlığı Merkezimize bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Mehmet Emin İNCE  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

### EKLER:

- 1- İbrahim KARADEMİR Araştırma
- 2- İbrahim Karademir Araştırma
- 3- Araştırma

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Toplum ve Göç Sağlığı  
Hizmetleri Birimi.Mücahitler mah.25 nolu sok.4. kat/8 Şehitkamil/Gaziantep  
Faks No:

e-Posta:ceyda.toraman@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Ceyda TORAMAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(0342) 220 05 05-1182

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 273f3721-41a8-4f59-af9e-06de49c5e7b3 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **EK-6 Tez İntihal Raporu**





## EK-7 Özgeçmiş

1. **Adı Soyadı** : İbrahim KARADEMİR
2. **Doğum Tarihi/Yeri** : 25.05.1990 / Araban
3. **Unvanı** : Hemşire
4. **Öğrenim Durumu** : Yüksek Lisans
5. **İletişim Bilgileri** : karademir\_02@hotmail.com / 05067861579
6. **Eğitim Düzeyi**

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Kilis 7 Aralık Üniversitesi	2015

### 7. İş Deneyimi

	Görevi	Çalıştığı kurum	Süre (yıl-yıl)
1	Hemşire	Gaziantep Medikal Park Hastanesi	2014-2015
2	Hemşire	Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi	2015-2019
3	Hemşire	Rize SB. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019-Devam

