

**ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ LİSANS ÜSTÜ
EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği**

**KKTC'DEKİ HASTANELERDE YATAN YAŞLILARIN
KIRILGANLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem ABBASOĞLU BARABAR

Lefkoşa - 2021

**ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ LİSANS ÜSTÜ
EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği**

**KKTC'DEKİ HASTANELERDE YATAN YAŞLILARIN
KIRILGANLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem ABBASOĞLU BARABAR

Danışman

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

Lefkoşa - 2021

**ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ LİSANS ÜSTÜ
EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ**

TEZ ONAY BELGESİ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda, 21905644 numaralı, Gizem ABBASOĞLU BARABAR'ın hazırladığı "KKTC'deki Hastanelerde Yatan Yaşlıların Kırılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans tezi ile ilgili savunması yapılmış ve adayın çalışmasının jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06.08.2021

Jüri üyeleri	İmza
1) Tez danışmanı Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN
2) Üye Prof.Dr. Hatice BEBİŞ
3) Üye Prof.Dr. Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK

Prof. Dr. Tahir ÇELİK
Enstitü Müdürü

BEYANNAME

Ad ve Soyad: Gizem ABBASOĞLU BARABAR

Tezin başlığı: KKTC'DEKİ HASTANELERDE YATAN YAŞLILARIN KIRILGANLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Danışman(lar): Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN

Yıl: 2021

Yukarıda başlığı verilen ve tarafımca kaleme alınan bu tez çalışması içerisinde verilen tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik davranışlara uygun olarak elde ettiğimi ve sunduğumu; bu çalışmaya özgün olmayan ve başka kaynaklardan aldığım bilgileri, akademik kuralların ve etik davranışların gerektirdiği şekilde, metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi beyan ederim.

Bu tez çalışmasının; Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü tarafından saklanmasına ya da elektronik olarak sunulmasına izin veriyorum.

Tarih: 06.08.2021

İmza: _____

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın baőından sonuna kadar geçen süreçte, her zaman değerli bilgileriyle bana katkı ve destek sağlayan, bilimsel bir araştırma yapmada rehberlik eden ve her zaman yanımda olan tez danıőmanım sayın Prof. Dr. Feray Gökdoğan'a,

Ölçeğin kullanım izni için destek sağlayan Dr. Darrly Rolfson ve Hlyla Ayęör'e,

Çalıőmamın veri toplama aşamasında, Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi ve Kalkanlı Yaşam Evi'nde bana her türlü desteğini esirgemeyen sevgili meslektaőlarıma,

Araştırmaya katılarak bizlere önemli veriler sağlayan tüm yaőlılarımıza,

Tez alıőması boyunca yanımda olan mesai arkadaőlarıma,

Sonsuz sevgi ve özveriyle her zaman yanımda olan, varlıklarından g aldığım, eőim ve aileme en içten dileklerle teşekkür eder, bu çalıőmayı biricik kızıma armağan ederim.

ÖZET

BARABAR, A. G. KKTC'deki Hastanelerde Yatan Yaşlıların Kırılgnlık Düzeylerinin Belirlenmesi, Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Haspolat 2021.

Bu araştırma KKTC'deki Hastanelerde Yatan Yaşlıların Kırılgnlık Düzeylerinin Belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya KKTC'de yaşlı hastalara tedavi ve bakım hizmeti veren ve hasta popülasyonunun yüksek olduğu iki hastane alınmıştır. Araştırma Kalkanlı Yaşam Evi ve Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi'nde Eylül 2020 – Aralık 2020 arasında yapılmıştır. Araştırmaya 65 yaş üzeri ve sözel iletişim kurabilen 60 hasta dahil edildi. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgiler Formu, Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve Standardize Mini Mental Test Formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdelik, puan ortalamaları, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, gruplar arasında Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Hastanedeki yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeğinden aldıkları puanlara göre, 65-74 yaş grubunun hafif kırılgn (9,00), 75-84 yaş ve 85 yaş üzeri orta kırılgn (10,00) oldukları, yaş grupları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Yaşlıların sigara kullanma durumu, günlük kullanılan ilaç sayısı, herhangi bir engel/sakatlık, görme ve işitme sorunu yaşama durumlarına göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları benzer bulunmuştur. Son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti olma veya son 1 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma veya herhangi bir nedenle hastaneye yatma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeğine puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. Kilo kaybı yaşayanların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyet, gelir düzeyinin (iyi), medeni durumun (boşanmış veya dul), eğitim durumu

ve çocuk sahibi olma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Sonuç olarak, KKTC'deki hastanelerde yatan yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği'nden aldığı puanlara göre kırılgnlık düzeylerinin genel olarak hafif ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatan kırılgn yaşlıların belirlenmesine yönelik hemşirelerde farkındalık oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Kırılgnlık, Hemşirelik, Bakım

ABSTRACT

BARABAR, A. G. Determination of Fragility Levels of Elderly Hospitalized in TRNC Hospitals, Cyprus International University Institute of Health Sciences, Internal Medicine Nursing, Master Thesis, Haspolat 2021.

This research was carried out to determine the fragility levels of the elderly hospitalized in hospitals in the TRNC for descriptive purposes. For this reason, two hospitals in TRNC that provide treatment and care to elderly patients and have a high patient population were included in the study. The research was conducted between September 2020 and December 2020 at Kalkanlı Yaşam Evi and Bülent Ecevit Rehabilitation Center. Sixty patients over 65 years of age and able to communicate verbally were included in the study. Data was collected by face-to-face interview method using the Introductory Information Form, Edmonton Vulnerability Scale and Standardized Mini-Mental Test Form prepared by the researcher. In addition to descriptive statistics such as percentile, mean score, and standard deviation in the evaluation of data, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were used to compare Edmonton Frailty Scale scores between groups.

According to the scores of the elderly in the Edmonton Vulnerability Scale, it was determined that the 65-74 age group was slightly frail (9.00), the 75-84 age group and the age group over 85 were moderately fragile (10.00), and this difference between the age groups was found to be statistically significant ($p < 0.05$). Other factors such as smoking status of the elderly, the number of drugs used daily, any disability/injury, vision and hearing problems, any complaints/complaints about their health in the last 15 days, and weight loss are statistically significant with the fragility level. Furthermore, it was determined that gender and income level (good), marital status (divorced or widowed) statistically affected the fragility level.

As a result, the elderly, male and female, in the age group of 75-84 and 85 years and older, hospitalized; were found to be moderately fragile. It was determined that there was no statistically significant difference between the frailty levels of the elderly hospitalized according to their sociodemographic characteristics and health status.

It is recommended to raise awareness among nurses to identify the frail elderly hospitalized.

Keywords: Elderly, Frailty, Nursing, Care

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
ÖZET	II
ABSTRACT	IV
TABLOLAR	VIII
KISALTMALAR	IX
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Alt Problemleri.....	4
1.4 Araştırmanın Önemi.....	5
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Dünyadaki Yaşlıların Genel Durumu.....	6
2.2 Türkiye’deki Yaşlıların Durumu.....	6
2.3 KKTC’deki Yaşlıların Durumu.....	6
2.4 Yaşlılık ve Yaşlılık Döneminde Değişiklikler	8
2.4.1 Yaşlılık	8
2.4.2 Yaşlanma Tipleri	8
2.4.3 Yaşlılığın Sınıflandırılması	9
2.4.4 Yaşlılık Döneminde Değişiklikler	9
2.5 Kırılğanlık	11
2.6 Kırılğan Yaşlı Sendromu.....	12
2.7 Kırılğanlık Evreleri	13
2.8 Kırılğanlık Fizyopatolojisi	14
2.9 Kırılğanlığın Risk Faktörleri	15
2.10 Kırılğanlığın Değerlendirilmesi	16
2.11 Kırılğan Yaşlı ve Hemşirelik Bakımı.....	18
3 GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1 Araştırmanın Şekli	20
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları	21

3.5 Veri Toplama Araçları	21
3.5.1 Aydınlatılmış Onam Formu.....	22
3.5.2 Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	22
3.5.3 Edmonton Kırılgnlık Ölçeği	22
3.5.4 Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	23
3.6 Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	23
3.7 Araştırmanın Uygulaması	24
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu	25
4 BULGULAR.....	26
4.1 Hastanede Yatan Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri.....	26
4.2 Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumu	28
4.3 Hastanede Yatan Yaşlıların Kırılgnlık Risk Faktörleri	33
4.4 Hastanede Yatan Yaşlıların Kırılgnlık Düzeyi.....	38
5 TARTIŞMA.....	51
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKLAR	60
EKLER	71
Ek 1: Bilgilendirme ve Onam Formu	71
Ek 2: Soru Formu	72
Ek 3: Edmonton Kırılgnlık Ölçeği	77
Ek 4: Eğitimsizler için Mini Mental Durum Testi	79
Ek 5: Standardize Mini Mental Test	81
Ek 6: Ölçek İzni	83
Ek 7: Bakanlık İzni.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	85

TABLÖLAR

Tablo 4.1- Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n= 60).....	26
Tablo 4.2- Yaşlıların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özellikler (n=60).....	29
Tablo 4.3- Yaşlıların Şikâyet, Doktora Başvurma ve Hastaneye Yatma Durumları (n=60).....	31
Tablo 4.4- Yaşlıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları (n=60).....	33
Tablo 4.5- Yaşlıların Kilo Kaybı Yaşama Durumları (n=60).....	34
Tablo 4.6- Yaşlıların Halsizlik/ Güçsüzlük, İştahsızlık ve Beslenme Yetersizliği Yaşama Durumları (n=60).....	35
Tablo 4.7- Yaşlıların Yatağa Bağımlı Olma ve Basınç Yarası Gelişme Durumları (n=60).....	36
Tablo 4.8- Yaşlıların Düşme ve Günlük Gereksinimlerini Karşılama Durumları (n=60).....	37
Tablo 4.9- Yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanları (n=60)	38
Tablo 4.10- Yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanları (n=60)	38
Tablo 4.11- Yaşlıların Mini Mental Test Puanları	39
Tablo 4.12- Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=60).....	40
Tablo 4.13- Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=60).....	42
Tablo 4.14- Yaşlıların Kırılgnlık Risk Faktörlerine Göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=60).....	44
Tablo 4.15- Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması (n=60).....	46
Tablo 4.16- Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması (n=60)	47
Tablo 4.17- Yaşlıların Kırılgnlık Risk Faktörlerine Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması (n=60).....	49

KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CHS: Kardiyovasküler Sağlık Çalışması

CSHA: Kanada Sağlık ve Yaşlanma Çalışması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FI: Kırılganlık İndeksi (Frailty Index)

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHAS: Kadın Sağlığı ve Yaşlanma Çalışması (Woman's Health and Aging Study)

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte birçok hastalığın tedavisi mümkün hale gelirken, sosyokültürel ve ekonomik koşulların iyileşmesi, eğitim seviyesinin artması gibi faktörler ortalama yaş süresini uzatmış ve Dünya nüfusu git gide yaşlanmaya başlamıştır (Aktepe, 2019). Bu değişim ve gelişimlere bağlı olarak, 2030 yılına kadar Dünya nüfusunun %22'sini yaşlıların oluşturacağı düşünülmektedir (Cuellar ve ark. 2003). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaş ve üzeri yaşlı olarak kabul edilmektedir (Bölüktaş, 2010).

Yaşlılığın tanımı, kronolojik yaşın 65 ve üstü olarak yapılmıştır. 65-74 yaş arası 'genç yaşlılık', 75-84 yaş 'yaşlılık', 85 yaş üstü ise ileri yaşlılık olarak ifade edilmektedir (Akgün ve Erdal 2007). Kırılgnalık kavramı ise vücudun savunmasızlığı sonucu bilişsel ve fizyolojik yetilerin yitirilmesidir (Clegg ve ark., 2013). Kırılgnalık yaşlılar, motor hareketlerde azalma, kas kütlelerinde azalma, güçsüzlük, beslenme bozukluğu, bilişsel fonksiyonlarda azalmanın birlikte görüldüğü bir durum olarak betimlenir. Bu durumların görülmesi, yaşlı bireyleri stresörlere açık hale getirir. Kırılgnalık yaşlılarda sık görülmesine rağmen (Mitnitski ve Rockwood, 2016), kırılgnalık ve yaşlanma aynı şey değildir (Rockwood ve ark., 2005).

Dünyada 2019 yılında 65 yaş ve üstü 703 milyon kişi bulunmaktadır. 2050 yılında bu rakam iki katına çıkarak 1 buçuk milyar olacaktır. Küresel olarak 1990 yılında %6 olan 65 yaş üstü kişi sayısı, 2019 yılında %9 olmuştur. 2050 yılında bu rakamın %16'ya çıkacağı ve her 6 kişiden birinin 65 yaş üstü olacağı düşünülmektedir (World Population Ageing 2019). Türkiye'de 65 yaş ve üstü yaşlı nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken, %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında ise %22,6 olacağı öngörülmüştür (TÜİK 2021). Ülkemizde ise KKTC İstatistik Kurumu 2019 verilerine

göre toplan nüfus 382229 kişi olup, 65 yaş ve üstü yaşlı sayısı 36012 kişi ve toplam nüfusa oranı %9.42 olarak bildirilmektedir (KKTC İstatistik Kurumu 2019).

Tıp alanındaki gelişmelere bağlı bireylerin yaşam süresi de artmaya başlamıştır. Ancak ne yazık ki, yaşlı bireylerin yaşam sürelerinin uzaması ekonomik ve mediko-sosyal ve sağlık sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle, genetik, morfolojik ve fizyolojik gibi birtakım etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan değişimler çevresel ve fiziksel birçok aktiviteyi etkilemekte ve bireyler eskisi gibi yaşamlarını sürdürmelerinde zorlanmaktadır. Bu yüzden, gerontologlar tarafından yaşlılar üç yaş grubuna ayrılmaktadır: 65-74 yaş grubu: yaşa bağlı değişimlerin beklendiği, 75-84 yaş grubu: yaşa bağlı değişimlerin görüldüğü, 85 yaş ve üzeri grup ise, özel bakıma gereksinim duyulan yaş olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, bu yaş gruplarında olan yaşlılar halsizlik, kırılgnalık, kilo kaybı, düşkünlük ve hareketsizlik gibi birtakım semptomlar göstererek kırılgn yaşlı adını verdiğimiz sendromuna yakalanabilirler (Beğer, 2006).

Cin ve Büyüksü (2020), ilerleyen yaşla ortaya çıkan hastalıklar, beslenme düzensizliği veya yetersizliği, fizyolojik değişiklikler gibi nedenlere bağlı olarak gelişen güçsüzlük halini 'kırılgnalık sendromu' olarak tanımlamaktadır. Özellikle 85 yaş ve üzeri bireylerin dörtte üçünde bu sendromun var olduğu düşünülmektedir. Bunun nedeni ise; bu bireylerde düşme, düşmeye bağlı gelişen sakatlık, uzun süreli bakım ve ölüm riski gibi birtakım şeylerin önemli ölçüde artış göstermiş olmasıdır. Clegg ve ark. (2013) ise, kırılgnlığı fizyolojik, bilişsel ve fiziksel yetilerin azalması durumu olarak tanımlamıştır. Sağlıklı bir şekilde yaşlanmak için fiziksel aktivitenin önemi unutulmamalıdır.

Alkan ve Rakıcıoğlu (2019) yaşa bağlı ortaya çıkan fiziksel değişimler ile ortaya çıkan kırılgnalık, geriatrik bir sendrom olarak kabul edilmektedir. Fizyolojik rezervlerin vücutta azalması olarak tanımlanan kırılgnalık fiziksel engellilik, güçsüzlük, fonksiyonlarda gerileme, bağımlılığın artması ve günlük yaşam aktivitelerin kısıtlanması olarak da ifade edilir. Bu tür sendroma sahip olan yaşlı hastalarda düşme, hastaneye yatış, engellilik ve erken ölüm riski olduğu bildirilmektedir. Akturan ve ark. (2020), yaşlı nüfusun artması kırılgnalık sendromunun artmasına neden olmuştur. 'Düşkünlük' olarak da bilinen kırılgnalık kavramı bireylerin yaşam kalitesine ciddi şekilde etki eden bir durumdur. Bu sendroma

bağlı olarak ortaya çıkan iştah azalması, yürüme hızında yavaşlama, istemsiz kilo kaybı, kas gücünde azalma gibi bir takım semptomların düzeyine göre kırılganlığı kırılganlık öncesi dönem, kırılganlık dönemi ve şiddetli kırılganlık dönemi olarak üç sınıfta sınıflandırmak mümkündür.

Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması 'aktif yaşlanma' kavramının önemini ortaya çıkarmıştır. Toplumdaki yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmelerine yardımcı olarak, bu dönemi daha aktif, daha sosyal ve günlük aktivitelerini sürdürmelerine destek bir yaşam şekli bağımsız yaşama imkânı hedeflenmektedir (Başkurt, 2019).

Kırılganlık yaşlıdaki fizyolojik kapasite ve fonksiyonel kayıpları arasındaki dengenin kurulması ile yönetilebilir ve erken evrelerde müdahale edildiğinde geri dönüşü olan bir sendromdur (Kapucu ve Ünver 2017). Organ ve sistemlerde fizyolojik depolanmanın azalması neticesinde ortaya çıkan hassasiyet olarak da tanımlanabilir. Kırılğan yaşlıya 'narin yaşlı' da diyebilmek mümkündür (Kalan, 2020). Bireylerin yaşam kalitesini yüksek tutmak toplumun değer yargularıyla, dünya görüşü, beklentileri ve amaçları ile denge de bir ilişki kurmaktır (Keskin, 2019).

Bu dengenin sağlanması açısından yaşlılarda hemşirelik bakımının planlanması ve sürdürülmesi önemlidir. Yaşlı bireyin kırılganlıkla baş edebilmesi için, hemşirelik bakımının, egzersiz programları, kilo kontrolü, yeterli beslenme, oral bakım, çevre düzenlemesi, inkontinans ve öz bakım becerilerinin geliştirilmesi gibi konuları içermelidir. Hemşireler kırılğan hastaya bütüncül bakım vereceği için daha önce bahsedilen bakım alanlarının multidisipliner ekiple iş birliği içerisinde uygulanması gerekmektedir. Yaşlı hastanın bakım kalitesini arttırmak için, bakımdan sorumlu ekip içerisinde geriatrist, geriatri hemşiresi, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve psikolog olmalıdır. Hemşire bakımdan sorumlu ekiple iş birliği içerisinde çalışır ve hemşirelik tanımlarını oluşturur (Kapucu., Ünver 2017, Aygör 2013., Ng., T.P, Feng, L., M.S.Z, Larbi, A. 2014).

Günümüzde hemşirelere sağlık hizmetlerinde yaşlı bireylere bakım konusunda önemli görevler verilmektedir. Bu nedenle, bu alanda yapılan araştırmalar yaşlıların günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olan faktörleri bulup en aza indirmeye çalışması, günlük yaşamlarında risk faktörleri nedendir diye araştırmalar yapılması gerekmektedir (Güneş, 2019).

Yapılan literatur incelenmesinde gelişmekte olan ÷lkelerde veya gelişmiş ÷lkelerde bu konu ile ilgili birçok araştırma yapıldığı gr÷lmektedir. Fakat, KKTC’de yaşlılarda kırılğanlıkla ilgili araştırmaya rastlanılmaması nedeniyle özellikle hastanede yatan yaşlıların kırılğanlık d÷zeylerinin belirlenmesine öncelik verilmesinin yararlı olacağı d÷ř÷n÷lm÷řt÷r.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu alışma KKTC’deki hastanelerde yatan yaşlıların kırılğanlık d÷zeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3 Araştırmanın Alt Problemleri

- 1) Hastanede yatan yaşlıların sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal g÷vence, ocuk sayısı, kimlerle birlikte yaşadığı, gelir d÷zeyi) nelerdir?
- 2) Yaşlıların hastaneye yatış ve hastalık durumu nedir? (Yaşlının kendi sağlık durumunu değerlendirmesi, tedavi gr÷len diğer hastalıklar, diğer kronik hastalıklar, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ilaç kullanma durumu, sakatlıkların varlığı, görme sorunu değerlendirmesi, işitme sorunu değerlendirmesi, sağlık durumu şikâyeti, son bir yılda doktora başvurma durumu, son bir ayda yatakta geçirilen g÷n sayısı, son bir ay içinde işlerini aksattığı g÷n sayısının değerlendirilmesi)
- 3) Hastanede yatan yaşlıların kırılğanlık risk faktörleri (kilo kaybı, g÷s÷zl÷k durumu, iştahsızlık durumu, beslenme durumu, yatağa bağımlılık durumu, basınc yarası durumu, d÷şme durumu, yardım gereksinimi, yardım gereksinimi karşılama d÷zeyi) nelerdir?
- 4) Hastanede yatan yaşlıların kırılğanlık d÷zeyi nedir?

1.4 Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, KKTC'deki hastanelerde yatan yaşlı hastaların kırılabilirlik düzeylerinin kendilerini nasıl ve ne düzeyde etkilediğini inceleyen bir çalışmadır. Bu çalışmanın KKTC'deki tüm özel ve devlet hastanelerinde görev yapan tüm sağlık çalışanlarına ışık tutacağı, bu hastalara kırılabilirlik öncesi dönemde risk faktörlerinin belirlenmesi ve kırılabilir dönemde hemşirelik hizmetlerinin nasıl yürütülmesi gerektiği konusunda yol göstereceği ve onlara verilen hizmetin tekrar gözden geçirilip değerlendirileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, bu çalışma ilk çalışma olması nedeniyle önem taşımaktadır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Dünyadaki Yaşlıların Genel Durumu

Günümüzde yaşlılığın pek çok tanımı bulunmaktadır. Bu tanımlar arasında başlıca biyolojik, fizyolojik ve sosyolojik yaşlanmadan söz edilir (Beğer, Yavuzer 2012). Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre yaşlılık, stresörlere adaptasyonun azalmasıdır (Ardahan, 2010). Önümüzdeki 30 yılda, yaşlı birey sayısının iki katından fazla olacağı, 2050 yılında yaşlı nüfusun 1,5 milyardan fazla olacağı bildirilmiştir (Milletler B., 2019). Bugün 125 milyon insan 80 yaş ve üstüdeyken, 2050 yılı itibariyle, yalnızca Çin'de yaşayan 80 yaş ve üstü yaşlı sayısının 120 milyon olacağı düşünülmektedir. Dünya genelinde ise 80 yaş ve üstü yaşlı nüfusunun 434 milyon olacağı bildirilmiştir (World Health Organization, 2018).

2.2 Türkiye'deki Yaşlıların Durumu

Son yıllarda dünyadaki doğurganlık hızının düşmesiyle genç nüfus azalmıştır. Türkiye'de yaşlı nüfus olarak belirtilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken, %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olarak belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir. Nüfus tahminlerine bakıldığında, yaşlı nüfusun 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında ise %22,6 olacağı bildirilmektedir. (TUİK 2021). Literatüre bakıldığında da, 21. Yüzyılın tüm dünyadaki tahminlerle paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağı bildirilmiştir (Aygör, 2013).

2.3 KKTC'deki Yaşlıların Durumu

KKTC İstatistik Kurumu 2019 verilerine göre toplan nüfus 382.229'dur. 65 yaş ve üstü yaşlı sayısı 36.012 olup, toplam nüfusa oranı %9.42'dir (KKTC İstatistik Kurumu 2019). Bu verilerden yola çıkarak ülkemiz nüfusunun yaşlı olduğunu söyleyebiliriz. Ülkemizde sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumu devlet eliyle

yürütülmektedir. Yaşlılara yönelik kurumsal hizmetler içeriğinde kamuya ait rehabilitasyon merkezi, bakım evleri ve huzurevleri bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021; Sosyal Hizmetler Dairesi, 2021). KKTC’ de son yıllarda bazı belediyeler yaşlılara yönelik bazı faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu aktiviteler arasında ev ziyaretleri, kuaförlük hizmetleri, yaşlılar haftası kutlama etkinliği, anneler/ babalar günü etkinliği, yaşam bulgularının takibi, kan tetkikleri için örnek alınması, foley kateter ve torba değişimi, psikososyal değerlendirme, rehberlik ve danışmanlık olarak sayılabilir (Konuşur, 2014).

Huzurevi, yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerini sağlamak; fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumak ve sürdürmek, sosyal ilişkilerini güçlendirmek, yaşlı bireyi üretken hale getirmek ve yaşamlarını huzur, güven ve mutluluk içinde sürdürmelerini sağlamak amacıyla kurulan merkezdir. Huzurevine kabul edilirken yatağa bağımlı, sürekli veya yatarak tıbbi tedavi ve bakıma gereksinimi olmamak, beden fonksiyonlarında kendi gereksinimlerini karşılamasına engel olacak sakatlığı veya bulaşıcı bir hastalığı bulunmamak, ruhsal sağlığı yerinde olmak, uyuşturucu madde kullanmamak; yeme, içme, tuvalet gibi günlük yaşam faaliyetlerini bağımsız yapabilecek nitelikte olmak koşulları aranmaktadır. Huzurevine ekonomik yönden yoksunluk içinde olan, kendisine yasal olarak bakmakla sorumlu yakını olmayan veya yasal olarak sorumlu yakını olup da ekonomik yönden güçsüz olan yaşlılar ücretsiz olarak kabul edilirler. Ekonomik gücü yerinde olup sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ise ücretli olarak kabul edilirler (Huzurevi Yasası, 71/1989). KKTC’ de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı Lapta Huzur Evi bulunmaktadır.

Yaşlı ve bakıma muhtaç kimsesiz bireylere hizmet vermek için, Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi (Kronik Hastalıklar Hastanesi), KKTC Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi’ne bağlı Kronik Hastalıklar Hastanesi ismiyle Gönyeli’ de 7 Mart 1988 yılında faaliyet göstermeye başlamıştır. Daha sonra Gönyeli’deki ilk binanın yıkılıp yerine yeni, çağdaş normlarda 3500 m²’lik bir alana tasarlanıp inşa edilen merkez, 20 Eylül 2004 tarihinden itibaren Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi olarak isimlendirilmiştir. Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi’nde, yatak kapasitesi 38 olup, çok amaçlı bir salon, iki hasta dinlenme-oturma odası, toplantı odası, pansuman odası, doktor, psikolog, fizyoterapist ve diyetisyen

odaları ile hemşire ve personel dinlenme odaları bulunmaktadır. İhtiyaç duyulan her an uzman doktorun hizmet verdiği Merkez'de; merkez sorumlu hekimi, bir baş hemşire, yedi hemşire, 20 hasta bakıcı ve bir şoför görev yapmaktadır. Ayrıca merkezde, bakıma ihtiyacı hastaların moral ve motivasyonlarını artırmaya yönelik zaman zaman piknik, gezi, müzikli eğlence ve çeşitli faaliyetler düzenlenmektedir.

Kalkanlı Yaşam Evi 17 Aralık 2019'da Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi'ne bağlı olarak hizmet vermeye başlamıştır. Merkezde 8 hemşire, bir pratisyen hekim ve bir psikolog görev yapmaktadır. Yatak kapasitesi 300 olup, yalnızca 30 hasta odası doludur.

Konuşur (2014), yaptığı çalışmada, toplumda yaşlılara verilen hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesinden, hemşirelerin yaşlılara yönelik hizmet sunumunda aktif rol alması gerektiğini saptamıştır.

2.4 Yaşlılık ve Yaşlılık Döneminde Değişiklikler

2.4.1 Yaşlılık

Yaşlanma anne karnında başlayıp ölüme kadar devam eden, geriye dönüşsüz, kaçınılmaz ve vücut fonksiyonlarında; biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir dizi gerilemenin baş gösterdiği bir süreçtir (Şahin, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık tanımına bakıldığında; dışsal etmenlere uyum sağlama yetisinin azalması olarak bildirilmiştir (The World Health Report, 1998). Yaşlanmanın anlaşılabilmesi için ilk önce geriatri ve gerontoloji tanımlarının bilinmesi önemlidir. Geriatri tıbbın bir dalıdır, tedavi ve rehabilitasyonla ilgilenmektedir. Geriatriyi gerontolojiden ayıran nokta, geriatriinin hastalıkların tedavileri ile ilgilenmesi gerontolojinin ise yaşlılık dönemiyle ilgilenmesidir. Gerontoloji yaşlılık döneminin psikolojik, sosyolojik, biyolojik ve fizyolojik yönleriyle ilgilenmektedir (GEBAM, 2007).

2.4.2 Yaşlanma Tipleri

Yaşlanma hastalık olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik fonksiyonlardaki değişimi tanımlar (Özdemir, 2016). Yaşlanma süreci öncelikle genetik yapıdan ve sonrasında tüm duygu durumları, teknolojik gelişmeler, hastalıklar, fiziksel ve sosyal alanlardan etkilenmektedir (Kapucu ve Ünver 2017).

Biyolojik Yaşlanma: Döllenmeden itibaren süreçtir. Vücudun anatomik yapı ve fizyolojik fonksiyonlarda meydana gelen değişimlerden oluşur (Özdemir, 2016).

Sosyal Yaşlanma: Toplumdan topluma ve kültüre göre değişkenlik gösterir. Kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da biriktirimleriyle yaşadığı dönemi ifade eder (Güler, 1998)

Kronolojik Yaşlanma: Toplumdaki tanımı yaştır. Bir yıllık birimler esas alınır (Güler, 1998).

Psikolojik Yaşlanma: Bireyin öğrenme, algılama, problem çözme ve kişilik kazanımı gibi konularda adaptasyon fonksiyonlarındaki değişiklikleri kapsar. Başka bir anlamda, davranışsal adaptasyon yetisindeki yaşa bağlı değişimleri kapsar (Arpacı, 2008).

Patolojik Yaşlanma: Hastalıklara bağlı oluşan yaşlanma tipidir (Oğuz,2007).

Çalışma hayatı açısından yaşlılık ise performansın düştüğü, emeklilik dönemi olarak kabul edilir. Yaş sınırı ise 60 veya 65'tir (Özdemir, 2016).

2.4.3 Yaşlılığın Sınıflandırılması

1. Genç Yaşlılık: 65-74 yaş aralığını içerir. Bu dönem emekliliğin başladığı dönemdir.
2. Orta Yaşlılık: 75-84 yaş aralığını kapsar. Bu dönemde fonksiyonel kayıplar gözlenir fakat yaşlı bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilir.
3. İleri yaşlılık: 85 yaş ve üzerini kapsar. Yaşlı özel bakıma veya yardıma ihtiyaç duyar (The World Health Report 1998).

2.4.4 Yaşlılık Döneminde Değişiklikler

Yaşamın son dönemi olan bu sürede, yaşlının vücudunda meydana gelen bir takım fiziksel ve bilişsel değişimler kendilerini olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Yaşlı bireylerin vücutlarında meydana gelen sistemsel değişimler aşağıda bahsedilmiştir.

Sinir Sistemi: Beyin hacmi küçülmekte ve nöron sayıları azalmaktadır. Nöron fonksiyonundaki azalma sonucu yakın dönem hafıza ve düşünme fonksiyonunda zayıflama, yüksek entelektüel fonksiyonlarda azalma, istemli hareketlerin yapılması sırasında tremor ve hareketlerin yavaşlaması gibi yaşlılık bulguları meydana gelir (Özdemir, 2016).

Kardiyovasküler Sistem: Yaşlılıkla birlikte kardiyak atım sayısında azalma; artan sistolik ve yavaşlayan diyastolik basınç ile kalp aktivitelerinin artışına cevaplarında azalma; kapak çaplarında artma, kalınlaşma ve kireçlenme; periferik rezistansta artma; aort elastikiyetinde azalma, damarların esnekliğinde azalma, damar duvarı kalınlığında artma görülür (Sucuoğlu, 2012).

Solunum Sistemi: Yaşın ilerlemesiyle birlikte, akciğer elastikiyetinde, kanın oksijenlenmesinde, solunum kaslarının kuvvetinde azalma ve rezidüel hacimde artış görülür. Ağız hijyeni kötü, salivasyonu bozulmuş ve yutma refleksi zayıflamış bireylerde aspirasyon riski ve pnömoni riski yükselmektedir (Özdemir, 2016).

Gastrointestinal Sistem: Yaşlanmayla beraber özefegal kaslarda daha az kasılma, mide elastikiyetinde azalma, emilimde azalma ve süt intoleransında artış gibi bir dizi değişiklikler gözlemlenir. Bu değişikliklere göre yaşlı bireylerde konstipasyon, diyare, iştahsızlık, kaşeksi ve obezite gözlemlenebilir (Yıldırım, Özkahraman ve Ersoy 2012).

Genitoüriner Sistem: Yaşla birlikte böbrek ağırlığında, boyutunda ve glomerul sayısında azalma görülür. İleri yaşla birlikte erkeklerde en büyük değişiklik prostat bezinin büyümesi kadınlarda menopoza sonrası vajinal mukozada kalınlığında azalma, atrofi ve kuruluştur. Tüm bu değişimlere bağlı olarak enfeksiyonlara yatkınlık ve sıvı elektrolit dengesinde bozulma riski artabilmektedir (Pehlivan ve Karadakovan 2013).

Endokrin Sistem: Yaşlanmayla birlikte vücudun insüline verdiği yanıt azalır veya insülin salınımındaki azalmaya bağlı glukoz intoleransı görülür. Tiroid bezi foliküllerinde atrofi görülebilir. Hormonların azalmasıyla birlikte kadınlarda östrojen ve Progesteron, erkeklerde testosteron salınımı azalır (Pehlivan ve Karadakovan 2013).

Kas İskelet Sistemi: Yaş ilerledikçe yaşlı bireylerde sarkopeni görülür. Kas kitlesi ve kuvvetinde azalmayla birlikte kol ve bacaklarda incelme görülebilir. Kemik kitlesi ve kuvvetindeki azalmaya bağlı osteoporoz görülebilir (Yıldırım, Özkahraman, Ersoy 2012).

Görme ve İşitme: Göz ve kulaklardaki patolojiler, yaşa bağlı ortaya çıkabileceği gibi eşlik eden diğer hastalıklarla birlikte de ortaya çıkabilir. İleri yaşa bağlı gelişen makula dejenerasyonu görme kayıplarının en önemli sebepleri arasında

gösterilmektedir. Lensin yaşlanması ve kalınlığının artmasına bağlı katarakt ortaya çıkabilir (Mas MR, Işık AT, Karan MA, Beğler T, Akman Ş, Ünal T, 2008).

Deri: Cilt altı yağ dokusunun azalmasıyla birlikte cilt elastikiyetini kaybeder, daha kuru ve kırışık bir hale gelir. Ciltteki bu değişimlere bağlı olarak, özellikle yatağa bağımlı yaşlı bireylerde basınç yarası gelişme riski yükselir. Cilt altı sinir sonlanmaları azaldığından,

duyarlılık azalır yaralanmalar artar ve iyileşme yavaşlar, melanosit sayısı azaldığı için derinin özellikle güneş ışığına karşı korunması azalır (Nalbant, 2008).

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan organ ve sistemler üzerindeki değişiklikler, hastalıklara bağlı farklılıklar, yaşlıda bireysel olarak ortaya çıkmaktadır. Tüm bu farklılıklar yaşlıda kırılabilirlik yaratmaktadır. Yaşın artmasıyla birlikte kırılabilirlik kaçınılmaz bir sonudur. İleri yaşla birlikte görülen kırılabilirliği tanımlayabilmek, risk faktörlerini belirleyebilmek ve buna yönelik önleyici girişimlerde bulunabilmek önem kazanmaktadır.

2.5 Kırılabilirlik

Kırılabilirlik yaş ilerledikçe organizmanın stresörlere karşı savunmasız hale gelmesi, bireyin sağlık konularında olumsuz sonuçlara maruz kalması ile gelişen ve yaşlanmayla birlikte çeşitli sakatlanmalara açık hale gelmesi durumudur. Teorik olarak sağlık biliminde yaşlılık kavramı büyük ölçüde kabul edilmiştir. Fakat pratik olarak tercüme edilmesi ve tanımındaki anlaşmazlıklar nedeniyle hala bazı sınırlamalar ile tarif edilmektedir (Tabue-Teguo ve ark, 2017). Literatüre bakıldığında kırılabilirlik ile ilgili birden fazla tanım bulunmakta olup, hiçbiri standart bir tanım olarak belirlenmemiştir (Cesari ve Vellas, 2015; Cesari ve ark, 2017; Kapucu ve Ünver, 2017).

Kırılabilirlik düzeyi bir toplum için tespit edilmesi gereken bir problemdir. Toplumdaki kırılabilirlik durumu, bireylerin sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara uğramasına neden olan risk durumunu göstermektedir (Cesari ve ark, 2017). Günümüzde insanın beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. Geçtiğimiz yıllar boyunca tüm dünyada nüfusun ilerlediği ve yaşlanmanın arttığı gözlenmektedir. Gelecek süreçte de bu yaşlanma durumunun artması beklenmektedir (Şahin ve Cankurtaran, 2010; Proiteri ve Cesari, 2020). Öngörülen bu yaşlanmaya paralel olarak

sağlık bakım sistemlerinde yaşlı nüfusun klinik ihtiyaçlarını karşılayacak düzenlemeler yapılması önemlidir. Bu sistem içerisinde hemşireler aktif olarak rol almaktadır.

2.6 Kırılğan Yaşlı Sendromu

Yaşlı bireylerde hastalık tanımı tam olarak yapılamayan ve kendini belirgin olmayan değişken sendromlar eşliğinde gösteren bir dizi olay kırılğan yaşlı sendromu ya da geriatrik sendrom olarak adlandırılmaktadır (Şahin ve Cankurtaran, 2010). Kırılğanlık tanım olarak bireyin homeostatik rezervlerinin azalması sonucunda iç ve dış stresörlere karşı savunmasız olmasıdır. Bireyin yaşlanması ile meydana gelen değişiklikler sonucunda kırılğan bir hale gelmesidir (Cesari ve ark, 2017). Yaşlanma süreçleri ile tanımlandığından geriatrik bir durum olarak değerlendirilmektedir (Cesari ve Vellas, 2015). Yaşanan değişiklikler geri döndürülemez olarak tarif edilmiş olup, bir dizi olay ile tanımlandığından sendrom olarak adlandırılır. Literatürde ‘kırılğanlık sendromu’, ‘kırılğan yaşlı sendromu’, ‘geriatrik sendrom’ ve ‘kırılğanlık’ olarak farklı tanımlar yapılabilmektedir (Cesari ve Vellas, 2015; Proiteri ve Cesari, 2020).

Literatürde kırılğanlık ile birlikte multimorbidite kavramı ele alınmaktadır. Bu kavram da kırılğanlık gibi bireydeki bir dizi sağlık sorununu tanımlamaktadır. Multimorbidite, bireyde birbiri ile ilişkili olmayan birden fazla kronik hastalığın bulunması şeklinde ifade edilebilir (Mannucci ve Nobili, 2014; Proiteri ve Cesari, 2020; Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü, 2017). Sağlık sorunlarına ait sonuçlara ilişkin risk faktörlerinin değerlendirilmesinde multimorbidite kavramı kullanılabilir. Var olan hastalıklar göz önüne alınarak bireyin bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi sağlanır (Barnett ve ark, 2012; Castro ve ark, 2017; Fraccaro ve ark, 2016; Muth ve ark, 2019). Hemşirelik bakımında önemli bir yaklaşım olan bütüncül değerlendirme için yaşlıların multimorbidite durumları ve kırılğanlık sendromunun tanımlanması önemlidir.

Çeşitli tanımların sonucunda kırılğanlık ile ilgili en geniş tanım; enfeksiyon, psikososyal rahatsızlıklar, yaralanma ve ameliyatlara gibi etkenlere karşı çeşitli stresör faktörlerin etkisiyle diğer bireylere göre daha hassas olma durumudur (Mart'in ve O'Halloran, 2020). Burada hassas olan kişilerin genelde daha yaşlı kişiler olmasıyla kırılğan yaşlı tanımı ortaya çıkar. Yaşlılarda ortaya çıkan inkontinans, hareket kısıtlılığı,

fonksiyonel yeteneklerde azalma, düşme riski ve demans gibi sorunların tamamı geriatrik sendrom sonucunda beklenen durumlardır. Kırılgan yaşlı sendromu özel ilgi gerektiren bir durumdur (Cesari ve ark, 2016). Geriatrik sendrom ile görülen sorunlar mortalite ve morbidite oranını arttırarak yaşlının yaşamı için önemli bir risk faktörüdür. İmmobilizasyon, basınç yarası, osteoporoz, deliryum gibi problemler geriatrik sendrom olarak değerlendirilip en önemli hospitalizasyon sebeplerindedir. Erken tanılama ile yaşlının hayat kalitesi artırılabilir (Şahin ve Cankurtaran, 2010).

2.7 Kırılganlık Evreleri

Kırılganlık her dönemde aynı şiddette gözlenmez. Birçok gerileme ve fonksiyon kaybı birkaç aşamada meydana gelmektedir. Jürschik ve arkadaşlarının tarifine göre kırılganlığın evreleri, kırılganlık öncesi dönem, kırılganlık dönemi ve şiddetli kırılganlık dönemi şeklinde sıralanabilir (Kapucu ve Ünver, 2017).

Kırılganlık öncesi dönem (Hafif kırılganlık düzeyi): Klinik açıdan değerlendirildiğinde yaşlı birey açısından sessiz bir dönemdir. Birey günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için yardıma ihtiyaç duyar. Henüz stres inkontinansı gelişmemiştir ama, fizyolojik rezervlerde azalma söz konusudur. Bu dönemde tespit edilen kırılganlık geri dönüşsüz değildir. Bireyin tam iyileşme potansiyeli mevcuttur. Aktivitelerini yerine getirme düzeyinde yavaşlama görülmektedir. Kırılganlık yönünden yaşlı bireyde en az iki risk faktörü mevcuttur (Jürschik ve ark, 2012; Tel Aydın, 2017).

Kırılganlık dönemi (Orta kırılganlık düzeyi): Yaşlı birey için kırılganlıkla paralel durumların gözlenebildiği dönemdir. Temel yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi için bağımlılık düzeyi artmıştır. Bireyin fonksiyonlarında azalma söz konusudur. Evin dışındaki tüm aktivitelerde yardım gereksinimi bulunmaktadır. Stres inkontinansı gelişmiş olup, fizyolojik rezervlerde azalmalar meydana gelmektedir. Artık yaşlı bireyde gelişen sorunlarda tam iyileşme söz konusu değildir (Jürschik ve ark, 2012; Tel Aydın, 2017).

Şiddetli kırılganlık dönemi (İleri kırılganlık düzeyi): Fiziksel ve bilişsel faktörlere bağlı olarak birey tam bağımlı olarak değerlendirilir. Bireyin fiziksel olarak savunmasız olduğu ve kırılganlığa bağlı komplikasyonların meydana geldiği

dönemdir. Ciddi bir kırılma düzeyinden söz edilebilir. Bireyin mortalite riski yüksektir. Fonksiyonel kapasitenin kaybıyla birlikte ölüm gibi sonuçlar ortaya çıkabilir (Jürschik ve ark, 2012; Tel Aydın, 2017).

2.8 Kırılma Fizyopatolojisi

Yaşlanma fizyolojik bir süreç olarak tüm canlılarda ortaya çıkan evrensel bir durumdur. Yaşlanma ile organizmanın hücre ve molekül boyutunda değişikliğe uğrama ve organlarda geri dönüşsüz biçimde fonksiyonel gerileme söz konusudur. Kırılma yaşlanmaya paralel olarak gözlenen bir dizi fizyopatolojik süreç sonucunda ortaya çıkmaktadır (Kapucu ve Ünver, 2017).

Sarkopeni: 65 yaş üzerinde sıklıkla görülen sarkopeni, bireyin bağımlılığının artmasına neden olan ve sonucunda ölüm görülen, geriatrik bir olay olarak tanımlanmaktadır. Genellikle geriatrik sendromlar ile birlikte görülse de kronik hastalıklar ve sedanter yaşam tarzına bağlı olarak sekonder olarak daha erken yaşlarda da ortaya çıkabilir (Sökmen ve Dişçigil, 2017). Sarkopeni kas anlamına gelen ‘sarx’ ve kayıp anlamına gelen ‘penia’ terimlerinden oluşmakta olup, kas kütlelerinde ve gücünde generalize kayıp yaşanması olarak tarif edilmektedir (Burton, 2010). Yaşlanma ile birlikte gelişen sarkopeni, multifaktöriyel etiyolojiye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yaş faktörüne fiziksel aktivitede azalma, kronik hastalıklar ve beslenme bozuklukları eşlik edebilir (Eyigör, 2010; Sökmen ve Dişçigil, 2017). Kırılma yaşında kas kütlelerinin azalmasıyla kas gücü kaybı görülür. Etiyolojisine bakıldığında, yaşlanma sonucu geri dönüşsüz olarak nöron ve kas liflerinde progresif bir kayıp olmaktadır (Roubenoff, 2000). Ayrıca bireyin maruz kaldığı reaktif oksijen ürünleri nedeniyle artan oksidatif stres kas kaybına neden olarak sarkopeniye yol açmaktadır (Kuyumcu, 2014). Sarkopeninin risk faktörleri arasında cinsiyet (kadın), genetik yatkınlık, malnütrisyon, alkol, sigara, uzun süreli immobilite ve kondisyon kaybı sayılabilir. Yaşlanma sürecine bağlı olarak protein yıkımının artması, kas hücrelerinde azalma, hormonlarda azalma ve nöromusküler değişiklikler sonucunda sarkopeni ortaya çıkmaktadır (Sökmen ve Dişçigil, 2017). Kırılma ve sarkopeni kavramları fizyopatolojileri, tedavi yöntemleri ve önlemeye yönelik girişimler açısından birbirleri ile ilişkili olarak değerlendirilmektedirler (Atakul, 2017).

Osteopeni: Kırılğan yaşlıda sarkopeni kadar etkili diğer süreç ise osteopenidir. Zaman zaman osteoporoz kavramı ile birlikte kullanılmaktadır. Osteopeni yaşa bağlı olmadan gelişen kemiklerde güç kaybı olarak tanımlanmaktadır. Genelde 50 yaşından sonra kadınların menopoz döneminde bahsedilse de her yaş grubunda hatta yeni doğanlarda görülebilir (Karagüzel ve Holick, 2011). İntertisiyel aralıktaki sıvı değişiklikleri kemik kütleinde azalma ve uzun süreli hareketsizlik ile ilişkilendirilmektedir (Bloomfield, 2010).

Kırılğanlığın hematolojik, endokrin sistem, ince motor hareketler, biyolojik faktörler ve bazı biyokimyasal parametreler ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. Bu faktörlerin hepsi kırılğanlığın ortaya çıkmasında etkilidir. Hemoglobın, B12 ve E vitaminleri ve folat düzeyindeki azalmalar, motor hareketlerin yavaşlaması ve doku kayıpları kırılğanlığın fizyopatolojisi üzerinde etkilidir (Atakul, 2017). Fizyolojik rezervlerde gerçekleşen düşüş ve dinamik homeostaz kaybı da kırılğanlığın gelişmesinde etkilidir (Chen ve ark, 2014).

2.9 Kırılğanlığın Risk Faktörleri

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan birçok durum kırılğanlık için risk oluşturmaktadır. Hiç şüphesiz en önemli risk faktörü yaşlanmaktır. Bireylerin genetik yatkınlığı kırılğanlık süreci açısından risk oluşturmaktadır. Yaşam stili hareketsizlik ve beslenme gibi süreçleri etkileyerek kırılğanlığa zemin oluşturur (Chen ve ark, 2014). Sedanter bir yaşam süren kişilerde hareketsizliğe bağlı olarak sarkopeni ve osteopeni süreçleri ortaya çıkabileceği için kırılğanlık için risk oluşturmaktadır (Sökmen ve Dişçigil, 2017). Bunların yanında çevre, oksidatif stres kaynağı moleküller ve bağışıklık sistemini etkileyen kronik inflamasyon risk faktörleri olarak sayılmaktadır. Kronik inflamasyonun patofizyolojik süreçlerle bazen doğrudan, bazen de dolaylı olarak kırılğanlığa katkıda bulunan bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Chen ve ark, 2014).

Kronik hastalıklar kırılğanlık açısından büyük risk faktörleri oluşturmaktadır. Yalınkılıç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kalp yetmezliği olan bireylerde orta seviyede kırılğanlık göröldüğu belirtilmiştir. Bu bireyler malnütrisyon açısından da riskli grupta yer aldıklarından kırılğanlığa yatkın hale gelmektedirler (Yalınkılıç ve ark, 2020). Kendi Çelebi ve arkadaşlarının çalışmasında ise böbrek yetmezliği

hastalarının %40' ında kırılgnlık görüldüğü belirtilmiştir. Özellikle hemodiyaliz tedavisi alan kadınlarda risk faktörünün arttığı ifade edilmektedir. Böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda ortaya çıkan hipoalbünemi, idrar miktarında azalma ve kas kuvvetinde azalma gibi problemler kırılgnlık açısından birer risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Kendi Çelebi ve ark, 2020). KOAH gibi kronik akciğer hastalarında sigar içme durumu, endokrin sistemde görülen problemler ve sürekli inflamasyon olması kırılgnlık açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. KOAH' ın uzun süreli etkilerine bağlı olarak birey kilo kaybı, fiziksel aktivitelerde bozulma ve ciddi yorgunluk yaşamaktadır. Bu durum kırılgnlığa yatkınlığı arttırmaktadır (Bozkurt, 2018).

Bireylerin kırılgnlığa yatkınlığı, genetik ve vücut özellikleri açısından değerlendirildiğinde ortaya bir 'kırılgn fenotipi' çıkmıştır. Buna göre aşırı zayıf ve sürekli kilo kaybeden, az hareketli ve aktif olmayan yaşam süren ve yorgun kişiler kırılgnlığa yatkındır (Chen ve ark, 2014).

2.10 Kırılgnlığın Değerlendirilmesi

Hastaneye yatışlarda kırılgnlık sendromunun değerlendirilmesi önemli bir noktadır. Yaşlıların hastaneye yatışlarında kırılgnlık sendromu açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Değerlendirme aşamasında geriatri hemşirelerine önemli bir rol düşmektedir. İleri hemşirelik uygulamaları ile kırılgnlığı önleme, değerlendirme ve önlem alma aşamasında bakım stratejileri geliştirilebilir (Armand, 2017).

Kırılgnlığın tanılanması için bazı ölçekler ve tanı kriter rehberleri kullanılmaktadır. Buna rağmen standart hale gelmiş bir yöntem yoktur. Farklı disiplinlere göre farklı tanı ölçekleri kullanımı tercih edilmektedir. Değerlendirme yöntemi olarak kırılgnlık tanısı için Kanada Sağlık ve Yaşlanma Çalışması (CSHA) Kırılgnlık Ölçeği, Kadın Sağlığı ve Yaşlanma Çalışması Kriterleri (WHAS), Kırılgnlık İndeksi- Frailty Index (FI), Kardiyovasküler Sağlık Çalışması (CHS) Kırılgnlık Kriterleri, Fried Kırılgnlık Ölçeği ve Edmonton Kırılgnlık Ölçeği kullanılmaktadır (Özdemir ve ark, 2017).

Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (EFS – TR): Yaşlı bireylerde hem bilişsel durumun hem de genel sağlık ve bağımlılık durumlarının değerlendirildiği kapsamlı

bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilir çalışması Aygör tarafından 2013 yılında yapılmıştır. 11 sorudan oluşan ölçekte 0-20 arasında puanlama yapılmaktadır. Bu puanlamaya göre 0-4 puan arasında puan alanlar kırılğan değil olarak değerlendirilmektedir. 11 puan ve üzerinde puan alanlar ise şiddetli kırılğan olarak değerlendirilirler (Aygör; 2013; Duru Aşiret ve Çetinkaya, 2018).

Klinik Düşkünlük Ölçeği (CSHA Kırılğanlık Ölçeği): Kanada Sağlık ve Yaşlanma Araştırması'nın sonuçlarına göre oluşturulan 70 madde ve 7 kategoriden oluşan bir ölçektir. Burada kişilerin özellikleri değerlendirilerek kırılğanlığı kategorize edilmiştir. Kategoriler 'dinç', 'kontrol edilebilir', 'mevcut hastalık', 'savunmasız', 'hafif kırılğan', 'orta derecede kırılğan' ve 'ciddi kırılğanlık' olarak sıralanmaktadır. Yaşlı birey sadece semptomlara göre değil, ayrıca çeşitli sağlık problemlerine göre değerlendirilmiş olur (Rockwood, 2005; Atakul, 2017; Bozkurt, 2018).

Kardiyovasküler Sağlık Çalışması (CHS) Kırılğanlık Kriterleri: Kardiyovasküler Sağlık Çalışması (CHS) sonucunda oluşturulan tanı kriterleridir. 5 temel kategorisi bulunmaktadır. Yaşlı bireyler 'küçülme/kilo kaybı', 'halsizlik/cansızlık', 'dayanma gücü ve enerjisinin azalmış olması', 'yavaşlama' ve 'fiziksel aktivitede azalma' gibi kriterler üzerinden değerlendirilirler. Küçülme değerlendirilirken 1 yılda 4,5 kg ve üzerinde kilo kaybının olması ya da vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmiş olması gerekmektedir. Halsizlik değerlendirilirken önceki haftaya kıyasla aktivitelere daha fazla çaba harcama durumu göz önüne alınır. Dayanma gücü ve enerjisinin azalmış olmasının değerlendirilmesinde ise son 1 haftadaki fiziksel aktiviteye ilişkin özel formül kullanılarak ölçüm yapılır. Yavaşlama değerlendirilmesinde 4,75 metreyi yürüme hızı ölçülür. Fiziksel aktivitede azalmanın değerlendirilmesi için de 'Beden Kitle İndeksi' ne (BKİ) göre kuvvet ölçümü yapılır. Hiç patoloji kriteri taşımayan hastalar kırılğanlık yönünden sağlam olarak değerlendirilmektedir. Bir ya da iki kriterin bulunmasıyla hasta kırılğanlık öncesi dönemde ve üç ya da daha fazla kriterin bulunmasıyla kırılğan kabul edilmektedir (Aras ve ark, 2011; Özdemir ve ark, 2017).

Kadın Sağlığı ve Yaşlanma Çalışması Kırılğanlık Kriterleri: Kadın Sağlığı ve Yaşlanma Çalışması (WHAS: Woman's Health And Aging Study)) sonucunda oluşturulan tanı kriterleridir. CHS Kırılğanlık Kriterleri ile benzerlik göstermekte olup, 5 kategori üzerinden tanılama yapılmaktadır. Burada 'kilo kaybı' değerlendirilirken

%10 kilo kaybı ve BKİ' nin 18,5 kg/m² altında olması patoloji göstergesidir. 'Halsizlik durumu', 'dayanma gücü ve enerjisinin azalmış olması' ve 'azalmış fiziksel aktivite' değerlendirilmesi CHS ile aynı kriterler göz önüne alınarak yapılır. Yavaşlama değerlendirilmesinde ise 4 metreyi yürüme hızı ölçülerek patoloji kararı verilmektedir (Topinková, 2005; Özdemir ve ark, 2017).

Fried Kırılgnlık Ölçeği: Fried ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Burada ölçülen kırılgnlık kriterleri CHS ve WHAS ile paralel bir şekilde istemsiz kilo kaybı, bitkinlik, zayıf kas kuvveti, yürüme hızında azalma ve fiziksel etkinliklerin azalma düzeyidir. Bu kriterlerden üç ve daha fazlasının bulunması kırılgnlık olarak tanımlanmaktadır (Atakul, 2017; Özdemir ve ark, 2017).

Osteoporotik Kırık Çalışma İndeksi (Study of Osteoporotic Fractures-SOF – İndex): Osteoporoz ve fraktür nedeniyle yatışı olan yaşlılarda değerlendirme kriteri olarak Osteoporotik Kırık Çalışma İndeksi (Study of Osteoporotic Fractures-SOF Index) kullanılmaktadır. Kırılgn yaşlılarda kilo kaybı, tek başına kalkma ve geriatrik depresyonun değerlendirildiği bir ölçektir. İstemli ya da istemsiz %5 üzerinde kilo kaybı patoloji olarak değerlendirilir. Ayrıca kollardan destek almadan sandalyeden kalkmayı 5 kez yapamama ve kendini enerjik hissetmeme durumu sorgulanır. Kısa süreli değerlendirmelerin yapılacağı durumlarda SOF indeksi önerilmektedir (Şahin ve Cankurtaran, 2010).

2.11 Kırılgn Yaşlı ve Hemşirelik Bakımı

Dünya çapında yaşlı nüfusun artması ile sosyal destek ihtiyacı da artmaktadır. Ülkelerin sağlık sistemini sürdürmek ve sağlık bakım kalitesini yükseltmek amacıyla kırılgn yaşlıların tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Yaşa bağlı risk faktörlerinin değerlendirmesi ve olası sağlık problemlerine ilişkin önleyici müdahalelerin uygulanması kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Benimsenecek yaklaşımın içerisinde sağlık profesyonelleri tarafından her türlü çaba gösterilmelidir (Cesari ve ark, 2016). Halk sağlığı sistemi içerisinde kırılgn yaşlıların bakımında hemşireler önemli bir görev almaktadır.

Kırılgnlığa bağlı olarak bireylerin yaşam kalitesi giderek düşmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenecek birey bağımlı hale gelir. Ayrıca düşme, immobilizasyon ve demans gibi problemlerin sık sık görülmesi ile hastaneye yatma

sıklığı da artış göstermektedir. Sürekli hastaneye yatma bağımlılık düzeyinde artma, sağlık giderlerinde artma, özel bakım ve evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyma gibi sorunları beraberinde getirir. Ayrıca bireyler hastanede kaldıkları süreçlerde birçok aktivitesini yerine getiremezler (Espinoza ve Walston, 2005; Aras ve ark, 2011; Duru Aşiret ve Çetinkaya, 2018). Hemşireler hastane süreçlerinde kırılğan yaşlı sendromu kaynaklı sorunların çözümünde hemşirelik süreçlerini kullanarak hasta bakımı etkin bir şekilde yürütmektedirler. Hospitalizasyon ve immobilizasyona bağlı olarak basınç yarası, uyku kalitesinde düşme ve uyku bozuklukları, beslenme bozuklukları, osteoporoz ile ilişkili ağrı ve üriner inkontinans gibi başlıca sorunlar gözlenmektedir (Abd Aziz ve ark, 2017; Duru Aşiret ve Çetinkaya, 2018). Kırılğan yaşlı sendromunda yaşlı birey ilaç kullanımından aile eğitimine kadar pek çok konuda hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır (Kapucu ve Ünver, 2017).

Kırılğan yaşlı bireylerin medikal durumları karmaşık ve semptom yükü artmıştır. Hem fonksiyonel hem de fiziksel bozulmaların sonucunda farklı semptomlar gösterebilirler. Hemşirelik bakımı ile mevcut bozulmaların getirdiği sorunlar çözülerek yaşam kalitesinin artırılması hedeflenir (Espinoza ve Walston, 2005). Etkili önleme için hemşirelerin bütüncül yaklaşımla için nüfustaki kırılğanlık ve yaşa bağlı koşullar hakkında farkındalık yaratılmasını desteklemesi gerekmektedir. (Cesari ve ark, 2016).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma, KKTC'deki hastanelerde yatan yaşlı hastaların kırılabilirlik düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmaya KKTC'de yaşlı hastalara tedavi ve bakım hizmeti veren ve hasta popülasyonunun yüksek olduğu iki hastane alınmıştır. Bu araştırma; Kalkanlı Yaşam Evi ve Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi'nde Eylül 2020 – Aralık 2020 arasında yapılmıştır.

Kalkanlı Yaşam Evi 30 hasta odası ile hizmet vermektedir. Merkezde yatan hastaların bir kısmı yatağa bağımlı, bir kısmı mobilize olabilen bir kısmı da yarı bağımlı hastalardan oluşmaktadır. Merkezde; bir pratisyen hekim, sekiz hemşire ve 20 hastabakıcı bulunmaktadır. Kalkanlı Yaşam Evi'nde beş hemşire daimi hizmet vermekte olup, diğer üç hemşire dışardan takviye gelmektedir. Merkezde çalışan hemşireler; hastaların takip (vital bulgu takibi, gaita takibi, su takibi, alım-çıkım takibi), tedavi (oral ve parenteral ilaç uygulamaları), eğitim gereksinimi (öz bakım becerilerinin geliştirilmesi, iletişim becerilerinin geliştirilmesi, dengeli beslenmenin sürdürülmesi) ve sonuçların değerlendirilmesi (verilen eğitimin etkinliğinin gözlemlenmesi) gibi hemşirelik fonksiyonlarını gerçekleştirmektedirler. Hastaların öz bakım gereksinimlerini (perine temizliği, sakal tıraşı, saç kesimi, banyo, tuvalete gitme veya bez değişimi) hastabakıcılar sürdürmektedir.

Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi, Gönyeli' de hizmet veren iki katlı bir binadır. Bodrum kat Sağlık Bakanlığı'nın deposu olarak kullanılmakta olup hasta bakımı birinci katta sürdürülmektedir. Merkez 40 yataklı olup Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Hizmet Şemasında Kronik Hastalıklar Hastanesi olarak geçmektedir. Merkezde bir uzman doktor, bir fizyoterapist, sekiz hemşire ve 20 hastabakıcı bulunmaktadır. Hemşireler, yaşlıların takip (vital bulguların takibi, gaita

takibi, su takibi, alım çıkım takibi, beslenme takibi), tedavi (oral ve parenteral ilaçların uygulanması) ve bakım planlarını yürütmekte olup hastaların öz-bakım gereksinimlerini (perine temizliği, saç kesimi, sakal tıraşı, banyo, tuvalete götürme veya bez değişimi) hastabakıcılar yürütmektedir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Eylül 2020- Aralık 2020 tarihleri arasında Kalkanlı Yaşam Evinde yatarak tedavi alan 50 yaşlıdan 35 kişi araştırmaya dahil olma kriterlerini karşıladığından ve Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi'nde yatarak tedavi alan 40 yaşlıdan 25 kişi araştırmaya dahil olma kriterlerini karşıladığı için toplam 60 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

- 65 yaş ve üzeri olan,
- Sözel iletişim kurabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden oluşmuştur.

Toplamda ulaşılan 90 yaşlı hastadan, 30 yaşlı hasta sözel iletişim kurulamayan, bilinç kaybı olan ve ağır hastalık durumunda olanlar olması nedeniyle örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece araştırma kapsamına alınan yatılı olarak tedavi veren ve çoğunluğu yaşlı hastalardan oluşan Kalkanlı Yaşam Evi ve Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi ile sınırlandırılmıştır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerini toplamada aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır;

- Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 1)
- Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 2)
- Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EFS-TR) (Ek 3)
- Standardize Mini Mental Test Formu (Ek 4)

3.5.1 Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmaya katılmaya gönüllü ve kriterleri kapsayan yaşlı bireylere veri toplamadan önce doldurtulmuştur. Araştırmanın ne amaçla yapıldığını ve araştırmacının iletişim bilgilerini kapsamaktadır. (EK 1)

3.5.2 Tanıtıcı Bilgiler Formu

Tanıtıcı bilgiler formu araştırmacı tarafından literatur taraması yapılarak oluşturulmuştur. Form üç ana bölümden oluşmaktadır. 1. Bölümde; hastaların sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, kimlerle birlikte yaşadığı, çocuk durumu, gelir durumu); 2. Bölümde sağlık hastalık durumu (sağlık durumu değerlendirmesi, diğer kronik hastalıklar, kronik hastalıklar sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ilaç kullanımı, engel/sakatlık varlığı, görme durumu, işitme durumu, sağlığıyla ilgili şikayetler, son 1 yıldaki doktora başvurma durumu, son bir yıldaki hastaneye yatma durumu, son bir ayda yatakta geçirilen gün sayısı, son bir ayda işlerini aksattığı gün sayısı); 3. Bölümde ise kırılabilirlik risk faktörleri (kilo kaybı durumu, genel halsizlik/güçsüzlük durumu, iştahsızlık durumu, beslenme durumu, yatağa bağımlılık durumu, basınç yarası durumu, düşme olup olmadığı, yardım gereksinimi ve bu gereksinimlerin karşılanma düzeyi) yer almaktadır. Toplam 32 soru bulunmaktadır. (EK 2)

3.5.3 Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği

Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği (Edmonton Frailty Scale- EFS); yaşlılarda kırılabilirliği tanımlamak amacıyla Rolfson ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; yaşlılarda bilişsel durum, genel sağlık durumu, fonksiyonel bağımsızlık, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, kontinans, fonksiyonel performans değerlendiren 11 sorudan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.62 bulunmuş ve Aygör (2013) tarafından ülkemizde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda Cronbach alfa katsayısı 0.75 bulunmuş ve tüm değerler için iç tutarlılığı olan güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği'nden alınan puanlar 0-20 puan aralığında değerlendirilmektedir. Alınan sonuçlar kırılabilirlik analiz skoruna göre değerlendirilir. Alınan puan 0-4

aralığında ise yaşlı birey kırılğan değil; 5-6 aralığında görünürde savunmasız, 7-8 aralığında hafif kırılğan, 9-10 aralığında orta kırılğan ve 11 puan ve üzerinde ise şiddetli kırılğan olarak değerlendirilir (EK 3).

Veri toplama aşamasında, Edmonton Kırılğanlık Ölçeği'nde bulunan 'zaman zaman reçeteli ilaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?' sorusu yaşlı hastaların hastanede bulunması ve ilaçlarını hemşire tarafından verilmesi nedeniyle bizim çalışma grubumuzda işlemediği için kullanılmamıştır.

3.5.4 Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Standardize Mini Mental Test (SMMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (Folstein ve ark., 1975). Günümüzde klinikte, bilişsel bozuklukların saptanması, demans ile ilgili durumların seyri ve tedaviye alınan yanıtların izlenmesinde; toplum içerisinde veya bir kurumda yaşamını sürdüren yaşlılarla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda başvurulan bir test olma özelliğini sürdürmektedir. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. Türkiye'de hafif demans tanısında Güngen ve ark. (2002) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre; SMMT'in toplam puanının hafif demans ve kontrol grubu arasında anlamlı fark gösterdiği, eşik değerler için de 23/24 değerinin 0,91 duyarlık, 0,95 özgüllük, sırasıyla 0,90, 0,95 ve 0,86 pozitif, negatif yordayıcı değer ile kappa değeri gösterdiği saptanmıştır. Uygulayıcılar arası güvenilirlik incelemesinde r:0,99, kappa değeri ise 0,92 olarak elde edilmiştir. SMMT'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu ve ideal eşik değer 23/24 olduğu saptanmıştır. (Güngen ve ark., 2002) 10'dan az puan ciddi bozukluk olduğunu gösterir. 10-19 arası puanlar orta düzey demans göstergesidir. 19-24 arası puanlar ise erken dönem demansı işaret eder. (EK 4, EK 5)

3.6 Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak formların anlaşılabilirliğinin değerlendirilebilmesi için 1- 5 Ekim 2020 tarihleri arasında mobilize olabilen üç hasta ve yatağa bağımlı iki hasta olmak üzere toplam beş hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında

tanıtıcı bilgiler formunda gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir. Ön uygulama verileri araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.7 Araştırmanın Uygulaması

Veri toplama formlarının uygulaması, kriterleri karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla yüz yüze görüşerek 10-30 Ekim 2020 tarihleri arasında mesai saatleri (08-16) içerisinde yapılmıştır. Görüşmelerin bir kısmı hasta odasında bir kısmı ise ortak kullanılan aktivite salonunda yapılmıştır.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, yaşlıların genel sağlık durumuna ilişkin bazı özellikleri, şikâyet, doktora başvurma ve hastaneye yatma durumları, sigara ve alkol kullanma durumları, kilo kaybı yaşama durumları, halsizlik/ güçsüzlük, iştahsızlık ve beslenme yetersizliği yaşama durumları, yatağa bağımlı olma ve basınç yarası gelişme durumları, düşme ve günlük gereksinimlerini karşılama durumları yüzdelerle belirlenmiştir.

Yaşlıların Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve Mini Mental Test puanları ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların bazı özelliklerine göre, Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve Mini Mental Test puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan hipotez testlerinin belirlenmesi için veri setinin normal dağılım gösterme durumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelenmiş ve normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Buna göre araştırmada non parametrik hipotez testleri kullanılmış olup, bağımsız değişken iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analiz edilmesi için IBM firmasına ait Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 yazılımı kullanılmıştır.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmayı gerçekleştirmek için gerekli izin Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-ğretim ve Araştırma Enstitüsü'nden 0205523 sayı no'lu karar ile alınmıştır. Ayrıca araştırmanın örneklemini oluşturan yaşlılara, araştırmanın amacı anlatılmış ve gerekli yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Hlyya Ayėor' den ve ölçeğin kullanımı için Dr. Darrly Rolfson'dan izin alınmıştır. Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezinde ve Kalkanlı Yaşam Evi'nde araştırma yapabilmek için KKTC Sağlık Bakanlığı'na bağlı Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin 28/08/2020 tarihinde 020-5523 sayı numarası ile alınmıştır (EK:6, EK: 7, EK: 8, EK: 9).

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1 Hastanede Yatan Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmanın bu alt başlığı altında yaşlıların yaş grubu, yaş ortalaması, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, çocuk sahibi olup olmadığı, kaç çocuğunun olduğu, birlikte yaşadığı kişiler ile gelir düzeyine ilişkin tablo yer almaktadır (Tablo 4,1).

Tablo 4.1-Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n= 60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
65-74 yaş arası	27	45,00
75-84 yaş arası	25	41,67
85 yaş ve üzeri	8	13,33
Yaş ortalaması ($\bar{x}\pm SD$)	75,66 \pm 9,33	
Cinsiyet		
Kadın	21	35,00
Erkek	39	65,00
Medeni durum		
Evli	16	26,67
Bekar	8	13,33
Boşanmış/ayrı	24	40,00
Dul	12	20,00
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	7	11,67
Okur-yazar	26	43,33
İlkokul	14	23,33
Ortaokul	3	5,00
Lise	10	16,67

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek		
Çiftçi/Hayvancı	9	15,00
Esnaf	9	15,00
Ev hanımı	14	23,33
İşçi	7	11,67
Memur	8	13,33
Serbest meslek	13	21,67
Sosyal güvence		
Var	59	98,33
Yok	1	1,67
Çocuğun varlığı		
Var	49	81,67
Yok	11	18,33
Çocuk sayısı		
1-2 çocuk	19	38,78
3-4 çocuk	24	48,98
5 ve üzeri	6	12,24
Birlikte yaşanan kişiler		
Aile dışında (huzurevi)	60	100,00
Gelir düzeyi		
Alt	0	0,00
Orta	57	95,00
Yüksek	3	5,00
Toplam	60	100,00

Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri açısından Tablo 4,1 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan yaşlıların %45,0'inin 65-74 yaş, %41,67'sinin 75-84 yaş, %13,33'ünün 85 yaş ve üzeri yaş grubunda ve yaş ortalamasının 75,66±9,33 olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatan yaşlıların, %65,0'inin erkek olduğu, %26,67'sinin evli, %13,33'ünün bekar, %40,0'ının boşanmış/ayrı yaşıyor ve %20,0'sinin dul olduğu

saptanmıştır. Yaşlıların %11,67'sinin okur-yazar olmadığı, %43,33'ünün okur-yazar olduğu, %23,33'ünün ilkokul ve %16,67'sinin lise mezunu olduğu, %15,0'inin çiftçi, %15,0'inin esnaf, %23,33'ünün ev hanımı, %11,67'sini işçi, %13,33'ünün memur ve %21,67'sinin serbest meslek sahibi olduğu, %98,33'ünün sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan yaşlıların %81,67'sinin çocuğunun olduğu, çocuğu olanların %37,78'inin 1-2 çocuk, %48,98'inin 3-4 çocuk sahibi olduğu, %95,0'inin aylık gelirinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

4.2 Yaşlıların Hastaneye Yatış ve Hastalık Durumu

Araştırmanın bu alt başlığı altında yaşlıların genel sağlık durumu, kronik hastalığın varlığı ilaç kullanımı, engel/sakatlık, işitme sorunu, görme sorunu, yakınma/şikâyet, doktora başvurma durumu, hastaneye yatma durumu, son bir ayda hastalık/yaralanma nedeniyle yatakta geçirilen gün sayısı, son bir ay içinde günlük işlerini aksattığı gün sayısı, sigara ve alkol kullanımına ilişkin tablolar yer almaktadır (Tablo 4,2, Tablo 4,3 ve Tablo 4,4).

Tablo 4.2-Yaşlıların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özellikler (n=60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel sağlık durumu		
İyi	1	1,67
Orta	52	86,67
Kötü	7	11,67
Tanısı konmuş kronik hastalık		
Var	60	100,00
Hastalık*		
Diyabet	38	63,33
Hiperkolesterolemi	28	46,67
Hipertansiyon	27	45,00
Kalp yetmezliği	13	21,67
Ruhsal hast. (Depresyon, anksiyete)	11	18,33
Epilepsi	7	11,67
Serebrovasküler hastalık	6	10,00
Parkinson	3	5,00
Periferikvaskülerhast.	2	3,33
İskemik kalp hast. /MI	1	1,67
Nefropati	1	1,67
Retinopati	1	1,67
Var olan kronik hastalık sayısı		
Bir	3	5,00
İki	20	33,33
Üç	37	61,67
İlaç kullanma durumu		
Kullanan	60	100,00
Kullanılan ilaç sayısı		
1-3 adet	3	5,00
4-7 adet	20	33,33
8-11 adet	29	48,33
12 adet ve üzeri	8	13,33

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Herhangi bir engel/sakatlık		
Yok	58	96,67
Var	2	3,33
Görme sorunu		
Yok	24	40,00
Var	36	60,00
İşitme sorunu		
Yok	22	36,67
Var	38	63,33
Toplam	60	100,00

Yaşlıların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özellikleri Tablo 2 incelendiğinde; araştırmaya katılan yaşlıların %86,67'si genel sağlık durumuna “orta”, %11,67'si ise “kötü” olarak ifade etmiştir. Yaşlıların tamamında (%100,0) tanısı konmuş kronik hastalığı olup; %63,33'ünün diyabet, %46,67'sinin hiperkolesterolemi, %45,0'inin hipertansiyon, %21,67'sinin kalp yetmezliği, %18,33'ünün ruhsal hastalıklar, %11,67'sinin epilepsi ve %10,0'unun serebrovasküler hastalığı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen yaşlıların %33,33'ünün iki ve %61,67'sinin üç kronik hastalığı olduğu; bu hastalıklara bağlı olarak tamamının (%100,0) ilaç kullandığı saptanmıştır. Yaşlıların %33,33'ünün günde 4-7 adet, %48,33'ünün 8-11 adet ve %13,33'ünün günde 12-ve üzeri sayıda ilaç kullandığı kaydedilmiştir. Yaşlıların %96,67'sinde engel/sakatlık olmadığı, %40,0'ının görme sorunu, %63,33'ünün işitme sorunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3-Yaşlıların Şikâyet, Doktora Başvurma ve Hastaneye Yatma Durumları (n=60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti		
Yok	27	45,00
Var	33	55,00
Şikâyet		
Ağrı	16	48,48
Anksiyete	2	6,06
Görme bozukluğu	1	3,03
Gribal enfeksiyon	1	3,03
Hipoglisemi	1	3,03
Kasılma	1	3,03
Konstipasyon	3	9,09
Mide yanması	1	3,03
Uykusuzluk	5	15,15
Yorgunluk	2	6,06
Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma		
Başvurmayan	30	50,00
Başvuran	30	50,00
Sağlık kuruluşuna/doktora başvurma sayısı (n=30)		
1-2 kez	16	53,33
3-4 kez	12	40,00
5 ve üzeri	2	6,66
Son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatma		
Yatmayan	56	93,33
Yatan	4	6,67
Hastaneye yatma sayısı		
1 kez	4	6,67
Yatmayan	56	93,33

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Son bir ayda hastalık/yaralanma nedeniyle yatakta geçirilen gün sayısı		
Hiç	33	56,67
1-2 gün	2	3,33
Yatağa bağımlı	25	40,00
Son bir ay içinde günlük işlerini aksattığı gün sayısı		
Hiç	33	56,67
1-2 gün	2	3,33
Yatağa bağımlı	25	40,00
Toplam	60	100,00

Yaşlıların şikâyet, doktora başvurma ve hastaneye yatma durumlarına ilişkin Tablo 4,3 incelendiğinde; %55’inde son 15 gün içinde sağlığı ile ilgili bir şikâyet/yakınma görüldüğü, şikâyeti/yakınması olan yaşlıların %48,48’inin ağrı, %15,15’inin uykusuzluk şikâyeti olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %50,0’inin son 1 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, başvuranların %53,33’ünün 1-2 kez, %40,0’inin 3-4 kez başvurduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %93,33’ünün son 1 yıl içinde hastanede yatmadığı, %56,67’sinin son 1 ayda hastalık/yaralanma nedeniyle hiç yatakta kalmadığı, %40,0’inin ise yatağa bağımlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4- Yaşlıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları (n=60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	19	31,67
Kullanmayan	37	61,67
Bırakan	4	6,67
Günlük içilen sigara sayısı (n=19)		
10 adet ve altı	6	31,58
11-19 adet	5	26,32
20 adet ve üzeri	8	42,11
Sigara içme süresi (n=19)		
49 yıl ve altı	4	21,05
50 yıl	7	36,84
51 yıl ve üzeri	8	42,11
Alkol kullanma durumu		
Kullanmayan	59	98,33
Bırakan	1	1,67
Toplam	60	100,00

Yaşlıların sigara ve alkol kullanma durumları Tablo 4,4 incelendiğinde, yaşlıların %31,67'sinin sigara kullandığı, sigara kullananların %42,11'inin günde 20 adet ve üzerinde sayıda sigara içtiği, %42,11'inin 51 yıl ve üzeri süredir sigara içtiği belirlenmiş olup, yaşlıların %98,33'ünün alkol kullanmadığı görülmüştür.

4.3 Hastanede Yatan Yaşlıların Kırılganlık Risk Faktörleri

Araştırmanın bu alt başlığı altında yaşlıların kilo kaybı, genel halsizlik/güçsüzlük, iştahsızlık, beslenme yetersizliği/ bozukluğu, yatağa bağımlı olma durumu, bugüne kadar basınç yarası gelişme durumu, düşme durumu ve günlük yaşamda yardıma gereksinim duyma durumuna ilişkin tablolar yer almaktadır (Tablo 4,5, Tablo 4,6, Tablo 4,7, Tablo 4,8).

Tablo 4.5- Yaşlıların Kilo Kaybı Yaşama Durumları (n=60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kilo kaybı		
Hayır	44	73,33
Evet	16	26,67
Kaybabilen kg (n=16)		
1-2 kg	3	18,75
3-4 kg	7	43,75
5kg ve üzeri	6	37,50
Kilo kaybetme süresi (n=16)		
6-9 ay	5	31,25
10-12 ay	5	31,25
13 ay ve üzeri	6	37,50
İsteyerek kilo kaybetme (n=16)		
İstemeyerek	16	100,00

Araştırmaya katılan yaşlıların kilo kaybetme durumları için Tablo 4,5 incelendiğinde; %26,67'sinin kilo kaybı yaşadığı, kilo kaybedenlerin %18,75'inin 1-2 kg, %43,75'inin 3-4 kg ve %37,50'sinin 5kg ve üzerinde kilo kaybettiği, %31,25'inin 6-9 ayda, %31,25'inin 10-12 ayda ve %37,50'sinin 13 ay ve üzeri sürede kilo kaybettiği ve tamamının istemeyerek kilo kaybettiği görülmüştür.

Tablo 4.6-Yaşlıların Halsizlik/ Güçsüzlük, İştahsızlık ve Beslenme Yetersizliği Yaşama Durumları (n=60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel halsizlik/ güçsüzlük		
Yaşamayan	6	10,00
Yaşayan	54	90,00
Halsizlik derecesi (n=54)		
5	9	16,67
6	5	9,26
7	16	29,63
8	24	44,44
Ortalama		6,85±1,57
İştahsızlık		
Hayır	25	41,67
Evet	35	58,33
İştahsızlık nedeni (n=35)		
Ara-sıra yaşıyor	8	22,86
Canı yemek istemiyor	23	65,71
Halsiz hissediyor	3	8,57
Mide bulantısı yaşıyor	1	2,86
Beslenme yetersizliği/ bozukluğu		
Yaşamayan	21	35,00
Yaşayan	39	65,00
Beslenme yetersizliği/ bozukluğu nedeni (n=39)		
Az yiyebiliyor	15	38,46
Canı yemek istemiyor	8	20,51
Yemek beğenmiyor	5	12,82
Yutkunma/Çiğneme problemi	11	28,21

Yaşlıların Halsizlik/ Güçsüzlük, İştahsızlık ve Beslenme Yetersizliği Yaşama Durumları için Tablo 4,6 incelendiğinde; %90,0'ının genel halsizlik/güçsüzlük yaşadığı, %29,63'ünün halsizlik derecesini 7 ve %44,44'ünün 8 olarak tanımladığı,

58,33'ünün iştahsızlık yaşadığı, iştahsızlık yaşayanların %65,71'inin canı yemek istemediği, %65,0'inin beslenme yetersizliği/bozukluğu yaşadığı, beslenme yetersizliği olanların %38,46'sının az yiyebildiği, %20,51'inin canı yemek istemediği ve %28,21'inin yutkunma/çiğneme problemi yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.7- Yaşlıların Yatağa Bağımlı Olma ve Basınç Yarası Gelişme Durumları (n=60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yatağa bağımlı olma durumu		
Bağımlı	35	58,33
Bağımlı değil	25	41,67
Bugüne kadar basınç yarası gelişme durumu		
Gelişmeyen	43	71,67
Gelişen	17	28,33
Basınç yarası gelişen yer (n=17)		
Ayak topuğu	3	17,65
Koksiks	7	41,18
Femur başı	2	11,76
Greft	1	5,88
Osteomyelit	2	11,76
Sırt	2	11,76

Yaşlıların Yatağa Bağımlı Olma ve Basınç Yarası Gelişme Durumları Tablo 4,7 incelendiğinde; yaşlıların %58,33'ünün yatağa bağımlı olduğu, %28,33'ünde basınç yarası geliştiği, basınç yarası gelişen yaşlıların %17,65'inde ayak topuğunda, %41,18'inde koksikte, %11,76'sında femur başında, %11,76'sında osteomyelit ve %11,76'sında sırtta basınç yarası geliştiği belirlenmiştir.

Tablo 4.8- Yaşlıların Düşme ve Günlük Gereksinimlerini Karşılama Durumları (n=60)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşme durumu		
Düşmeyen	17	28,33
Düşen	43	71,67
Düşme nedeni (n=43)		
Ayak takılması	5	11,63
Baş dönmesi	10	23,26
CVO geçirme	1	2,33
Denge kaybı	8	18,60
Evde düşme	12	27,91
Yataktan düşme	7	16,28
Günlük yaşamda		
yardıma gereksinim duyma		
Duymayan	12	20,00
Duyan	48	80,00
İhtiyaç duyulan yardım (n=48)		
Tuvalet-Banyo	22	45,83
Yatağa bağımlı	25	52,08
Yürüme	1	2,08
Günlük yaşamında yardım		
gereksinimlerinin karşılanma düzeyi (n=48)		
8	24	50,00
9	22	45,83
10	2	4,17
Ortalama		8,52±0,58

Yaşlıların Düşme ve Günlük Gereksinimlerini Karşılama Durumları için Tablo 4,8 incelendiğinde; yaşlıların %71,67'sini düştüğü, düşenlerin %11,63'ünün ayak takılması, %23,26'sının baş dönmesi, %18,60'ının denge kaybı sonucunda düştüğü görülmüştür. Yaşlıların %80,0'inin günlük yaşamda yardıma gereksinim duyduğu,

yardıma gereksinim duyanların %45,83'ünün tuvalet-banyo hususunda gereksinim duyduğu, %52,08'inin ise yatağa bağımlı olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %50,0'inin günlük yaşamından yardım gereksiniminin karşılanma düzeyi 8, %45,83'ünün ise 9 bulunmuştur.

4.4 Hastanede Yatan Yaşlıların Kırılgnlık Düzeyi

Araştırmanın bu alt başlığı altında yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve Mini Mental Test puanları, bu puanların yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine, sağlık durumlarına ve kırılgnlık risk faktörlerine göre karşılaştırılmalarına ilişkin tablolara yer verilmiştir (Tablo 4,9, Tablo 4,10, Tablo 4,11, Tablo 4,12, Tablo 4,13, Tablo 4,14, Tablo 4,15, Tablo 4,16)

Tablo 4.9- Yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanları (n=60)

	n	\bar{x} +SD	Range
Edmonton Kırılgnlık Ölçeği	60	9,23±1,49	4-12

Yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanları açısından Tablo 4,9 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puan ortalamasının 9,23olduğu görülmüştür. Yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeğinden aldıkları en düşük puan 4, en yüksek puan ise 12 bulunmuştur.

Tablo 4.10- Yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanları (n=60)

Kırılgnlık düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kırılgn değil	1	1,67
Görünürde savunmasız	4	6,67
Hafif kırılgn	31	51,67
Orta kırılgn	22	36,67
Şiddetli kırılgn	2	3,33

Yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanları açısından Tablo 4,10 incelendiğinde; araştırmaya alınan yaşlıların %51,67'sinin hafif kırılgn, %36,67'sinin orta kırılgn, %3,33'ünün ise şiddetli kırılgn oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.11-Yaşlıların Mini Mental Test Puanları

	n	\bar{x}+SD	Range
Mini Mental Test	60	17,10±3,75	7-28

Yaşlıların Mini Mental Test Puanlarına ilişkin ortalama değerin 17,10±3,75 olarak hesaplanmıştır. Alınan en düşük puanın 7 ve en yüksek puanın 28 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların bazı özelliklerine göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve Mini Mental Test puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan hipotez testlerinin belirlenmesi için veri setinin normal dağılım gösterme durumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelenmiş ve normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Buna göre araştırmada nonparametrik hipotez testleri kullanılmış olup, bağımsız değerken iki gruptan oluşuyorsa Mann-Whitney U testi, üç ve defa fazla gruptan oluşuyorsa Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Tablo 4.12-Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=60)

Sosyo-demografik Özellikler	n	M	SO	Z / X²	p	Fark
Yaş grubu						
65-74 yaş arası	27	9,00	23,07	11,590	0,009*	1-2
75-84yaş arası	25	10,00	35,14			1-3
85yaş ve üzeri	8	10,00	41,06			
Cinsiyet						
Kadın	21	9,00	32,71	-0,740	0,459	
Erkek	39	9,00	29,31			
Medeni durum						
Evli	16	8,50	24,81	3,363	0,339	
Bekar	8	9,50	31,19			
Boşanmış/ayrı	24	9,00	31,02			
Dul	12	9,50	36,58			
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	7	10,00	34,64	5,824	0,213	
Okur-yazar	26	9,50	34,77			
İlkokul	14	9,00	28,21			
Ortaokul	3	8,00	16,67			
Lise	10	9,00	23,85			
Çocuk sahibi olma durumu						
Var	49	9,00	29,79	-0,687	0,492	
Yok	11	10,00	33,68			
Gelir düzeyi						
Orta	57	9,00	30,51	-0,017	0,986	
Yüksek	3	9,00	30,33			

* $p < 0,05$ (M: Medyan, SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Withney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 4,12’de araştırmaya katılan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre Edmonton Kırılgnlık leği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar gösterilmiştir.

Tablo 4,12 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan yaşlıların yaş grubuna göre Edmonton Kırılgnlık leği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 65-74 yaş grubundakilerin Edmonton Kırılgnlık leği puanları 75-84yaş arası ve 85 yaş ve üzeri yaş grubundaki yaşlılardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. 75-84 yaş arası ve 85yaş ve üzeri yaş grubundaki yaşlıların Edmonton Kırılgnlık leği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı grlmştir.

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna, ocuk sahibi olma durumuna ve gelir düzeyine göre Edmonton Kırılgnlık leği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yaşlıların cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna, ocuk sahibi olma durumuna ve gelir düzeyine göre Edmonton Kırılgnlık leği puanları benzerdir.

Tablo 4.13-Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Edmonton Kırılganlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=60)

Sağlık durumu	n	M	SO	Z / X ²	p
Sigara kullanma durumu					
Kullanan	19	9,00	29,05	0,347	0,841
Kullanmayan	37	9,00	30,84		
Bırakan	4	9,50	34,25		
Günlük kullanılan ilaç sayısı					
1-3 adet	3	8,00	16,67	5,715	0,126
4-7 adet	20	10,00	36,73		
8-11 adet	29	9,00	29,19		
12 adet ve üzeri	8	9,00	24,88		
Herhangi bir engel/sakatlık					
Yok	58	9,00	30,77	-0,656	0,512
Var	2	8,50	22,75		
Görme sorunu					
Yok	24	9,00	26,81	-1,372	0,170
Var	36	9,00	32,96		
İşitme sorunu					
Yok	22	9,00	22,48	-2,781	0,005*
Var	38	9,50	35,14		
Son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti					
Yok	27	9,00	27,09	-1,404	0,160
Var	33	9,00	33,29		
Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma					
Başvurmayan	30	9,00	26,90	-1,640	0,101
Başvuran	30	9,00	34,10		

Son bir yıl içinde herhangi bir**nedenle hastaneye yatma**

Yatmayan	56	9,00	29,99	-0,868	0,386
Yatan	4	10,00	37,63		

* $p < 0,05$ (M: Medyan, SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması açısından Tablo 4,13 incelendiğinde; araştırmaya katılan yaşlıların sağlık durumlarına göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar gösterilmiştir.

Tablo 4,13 incelendiğinde, araştırmaya dahil olan yaşlıların sigara kullanma durumuna, günlük kullanılan ilaç sayısına, herhangi bir engel/sakatlık ve görme sorunu olma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Yaşlıların sigara kullanma durumuna, günlük kullanılan ilaç sayısına, herhangi bir engel/sakatlık ve görme sorunu olma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlıların işitme sorunu olma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). İşitme sorunu olanların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları işitme sorunu olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Yaşlıların son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti olma, son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma ve son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Yaşlıların son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti olma, Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma ve Son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları benzer bulunmuştur.

Tablo 4.14-Yaşlıların Kırılabilirlik Risk Faktörlerine Göre Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=60)

Kırılabilirlik Riskleri	n	M	SO	Z	p
Kilo kaybı yaşama					
Yaşamayan	44	9	27,44	-2,310	0,021*
Yaşayan	16	10	38,91		
Genel halsizlik/ güçsüzlük					
Yaşamayan	6	8	13,17	-2,632	0,008*
Yaşayan	54	9	32,43		
İştahsızlık yaşama					
Yaşamayan	25	8	21,16	-3,596	0,000*
Yaşayan	35	10	37,17		
Beslenme yetersizliği/ bozukluğu					
Yaşamayan	21	9	28,29	-0,740	0,459
Yaşayan	39	9	31,69		
Yatağa bağımlı olma durumu					
Bağımlı değil	34	9	26,24	-2,222	0,026*
Bağımlı	26	10	36,08		
Bugüne kadar basınç yarısı gelişme durumu					
Gelişmeyen	43	9	27,95	-1,845	0,065
Gelişen	17	10	36,94		
Düşme durumu					
Düşmeyen	17	9	21,94	-2,452	0,014*
Düşen	43	9	33,88		
Günlük yaşamda bakım verilmesinde yardıma gereksinim duyma					
Duymayan	12	9	27,88	-0,598	0,550
Duyan	48	9	31,16		

* $p < 0,05$ (M: Medyan, SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Yaşlıların Kırılgnlık Risk Faktörlerine Göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması açısından Tablo 4,14 incelendiğinde; yaşlıların kırılgnlık risk faktörlerine göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların kilo kaybı yaşama durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kilo kaybı yaşayanların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları yaşamayanlara göre yüksektir.

Yaşlıların genel halsizlik/güçsüzlük yaşama durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş olup, genel halsizlik/güçsüzlük yaşayanların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaşlıların iştahsızlık yaşama durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). İştahsızlık yaşayanların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları iştahsızlık yaşamayanlara göre yüksektir.

Yaşlıların yatağa bağımlı olma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüş ve yatağa bağımlı olanların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların düşme durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Düşen ve düşmeyen yaşlılar Edmonton Kırılgnlık Ölçeği'nden aynı puanı almışlardır.

Araştırmaya katılan yaşlıların beslenme yetersizliği/bozukluğu yaşama durumuna, basınç yarası gelişme ve günlük yaşamda bakım verilmesinde yardıma gereksinim duyma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15-Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması (n=60)

Sosyo-demografik özellikler	N	M	SO	Z/X ²	p
Yaş grubu					
65 yaş ve altı	4	18,00	38,88	3,899	0,272
66-75 yaş arası	23	18,00	34,61		
76-85 yaş arası	25	17,00	26,72		
86 yaş ve üzeri	8	17,00	26,31		
Cinsiyet					
Kadın	21	17,00	26,12		
Erkek	39	17,00	32,86	-1,443	0,152
Medeni durum					
Evli	16	17,00	32,09	3,912	0,271
Bekar	8	16,00	22,00		
Boşanmış/ayrı	24	17,00	29,04		
Dul	12	18,00	36,96		
Eğitim durumu					
Okur-yazar değil	7	16,00	27,50	9,04	0,060
Okur-yazar	26	17,00	33,48		
İlkokul	14	14,50	19,96		
Ortaokul	3	18,00	30,00		
Lise	10	18,50	39,75		
Çocuk sahibi olma durumu					
Var	49	17,00	31,21		
Yok	11	17,00	27,32	-0,68	0,500
Gelir düzeyi					
Orta	57	17,00	29,82		
Yüksek	3	19,00	43,33	-1,32	0,187

(M: Medyan, SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması açısından Tablo 4,15 incelendiğinde; yaşlıların sosyo-demografik

özelliklerine göre Mini Mental Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16-Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması (n=60)

Sağlık durumu	n	M	SO	Z / X ²	p
Sigara kullanma durumu					
Kullanan	19	17,00	35,74	3,114	0,211
Kullanmayan	37	17,00	27,41		
Bırakan	4	17,00	34,25		
Günlük kullanılan ilaç sayısı					
1-3 adet	3	17,00	29,00	1,858	0,602
4-7 adet	20	16,50	28,23		
8-11 adet	29	17,00	30,17		
12 adet ve üzeri	8	17,50	37,94		
Herhangi bir engel/sakatlık					
Yok	58	17,00	30,19	-0,748	0,454
Var	2	20,00	39,50		
Görme sorunu					
Yok	24	18,00	37,35	-2,506	0,012*
Var	36	17,00	25,93		
İşitme sorunu					
Yok	22	18,50	37,32	-2,323	0,020*
Var	38	17,00	26,55		
Son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti					
Yok	27	18,00	34,13	-1,470	0,141
Var	33	17,00	27,53		

Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma					
Başvurmayan	30	17,00	30,27	-0,104	0,917
Başvuran	30	17,00	30,73		
Son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatma					
Yatmayan	56	17,00	29,98	-0,868	0,386
Yatan	4	18,00	37,75		

* $p < 0,05$ (M: Medyan, SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Yaşlıların Sağlık Durumlarına Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması açısından Tablo 4,16 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan yaşlıların sağlık durumlarına göre Mini Mental Test puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Yaşlıların sigara kullanma, günlük ilaç sayısı ve herhangi bir engel/sakatlık durumuna göre Mini Mental Test puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Araştırmaya dahil olan hastaların görme sorunu yaşama durumuna göre Mini Mental Test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve görme sorunu olan yaşlıların Mini Mental Test puanlarının görme sorunu olmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Yaşlıların işitme sorunu yaşama durumuna göre Mini Mental Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). İşitme sorunu yaşayan hastaların Mini Mental Test puanları, işitme sorunu olmayan yaşlılardan daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlıların son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti olma, Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma ve Son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatma durumuna göre Mini Mental puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.17-Yaşlıların Kırılganlık Risk Faktörlerine Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması (n=60)

Kırılganlık Riskleri	n	M	SO	Z	p
Kilo kaybı yaşama					
Yaşamayan	44	17,00	31,64	-0,844	0,399
Yaşayan	16	17,00	27,38		
Genel halsizlik/ güçsüzlük					
Yaşamayan	6	22,00	46,67	-2,413	0,016*
Yaşayan	54	17,00	28,70		
İştahsızlık yaşama					
Yaşamayan	25	18,00	37,18	-2,528	0,011*
Yaşayan	35	17,00	25,73		
Beslenme yetersizliği/ bozukluğu					
Yaşamayan	21	18,00	34,07	-1,174	0,241
Yaşayan	39	17,00	28,58		
Yatağa bağımlı olma durumu					
Bağımlı değil	34	17,50	34,37	-1,981	0,048*
Bağımlı	26	17,00	25,44		
Bugüne kadar basınç yarası gelişme durumu					
Gelişmeyen	43	17,00	33,22	-1,938	0,053
Gelişen	17	16,00	23,62		
Düşme durumu					
Düşmeyen	17	18,00	40,94	-2,940	0,003*
Düşen	43	17,00	26,37		
Günlük yaşamda bakım verilmesinde yardıma gereksinim duyma					
Duymayan	12	19,00	41,38	-2,435	0,015*
Duyan	48	17,00	27,78		

* $p < 0,05$ (M: Medyan, SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Yaşlıların Kırılganlık Risk Faktörlerine Göre Mini Mental Test Puanlarının Karşılaştırılması açısından Tablo 4,17 incelendiğinde; yaşlıların kırılganlık risk faktörlerine göre Mini Mental Test puanlarının karşılaştırılmasına dair yapılan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Yaşlıların kilo kaybı yaşama durumuna göre Mini Mental Test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların genel halsizlik/güçsüzlük yaşama durumuna göre Mini Mental Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Genel halsizlik/güçsüzlük yaşayanların Mini Mental Test puanları yaşamayanlara göre daha düşüktür.

Yaşlıların iştahsızlık yaşama durumuna göre Mini Mental Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İştahsızlık yaşayanların Mini Mental Test puanları iştahsızlık yaşamayanlara göre düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlıların beslenme yetersizliği/bozukluğu yaşama durumuna göre Mini Mental Test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Yaşlıların yatağa bağımlı olma durumuna göre Mini Mental Test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüş ve yatağa bağımlı olanların Mini Mental Test puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan yaşlıların basınç yarası gelişme durumuna göre Mini Mental Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Yaşlıların düşme durumuna göre Mini Mental Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Düşen yaşlıların Mini Mental Test puanları düşmeyenlere göre düşük bulunmuştur.

Yaşlıların günlük yaşamda bakım verilmesinde yardıma gereksinim duyma durumuna göre Mini Mental Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yardıma gereksinim duyanların Mini Mental Test puanları daha düşüktür.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Yaşlı nüfusta hastaneye yatış nedenlerini ve klinik özelliklerini saptamak, yaşlı hastaların başarılı bir şekilde bakım ve yönetimi ile sağlık harcamaları açısından önemlidir. Yatan yaşlı hastalarda önemli geriatrik sendromların başında kırılgnalık gelmektedir. Beraberinde getirdiği sorunlar hastaneye yatış riski ile birlikte hastanede yatış süresi, hastane içi mortalite ve maliyetleri artırmaktadır. Kırılgnalık, bağımlılığın artması ve/veya ölüme karşı bireyi savunmasız bırakan fizyolojik işlevlerin, güç ve dayanıklılığın azalması ile karakterize tıbbi bir durum olarak tanımlanmaktadır (Yalçın 2019). Bu araştırmada yaşlıların sosyo demografik özellikleri, hastaneye yatış ve sağlık durumları, genel sağlık durumlarına ilişkin bazı özellikleri, hastaneye başvurma ve hastaneye yatma durumları, sigara kullanma durumları, kilo kaybı yaşama durumları, halsizlik, güçsüzlük, iştahsızlık, beslenme yetersizliği yaşama durumları, yatağa bağımlı olma ve basınç yarası gelişme durumları düşme ve günlük gereksinimlerini karşılama durumları gibi bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda yaşlıların %98,3'ünde Edmonton Kırılgnalık Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre kırılgnalık saptanmış; kırılgnalık düzeyi olarak 75-84 yaş grubu ile 85 yaş ve üzerinde orta düzeyde kırılgnalık olduğu belirlenmiştir. Kırılgn olanların %51,67'sinin hafif kırılgn, %36,67'sinin orta kırılgn ve %3,33'ünün şiddetli kırılgn oldukları saptanmıştır (Tablo 4,10). Düzgün ve ark. (2021)'nin araştırmasında yaşlı bireylerin %19,8'inin, kırılgnalık ölçeğinden 11 ve üzeri puan alarak şiddetli kırılgn oldukları, %16,2'sinin orta kırılgn ve %16,2'sinin hafif kırılgn olduğu belirlenmiştir. Duru, Aşiret ve Çetinkaya (2018) yaşlı bireylerin %27,4'ünün şiddetli kırılgn, %19,4'ünün orta kırılgn ve %19,9'unun hafif kırılgn olduğunu saptamıştır. Aygör (2013) çalışmasında yaşlı bireylerin %13,1'inin hafif kırılgn, %10'unun orta kırılgn ve %13,1'inin ise şiddetli kırılgn olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda hafif ve orta kırılgn düzeyinde yaşlıların çoğunluğu oluşturması ve şiddetli kırılgn düzeyinde az yaşlı bulunmasının nedeni, araştırmanın dışlama kriterleri doğrultusunda sözel iletişim kuramayan 65 yaş üstü yaşlıların çalışmaya dahil edilmesidir.

Araştırmamızda orta düzeyde kırılabilirlik gösteren yaşlılar 75- 84 yaş ve 85 yaş ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Kırılabilirlik düzeyi yüksek olan yaşlıların çoğunlukla 75 yaş ve üzeri gibi ileri yaşta yer alması literatür ile örtüşmektedir. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların yaş grubuna göre Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p=0,009$). Çakmur (2015) ileri yaştaki yaşlıların kırılabilirlik düzeyinin daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Chang ve ark. (2011) araştırmalarında 74-79 yaş aralığındaki yaşlı hastaların kırılabilirlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bu dönemlerde hastaların daha kırılabilir olduklarını tespit etmişlerdir. Koç ve Sağlam (2011) yaşlı hastaların yarısından fazlasının (%55,6) ileri yaşta olduğunu ve bu nedenle kırılabilirlik düzeylerinin ve hassasiyetlerinin de daha yüksek olduğunu saptamıştır. Başka bir çalışmada genç hastalara oranla ileri yaştaki hastalarda %3,7 ile %41,5 arasında kırılabilirlik görüldüğü ve kırılabilirlik nedenlerinin ise farklılık gösterdiği ifade edilmiştir (Koç ve Sağlam, 2011). Kırılabilirliğin yaşa bağlı olarak artmasının hastalık sayısının artması, ilaç kullanımı, hareket kısıtlılığı, beslenme yetersizliği, vb nedenlerden kaynaklandığı söylenebilir. Akturan ve ark. (2020) Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre son beş yılda yaşlı nüfusun %21,9 oranında arttığını, buna bağlı olarak yapılan araştırmada yaşlı sayısı arttıkça kırılabilirliğin de arttığını vurgulamaktadır. Yaş gruplarına göre 75 yaş ve üzerinde olan hastalarda %20-30 oranında kırılabilirlik görülürken, 85 yaş ve üzeri hastalarda kırılabilirliğin %30-45'e kadar çıktığı saptanmıştır. Yaşlı ve kırılabilirlik çalışmalarında farklı sonuçlara da rastlamak mümkündür. Alkan ve Rakıcıoğlu (2019)'nun kırılabilirliğin sadece yaş ile ilgili olmadığını, depresyon gibi durumların da yüksek kırılabilirlik düzeyi ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Sonuç olarak literatür ve bizim çalışmamıza göre yaşla birlikte kırılabilirlik düzeyinin de arttığı söylenebilir.

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların kırılabilirlik düzeyi cinsiyet açısından incelendiğinde, kadın ve erkek hastaların orta düzeyde kırılabilir olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,459$) (Tablo 4,12). Özdemir ve ark. (2017) çalışmalarında, kadın hastaların orta düzeyde, erkek hastaların ise şiddetli düzeyde kırılabilir olduklarını saptamıştır. İmren (2020) ise, kadın hastaların erkeklere kıyasla daha kırılabilir olduğunu bulmuştur. Keskin (2019) kadınların daha kırılabilir olmalarının nedenini yaşlı kadınların menapoz sonrası yaşadıkları hormonal denge bozuklukları, duygusal değişimler ve fiziksel aktivitelerinin azalmasından dolayı

erkeklerden daha fazla düşme riskine sahip olmaları ile açıklamaktadır. Düzgün ve ark. (2021) yapmış oldukları araştırmada bizim bulgularımızın aksine yaşlıların %63,1'inin kadın ve daha kırılğan olduklarını ve %62,2'sinin 65-75 yaş grubunda olduğunu saptamışlardır. Çalışmada yaşlı bireylerin %35'i 0-4 puan ile kırılğan değil, %22'si 5-6 puan ile görünürde savunmasız, %19,8'inin 11 ve üzeri puan olarak "şiddetli kırılğan" oldukları saptanmıştır. Edmonton Kırılğanlık Ölçeği puan ortalamalarına göre yaşlı bireyler (6,84±3,83) "görünürde savunmasız" olarak ifade edilmiştir. Bu sonuçlara göre, kırılğanlığı önlemek ve gelişebilecek komplikasyonları engellemek için belirli yaş gruplarına ve kırılğanlık düzeylerine göre bireye özgü hemşirelik bakımı planlanıp uygulanmalıdır.

Çalışmamızda kırılğanlık düzeyi incelenmiş olan yaşlıların %26,67'si evli, %13,33'ü bekar, %40'ı boşanmış/ayrı ve %20'si dul olarak saptanmıştır (Tablo 4,1). Çalışmamızda dul, boşanmış/ayrı ve bekar olan yaşlı hastaların Edmonton Kırılğanlık Ölçeği 'ne göre orta kırılğan (9.50) oldukları saptanmıştır. Evli olan hastaların kırılğanlık düzeyi düşük bulunmuştur. İrem (2020) yapmış olduğu araştırmada hastaların medeni durumları ile kırılğanlık arasındaki ilişki incelendiğinde, evli ve bekar (hiç evlenmemiş, boşanmış veya eşi vefat etmiş) olarak gruplandırılan hastalar arasında bizim bulgumuza benzer şekilde bekar olanların kırılğanlık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,007) (Tablo 4,12). Bizim çalışmamıza benzer sonuçlara, yani bekar veya dul yaşlıların kırılğanlık düzeylerinin daha yüksek olduğu Atakul (2017) 'un çalışmasında da rastlanmaktadır. Atakul (2017), evli olanların eşi ile birlikte yaşamının verdiği fiziksel ve psikolojik desteğin olabileceğini ve kendilerini daha güvende hissetmeleri ve eşi olmayan hastaların destek sistemlerinin yetersiz kalması, birisine güven duyamama gibi nedenlerin kırılğanlığı daha çok etkilemesi olarak göstermektedir. Diğer taraftan, Kalan (2020), evliliğin yaşlı çiftlerde depresyonu ve kırılğanlığı artırdığını bildirmektedir.

Çalışmamızda, kırılğanlık düzeyleri incelenmiş yaşlıların %11,67'sinin okur-yazar olmadığı, %43,33'ünün okur-yazar olduğu, %23,33'ünün ilkökul, %5'inin ortaokul ve %16,67'sinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Her ne kadar okur yazar olmayanların orta düzeyde kırılğanlık düzeyine sahip olsa da, istatistiksel olarak kırılğanlığın eğitim düzeyi ile ilgili olmadığı saptanmıştır (p=0,213) (Tablo 4,1 ve 4,12). Bizim bulgularımızın aksine, İmren (2020) yapmış olduğu araştırmada eğitim

seviyesi ile kırılgnalık arasında anlamlı bir fark olduđunu bildirmiřtir. Muradi ve ark. (2017) ise eđitim dűzeyinin kırılgnalık dűzeyini etkilemediđini saptamıřtır. Çalıřma sonucunda elde ettiđimiz bulgular, eđitim dűzeyi ile kırılgnalıđın iliřkili olmadıđı literatur ile benzerlik gűstermektedir (Chang ve ark. 2011, Kapucu ve nver, 2017, Chen ve ark., 2010).

Araştırmamızda yer alan yaşlıların kırılgnalık dűzeylerine bakıldığında, çocuğu olmayan yaşlı hastaların daha kırılgn (10,00), çocuğu olanların ise daha az kırılgn (9,00) oldukları saptanmıştır (Tablo 4,12). Atakul (2017) alışmasında 4 ve üzeri çocuğu olanlar orta kırılgn (10,00), 4'n altında çocuğu olan hafif kırılgn olarak belirlenmiştir. Bařka bir çalışmada ocuk sayısının fazla olmasından dolayı ebeveynleri fiziksel olarak daha çok yorulması ve bireylerin hayat mücadelelerinin artması olarak açıklanmıştır (Negiz ve Tokmakçı, 2011). Araştırma sonucumuz, Bingöl ve ark. (2010) sonuçlarıyla paraleldir. Araştırmamızda çocuğu olmayan yaşlı hastaların kırılgnalık dűzeylerinin daha yüksek bulunması duygusal olarak kendilerini eksik veya yetersiz hissetmesi, hayatta destek alabileceği birilerinin olmaması, yalnızlık duyması, ocuk özlemi, geleceğe güvenle bakamama gibi nedenlere bağlanabilir.

Çalışmamızda yer alan yaşlıların %95,00'i orta dereceli gelir dűzeyinde ve %5,00'i yüksek gelir dűzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak, kırılgnalık leđinden aldıkları puan incelendiğinde her iki gelir dűzeyine sahip olan yaşlı hastaların aynı dűzeyde kırılgn oldukları (09,00) ve aralarında anlamlı istatistiksel yűnden bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4,12). Araştırmadaki yaşlıların hastanede yatıyor olmaları ve gelir dűzeylerini yaşlı hastaların kendi harcama ve yaşam biçimlerini algılamamaları nedeniyle fark saptanmamış olabilir. Gelir dűzeyi iyi ve çok iyi olan hastaların daha iyi beslendiklerinden dolayı ve bakımlarını sağlayabilen kişilerin varlığından ötürü, gelir dűzeyi düşük veya çok düşük olan hastalara gűre kırılgnalık sendromunu daha hafif atlattıkları düşünülebilir. Turner ve Clegg (2014) araştırmalarında gelir dűzeyi ile kırılgnalık arasındaki ilişki incelenmiş ve asgari ücret ve altında geliri olanların kırılgnalık dűzeyleri daha yüksek geliri olanlara gűre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). İrem (2020) araştırmısından elde ettiği sonuca bağlı olarak gelir dűzeyi düşük olan bireylerin kişisel ihtiyaçlarını karşılamada zorlandıkları ve bu nedenle, kırılgnalık

düzeylerinin yükseldiği sonucuna varılmıştır. Başka bir araştırmada düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip bireylerin daha yüksek kırılma düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (Harttgen ve ark., 2013).

Çalışmamızda araştırmaya dahil edilen yaşlıların sigara kullanma durumları incelendiğinde, sigarayı bırakan hastaların daha kırılma oldukları (9,50), sigara kullanan (9,00) ile kullanmayan hastaların (9,00) aynı düzeyde kırılma oldukları saptanmıştır (Tablo 4,13). Araştırmada, sigarayı bırakan bireylerin daha kırılma bulunmasının nedeni, duygusal anlamda yaşadıkları boşluk ve yoksunluk hissinden kaynaklanan duygusal çöküş, mutsuzluk olarak açıklanabilir. Elde ettiğimiz bulguların aksine Muradi'nin (2017) araştırmasında sigara kullanımı ve kırılma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kojima ve ark. (2017) ile Hubbard ve ark (2009)'nın çalışmalarında sigara kullanma ile kırılma arasında istatistiksel olarak bir fark belirlenmemiştir.

Çalışmamızda, yaşlıların %5,00'inin 1-3 adet, %33,33'ünün günde 4-7 adet, %48,33'ünün 8-11 adet, %13,33'ünün günde 12 adet ve üzeri sayıda ilaç kullandığı kaydedilmiştir. Sonuçlarımıza göre, 4-7 adet ilaç kullanan hastaların (10,00) kırılma düzeyleri en yüksek bulunmuştur (Tablo 4,12). Örneklemin sınırlılığından dolayı 12 adet ve üzeri ilaç kullanan yaşlı hastalarda kırılma bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde de polifarmasinin kırılma düzeyini etkilediğini görmekteyiz (Arslan, 2020). Düzgün ve ark. (2021) sürekli ve çoklu ilaç kullanan yaşlı bireylerin kırılma düzeylerinin, kullanmayan hastalara oranla istatistiksel olarak daha yüksek olduğu sonuçlarına rastlanmaktadır. Perna ve ark. (2017) ve Hilmer ve ark. (2009) çalışmalarında çoklu ilaç kullanan yaşlı bireylerin kırılma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Aynı sonuçlar bizim araştırmamızda da elde edilmiştir ve çoklu ilaç kullanan yaşlıların daha kırılma oldukları saptanmıştır.

Araştırmamızda, kırılma düzeyleri yüksek bulunan hastaların (9,00) herhangi bir engel veya sakatlığı olmadığı tespit edilmiştir. Herhangi bir engel veya sakatlık ve görme sorunu olma durumuna göre Edmonton Kırılma Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$). Bu istatistik işaret fark olduğunu gösterir. Görme sorunu olan veya olmayan yaşlıların kırılma düzeyleri (9,00) aynı tespit edilmiştir. İşitme sorunu olmayan hastalara (9,00) göre işitme sorunu olan yaşlıların (9,50) daha kırılma oldukları saptanmıştır. Araştırmaya

katılan yaşlıların işitme sorunu olma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($p>0,05$). (Tablo 4,13). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engelliliği ‘kişiden beklenen rolleri yerine getirememe, bir özür, bir yetersizlik olarak tanımlamaktadır. Dünya nüfusunun %10 ve % 15’i engellilerden oluşmaktadır. DSÖ, yaklaşık 254 milyon insanın görme sorunu yaşadığını bildirmiştir (Taner ve Bozkurt, 2021). Düzgün ve ark. (2021) yapmış oldukları araştırmada 65 yaş ve üzeri, okuryazar olan, Edmonton Kırılgnlık Ölçeği içerisinde yer alan bilişsel performansı ölçmek için el becerisini kullanabilen, işitme-görme engeli olmayan, iletişim kurulabilen, araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyleri çalışmaya dahil etmiştir. Yamada ve ark. (2012) çalışmasında egzersizsiz kırılgnlık düzeyinin ilerlemesini ve engellilik gelişiminin önlenmesinde etkili olduğunu ancak maliyetli olabileceğini bildirmiştir. Bizim çalışmamızda kırılgn ve engelli yaşlıların, egzersiz ile ilerleme gösterebileceği ile ilgili bir sonuca rastlanmaktadır.

Araştırmamızda son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma şikâyeti olma, son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna /doktora başvurma ve son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatma durumuna göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4,13). Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm kırılgn yaşlılar aynı derecede (9,00) orta kırılgn olarak tespit edilmiştir. Yaşlıların son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurma durumları incelendiğinde başvurmayan ve başvurmayanlar orta düzeyde kırılgn (9,00) olarak belirlenmişlerdir (Tablo 4,13). Son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatan %6,67, yatmayan %93,33 olarak görölmekte olup (Tablo 4,3) son bir yıl içerisinde herhangi bir nedenle hastaneye yatan hastalar orta (10,00) düzey kırılgn, hastanede yatmayan yaşlılardan daha kırılgn (9,00) oldukları tespit edilmiştir. Ünal (2018) kırılgn olarak sınıflandırılan grupta yatış süresinin daha uzun olduğunu ve Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ile yatış süresi arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğunu saptamıştır ($r:+0,214$) ($p>0,05$). Bulgularımız, Ünal’ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir ve son 1 yıl içinde hastanede yatan hastaların daha kırılgn oldukları görölmektedir. Kırılgnlığın ortaya çıkması ile bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesinin (Aras et al., 2011) yanı sıra, düşme sıklığının artması, hastanede kalış

süresinin uzaması, özel bakım hizmeti alma gereksiniminin ortaya çıkması, sağlık giderlerinin ve morbiditenin artması gibi olumsuz sağlık sonuçları görülmektedir (Espinoza & Walston, 2005). Kırılğanlığın yaşlı bireylerin, sağlık bakım hizmeti kullanımını arttırdığı ve hastanede kalma süresini uzattığı da belirtilmektedir (Aras et al., 2011; Dent et al., 2016).

Araştırma sonuçlarımıza göre, araştırma kapsamındaki yaşlı hastaların %73,33'ünün kilo kaybı yaşamadığı, %26,67'sinin ise kilo kaybettiği ve kilo kaybı yaşayanların ölçeğe göre orta düzeyde (10,00) kırılğan oldukları belirlenmiştir (Tablo 4,14). Yaşlıların genel halsizlik/güçsüzlük yaşama durumuna göre Edmonton Kırılğanlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş, Edmonton Kırılğanlık Ölçeği puanları genel halsizlik/güçsüzlük yaşamayanlara göre yaşayanların yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4,14). Araştırma kapsamına dahil edilen yaşlıların %90,00'ı genel halsizlik/güçsüzlük yaşarken, %10,00'ı genel halsizlik/güçsüzlük yaşamamıştır. Genel halsizlik yaşayanlar (9,00) orta düzey kırılğan olarak tespit edilmiştir. Kırılğanlığın “kilo kaybı, yürüme hızında yavaşlama, güçsüzlük ve eskisi gibi yapılamayan fiziksel aktiviteleri içermesi” nedeniyle orta düzeyde kırılğanlık saptanması uygundur. Kırılğan yaşlıların çoğunun 5 kg ve üzerinde kilo kaybı yaşamakta ve buna ‘shrinking’ yani küçülme ismi (istenmeyen kilo kaybı) verilmektedir (Karadağ 2018). Kapucu (2017), kırılğan yaşlılarda genelde halsizlik, kilo kaybı, hareketsizlik ya da hareketlerde azalma, düşkünlük ve iştahsızlık gibi bulguların olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda, kırılğanlık düzeyi belirlenen yaşlı hastalarda düşme durumları incelendiğinde, düşen ve düşmeyen yaşlılar Edmonton Kırılğanlık Ölçeği' ne göre, orta düzeyde kırılğan (9,00) olup istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4,14). Cheng ve Chang (2017) kırılğanlık düzeyleri ile düşme arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, yaşlı bireylerin kırılğanlıktan dolayı tekrarlayan düşmeler yaşama olasılıklarının olduğunu bildirmektedir. Son bir yılda düşmeyen yaşlılara göre son bir yılda düşen yaşlıların daha yüksek düzeyde kırılğan olduğu saptanmıştır. Benzer bulgulara düşen ve düşmeyen yaşlı hastaların kırılğanlık puanlarının aynı olması Chang ve ark. (2011), Aygör ve ark. (2013) ve Lahousse ve ark (2014) çalışmalarında rastlanmaktadır. Cheng ve Chang (2017) kırılğanlığı doğru bir şekilde yönetebilmek için egzersizlerin yapılmasını önermektedir. Yaşlılarda

düşmeler kırıklara neden olurken aynı zamanda bireyler her an düşebilecekmiş gibi düşünüp birilerine günlük yaşam aktivitelerinde birine bağımlı olarak yaşamaya başlar. Düşmeler aynı zamanda bireylerin güven kaybı yaşamasına neden olur ve fiziksel yaralanmalar da bu tür bireyleri psikolojik olarak da etkiler (Kara ve ark., 2009).

Çalışmamızda, günlük yaşamda bakım verilmesinde yardıma gereksinim duyan ve duymayan yaşlı hastalar (9,00) orta düzeyde kırılğan oldukları ve iki grup arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır($p>0,05$) (Tablo 4,14). Çetin (2018)'in elde ettikleri bulgulara göre kırılğanlığın ortaya çıkması ile bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmeye başladığını, düşme sıklıklarının da buna bağılı olarak arttığını ve bakıma muhtaç, birine bağımlı hale geldiklerini saptamıştır. Muradi (2017) yaşlıların kırılğanlık dereceleri arttıkça günlük yaşamlarında da daha bağımlı hale geldiklerini ve beslenme durumlarının da kötüye gittiğini tespit etmiştir. Bu bulgular bizim bulgularımızla örtüşmektedir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

KKTC'deki hastanelerde yatan yaşlıların Edmonton Kırılgnlık Ölçeği'nden aldığı puanlara göre kırılgnlık düzeylerinin genel olarak hafif ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Şiddetli düzeyde kırılgn olan yaşlıların yüzdesi %3,33 ise oldukça düşük bulunmuştur. Araştırma kapsamında yer alan hastanede yatan 75-84 yaş ile 85 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan, kadın ve erkek yaşlıların; orta düzeyde kırılgn oldukları saptanmıştır. Hastanede Yatan Yaşlıların sosyodemografik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre kırılgnlık düzeyleri arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda risk faktörleri açısından, kilo kaybı yaşayan yaşlıların, halsizlik güçsüzlük yaşayanların, iştahsızlık yaşayanların, yatağa bağımlı olanların kırılgnlık düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda;

1. Toplumdaki yaşlıların kırılgnlık riski açısından tarama çalışmaları ile farkındalık oluşturulması için geniş kapsamlı araştırmaların yapılması,
2. Kırılgnlık riski saptanan yaşlıların eğitim ile kırılgnlığın gelişiminin ve komplikasyonların önlenmesi ve kırılgnlığın izlenmesine yönelik çalışmaların planlanması,
3. Hastanede yatan kırılgn yaşlıların belirlenmesine yönelik hemşirelerde farkındalık oluşturulması,
4. Hastanede yatan kırılgn yaşlıların bakımına ilişkin hemşirelere hizmetiçi eğitimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi,
5. Hastanede yatan kırılgnlık yaşlıların bakımı için protokollerin oluşturulması ve ekip çalışmalarına başlanması,
6. Toplumda ve hastanede yatan yaşlıların bakımlarına ilişkin ulusal düzeyde politikaların oluşturulması ve bu oluşumda hemşirelerin yer alması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Abd Aziz, N. Teng, N. Abdul Hamid, M. R. & Ismail, N. H. (2017). Assessing the nutritional status of hospitalized elderly. *Clinical interventions in aging*, 12, 1615–1625. <https://doi.org/10.2147/CIA.S140859>
- [2] Aras, S. Varlı, M. & Atlı, T. (2011). Yaşlılıkta kırılabilirliği anlamak. www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/.../2011-3-3-130-137.html
- [3] Armand, S. (2017). Une collaboration dans la prévention de la fragilité [Collaboration in the prevention of frailty]. *Revue de l'infirmiere*, 66(236), 21–22. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2017.10.003>
- [4] Atakul, E. (2017). 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi. (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara). http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/3560/Esra%20ATAKUL_tez%20basim%202013%20haziran.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [5] Aygör, H. (2013). Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği' nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir).
- [6] Ardahan, M. Yaşlılık ve Huzurevi. *Aile ve Toplum Eğitimi-Kültür ve Araştırma Dergisi*.2010;20(5):26-27
- [7] Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. *TÜED*. 2008:15-24
- [8] Barnett, K. Mercer, S.W. Norbury, M. Watt, G. Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380,37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- [9] Beğler, T. (2006). Kırılabilir yaşlı. *XXXVI. Geleneksel Çubukçu Günleri Konuşması Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi*, 52 (Özel Ek A), A18-A22.
- [10] Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*. 2012;25(3):1-3

- [11] Güler, Ç. (1998). Yaşlılıkta Tanımlar ve Yaşlılıkta Üstüne Söylenenler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 1(2), 105
- [12] Bloomfield, S.A. (2010). Disuse Osteopenia. *Curr Osteoporos Rep*, 8, 91–97. <https://doi.org/10.1007/s11914-010-0013-4>
- [13] Bozkurt, C. (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı bireylerde kırılgenlik düzeyinin hastalığın kabulü üzerine etkisi. (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, İzmir).
- [14] Burton, L.A. (2010). Sumukadas D. Optimal management of sarcopenia. *Clin Interv Aging*, 5, 217-28.
- [15] Castro, H.H.G. Alencar, A.P. Benseor, I.M. Lotufo, P.A. & Goulart, A.C. (2017). Multimorbidities are associated to lower survival in Ischaemic stroke: results from a Brazilian stroke cohort (EMMA Study). *Cerebrovasc Dis*, 44, 232–239. <https://doi.org/10.1159/000479827>
- [16] Cesari, M. & Vellas, B. (2015). Frailty in clinical practice. *Nestle Nutrition Institute workshop series*, 83, 93–98. <https://doi.org/10.1159/000382091>
- [17] Cesari, M. Prince, M. Thiyagarajan, J. A. De Carvalho, I. A. Bernabei, R., Chan, P. & Vellas, B. (2016). Frailty: an emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 188–192.
- [18] Cesari, M. Calvani, R. & Marzetti, E. (2017). Frailty in older persons. *Clinics in geriatric medicine*, 33(3), 293–303. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.002>
- [19] Chen, X. Leng, S. & Mao, G. (2014). Frailty syndrome: an overview. *Clinical Interventions in Aging*, 433. doi:10.2147/cia.s45300
- [20] DPT., (2007), Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Planı. Yayın no: DPT: 2741, 20 şubat 2021. <http://www.dpt.gov.tr/DocObject/Download/2230/eylempla.pdf>. s.10-15
- [21] Espinoza, S. & Walston, J.D. (2005). Frailty in older adults: Insights and interventions. *Cleve Clin J Med*, 72, 1105-12.
- [22] Eyigör, S. (2009). Geriatrik sendromlar. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi*, 55(2), 57-61.

- [23] Fraccaro, P. Kontopantelis, E. Sperrin, M. Peek, N. Mallen, C. & Urban P. (2016). Predicting mortality from change-over-time in the Charlson Comorbidity Index: a retrospective cohort study in a data-intensive UK health system. *Medicine (Baltimore)* 95, e4973. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004973>
- [24] Güler Ç. Yaşlılıkta Tanımlar Ve Yaşlılık Üzerine Söylenenler. *Türk Geriatri Dergisi Geriatri*. 1998;1(2):105.
- [25] Jürschik, P. Nunin, C. Botigue, T. Escobar, M.A. & Lavedan, A. (2012). Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 625-631.
- [26] KKTC İstatistik Kurumu (2019). İstatistik Yıllığı. Erişim Tarihi: 15.02.2021 <http://www.stat.gov.ct.tr/IST-YIL-2019.aspx>
- [27] Karadağ, B. (2015). Geriatrik sendromlar. [Powerpoint sunumu] Erişim adresi: <http://www.gunceltipderneği.org/pdf/Berrin-Karadag.pdf> (Erişim tarihi: 06.10.2020).
- [28] Karagüzel, G. & Holick, M.F. (2010). Diagnosis and treatment of osteopenia. *Rev Endocr Metab Disord*, 11, 237–251. <https://doi.org/10.1007/s11154-010-9154-0>
- [29] HÜ. GEBAM. (2007). Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Ankara: H.Ü GEBAM.
- [30] Kapucu, S. & Ünver, G. (2017). Kırılgan yaşlı ve hemşirelik bakımı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39, 122-129. Doi: 10.20515/otd.288967
- [31] Kendi Çelebi, Z. Erdoğan, Ş. & Turgut, D. (2020). Yaşlı hemodiyaliz hastalarında kırılabilirliğin ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 73(1), 26-30. Doi: 10.4274/atfm.galenos.2020.14622
- [32] Konuşur, S.L. (2014). KKTC’de Belediyelerin Yaşlı Bakım Hizmetleri ile İlgili Faaliyetlerin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Lefkoşa).
- [33] Kuyumcu, M.E. (2014). Sarkopenik yaşlı hastalarda ultrasonografik olarak kas mimarisinin değerlendirilmesi. (Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Ankara).

- [34] Martin, F.C. & O' Halloran, A. M. (2020). Tools for assessing frailty in older People: general concepts. Veronese, N. (Ed.). Frailty and cardiovascular diseases. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. doi:10.1007/978-3-030-33330-0
- [35] Mannucci, P.M. & Nobili, A. (2014) Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: lessons from REPOSI. *Intern Emerg Med*, 9,723–734. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1124-1>
- [36] Milletler B. World population Ageing:1950-2050. Ekonomik ve Sosyal İşler Nüfus Birimi, New York, Birleşmiş Milletler Yayınları. 2019:5-9
- [37] Muth, C. Blom, J.W. Smith, S.M. Johnell, K. Gonzalez-Gonzalez, A.I. & Nguyen, T.S. (2019). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *J Intern Med*, 285, 272–288. <https://doi.org/10.1111/joim.12842>
- [38] Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi. 2008 [Erişim tarihi 21.04.2021]. Erişim adresi: www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm
- [39] Negiz N, Tokmakçı E. Ç alışma yaşamında kadının tükenmişliği:aile-iş-sosyal yaşam açısından tükenmişlik. *Journal of Yasar University*. 2011;24(6):4041-70.
- [40] Oğuz, M. T. Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal değişimler, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. (2007):6.
- [41] Özdemir, S. Öztürk, Z.A. Türkbeyler, İ.H. Şirin, F. & Göl, M. (2017). Klinikte yatan geriatric hastalarda farklı ölçekler kullanılarak kırılgnlık prevalansının belirlenmesi. *KSU Medical Journal*, 12(3), 1-5. Doi: 10.17517/ksutfd.338266
- [42] Özdemir, S. (2016). Dahili Kliniklerde Yatmakta Olan Hastalarda Kırılgnlık Ölçeklerinin Karşılaştırılması Ve Kırılgnlık İle Yaşam Kalitesi Düşme Riske Arasındaki İlişkinin Saptanması. (Uzmanlık tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep).

- [43] Proietti, M. & Cesari, M. (2020). Frailty: What Is It?. *Advances in experimental medicine and biology*, 1216, 1–7. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33330-0_1
- [44] Roubenoff, R. (2000). Sarcopenia and its implications for the elderly. *Eur J Clin Nutr*, 54(3), 40-47.
- [45] Rockwood, K. (2005). What would make a definition of frailty successful. *Age and Ageing*, 34(5), 432–434.
- [46] Sucuoğlu, N. (2012). Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları. (Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Lefkoşa)
- [47] Pehlivan, K., Karadakovan, A., Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2013;2 (3). Erişim Tarihi: 24.03.2021
- [48] K.K.T.C Sosyal Hizmetler Dairesi, Sosyal Hizmetler Dairesi'nin Uygulamaktan Doğrudan Sorumlu Olduğu Yasa Tüzük ve Yönetmelikler, 71/1989 Huzurevi Yasası. Erişim tarihi: 21.02.2021 <http://csgb.gov.ct.tr/Portals/33/Mevzuat/71-1989.doc%20Huzurevi%20Yasas%C4%B1.pdf?ver=2016-08-26-123519-140>
- [49] K.K.T.C Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi, Yasa Tüzük ve Yönetmelikler, 86/1991 Kronik Hastalıklar Hastanesi ve Özel Dal Hastaneleri Yasası. Erişim Tarihi: 22.02.2021 <http://ehhd.eu/wp-content/uploads/2016/07/KKTCKronikHastaliklarveOzelDalHastanesiYasasi.pdf>
- [50] K.K.T.C Sağlık Bakanlığı, Kurumsal ve Fonksiyonel Analizi. Erişim Tarihi: 22.02.2021 https://www.tepav.org.tr/upload/files/1455007392-2.KKTC_Saglik_Bakanligi_Kurumsal_ve_Fonksiyonel_Analizi.pdf
- [51] Şahin, S. & Cankurtaran, M. (2010). Geriatrik sendromlar. *Ege Journal of Medicine*, 49 (3), 31-37.
- [52] Şahin, D., Aydın, A., Şimşek, N., Cabar, D.H.(2012). Yaşlılık, Depresyon ve Hemşirelik. www.journalagent.com. Erişim Tarihi 05.03.2021 <https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-43153-REVIEW-SAHIN.pdf>

- [53] Tabue-Teguo, M. Simo, N. Gonzalez-Colaço Harmand, M. Cesari, M. Avila-Funes, J. A. Féart, C. Amiéva, H. & Dartigues, J. F. (2017). Frailty in elderly: a brief review. *Fragilité de la personne âgée : mise au point. Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 15(2), 127–137. <https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0670>
- [54] Tel Aydın, H. (2017). Diyaliz hastalarında kırılabilirlik ve klinik sonuçları. 27.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi (Sözel Bildiri), Antalya. Erişim adresi: https://nefroloji.org.tr/folders/file/34_ulusal_nefroloji_sunumlar/SALON%20A/20%20EKİM/13.30-15.00/3HATİCE%20TEL%20AYDIN/HATİCE%20TEL%20AYDIN%20SUNUM.pdf
- [55] The World Health Report (1998). Life in the 21st century. A vision for all. Geneva.
- [56] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri. Nüfus Artış Hızları. Erişim: 15.02.2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227>
- [57] Topinková, E. (2008). Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*.52, 6-11.
- [58] Yıldırım, B., Özkahraman Ş., Ersoy S. (2012). Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(2): 19-23
- [59] Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü. (2017). Multimorbidity overview.
- [60] UN. (2002). United Nations, World population ageing: 1950-2050. 20 Şubat 2021, <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/p.23-27>.
- [61] Yalınkılıç, M. Kılıçaslan, K. Uysal, H. Bilgin, S. & Enç, N. (2020). Kalp yetersizliği olan yaşlı bireylerin kırılabilirlik durumunun belirlenmesi.
- [62] *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(25), 51–59. DOI: 10.5543/khd.2020.06025
- [63] Yalçın A. Yaşlıda hastaneye yatışların epidemiyolojisi ve maliyeti. Naharcı Mİ, editör. Yaşlının Hastanedeki Serüveni. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-6.

- [64] Mas MR, Işık AT, Karan MA, Beğler T, Akman Ş, Ünal T. Yaşlılıkta Anatomik Değişiklikler Geriatri. Ankara: TGV; 2008:31-39
- [65] Başkurt, Z. (2019). Yaşlı Kadınlarda Obezitenin Fiziksel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Isparta. Yüksek Lisans Tezi.
- [66] Beğler, T. (2006). Kırılgan Yaşlı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul.
- [67] Biedenweg K, Meischke H, Bohl A, Hammerback K, Williams B, Poe P, Phelan E A. Understanding older adults' motivators and barriers to participating in organized programs supporting exercise behaviors. Journal of Primary Prevention 2014; 35(1): Booth M. Assessment of physical activity: an international perspective. Research quarterly for exercise and sport 2000; 71(sup2): 114-120.
- [68] Bölüktaş, P. (2010). Temel Gerontoloji. İstanbul Üniversitesi. Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- [69] Burton E, Hill A M, Pettigrew S, Lewin G, Bainbridge L, Farrier K, Hill K D. Why do seniors leave resistance training programs?. Clinical interventions in aging 2017; 12: 585.
- [70] Cin, P., ve Büyüksulu, N. (2020). Yaşlılarda Kırılganlık Sendromu ve Omega-3 Çoklu Doymamış Yağ Asitleri, Ankara Med J, 2020;(4): 1099-1111.
- [71] Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. Lancet, 381(9868), 752-762.
- [72] Fielding R A, Katula J, Miller M E, Abbott-Pillola K, Jordan A, Glynn N W, Life Study Investigators. Activity adherence and physical function in older adults with functional limitations. Medicine & Science in Sports & Exercise 2007; 39(11): 1997-2004.
- [73] Guest A, Apgar M D. Promoting and prescribing exercise for the elderly. American family physician 2002; 65: 3.
- [74] Güneş, G. (2019). Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlgili Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi.

- [75] Harvey J A, Chastin S F, Skelton D A. Prevalence of sedentary behavior in older adults: a systematic review. *International journal of environmental research and public health* 2013; 10(12): 6645-6661.
- [76] Inal S, Subasi F, Ay S M, Hayran O. The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research* 2007; 7(1): 30.
- [77] Kalan, F. (2020). Yaşlılarda Kırılgnalık ve Depresyon Düzeyinin İlişkisinin Karşılaştırılması.
- [78] Mehtap B, Tasgin E, Lok N, Lok S. Review of physical activity levels of elderly people living in nursing home. *Science, Movement and Health* 2015; 15(2): 15.
- [79] Souza A M, Fillenbaum G G, Blay S L. Prevalence and correlates of physical inactivity among older adults in Rio Grande do Sul, Brazil. *PloS one* 2015; 10(2): e0117060.
- [80] Akturan S. ve ark. (2020). Aile hekimlerinin 'kırılgnalık' bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi; Kesitsel bir çalışma. *Jour Turk Fam Phy* 11 (4): 171-178. Doi: 10.15511/tjtfp.20.00471.
- [81] Alkan, B., Ş., ve Rakıcıoğlu, N. (2019). Kırılgn Yaşlılarda Beslenme. *Sdü Sağlık Bilimleri Dergisi*, 184-189.
- [82] Aras, S., Varlı, M., Atlı, T. (2011). Yaşlılıkta Kırılgnlığı anlamak. *Akademik Geriatri Dergisi*, 130-137.
- [83] Arslan, T., (2020). Huzurevinde Yaşayan İnaktif Yaşlılarda Sandal ve Temel Egzersizlerin Egzersiz Algısı, Düşme Riski ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, 1-116.
- [84] Aygör H. (2013). Edmonton Kırılgnalık Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Geriatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi.
- [85] Atakul E. (2017). 65 Yaş ve Üzeri Hematolojik Onkoloji Hastalarının Kırılgnlık Düzeylerinin Belirlenmesi.
- [86] Aşiret, D., G., ve Çetinkaya, F. (2018). Hastanede Yatırılan Yaşlı Hastaların Kırılgnlık ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki, 184-188.

- [87] Bingöl, G., Demir, A., Karabek, R., Kepenek, B., Yıldırım, N., ve Kaytaç, G., E. (2010). Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi, *Göztepe Tıp Dergisi* 25(4):169-176, 2010.
- [88] Çakmur, H. (2015). Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Medical Science Monitor*, 21, 1232-1242.
- [89] Chang, C. I., Chan, D. C., Kuo, K. N., Hsiung, C. A., & Chen, C. Y. (2011). Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern Taiwan community. *Journal of the Formosan Medical Association*, 110(4), 247-257.
- [90] Cheng, M. H., & Chang, S. F. (2017). Frailty as a risk factor for falls among community dwelling people: Evidence from a meta analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 529-536.
- [91] Dent E, Hoon E, Karnon J, Newbury J, Kitson A, Beilby J. (2016). Frailty and health service use in rural South Australia. *Arch Gerontol Geriatr*; 62: 53-8.
- [92] Düzgün, G., Üstündağ, S., & Karadakovan, A. (2021). Yaşlılarda Kırılğanlığın Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale J Nurs*, 29 (1), 2-8.
- [93] Espinoza, S., & Walston, J. D. (2005). Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 72(12), 1105-1112.
- [94] Harttgen, K., Kowal, P., Strulik, H., Chatterji, S., & Vollmer, S. (2013). Patterns of frailty in older adults: comparing results from higher and lower income countries using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). *PloS One*, 8(10), 1-1.
- [95] Hilmer, S. N., Perera, V., Mitchell, S., Murnion, B. P., Dent, J., Bajorek, B., Matthews, S., & Rolfson, D. B. (2009). The assessment of frailty in older people in acute care. *Australasian Journal on Ageing*, 28(4), 182-188.
- [96] Hubbard, R., Kenneth, N. (2013). Frailty in older people. *Australian And New Zealand Society For Geriatric Medicine Position Statement No:22*.
- [97] İmren, G., İ. (2020). Geriatrik Hastalarda Kırılğanlık ile Dermatolojik Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.
- [98] Kapucu, S., & Ünver, G. (2017). Kırılğan Yaşlı ve Hemşirelik Bakımı (Fragile elderly and nursing care). *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39 (1), 112-122.

- [99] Kara, B., Yıldırım, Y., Genç, A., ve Ekizler, S. (2009). Geriatriklerde ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi, 190-200.
- [100] Karadağ, B. (2018). Geriatrik Sendromlar. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ve Geriatri, 1-27.
- [101] Koç, Z., ve Sağlam, Z. (2011). Hastanede Yatan Yaşlı Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 42-52.
- [102] Kojima G, Avgerinou C, Iliffe S, Walters K. (2017). Adherence to Mediterranean Diet reduces incident frailty risk: Systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc.
- [103] Lahousse, L., Maes, B., Ziere, G., Loth, D. W., Verlinden, V. J., Zillikens, M. C., Uitterlinden, A. G., Rivadeneira, F., Tiemeier, H., Franco, O. H., Ikram, M. A., Hofman, A., Brusselle, G. G., & Stricker, B. H. (2014). Adverse outcomes of frailty in the elderly: The Rotterdam Study. European Journal of Epidemiology, 29(6), 419-427.
- [104] Muradi H, ve Begum BA. (2017). Yaşlılarda kırılabilirliği ölçmeye yönelik FRAİL ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması.
- [105] Negiz, N., ve Tokmakçı, E. (2011). Çalışma Yaşamında Kadın Tükenmişliği, 4041-4070.
- [106] Ünal, C., N. (2018). Hospitalize Yaşlı Hastalarda Kırılabilirliğin ve Etkilerinin Değerlendirilmesi.
- [107] Taner, A., ve Bozkurt, D., Ö. (2021). Görme Yetersizliği Olan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Yolları, DEUHFED 2021, 14(1),84-91.
- [108] Turner G. ve Clegg A. (2014). British Geriatrics Society; Age UK; Royal College of General Practitioners. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age Ageing, 744-747.
- [109] Perna, S., Francis, M. D., Bologna, C., Moncaglieri, F., Riva, A., Morazzoni, P., Allegrini, P., Isu, A., Vigo, B., Guerriero, F., & Rondanelli, M. (2017). Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: Its association

with multi dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. BMC Geriatrics, 17(1), 2-8.

- [110] Özdemir, S. Öztürk, A., Z., Türkbeyler, H., İ., Şirin, F., ve Göl, M. (2017). Klinikte Yatan Geriatrik Hastalarda Farklı Ölçekler Kullanılarak Kırılganlık Prevalansının Belirlenmesi. KSÜ Tıp Fak Dergisi, 1-5.
- [111] Yalçın, A. (2019). Yaşlıda hastaneye yatışların epidemiyolojisi ve maliyeti. Naharcı Mİ, editör. Yaşlının Hastanedeki Serüveni. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-6.
- [112] Yamada, M., Arai, H., Sonoda, T., & Aoyama, T. (2012). Community-based exercise program is cost-effective by preventing care and disability in Japanese frail older adults. Journal of the American Medical Directors Association, 13(6), 507-51.

EKLER

Ek 1: Bilgilendirme ve Onam Formu

Araştırmanın Konusu: KKTC'deki Hastanelerde Yatan Yaşlılarda Kırılgnlık Düzeyinin Belirlenmesi

Araştırmanın Amacı: Yaşlılarda Kırılgnlık Düzeyinin Belirlenmesi

Araştırmaya Katılma Süresi: 35 dakika

Araştırmacı: Gizem ABBASOĞLU (Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi) e mail adres: gizemabbasoglu@hotmail.com telefon no:05488847534

KKTC'deki hastanelerde yatan 65 yaş ve üzeri bireylerin, kırılgnlık düzeylerini belirlemek amacıyla Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında bir araştırma yapmayı planlamaktayım. Söz konusu araştırma, yaşlıların kırılgnlık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılacak olup, araştırmaya katılan bireylerin kişisel hiçbir bilgisi kullanılmayacak olup araştırma gönüllük esasına göre yapılacak olup size ücret ödenmeyecektir.

Yapılacak olan bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı Ve İmza:

Araştırmacı İmza:

Evet, katılmak istiyorum.

Hayır, katılmak istemiyorum.

Ek 2: Soru Formu

**KKTC'DEKİ HASTANELERDE YATAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN
KIRILGANLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

Soru Formu No:

Tarih:

Hastane:

.....

1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Yaşı:

2.Cinsiyeti:

Kadın Erkek

3.Medeni Durumunuz:

Evli Bekar Boşanmış Dul Ayrı yaşıyor

4. Eğitim Durumunuz:

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul mezunu

Ortaokul Lise Üniversite

Lisansüstü

5.Mesleğiniz (belirtiniz):

6.Sosyal güvenceniz var mı?

Evet (belirtiniz):

Hayır

7.Çocuğunuz var mı?

Evet (sayısını belirtiniz):

Hayır

8.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Yalnız Eşi ile birlikte Eşi ve çocukları ile birlikte

Aile dışında birileri ile (akraba, huzurevi)

Diğer

9.Beslenme, yeterli barınma ve sağlık bakımını karşılama durumuna göre gelir düzeyiniz nedir?

Alt gelir Orta gelir Üst gelir

2. SAĞLIK/ HASTALIK DURUMU

10.Genel olarak sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

11.Tanı konmuş/ Tedavi gördüğü hastalığı var mı?

Var Yok

Diyabetes Mellitus İskemik kalp hastalığı/ MI Kalp yetmezliği
 Periferik Vasküler Hastalık Hiperkolesterolemi Nöropati
 Nefropati Serebrovasküler hastalık Retinopati
 Epilepsi Guatr Hipertansiyon

12.Varolan kronik hastalık sayısını işaretleyiniz.

1 2 3 4 ≥ 5

13.Sigara kullanıyor mu?

Evet Günde.....adet/.....yıldır
 Hayır
 Bırakmış Günde.....adet/.....yıl içmiş.....yıldır
içmiyor

14.Alkol kullanıyor mu?

Evet Günde.....adet/.....yıldır
 Hayır

() Bırakmış Günde.....adet/.....yıl içmiş.....yıldır
içmiyor

15.İlaç Kullanıyor mu?

- () Hayır
() Evet (günde/ toplam tane ilaç)

16.Herhangi bir engeli/sakatlığı var mı?

- () Hayır
() Evet (ise) nedir?

17.Görme sorunu var mı?

- () Hayır
() Evet

18.İşitme sorunu var mı?

- () Hayır
() Evet

19.Son 15 gün içinde sağlığıyla ilgili herhangi bir yakınma/şikâyeti oldu mu?

- () Hayır
() Evet
(belirtiniz).....
.....

20.Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna/doktora başvurdu mu?

- () Hayır
() Evet (ise) kaç kez?

21.Son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yattı mı?

- () Hayır
() Evet (ise) kaç kez?

22.Son bir ayda hastalık/yaralanma nedeniyle yatakta geçirilen gün sayısı

..... Gün

23.Son bir ay içinde günlük işlerini aksattığı gün sayısı

..... Gün

3. HASTANEDE YATAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN KIRILGANLIK RİSK FAKTÖRLERİ

24.Kilo kaybı oldu mu?

- Hayır
 Evet (belirtiniz)
Kaç kilo kaybetti?
Ne kadar sürede bu kiloyu kaybetti?
İsteyerek mi kaybetti?

25.Genel halsizlik/ güçsüzlük var mı?

- Hayır
 Evet (tanımlayınız)

Halsizlik/Güçsüzlüğünüzü 10 cm.lik cetvel üzerinde tanımlayınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç orta Fazla

26.İştahsızlık var mı?

- Hayır
 Evet (tanımlayınız)

27.Beslenme yetersizliği/ bozukluğu var mı?

- Hayır
 Evet (tanımlayınız)

28. Yatağa bağımlı mı?

- Evet
 Hayır

29. Bugüne kadar basınç yarası gelişti mi?

- Hayır
 Evet (tanımlayınız)

30.Hiç düştünüz mü?

- Hayır
 Evet (tanımlayınız)

31.Günlük yaşamda kendisine bakım verilmesinde yardıma gereksinimi var mı?

Hayır

Evet (tanımlayınız)

32.Günlük yaşamında yardım gereksinimlerinin karşılanma düzeyi nedir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Orta Tam

Ek 3: Edmonton Kırılganlık Ölçeği

KIRILGANLIK ALANI	MADDE	0 PUAN	1 PUAN	2 PUAN
Bilişsel durum	Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yere koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.	Hata yok	Küçük yerleştirme hataları	Diğer hatalar
Genel sağlık durumu	Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?	0	1-2	
Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel Çok iyi İyi	İdare eder	Kötü	
Fonksiyonel bağımsızlık	Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur? -Bağımsızlık -Banyo yapma -Giyinme -Tuvalet -Hareket Yeteneği -İdrar ve gaita kontrolü -Beslenme	0-1	2-4	5-8
Sosyal destek	Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Hiç
İlaç kullanımı	Düzenli olarak 5 veya daha fazla farklı ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet	
Zaman zaman reçeteli ilaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?	Hayır	Evet		
Beslenme	Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?	Hayır	Evet	

Ruh hali	Kendinizi sıklıkla üzgün veya depresif hisseder misiniz?	Hayır	Evet	
Kontinans	İstemsiz idrar kaçırma probleminiz var mı?	Hayır	Evet	
Fonksiyonel performans	Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size 'gidin' dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.	0-10 sn	11-20sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma ihtiyacı duyması
Toplam	Toplam skor kolonların skorları toplamıdır			
Kırılganlık Analiz Skoru:				
0-4	Kırılgan Değil			
5-6	Görünürde Savunmasız			
7-8	Hafif Kırılgan			
9-10	Orta Kırılgan			
11 veya daha fazla	Şiddetli Kırılgan			

Ek 4: Eğitimsizler için Mini Mental Durum Testi

Adı-Soyadı:

Tarih:

Yaş:

Meslek:

Eğitim (yıl):

Dominant el:

TOPLAM PUAN

YÖNELİM

ZAMAN

MEKAN

Yıl :

Ay :

Şu anda günün hangi bölümü:

Gün :

Mevsim :

Ülke :

Kent :

Semt :

Bina :

Kat :

KAYIT

Mavi

Şahin

Lale

DİKKAT

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (Örneğin Pazar'dan önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir? Devam

edin (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)

HATIRLAMA

Mavi

Şahin

Lale

DİL

***ADLANDIRMA**

Kalem

Saat

***TEKRARLAMA**

“O gelmiş olsaydı ben de giderdim”

***ANLAMA**

Kağıdı sağ/sol elinize alın, Ortadan ikiye katlayın, Ayağınızın dibine bırakın.

Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin (30 sn. süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

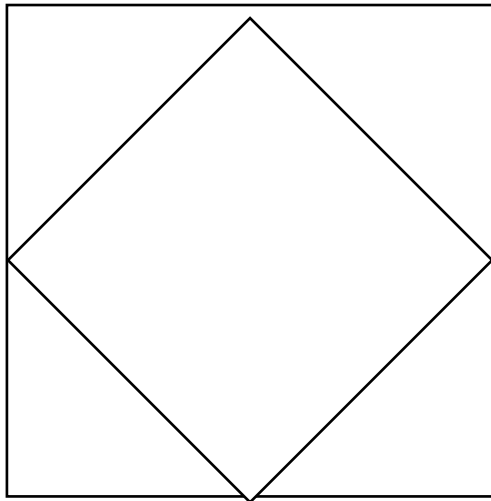
Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın (Kendi gözlerinizi kapatın)

(Doğru işlem için 1 puan verin)

GÖRSEL MEKANSAL



KOPYA



Ek 5: Standardize Mini Mental Test

Ad Soyad: Tarih: Eğitim (yıl): Meslek: T. Puan:	Yaş: Aktif El:
--	---------------------------------

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl
içindeyiz..... ()

Hangi mevsimdeyiz
..... ()

Hangi aydayız
..... ()

Bu gün ayın kaçı
..... ()

Hangi gündeyiz
..... ()

Hangi ülkede yaşıyoruz
..... ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız
..... ()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir
..... ()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir
..... ()

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız
..... ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan
..... ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)
..... ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak,
Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

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

..... ()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn. tut) 1

puan.....()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1

puan..... ()

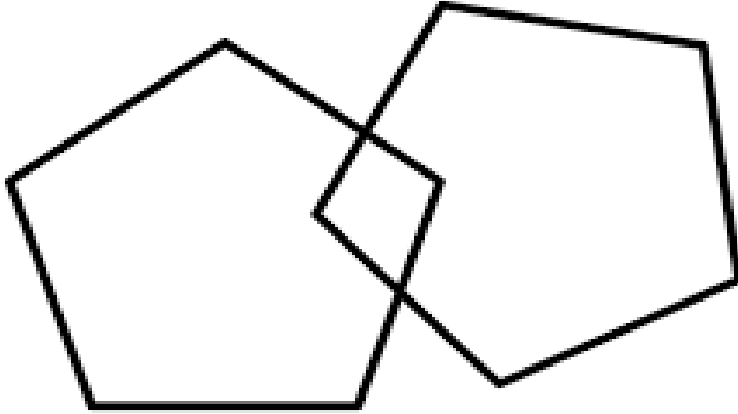
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)

.....()

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan).....()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (Arka sayfada) (1 puan)

.....()



Ek 6: Ölçek İzni

Kimden: [Hülya Eskiizmirli](#)

Gönderilme: 21 Haziran 2021 Pazartesi 13:18

Kime: gizemabbasoglu@hotmail.com

Konu: Edmonton Kırılgnlık Ölcegi

Merhaba Gizem Hanım;

Yüksek lisans tezim kapsamında Prof Dr Çiçek Fadıllıoğlu, Prof Dr Fisun Senuzun Aykar ve Doç. Dr. Sevnaz Şahin rehberliğinde geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğum Edmonton Kırılgnlık Ölçeğini size iletiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Hulya Eskiizmirli Aygör

On Mon, Jun 14, 2021 at 3:21 PM Joanna Preston <jpreston@ualberta.ca> wrote:

Dear Gizem

You can access the Edmonton Frail Scale and associated training materials through the links below. Please note these links are for the purposes of your study only.

https://drive.google.com/drive/folders/1TTV7kl29GQPoIZLDpEOrDBziVXD3_CZk?usp=sharing

[EFS Training Course](#)

Kind regards, Joanna

Joanna Preston

Associate Director, Licensing | Technology Transfer Services | University of Alberta

780-265-1075 | jpreston@ualberta.ca | <http://uab.ca/TTS>

Ek 7: Bakanlık İzni



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



Sayı:YTK.1.01
EK 047/20

Tarih: 04 Kasım 2020

Sn. Gizem Abbasoğlu Barabar ,

Etik Kurulumuzun 07 Ekim 2020 tarihinde yapmış olduğu toplantıda, “KKTC’de Yatan Hastaların Kırılgnlık Düzeyinin Belirlenmesi” konulu araştırmanız tarafımızdan değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygularımızla sunulur, başarılar dileriz.

Etik Kurul YK adına
Doç Dr Düriye Deren Oygur
Doç.Dr.Düriye Deren OYGUR
İç Hastalıklar ve Nefroloji Uzmanı
Dip. Tesstf Nr.: 95092-135
2149/2149

İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Gizem A. Barabar

Doğum Yeri ve Tarihi: İngiltere 16.12.1986

Uyruğu: Türk

II-Eğitimi (Tarih sırası yeniden eskiye doğru)

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Fakóltesi/ Hemşirelik Bölümü/

2020- İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı-

Devam

Hacettepe Üniversitesi : Hemşirelik Bölümü/ 2005-2010

III-Meslek Deneyimi

- Etik Hastanesi/ Klinik Hemşireliği
- KKTC Sağlık Bakanlığı/ Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi/ Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi (Kronik Hastalıklar Hastanesi)