

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HUZUREVİNDE VERİLEN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN
YAŞLILARIN ÖZYETERLİLİK ALGILARI VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hülya KULAKÇI

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA

2011

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HUZUREVİNDE VERİLEN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN
YAŞLILARIN ÖZYETERLİLİK ALGILARI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hülya KULAKÇI

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU

ANKARA

2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Nuran Akdemir
Hacettepe Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Gülümser Kublay
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Ümit Seviğ
Erciyes Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Naile Bilgili
Gazi Üniversitesi



ONAY:

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



Prof. Dr. Hakan S. Orer
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesindeki katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu tez danışmanım olarak çalışmanın planlamasını ve yürütülmesini yönlendirmiş, çalışmanın her aşamasında destek vermiştir.

Sayın Prof. Dr. Gülümser Kublay ve Nuran Akdemir tez izleme komitesinde görev alarak değerli görüşleri ile çalışmaya katkı sağlamışlardır.

Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu hekimi, hemşiresi, psikoloğu, laborantı, personeli ve yöneticileri araştırmanın gerçekleşmesi için işbirliğinde bulunmuş ve gerekli ortamı sağlamışlardır.

Çalışmaya katılan yaşlılar uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamışlardır.

Tez çalışması süresince annem, babam ve arkadaşlarım sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuşlardır.

ÖZET

Kulakçı, H. Huzurevinde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2011. Huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacı yapılan bu araştırma yarı deneysel araştırma düzeninde yapılmıştır. Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu'nda yaşayan, araştırma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 yaşlı araştırma örneklemini oluşturmuştur. Yaşlılara verilen hemşirelik hizmetleri 01 Ekim 2009 – 18 Haziran 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri; Yaşlı Değerlendirme Formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak toplanmış ve yaşlıların hemşirelik bakımı Omaha Sistemi kullanılarak kaydedilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, pearson korelasyon analizi, tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ve tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve sürveyans kapsamında verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olumlu yönde katkı sağladığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca, yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, hemşirelik hizmetleri doğrultusunda öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki gücünün araştırma süresince arttığı tespit edilmiştir ($p<0.01$). Araştırma sonuçları doğrultusunda, hemşirelerin huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmeleri ve hemşirelik hizmetleri ile yaşlıların bu yönde motivasyonlarının arttırılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Huzurevi, Öz Yeterlilik Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı, Hemşirelik Hizmeti

ABSTRACT

Kulakçı, H. Evaluation of the Effect of Nursing Services Provided in Nursing Home to Self-Efficacy Perceptions and Healthy Lifestyle Behaviors of the Elderly. Hacettepe University Institution of Health Sciences, Public Health Nursing Program Phd Thesis, Ankara, 2011. This study was carried out as semi-experimental design to the aim of evaluation of the effect of nursing services provided in nursing home to self-efficacy perceptions and healthy lifestyle behaviors of the elderly. The study sample consisted of 30 elderly living in Keçiören Nursing Home and Social Welfare Institution, appropriate for the research criteria and accepted to participate in the study. Nursing services given to the elderly were carried out between 01 October 2009 and 18 June 2010. Study datas were collected by using Elderly Assessment Form, Katz Activities of Daily Living Scale, Self-Efficacy Scale and Healthy Life-Style Behavior Scale II and nursing care of elderly recorded by using Omaha System. Pearson correlation analysis, one-way repeated measures analysis of variance and two-factor repeated measures analysis of variance were used in evaluation of the datas. As a result of the study, it was determined that nursing services provided in the context of health teaching, guidance and counseling, treatment and processing, case management and surveillance made a positive contribution to self-efficacy perceptions and healthy lifestyle behaviors of the elderly ($p<0.05$). Furthermore, it was determined that there was a positive relationship between self-efficacy perceptions and healthy lifestyle behaviors of the elderly and the power of the relationship between self-efficacy perceptions and healthy lifestyle behaviors was increased during the study process in accordance with nursing services ($p<0.01$). According to the results of the study, it was suggested that nurses should assess self-efficacy perceptions and healthy lifestyle behaviors of the elderly living in nursing home and the motivations of the elderly should be increased in this direction with nursing services.

Key Words: Elderly, Nursing Home, Self-Efficacy Perception, Healthy Lifestyle Behavior, Nursing Service

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlı	5
2.2. Yaşlılık Döneminde Yaşanan Değişimler	5
2.2.1. Biyolojik Değişimler	6
2.2.2. Psikososyal Değişimler	7
2.2.3. Toplumsal Değişimler	8
2.3. Yaşlı Sağlığı Hizmetleri	9
2.4. Sağlığın Geliştirilmesi	13
2.4.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	15
2.4.2. Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi	22
2.4.3. Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Şekli	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Veri Toplama Form ve Araçları	37
3.4.1. Yaşlı Değerlendirme Formu	38
3.4.1.1. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (GYAS)	38

3.4.2. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ)	39
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)	40
3.4.4. Omaha Sistemi (OS) İle Hemşirelik Hizmetlerinin Uygulanması	41
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	44
3.7. Araştırmanın Uygulaması	45
3.8. Araştırmanın Uygulama Akış Çizelgesi	51
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	52
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	52
4. BULGULAR	53
4.1. Yaşlıların Sağlık Durumlarındaki Değişimler	54
4.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi	67
5. TARTIŞMA	95
5.1. Yaşlıların Sağlık Durumlarındaki Değişimler	96
5.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi	120
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	128
6.1. Sonuçlar	128
6.2. Öneriler	131
KAYNAKLAR	132
EKLER	152
EK 1: Yaşlı Değerlendirme Formu	
EK 2: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası	
EK 3: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği	
EK 4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
EK 5: Omaha Sistemi	
EK 6: Kurum İzin Formu	
EK 7: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Uygulamaları Etik Kurulu'nun Değerlendirme Raporu	
EK 8: Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 9: Yaşlıların Bazı Özellikleri Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-	

Yeterlilik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamalarının
Değerlendirildiği Ek Tablolar

EK 10: Yaşlıların Gereksinimleri Doğrultusunda Problem Sınıflama
Listesi'ne Eklenen Belirti-Bulgular

EK 11: Tanı Alanlarına Göre Yaşlılarda En Sık Görülen Hemşirelik
Tanılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimleri

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYAS	Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası
HGŞ	Hemşirelik Girişim Şeması
OS	Omaha Sistemi
ÖEYÖ	Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği
PSL	Problem Sınıflama Listesi
S	Sürveyans
SED	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık
SHÇEK	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
Tİ	Tedavi ve İşlem
UHY-MEÇ	Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet-Etkililik Çalışması
VY	Vaka Yönetimi

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.4.1.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	16

GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa
Grafik 4.1.1. Birinci Periyodik İzlem Sonrası Problem Sınıflama Listesi'ne Göre En Sık Kodlanan 10 Hemşirelik Tanısı	55
Grafik 4.1.2. Ara İzlem Sonrası Problem Sınıflama Listesi'ne Göre En Sık Kodlanan 10 Hemşirelik Tanısı	55
Grafik 4.1.3. İkinci Periyodik İzlem Sonrası Problem Sınıflama Listesi'ne Göre En Sık Kodlanan 10 Hemşirelik Tanısı	56

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.4.1. Tarih Boyunca Sağlığı Geliştirme Tanımları	13
Tablo 3.3.1. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri	35
Tablo 3.3.2. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Huzurevini Tercih Nedenleri, Huzurevinde Yaşadıkları Süre ve Sosyal Destek Faktörlerine İlişkin Özellikleri	36
Tablo 3.3.3. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sağlık Öykülerine İlişkin Özellikleri	37
Tablo 4.1.1. Yaşlıların İzlemlere Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Problem Sınıflama Listesi Tanı Alanlarına Göre Dağılımı	54
Tablo 4.1.2. Yaşlıların İzlemlere Göre Çevresel Alanda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	57
Tablo 4.1.3. Yaşlıların İzlemlere Göre Psikososyal Alanda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	58
Tablo 4.1.4. Yaşlıların İzlemlere Göre Fizyolojik Alanda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	60
Tablo 4.1.5. Yaşlıların İzlemlere Göre Sağlık Davranışları Alanında Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	63
Tablo 4.1.6. Yaşlıların İzlemlere Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Tanı Alanlarına ve Hemşirelik Girişim Kategorilerine Göre Dağılımı	65
Tablo 4.2.1. Yaşlıların İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	67
Tablo 4.2.2. Yaşlıların İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	68
Tablo 4.2.3. Yaşlıların İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	69

Tablo 4.2.4.	Yaşlıların Cinsiyet Özelliği Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	70
Tablo 4.2.5.	Yaşlıların Yaş Grupları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	72
Tablo 4.2.6.	Yaşlıların Eğitim Düzeyleri Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	74
Tablo 4.2.7.	Yaşlıların Sosyal Güvence Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	76
Tablo 4.2.8.	Yaşlıların Gelir Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	78
Tablo 4.2.9.	Yaşlıların Cinsiyet Özelliği Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	80
Tablo 4.2.10.	Yaşlıların Yaş Grupları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	83
Tablo 4.2.11.	Yaşlıların Eğitim Düzeyleri Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	86
Tablo 4.2.12.	Yaşlıların Sosyal Güvence Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	89
Tablo 4.2.13.	Yaşlıların Gelir Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim	92

EK TABLOLAR

Tablo 9.1.	Yaşlıların Medeni Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları	189
Tablo 9.2.	Yaşlıların Kronik Hastalık Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları	190
Tablo 9.3.	Yaşlıların İlaç Kullanma Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları	191
Tablo 9.4.	Yaşlıların Medeni Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları	192
Tablo 9.5.	Yaşlıların Kronik Hastalık Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları	193
Tablo 9.6.	Yaşlıların İlaç Kullanma Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları	194
Tablo 10.1.	Yaşlıların Gereksinimleri Doğrultusunda Problem Sınıflama Listesi'ne Eklenen Belirti-Bulgular	195

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Yaşın ilerlemesiyle meydana gelen fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin azalmasına neden olurken, yardıma gereksinimlerini de arttırmaktadır. Artan gereksinimler çoğunlukla yaşlı bireyin akrabaları, komşuları ve çevresindeki diğer kişiler tarafından karşılanmakla birlikte, daha uzun süreli, düzenli yardım ve planlı hizmetler ancak sağlık ve sosyal hizmet kurumlarınca sağlanabilmekte ve bu desteğin maliyetinin tümüyle karşılanabilmesi çok az yaşlı birey ya da ailesi tarafından mümkün olabilmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin var olan ya da olası sağlık ve bakım sorunlarının günlük yaşamları üzerindeki etkilerini en aza indirilebilmek ve yaşamlarını daha bağımsız bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamak için, yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik uygulamaların belirlenmesi ve bu uygulamalara yaşlı bireylerin de katılımlarının sağlanmasına yönelik yöntemlerin geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, yaşlı sağlığı hizmetleri kapsamında, daha kaliteli bir yaşam sürdürülmesini ve yaşamdan doyum alınmasını sağlamak olan hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalara son yıllarda tüm disiplinler tarafından öncelik verilmeye başlanmıştır.

Sağlık sorunları açısından yüksek risk grubunu oluşturmaları, artan nüfus oranları ve aynı zamanda, sağlık harcamalarının ulusal sağlık bütçesinin geniş bir bölümünü kapsaması nedeniyle yaşlı bireyler sağlığı geliştirme uygulamaları açısından önemli bir grubu oluşturmaktadır (1-4). Yaşlı bireylerin orta yaş grubundakilere oranla sağlığı geliştirme aktivitelerinden daha fazla yarar sağlamasına rağmen (1-2,5-6), sadece küçük bir yüzdesi bu tür aktivitelere katılmaktadır (özellikle bu durum 90 yaş ve üzeri grupta daha fazla görülmektedir) (2,7). Sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamaların yararlı olmasına rağmen, yaşlı bireyler tarafından bu uygulamalara katılımın neden az olduğuna dair çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Konuyla ilgili yapılmış çalışmalarda da, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarının; cinsiyet (8), yaş ve medeni durum (7-10) gibi sosyodemografik özellikleri; kendilerinin ve sağlık hizmeti verenlerin inanç ve tutumları (7), sağlık personeli tarafından cesaretlendirilmeleri (11), özel motivasyon gereksinimleri (7), kaynaklara ulaşabilmeleri (8,12), kronik hastalık sayıları, mental,

fiziksel ve bilişsel durumları (7-10) gibi bireysel faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir. Bireysel faktörlerin yanı sıra, bakımdaki modellerin ve yaklaşımların (7,13), sağlık harcamalarının (14), prosedür ve süreçlerdeki eksikliklerin (7), personel yetersizliklerinin ve sosyal dışlamaların (15), hemşirelerin bakımı ve uygulamaları tıbbi yönüyle ele almalarının (13) yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmelerine engel olan ana unsurlar olduğu belirtilmektedir. Yaşlı kadınların sağlığı geliştirici uygulamalara katılımları ile ilgili düşüncelerinin değerlendirildiği çalışmada, araştırmaya katılan yaşlı kadınlar, sağlığı geliştirici aktivitelere katılmakla birlikte, kendilerini psikolojik olarak iyi hissetmeye başladıklarını; beden imajlarında, sağlık fonksiyonlarında ve fiziksel performanslarında gelişme olduğunu; sosyal etkileşimlerinin artmasıyla birlikte sosyal desteklerinde de artma olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, daha önce yaşanan deneyimler sonrasında kendisine zarar verme korkusu ile birlikte fonksiyonlarını yetersiz olarak algılamalarını, kendilerini motive etmedeki yetersizlikleri ve bilgilerinin azlığını içsel engeller olarak tanımlarken; uygulamaların karışık ve pahalı olmasını, çaba gerektirmesini, uygulamaların yaşlarına uygun olup olmadığı konusunda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmemelerini, uygulamalara ulaşımı, güvenliği ve aktivitelerin tarih çizelgesinin olmamasını dışsal engeller olarak bildirmiştir (14). Çalışma sonuçları, yaşlı bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamalar kapsamında öncelikli olarak yaşlıların güçlükleri ve yetenekleri üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir.

Sağlığı geliştirici davranışlara uyum ve sağlığı geliştirici davranışları sürdürebilme bireyin değişim sürecine bağlı olup, bilinçli olarak çabasını gerektirir (16). Bu nedenle, sağlığı geliştirmeye yönelik bireylerin davranış değişim sürecini ve sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmede nasıl motive edilebileceklerini anlamaya ilişkin çalışmalar yapılmış olup, bu çalışma sonuçları “öz yeterlilik algısı” kavramının ortaya çıkmasına katkı sağlamıştır (17-18). Bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik davranışı başarıyla yapabileceğine inanması olarak tanımlanan öz yeterlilik algısının, yaşlı bireylerin bireysel bakımlarına ve sağlığı geliştirici uygulamalara katılımlarını etkileyen en önemli ve başlatıcı bir faktör olduğu belirtilmektedir (17-24). Bandura ve Schunk (25)’a göre, düşük öz yeterlilik algısına sahip bireyler kapasitelerinden endişe yaşamaktayken, öz yeterlilik algısı yüksek olan bireyler

hedeflerini gerçekleştirmek için daha fazla çaba göstermektedir. Öz yeterlilik algısı ve sağlıklı yaşam biçim davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da, öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu, öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediğini bildirmektedir (13,16,18,26-28).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında önemli bir belirleyici olan öz yeterlilik algısının yaştan bağımsız olarak arttırılabileceği ve yaşlı bireylerdeki öz yeterlilik algısı ile ilgili sorunların kendi yeteneklerinin farkına varmamalarından kaynaklandığı; yaşlı bireylere verilecek eğitimlerde, sözel cesaretlendirmelerde, danışmanlık hizmetlerinde ve modellemelerde yaşlı bireylerin kendi yeteneklerinin farkına vardırılması gerektiği vurgulanmaktadır (29). Bu nedenle, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarını sağlayabilmek ve yaşlı bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilmek için planlama ve girişimlerde bulunulurken, öz yeterlilik algısının önemli bir değişken olarak göz önüne alınması gereklidir (30). Böylece, hemşireler hem yaşlı bireylerin öz yeterlilik algıları üzerinde olumlu değişimler yapabilir hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması sürecinde bireysel katılımlarını sağlamış olur (21).

Ülkemizde yaşlı bakımı açısından tercihler incelendiğinde, yaşlılar ev ortamını tercih etmelerine rağmen, günümüzdeki sosyoekonomik ve kültürel değişimler huzurevlerinin kullanımını arttırmaktadır (31-32). Huzurevlerinde yapılmış olan çalışmalar değerlendirildiğinde; çalışmalarda daha çok yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarının, öz bakım güçlerinin, günlük yaşam aktivitelerinin, beslenme alışkanlıklarının, ruhsal sağlık durumlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği (33-37); çok az çalışmada ise, uyku (38-39), idrar inkontinansı (40) ve egzersiz (41) gibi yaşlıların sorunlarına yönelik girişimlerde bulunulduğu; huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireyleri bütüncül olarak değerlendiren ve huzurevlerinde çalışan hemşirelerin uygulamalarını yansıtabilecek ya da uygulamalarına yön verebilecek çalışmaların bulunmadığı tespit edilmiştir. Huzurevlerinde çalışan hemşirelerin pratikte hangi görevleri üstlendiğine bakıldığında ise, hemşirelerin daha çok yaşlıya tedavi edici müdahalede bulunduğu ve bu kapsamda tansiyon takibi, ilaç uygulaması, yara bakımı gibi teknik işlemleri yaptığı gözlenmektedir. Huzurevlerinde verilen bakım multidisipliner olmakla

birlikte, hemşire önemli bir role sahiptir (42). Hemşireler tarafından desteklenen ve sağlığı geliştirici aktivitelerin olumlu ve olumsuz yönleri hakkında bilgilendirilen yaşlıların bu uygulamaları yapmak için daha fazla gönüllü olduğu (43-46); bu nedenle, hemşirelik uygulamalarının bireyleri sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan koruyarak sağlığı geliştirici olumlu davranışlar kazandırmaya yönelik olması gerektiği ve bu süreçte bireylerin kendi sağlıkları konusunda öz sorumluluklarının geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (44-49).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

H₁: Yaşlıların bireysel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algılarını artırma üzerine etkisi vardır.

H₂: Yaşlıların bireysel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırma üzerine etkisi vardır.

H₃: Yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlı

Yaşlanma; her canlı için anne karnında başlayıp ölüme kadar devam eden, önüne geçilmesi ve geri dönüşü mümkün olmayan, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bir takım değişikliklerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir (50-52). Bu sürecin daha yoğun yaşandığı yaşlılık dönemi de, bebeklik, çocukluk, ergenlik, genç yetişkinlik ve yetişkinlik gibi yaşamın doğal ve zorunlu bir çağıdır ve insan organizmasındaki molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yapı ve fonksiyonel değişikliklerin tümünü kapsar (52-53). Yaşlılığın nasıl tanımlanacağı ya da kimlere yaşlı yaşı denileceği oldukça tartışmalı bir durum olmakla birlikte (54) yaşlılık sınıflaması ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri ve doğuştan yaşam beklentisine göre değişim göstermektedir (51). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı; “çevresel faktörlere uyum yeteneğinin azalması” olarak tanımlamış ve yaşlılık dönemini kronolojik açıdan 65 yaş ve üzeri grup olarak ve bu yaş sınırını demografik açılardan bağımsız konumdan bağımlı konuma geçiş dönemi olarak kabul etmiştir (55). Ayrıca, DSÖ, yaşlılığı biraz daha ayrıntıyla tanımlayarak 65-74 yaş grubunu “genç yaşlı”, 75-84 yaş grubunu “yaşlı”, 85 yaş ve üzerini de “ileri yaş” olarak belirtmiştir (56).

Bugün dünya nüfusu 6 milyarı geçmiş olup, bu nüfusun yaklaşık 532 milyonunu (%7.8) 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (57). Yaşlı nüfus oranları gelişmiş ülkelerde daha fazla olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde yılda %3.0, gelişmiş ülkelerde ise, %2.0 dolayında artış göstereceği tahmin edilmektedir (58). Yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ve gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye’de de, nüfusun %6.8’ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (59). Ülkemizdeki yaşlı nüfus oranının hızlı bir şekilde artış gösteriyor olması nedeniyle de, özellikle son yıllarda yaşlı sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar artış göstermiştir.

2.2. Yaşlılık Döneminde Yaşanan Değişimler

Yaşlılık dönemi biyolojik, psikososyal ve toplumsal değişimlerin ve sorunların yaşandığı bir yaşam dönemidir (52). Bu nedenle, yaşlılara sunulan hizmetlerin grubun gereksinimlerine uygun, evrensel ve bilimsel gerçeklere dayalı

olarak planlanabilmesi ve sunulabilmesi için yaşlılığın biyolojik, psikososyal ve toplumsal açıdan tüm yönleriyle değerlendirilmesi önemli bir gerekliliktir.

2.2.1. Biyolojik Değişimler

Biyolojik yaşlanma; bireyin anne karnında başlayıp, ölümüne kadar devam eden anatomik ve fizyolojik değişimleri içerir (52). Biyolojik yaşlanma sürecine göre, enzim aktivitesinde ve hücre bölünmesinde değişim; deride, diğer organ ve dokularda bozulma; kardiyak ve akciğer kapasitede azalma; immün sistemde zayıflama; hafıza ve entelektüel güçte azalma; işitme-görme-tat duyularında azalma; kas tonüsünde azalma; osteoporoz ve buna bağlı postür bozukluklarında artma; boşaltım düzeninde bozulma; kolesterol düzeyinde ve sistolik kan basıncında artma yaşlılık döneminde görülen anatomik ve fizyolojik değişimler arasında yer almaktadır (60-61).

Yaşlılık döneminde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişimler beraberinde yaşlı bireylerin aktivitelerinin azalmasına ve yavaşlamasına neden olur. Aktivite kaybeden yaşlı birey sistemlerini yetersiz kullanmaya başlar ve sonucunda fonksiyon azalması meydana gelir (54,60,62). Bu nedenle, yaşlı bireylerde çoklu ve süregelen hastalık oranı yüksek olup; denge problemleri, kalp hastalıkları, inkontinans, artrit, kırıklar, akciğer problemleri, parkinson, felç, konfüzyon ve görme-işitme problemleri bu dönemde sık görülür (60-61). 2000 yılında Türkiye’de yapılan Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet-Etkililik Çalışması (UHY-ME) sonucuna göre, iskemik kalp hastalığı (%27.0), serebrovasküler hastalıklar (%20.7), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%9.3), hipertansif kalp hastalığı (%4.2), inflamatuvar kalp hastalığı (%2.6), trakea, bronş ve akciğer kanseri (%3.1), alt solunum yolu enfeksiyonu (%2.6), diyabetes mellitus (%2.6), miğde kanseri (%1.5), düşmeler (%1.1), mesane kanseri (%1.0), kolon ve rektum kanseri (%1.0), nefrit ve nefrozlar (%0.9), meme kanseri (%0.9), peptik ülser (%0.8), lenfomalar ve multiple myeloma (%0.7), prostat kanseri (%0.7), siroz (%0.7) ağız ve orofarinks kanseri (%0.5), Alzheimer ve diğer demanslar (%0.5) 60 yaş ve üzeri grupta ölüme neden olan ilk 20 hastalığı oluşturmuştur (63). Çalışma sonucundan da görüldüğü üzere yaşlılarda ölüm nedeni olan hastalıklar ile yaşlılarda sık görülen hastalıklar benzerlik göstermektedir.

Yaşlılık döneminde görülen hastalıklar sadece nicelik yönünden değil nitelik yönünden de genç nüfusa göre farklılık göstermektedir. Kronik hastalıkların ve metabolizma bozukluklarının yaşlılık döneminde artmasına karşın, akut hastalıklarda belirgin bir azalma olup, genellikle süregelen bir hastalığın komplikasyonu olarak ortaya çıkmakta (64-65) ve sağlık sorunlarında tam olarak iyileşme sağlanamamakla birlikte, yaşlı bireylerin fonksiyonlarını iyileştirmeye ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik uygulamalar sağlık hizmetlerinin önceliğini oluşturmaktadır (52,66). Bu nedenle de, yaşlı nüfus genç nüfusa göre daha fazla ve daha uzun süreli sağlık hizmeti almaktadır (66). Ayrıca, yaşlı bireylerin normal yaşlanma ile hastalık olayını karıştırmalarının sonucu olarak da sağlık sorunlarını yaşlılık için normal bir durum olarak varsaydıkları ve yapılabilecek bir şey olmadığını düşündükleri için de çoğu zaman hastalık bildiriminde bulunmadıkları, bu nedenle de, yaşlılık döneminde bildirimi yapılmamış hastalık sayısının çok yüksek olduğu ve yaşlı bireylerdeki birçok hastalığın tanısının konulamadığı gibi tedavi de edilemediği belirtilmektedir (60).

2.1.2. Psikososyal Değişimler

Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik değişimler, kronik hastalıklar, görünümdeki değişimler, yaşlı olduğunu kabul etmeme, fiziksel gücün azalması, emeklilik, eşin ölümü, duygusal kayıplar, statü kaybı, yaşam standartlarının düşmesi, unutkanlık, zaman ve kişilerarası ilişkileri düzenlemedeki sorunlar ve sosyal izolasyon aynı zamanda psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir (60,62,67-69).

Yaşlının maddi olarak güvencesinin olmaması ya da az olması, ailesi ve dostları içinde sevdiği kişileri kaybetmiş olması, fizyolojik değişimlere bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlikler yaşaması ve dolayısıyla yakınlarına yük olduğunu düşünmesi ve kendisini fazlalık olarak hissetmesi, yaşlanma ile birlikte beden görüntüsünün değişmesi yaşlının huzursuzluk yaşamasına neden olmakta ve bu kaygıları nedeniyle de, toplum içine karışmakta ve kişilerarası ilişkiler kurmakta çekince yaşayan yaşlı kendisine yönelmekte ve beden işlevleri ile devamlı uğraşır hale gelmektedir (52,67,70). Çevreye karşı ilgisi azalan ve ilişkilerinde daha derin ve seçici olan yaşlı, yeni düşünceleri kabul etmede güçlük

yaşar, aşırı tutumluluk ve kişisel eşyalarına karşı bağımlılık geliştirir (52,69). Ayrıca, yaşlı bireylerde yeni bilgileri öğrenme ve akılda tutma zorlaşır, yakın bellek bozulur, uykuya dalmada güçlük yaşanır ve gece sık sık uyanma, derin uykuda azalma görülür. Bu nedenle, depresyonun, intiharın, paronoid bozuklukların, madde bağımlılığının, anksiyete bozukluklarının ve demansın görülme sıklığı bu dönemde artar (71). Yaşlılığı kabullenme her bireyin dinamiklerine göre değişim göstermekle birlikte; yaşlının anatomik, fizyolojik, ruhsal ve toplumsal rollerle ilgili değişimlere uyum sağlayabilmesi kendisiyle barışık olması ve kendini olduğu gibi benimsemesiyle yakından ilişkili olduğu kadar, eşi, çocukları, akrabaları ve arkadaşlarıyla yapıcı ve olumlu ilişkiler sürdürebilmesiyle de ilgilidir (65,67).

2.2.3. Toplumsal Değişimler

Yaşlılık, bireyin toplumsal rollerinde değişime ve çoğunlukla bu rollerde kayba yol açmaktadır (52,70,72). Bu süreçte, aile, yaşlı bireyin yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye her yönden yarar sağlayan en önemli sosyal destek kaynağıdır (67,70,72). Endüstrileşme ve toplumsal değişim sürecine paralel olarak, köyden kente göçün hızlanması, ailenin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısında değişimlerin yaşanması, geniş ailenin yerini çekirdek aileye bırakması ve kadının artan oranda çalışma hayatına girmesi yaşlının aile içi statüsünü değiştirmekte ve yaşlının bakım sorununu gündeme getirmektedir (60,62,68,72). Çünkü, bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarda değişim yaşayan yaşlının fonksiyonel kapasitesi azalırken, çevre desteğine gereksinimi artmaktadır. Gereksinimlerin önemli bir kısmı yaşlının ailesi, akrabaları, komşuları ve çevresindeki bireyler tarafından karşılanmakla birlikte; daha uzun süreli, düzenli yardımlar ve planlı hizmetler ancak sağlık ve sosyal hizmet kurumlarınca sağlanabilmekte ve bu desteğin maliyetinin tümüyle karşılanabilmesi çok az yaşlı birey ya da ailesi tarafından mümkün olabilmektedir.

Kırsal alanda ailesiyle birlikte yaşayan yaşlılar birçok yönden kentlerde yaşayan yaşlılara göre daha avantajlı olup, aile üyeleri tarafından daha çok desteklenmektedir. Çevrelerinden daha çok saygı gören yaşlılar, uzun yıllar aile içinde üst düzeydeki konumlarını da sürdürme olanağına sahiptir. Geleneksel yapı içinde geniş aile, yaşlının ruhsal ve fizyolojik gereksinimlerini karşılamaya daha elverişli olup, bu yapı içinde yaşlılık, kentsel yapıdaki tersine otorite ve prestij

sembolüdür (72-73). Yaşlının kendisini yalnız bulma olasılığı çok azdır, yaşının artmasıyla birlikte kendisine verilen yeni görevleri vardır, evdeki hâkimiyeti daha belirgindir. Sözü dinlenen, akıl danışılan ve evin düzenini yönlendirendir. Çevresindekilere yararlı olduğu ölçüde, varlığı anlam kazanan ve sosyal yalnızlık duygusuna kapılması söz konusu olmayan yaşlı, hatırı sayılan, ziyaret edilen, sözünü geçiren, aklına ve deneyimine danışılan bir birey olması nedeniyle de etrafındakilerle olan ilişkilerini sürdürebilmektedir (72,74-75). Kent yaşamında ise, bu durum değişmektedir. Ailenin çeşitli üyelerine verilen hizmetler ailenin geleneksel fonksiyonlarını azaltırken, komşuluk ilişkilerini de zayıflatmaktadır. Toplumsal hizmetlerin sosyal dayanışmanın yerini alması nedeniyle de sosyal ilişkiler azalmakta ve yaşlı birey hem aile içinde hem de yaşadığı çevrede kendisini yalnız ve “işe yaramaz” hissetmektedir (69,72,74). Doğduğu günden itibaren hızlı bir şekilde sosyal yaşama karışıp dünyadaki düzeni içselleştirmeye ve dünyanın kendisine sunduğu olanaklardan faydalanmaya ve aktif rol oynamaya başlayan birey, yaşlılık dönemiyle birlikte toplum tarafından kendisine uygun görülen bir yaşamı sürdürmeye zorlanır ve yaşamını artık kendi yalnızlığında ve ölüme koşullanmış bir çizgi üzerinde devam ettirmeye başlar (72). Bu nedenle, özellikle kent yaşamındaki aile yapısının değişmesi ve yaşlı bireylerin gereksinimlerinin karşılanmasında yetersizliklerin yaşanması, geleneksel yardım şeklinin yerine alternatif bakım ve sosyal hizmetlerin planlanıp uygulanılmasının önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır (52,72).

2.3. Yaşlı Sağlığı Hizmetleri

Yaşlılık döneminde yaşanan değişimlere bağlı olarak yaşlı bireylerin gereksinimlerinin artması ve toplumsal değişim sürecine bağlı olarak da yaşlının hem aile hem de toplum içindeki destek faktörlerinin yetersiz kalmaya başlamasıyla birlikte yaşlılar için alternatif bakım ve sosyal hizmetlerinin geliştirilmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır. Yaşlılara yönelik alternatif hizmetler planlanırken, toplumun yaşlıdan ne beklediği, yaşlının topluma nasıl katılmak istediği ve ne tür katkı vermeye hazır olduğu hususlarında yaşlı ile toplum arasında iyi bir değerlendirmenin yapılması gereklidir. Toplum yaşlıyı yalnızca koruma, bakma, huzurlu bir yaşam sağlama sorumluluğunun ötesinde onu nasıl değerlendirebileceği ve

sorumluluklarının ne olması gerektiği konusunda örgütlenmeli ve yaşlının yaşamı düzenlenirken, toplumsal değerler, kültürel öğeler ve yaşlının hakları göz ardı edilmemelidir (72,74)

Günümüzde pek çok ülke uluslar arası öneriler, kendi gereksinimleri ve olanakları ölçüsünde politikalar belirlemiş ve mevzuatlarında yaşlıyı koruma ve gereksinimlerini karşılamaya yönelik hükümlere yer vermiştir. Sağlık ve sosyal hizmetler kapsamında yürütülen bu hizmetler gereksinimlere yönelik olarak çeşitli şekillerde sunulmaktadır (76-77). Yaşlılara sunulan sosyal hizmetler yaşlının bulunduğu ortamda yaşlanması anlayışına dayalı toplum temelli bakım ve kurum bakımı olmak üzere iki yaklaşım içerisinde sunulmaktadır (78). Sosyal refah düzeyi gelişmemiş ülkelerde kurumsal bakım hizmetleri yaygın iken, sosyal refah düzeyi gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde, kurumsal bakım hizmetlerinin yerine daha çok gündüzlü hizmetler, evde bakım hizmetleri ve psikososyal destek hizmetlerine rastlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde uzun dönemli bakım hizmetlerinin hem yaşlı bireylerde yarattığı olumsuz etkileri (yalnızlaşma, sosyal izolasyon, duygusal çökkünlük, depresyon, yabancılaşma gibi) hem de maliyetlerinin yüksek olmasından dolayı öncelikli olarak tercih edilmemekte, bunun yerine sosyal hizmetler kapsamında gündüzlü hizmetler ve evde bakım hizmetleri gibi alternatif hizmet modelleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek her türlü desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinimi olan bireyler için daha çok tercih edilmekte ve yaşlı apartmanları, yaşlı köyleri, bakımevleri, devamlı bakım merkezleri, gündüz bakım merkezleri, geriatri hastaneleri ve son dönem hastaneleri gibi çeşitli modellerde hizmet sunulmaktadır (77).

Evde bakım hizmetleri kapsamında; sağlık bakımı, sosyal bakım ve destek hizmetleri ile koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri gibi yaşlıyı tüm yönleri ile destekleyecek hizmetler sunularak, yaşlıların yaşamlarını mümkün olduğunca kendi evlerinde ya da ailelerinin yanında sürdürebilmeleri sağlanmaktadır. Eve yönelik sosyal bakım ve destek hizmetleri içerisinde; sosyal hizmetler, kişisel bakım, çevre bakımı, yemek servisi, kişisel ifade terapisi, ev güvenliği, ev tadilatı ve onarımı, telefonla takip ve transfer hizmetleri yer alırken; evde sağlık bakımı; evde doktor takibi, hemşirelik hizmetleri, fizyoterapi, solunum terapisi, oksijen terapisi, meşguliyet terapisi, konuşma terapisi, infüzyon, kemoterapi, ağrı terapisi, parenteral /

enteral beslenme, ilaç takibi, beslenme danışmanlığı, diş bakımı, psikoterapi, evde tıbbi ekipman hizmetleri ile tele bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamını ise, sağlık ve öz bakım eğitimi, başarılı yaşlanma danışmanlığı, aşılama ve diğer koruyucu sağlık uygulamaları oluşturmaktadır. Ayrıca, bu hizmetler, bakım sigortası kapsamında ve ücretsiz olarak sunulmaktadır (78).

Gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye’de yaşlının bakım gereksinimi uzun yıllar geleneksel aile yapısı içinde karşılanmıştır. Fakat, toplumsal, kültürel ve ekonomik değişimlerle birlikte geleneksel yardım şeklinin yetersiz kalmaya başlaması sonucunda yaşlının bakım sorunu gündeme gelmeye başlamıştır (77,79). Yaşlılık döneminde ortaya çıkan bakım sorununa yönelik olarak yaşlılık hizmetleri kapsamında ilk sırayı kurum bakımı almakta olup, kurum bakımı kapsamında huzurevleri, güçsüzler yurdu ve bakımevleri gibi çeşitli modellerde hizmet sunulmaktadır. Yaşlıların sosyokültürel özellikleri, alışkanlıkları, istek ve beklentileri doğrultusunda alternatif huzurevi modelleri yeterince oluşturulamadığından, bu kurumlarda çoğunlukla yaşlılara tek tip kurum bakımı hizmeti sunulmaktadır. Son yıllarda ise, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)’na bağlı huzurevleri giderek revize edilmeye başlanmış ve bazı kurumların fiziksel yapısı, bireyselliğin korunması ilkesinden hareketle, her yaşlının kendi odası olacak şekilde düzenlenmiştir (78).

Gelişmiş ülkelerde yaygın olarak sunulan evde bakım hizmetleri ve gündüzlü hizmetler Türkiye’de gelişmemiştir. SHÇEK’e bağlı olarak yaşamını evde yalnız ve ailesi ile birlikte sürdüren yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmak, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında rehberlik etmek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini arttırmak amacına yönelik olarak yaşlı dayanışma merkezleri hizmet vermekte olup, sadece Ankara, İzmir, Eskişehir ve İstanbul’da bu merkezler bulunmaktadır (77).

Belediyeler SHÇEK’den sonra yaşlı bireye hizmet götüren en önemli kamu kurumlarıdır. Büyük Şehir Belediyeleri, 10.07.2004 tarihinde yürürlüğe giren 5216 sayılı “Büyükşehir Belediyesi Kanunu” ile birlikte; yaşlılara, özürlülere, kadınlara, gençlere ve çocuklara yönelik sunmuş oldukları sosyal ve kültürel hizmetlerinin nitelik ve niceliğini her geçen gün arttırmaktadır (80). Bazı büyükşehir belediyelerine

bağlı yaşlı lokalleri bulunmakta olup, gereksinimi karşılayacak sayıda değildir. Ayrıca, tüm belediyeleri kapsamamakla birlikte, bazı belediyelerin yaşlıya yönelik sunduğu hizmetler sosyal hizmet kapsamında olup, bu hizmetler; psikolojik destek hizmetleri, sağlık hizmetleri, rehberlik, refakat ve danışmanlık hizmetleri, sosyal ve kültürel etkinlikler, temizlik ve bakım hizmetleri, her türlü ev içi tamirata, yaşlı serbest kartı, ekonomik destek hizmetleri, öncelikli hizmet kartı, acil yardım hizmetleri oluşturmaktadır. Bu hizmetler tüm yaşlıları kapsamamakla birlikte, bu hizmetleri standart hale getiren ya da denetleyen bir sistem bulunmamaktadır (81).

Evde bakım hizmetleri kapsamında Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat alan 30 civarında evde bakım merkezi faaliyetlerini sürdürmekte olup, verilen sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kuruluşları tarafından karşılanmamaktadır (78). Sağlık Bakanlığı tarafından 01.02.2010 tarihli kabul edilen "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" doğrultusunda ülke geneline uygulanmak üzere Bursa'da pilot çalışma başlatılmıştır. Bu Yönergenin amacı; "evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır." Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığı'nca, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, toplum sağlığı merkezlerini ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı elemanlarını kapsamaktadır (82). Bu uygulama kapsamında evde bakım hizmetlerinin sadece sağlık gereksinimini karşılamaya yönelik olduğu ve yaşlılık döneminde yaşanan diğer gereksinimlerin halen güvence kapsamında bulunmadığı görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde daha önceden çözüme kavuşturulmuş olan yaşlı bakım sorununun ülkemizde halen bakım

ve barınma gereksinimlerini karşılamayla sınırlı kaldığı, bu anlayışın değişerek yaşlının toplumsal yaşama daha aktif bir biçimde katılımını sağlamaya ve hem yaşlının hem de etkileşim içinde bulunduğu ailesinin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hizmetlerin sunulmasına ve bu hizmetlerin sosyal güvenlik kuruluşları tarafından karşılanmasına gereksinim duyulmaktadır.

2.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlık kavramındaki anlayış ve sağlık bakım sistemi çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda sürekli değişime uğramış, son 40 yıldır bu değişim sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olmuştur. Sağlığı geliştirmeye yönelik ilgi özellikle son yıllarda artmasına rağmen, tanımlanmış özel bir alan olarak ilk ortaya çıkışı 1974 yılında olmuştur. 1986 yılındaki Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansı da konuya ilginin artmasını sağlamış ve tüm dünyada sağlığı geliştirme etkinliklerinin başlatılmasında öncü olmuştur (83-87).

Kavram, ilk olarak 1974 yılında tanımlanmış olmasına rağmen, geniş bir hareket alanının olması, zaman içinde değişim göstermesi ve uygulamalardaki farklılar nedeniyle halen üzerinde tartışılan bir alandır. Sağlığın geliştirilmesi sağlığın kendisi gibi farklı şekillerde tanımlanmış olup, Tablo 2.4.1’de en sık kullanılan ve önemli olan bazı tanımlar yer almaktadır.

Tablo 2.4.1. Tarih Boyunca Sağlığı Geliştirme Tanımları (84-85,88)

Kaynak ve Tarih	Tanımlar
Lalonde, 1974	Fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen konularda kişilerin ve kuruluşların daha aktif rol ve sorumluluk almalarını sağlayacak şekilde bilgilendirme, etkileme ve yardımcı olmayı hedefleyen strateji
Birleşmiş Milletler Sağlık, Eğitim ve Sosyal Güvenlik Bölümü, 1979	Sağlığı geliştirmeye yönelik davranış ve çevredeki değişimleri destekleyen sağlık eğitimi ve ilişkili örgütsel, politik ve ekonomik programların birleşimi
Green, 1980	Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışsal ve çevresel değişimleri kolaylaştıran sağlık eğitimi ve ilişkili örgütsel, politik ve ekonomik girişimlerin her türlü birleşimi

Tablo 2.4.1 Devamı

Green & Iverson, 1982	Sağlık için uygun davranışa yönelik sağlık eğitimi ve ilişkili örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin her türlü birleşimi
Perry & Jessor, 1985	Sağlığın dört temel alanında (fiziksel, sosyal, psikolojik ve bireysel) iyilik halini ve sağlığı geliştirmeyi güçlendiren çabaların uygulanması
Nutbeam, 1985	Kişilerin sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrolünü arttırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getiren süreç
Dünya Sağlık Örgütü, 1984, 1986	Kişilerin sağlıklarını geliştirmelerini ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını olanaklı hale getiren süreç
Goodstadt ve ark., 1987	Etkili programların, hizmetlerin ve politikaların uygulanmasıyla var olan sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi ve sürdürülmesi
Kar, 1989	Sağlığın davranışsal, toplumsal, çevresel ve biyomedikal belirleyicilerinin optimal düzeyde tutularak, sağlık risklerinin önlenmesi ve iyilik halinin geliştirilmesi
O'Donnell, 1989	Optimum sağlık düzeyine ulaşmada kişilerin yaşam tarzını seçmelerine yardımcı olma sanatı ve bilimi
Labonte & Little, 1992	Kişilerin iyilik hallerini arttırmaya yönelik sosyal ve çevresel yaşam koşullarını iyileştirmek amacıyla tasarlanan her türlü eylem ve program

Başka bir tanıma göre de sağlığı geliştirme; “sağlık eğitimini de içine alarak, ancak daha da ötesinde; risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışının kontrol edilmesinin gerisinde yatan temel bir sorun olduğunda, örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri içerir.” (84). Tanımda yer alan “davranışın kontrol edilmesinin gerisinde yatan temel bir sorun” ifadesi sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalarda daha çok “davranış” üzerine odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik uygulamaların etkin bir şekilde yürütülebilmesi için bireyin davranış sürecinin bütünüyle anlaşılması gereklidir (17).

Sağlık davranışı, sağlıklı olmaya yönelik eylemleri arttırmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tümüdür (86). Sağlık davranışı, sağlığı sürdüren, yeniden yapılandıran ve geliştiren bireysel inanç, beklenti, değer, algı, bilişsel öğeler, kişilik özellikleri, duygulanım durumu, alışkanlıklar ve eylemlerle ilişkili olup, tüm bu özellikler bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi

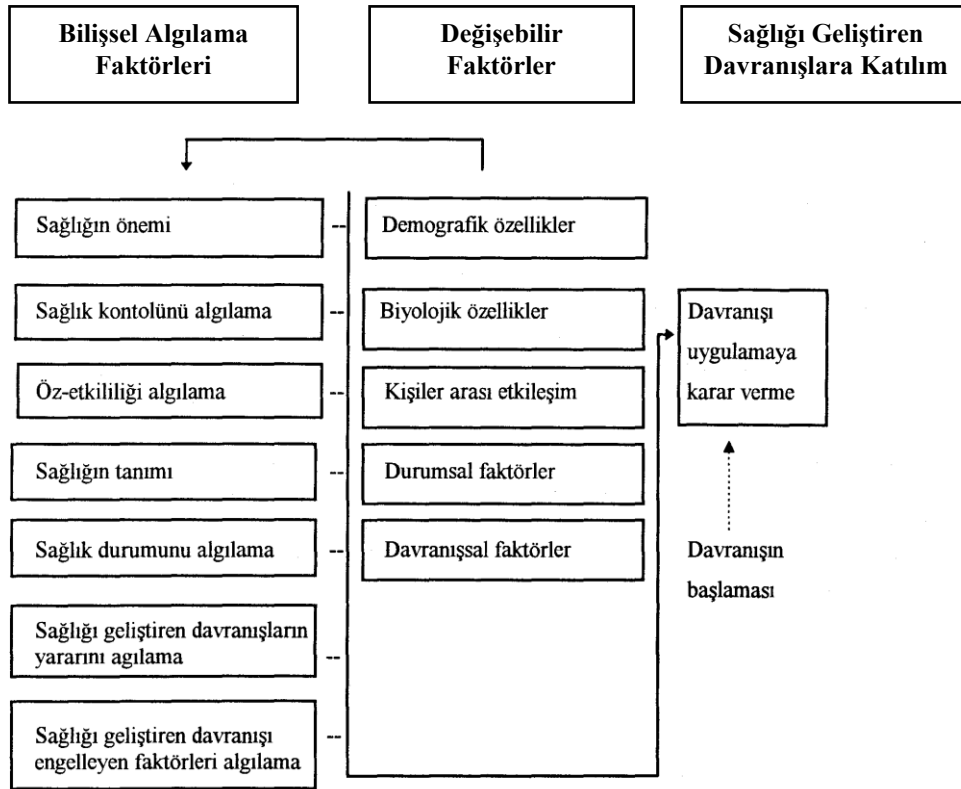
ve sürdürülmesinde etkilidir (17,83,88). Sağlık davranışı değişikliğinde, olumlu davranışların kazandırılmasına yönelik etkili yöntemlerin tanımlanması ve değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen teori ve modeller de, bireylerin sağlık için harekete geçmede hazır oluşluğu üzerine etkisi olan faktörleri açıklamaktadır (88-90). Tek bir teori sağlık davranışını açıklamaya yetmemekle birlikte, modeller bir ya da daha fazla teorinin bir arada kullanılarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu nedenle, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında yararlanılan teori ve modeller genel olarak; (1) bireysel sağlık davranışı teori ve modelleri, (2) bireylerarası sağlık davranışı teori ve modelleri ve (3) sağlık davranışı değişikliği ile ilgili grup ve toplum teori ve modelleri olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır (88,91). Sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesinde kullanılan ve bu çalışmanın da temel aldığı “Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli” bireysel sağlık davranışı modellerinden biridir (90-93).

2.4.1. Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender tarafından ilk olarak 1980 yılında geliştirilen ve daha sonra 1987 ve 1996 yıllarında güncelleştirilen “Sağlığı Geliştirme Modeli” Bandura’nın “Sosyal Bilişsel Teorisi”ni temel almaktadır. Model, Sağlık İnancı Modeli gibi diğer sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olarak geliştirilmiştir. Model de, sağlığı geliştirici davranışa yönelten önemli bir faktör olarak algılanan sağlık kontrolüne, sağlığın önemi ve sağlığın tanımı eklenmiştir. Modelin ana fikri, bireylere olumlu sağlık davranışları kazandırılarak sağlıklı yaşam biçimi oluşturulmasıdır ve sağlık ulaşılması gereken bir hedeftir. Pender Modeli’nde, sağlıklı yaşam biçiminin, “sağlığı geliştirme” ve “sağlığı koruma” olmak üzere iki yönlü olduğunu belirtmiştir (90-97). Sağlığı geliştirme, doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik aktiviteleri tanımlarken; sağlığı koruma, bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme, sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreç iken; iyilik ve sağlık durumunun patolojik sürece geçmesini önlemektedir (96-97). Model, sağlığı geliştirme davranışını hastalık tehdidine yönelik tepki yerine bireyin iyilik düzeyi, kendini gerçekleştirme ve iyi oluşunu arttırmaya yöneltmek olarak tanımlamaktadır. Kişisel gelişme, kendini gerçekleştirebilme ve kaliteli yaşam isteği

sağlığı geliştirici davranışlara motivasyonu sağlar (14). Bu nedenle, model bireylere sağlığı geliştirici davranışların nasıl kazanılması / kazandırılacağı konusunda yol gösterici olmaktadır (14,90-97). Modelde sağlığı geliştirici davranışı etkileyen faktörler üç grupta sınıflandırılmıştır (14,90-95,97):

1. Bilişsel algılama faktörleri
2. Değişebilir faktörler
3. Sağlığı geliştirici davranışlara katılım



Şekil 2.4.1.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (97) (Esin, 1997)

2.4.1.1. Bilişsel Algılama Faktörleri

Sağlığı geliştirici davranışları kazanma ve sürdürmede doğrudan etkisi olan bu faktörler motivasyonel mekanizmalardır ve yedi başlık altında değerlendirilir. Bunlar (14,90-96);

1. Sağlığın önemi,
2. Sağlık kontrolünü algılama,
3. Öz yeterliliği algılama,

4. Sağlığın bireysel tanımı,
5. Sağlık durumunu algılama,
6. Sağlığı geliştirici davranışların yararını algılama,
7. Sağlığı geliştirici davranışları engelleyen faktörleri algılamadır.

1. Sağlığın Önemi: Sağlığa verilen önem, sağlığı geliştirici bir davranışa başlama ve sürdürmede pozitif etkiye sahiptir. Sağlıklı yaşam biçiminin tamamı olmamakla birlikte egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi belirli davranışlar üzerinde daha etkili olduğu bildirilmektedir (14,90-93,97).

2. Sağlık Kontrolünü Algılama: Sağlık kontrolünü algılama, içsel (bilgi, tutum, inanç ve değer) ve dışsal (sağlık hizmetine ulaşma, hizmeti elde edebilme ve maddi olarak karşılayabilme) kontrol edilebilirlikle ilgilidir ve herhangi bir olayın kontrol edilebilir olması algısıdır (14,90-93,97). Eğer birey, özel bir durumla ilgili olarak bu durumun kendi kontrolünün dışında olduğuna inanırsa, bireyde öğrenilmiş çaresizlik gelişebilir (14). Sigara içme, emniyet kemeri kullanma, aşılama, doğum kontrolü ve kilo kontrolü gibi davranışlarla algılanan kontrol arasında güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (90-93,97).

3. Öz Yeterliliği Algılama: Öz yeterlilik algısı, bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapmada ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancıdır. Bireyin öz yeterlilik algısı, eyleme geçme motivasyonunu arttırabilir ya da azaltabilir (20,25,47,94,98-103).

Sağlık davranışı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilen öz yeterlilik algısı, sağlık davranışının planlanması, uygulanması ve sürdürülmesine etki etmektedir (104). Birçok sağlık davranışı kuramında da, öz yeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu (47-49,94) ve bireyin davranışını hem kısa hem de uzun dönemde etkilediği belirtilmiştir (17-18,23,47,94,105-107).

Öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin, zor yetenekleri kaçınılması gereken tehditler yerine, başa çıkılması gereken meydan okumalar olarak gördükleri (29,60,108-110), herhangi bir problem karşısında ise, öz yeterlilik algısı düşük olan bireylere göre karar almaya ve gerçekleştirmeye daha yatkın oldukları belirtilmiştir (20,23,47,94,102,109,111). Bu durumun yanı sıra, bireysel inanç ve algılamalardan

oluşan öz yeterlilik algısının her zaman aynı düzeyde olmadığı, durum ve davranışa özgü değişebileceği (23,47-48,94,107); bireyin kendisinin ve sosyal modeller aracılığı ile yaşadığı deneyimlerinin, sözel iknanın ve fizyolojik durumunun öz yeterlilik algısını etkilediği belirtilmiştir (17,20,23,29,49,94,98,102-105,109,112-114).

Bireyin Geçmiş Deneyimleri: Bireyin geçmişte yaşadığı olumlu ya da olumsuz deneyimleri içerir. Bireyin verilen bir görevi ya da uygulamayı yerine getirebilme konusunda kendisine duyduğu özgüveni üzerinde en güçlü etkiye sahiptir (20,23,46). Geçmişte yaşanan başarısızlık bireyin öz yeterlilik algısını zayıflatırken, herhangi bir durum karşısındaki başarı, bireyin kişisel olarak kendini yeterli olarak algılamasını sağlar (17,20,49,103,105,109,112-113). Ayrıca, bireyin geçmiş deneyimleri, yeni durumlar karşısında uygun baş etme yöntemleri geliştirebilmelerini de etkiler (17,20,23). Bu nedenle bireyin geçmiş deneyimlerinin olumlu yönde desteklenmesi ve olumlu geribildirimlerde bulunulması çok önemlidir (20,23,46).

Sosyal Modeller Aracılığı İle Sağlanan Deneyimler: Sosyal modeller aracılığı ile sağlanan deneyimler (başkasının yerine yaptığını hayal ederek), kendi davranışlarını karşılaştırabileceği rol model gerektiren başarı ve başarısızlıkları açığa çıkarmadır (17,20,23,103,109) ve bireyin yaşayarak edindiği deneyimlere göre birey üzerinde daha az etkilidir. Fakat, birey kendi yeteneğinden emin değilse ya da durumla ilgili daha az deneyime sahipse, sosyal modeller aracılığı ile yaşanacak deneyimlere daha duyarlı olur (46). Tahmin edilen benzerlik rol modele ne kadar yakın olursa, modelin başarıları ve başarısızlıkları da birey üzerinde o kadar ikna edici olur (17,20,46,103,109). Bu nedenle, olumlu davranışlar açısından bireyin motivasyonunu arttırmaya yönelik olarak, benzer durumda olan ve olumlu deneyimlere sahip bireylerin yaşadığı olaylardan örnekler verilebilir ya da bu bireyler ile bir arada olmaları sağlanabilir (46). Bunun yanı sıra, kendisini modellerden çok farklı gören birey onların başarı ya da başarısızlıkları ile ilgilenmez (49,112-113). Yetersizliklerini gösteren deneyimli durumlara sahip birey de eğer etkin baş etme stratejileri gösterirse, model almadan faydalanabilir (17,105). Kısacası, birey içinde yaşadığı sosyal çevreyi ya da sosyal modelleri kendisi belirleyebilir (17). Model almada önemli olan bir diğer durum da, bireyin yeteneklerinin farkında olmasıdır. Eğer birey mevcut yeteneklerini doğru

değerlendirmezse yaşadığı durum karşısında kendini yetersiz hissedebilir. Bu nedenle, gözlemciler, gerektiği zaman kullanabilmesi için bireye etkin taktikler ve baş etme mekanizmaları öğretebilir (17,105).

Sözel İkna / Cesaretlendirme: Sözel olarak başarılı olacağı söylenen ve buna inanan birey, başarılı olmak için daha çok çalışır ve bu nedenle de öz yeterlik algısını geliştirir. Eğer kapasitesi uygun olmayan birey böyle bir duruma inandırılırsa da, yaşanan başarısızlıklar bireyin yıkımına neden olabilir (20,49,112-113). Bu nedenle, bireyin kapasitesinin kendisinden beklenen davranışı gerçekleştirebilecek düzeyde olup olmadığının doğru değerlendirilmesi gereklidir (46). Ayrıca, sözel iknanın kimin tarafından yapılacağı da bu aşamada büyük önem taşımaktadır (105,109). Çünkü birey kendisini iyi tanıyan ve bilgisine güvendiği birinden gelecek geri bildirimleri daha olumlu karşılayabilir. Özellikle sigara kullanmayı bırakma ve kilo verme gibi olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında sözel iknanın etkili olduğu belirtilmiştir (17,20).

Fizyolojik Durum: Öz yeterlilik algısı bireyin yaşadığı stres, hayal etme, korku tepkisi ve endişe yaşaması gibi fizyolojik özelliklerinden etkilenir (20,49,105,109). Öz yeterlilik algısı yüksek olan bireyler için bu özellikler motive edici olurken, öz yeterlilik algısı düşük olan bireyler için güçsüzlük yaratabilir (109). Bu nedenle, öz yeterlilik algısının geliştirilmesine yönelik uygulamalarda bireyin fizyolojik özellikleri pozitif yaklaşım içinde değerlendirilmelidir (49,105,109).

4. Sağlık Tanımı: Klinik modele dayalı sağlık algılaması olan bireylerin hastalığa yol açan davranışlara; doyuma dayalı sağlık algılaması olan bireylerin de sağlığı geliştirici aktivitelere daha fazla katıldıkları gözlenmiştir (90-93,97).

5. Sağlık Durumunu Algılama: Sağlığı geliştirici davranışa yönelme ve sağlığını pozitif algılama arasında ilişki bulunmaktadır. Bireyin genel sağlık durumu hakkındaki bildirimleri ve algıladığı sağlık durumu bireyin yaşamının önemli bir yönüdür ve sağlığı geliştirici davranışların sonuçları ve yeterlilikleri hakkındaki inancını etkileyebilir (14,115). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler (14) ve egzersiz davranışı (116-118) ile algılanan sağlık durumu arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, sağlık durumunu pozitif değerlendiren yaşlıların, daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu, sağlığı geliştirici davranışlara katılmaktan daha fazla

memnuniyetlik duydukları ve bu doğrultuda da, sağlığı geliştirici programlara daha fazla katıldıkları tespit edilmiştir (119).

6. Sağlığı Geliştirici Davranışların Yararını Algılama: Sağlığı geliştirici davranışın yararlılığı konusundaki bireysel algılama davranışa başlama ve sürdürmede etkili bir faktördür. Bir davranışı olumlu olarak algılama, o davranışın kazandırılmasını / kazanılmasını hızlandırır (90-93,97).

7. Sağlığı Geliştirici Davranışı Engelleyen Faktörleri Algılama: Davranışa başlama ve sürdürmede var olan engeller hayali ya da gerçek olabilir. Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi olumsuz yönde etkiler. Elde edilemezlik, uygunsuzluk ya da zorluk gibi çok sayıda algılanan engeller tanımlanmıştır (90-93,97).

Model’de belirtilen yedi bilişsel algılama faktöründen özellikle sağlık durumunu, sağlık kontrolünü ve öz yeterliliği algılama faktörlerinin sadece sağlığı geliştirici davranışların değil, aynı zamanda sağlığı koruyucu / hastalıkları önleyici davranışların da belirleyicileri olduğu belirtilmektedir (94,120).

2.4.1.2. Değişebilir Faktörler

Bilişsel algısal faktörleri etkileyen bu faktörlerin, sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde dolaylı etkisi bulunur ve beş başlık altında değerlendirilir. Bunlar (14,90-95,97);

1. Demografik özellikler,
2. Biyolojik özellikler,
3. Kişilerarası etkileşim,
4. Durumsal faktörler,
5. Davranışsal faktörlerdir.

1. Demografik Özellikler: Yaş, cinsiyet, ırk, etnik yapı, eğitim ve gelir sağlığı geliştirici davranışa başlama ve sürdürmede etkilidir. Düşük gelir, eğitim ve iş sağlığı geliştirici davranışı olumsuz yönde etkilemekte olup, yaş arttıkça daha olumlu bir davranış eğilimi oluşmaktadır. Kadınların da sağlığı geliştirme ile erkeklerden daha fazla ilgilendikleri belirtilmektedir. Demografik özellikler ile sağlığı geliştiren

davranışlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

2. Biyolojik Özellikler: Ayrıntılı tanımlanmamış olmakla birlikte beden ağırlığı, boy gibi faktörleri içerebilir. Örn. şişman insanların egzersiz programına katılmada daha isteksiz olduğu saptanmıştır.

3. Kişilerarası Etkileşim: Çevredeki kişilerin beklentileri, ailenin sağlık uygulamaları ve sağlık profesyonelleri ile etkileşim gibi sosyal destek (bilgilendirici, duygusal ve somut), sağlığı geliştirici davranışa başlama ve sürdürmede etkilidir. Olumlu sosyal destek olumlu etki yapmaktadır.

4. Durumsal Faktörler: Yer, mevki, görev gibi içinde bulunulan durum ve olanakların varlığı, iş ortamının yaşamı kolaylaştırıcı olması, kültürel uyum, tanıma ya da yabancı olma gibi hizmeti elde edebilmeye ilişkin faktörler sağlığı geliştirici davranışa başlama ve sürdürmede etkili olabilir.

5. Davranışsal Faktörler: Sağlığı geliştirici davranışların ortaya çıkması için gerekli bilişsel ve psikomotor becerileri içerir. Olumlu deneyimler, davranışın yararına inanma, davranışı kontrol etmeyi öğrenme ve davranışın hoş ve eğlenceli olması gibi sağlığı geliştirici davranış hakkındaki olumlu duygu ve düşünceler davranışa başlama ve sürdürmede etkili olabilir.

2.4.1.3. Sağlığı Geliştirici Davranışlara Katılım

Bireyin sağlığı geliştirmeye karşı eyleme geçme olasılığını etkileyen içsel ve dışsal uyaranlar bulunur. Davranışın başlatılması için eyleme geçirici bir söz ya da olayın olması gereklidir. Bireysel farkındalık, diğer kişilerin önerileri ya da kitle iletişim araçları gibi içten ve dıştan gelebilecek bu uyaranlar bireyin eyleme geçmesini sağlayabilir. Uyarının şiddeti bireyin hazır oluşluğu ile ilgilidir. Belli bir hazır oluşluk düzeyindeki bireyler için medya son derece etkili bir uyaran olabilir (90,92-95). Davranış değişim süreci; (1) davranışa karar verme, (2) davranışa başlama ve (3) davranışı devam ettirme olmak üzere üç aşamadan oluşup; bireyin yaratıcı ve çözümleyici yeteneğini kullanarak, kendi değişim sürecini gerçekleştirebilmesi, kendisini tanıma ve yeterliliği ile kendi kendine değişebilme ve arzu edilen değişimlerin sürekliliğini sağlama yeterliliği ile yakından ilişkilidir (97).

Pender tarafından sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olarak belirtilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimi olmak üzere yedi temel alanı bulunmaktadır. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olması nedeniyle, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır (97,121-123). Bu çalışmada da, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayandırılarak oluşturulan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak değerlendirilmiştir (122).

2.4.2. Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi

Yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek sorunların, yaşlıların günlük yaşamları üzerindeki etkilerini en aza indirilebilmek ve yaşamlarını daha bağımsız bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamak için, hem kurumda hem de kendi evlerinde ailesi ile birlikte ya da yalnız yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik uygulamaların belirlenmesi ve bu uygulamalara yaşlı bireylerin de katılımlarının sağlanması gerekmektedir. Çünkü, yaşlılar, çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm iş ve uğraşlardan kendilerini uzak tutmakta ve kendilerini “değerersiz”, “işlevlerini yitirmiş” ve “güçsüz” hissetmeleri de, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel oluşturmaktadır (72). Bu nedenle, daha kaliteli bir yaşam sürdürölmesini ve yaşamdan doyum alınmasını sağlamak olan hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalar, yüksek risk grubunu oluşturmaları, artan nüfus oranları ve aynı zamanda, sağlık harcamalarının ulusal sağlık bütçesinin geniş bir bölümünü kapsaması nedeniyle yaşlılık dönemi açısından daha fazla önem arz etmektedir (1-4,124).

Yaşlı sağlığının geliştirilmesine yönelik uygulamalara dair iki farklı görüş bulunmaktadır. İlk görüşe göre, yaşlıların sağlık tutumlarını, davranışlarını ve yaşam tarzlarını değerıştirmeye istekli olmadıkları; sağlığı geliştirme programlarına katılımlarının ve değerlendirilmelerinin zor olduğu; ileri yaşta davranış ve yaşam tarzı değerışimlerinin yaşlıların sağlık ve fonksiyonel durumları üzerindeki etkisinin çok küçük olduğu ve yaşlı nüfus için girişimlerin maliyet etkinliği olmadığıdır. İkinci görüşe göre ise, yaşlıların sağlık durumlarına yönelik sorumluluk almakta aynı fırsatlara sahip olmaları ve genç yaş grubu gibi yaşam tarzı davranışları tercihleri

hakkında bilgilendirilmeleri gerektiğidir (125). Birinci görüş yaygın olmasa da geçerliliğini korumakla birlikte, hem dünyada hem de ülkemizde özellikle son yıllarda ikinci görüşü destekler nitelikte çalışmalara yön verilmiştir. Yaşlanma 2002 Uluslar arası Eylem Planı ile Sağlıklı İnsanlar 2010 bu görüşü destekleyen başlıca çalışmalar arasında yer almaktadır.

Yaşlanma 2002 Uluslar arası Eylem Planı ile Sağlıklı İnsanlar 2010'un hedefleri, yaşlıların organize edilmiş sağlığı geliştirici programlara ve toplum tabanlı tarama hizmetlerine katılımından kronik hastalıklara bağlı sakatlık durumlarının ve bağımlılık düzeylerinin azaltılmasına yönelik uygulamaları içermektedir. Bu hedeflerin amacı, sadece yaşam süresini uzatmak değil aynı zamanda ve daha da önemlisi, yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarını geliştirmektir (125-126). Bu nedenle, yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik uygulamalarda, yaşlıların hastalıkları üzerinde durmak yerine onların güçlükleri ve yetenekleri üzerine odaklanması gerekmektedir (16). Ayrıca, uygulamaların amacı da, akut ve kronik hastalıklar sonucu oluşabilecek erken ölümlülüğü azaltmaya, fonksiyonel bağımsızlıklarını sürdürebilmelerini sağlamaya, yaşam beklentisini ya da yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olmalıdır (43-44).

Yaşlı bireylerin, fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri, bağımsız ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere gereksinim artmaktadır (2,4-5). Yaşlı bireyler orta yaş grubundakilere oranla sağlığı geliştirici aktivitelerinden daha fazla yarar sağlamakla birlikte (1-2,5-6), yaşlı bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi ve hastalıklarının önlenmesine yönelik daha çok çaba gerekmektedir (15). Çünkü, sağlığı geliştirici aktivitelerin olumlu sonuçlarına rağmen yaşlı bireylerin sadece küçük bir yüzdesi bu tür aktivitelere katılmaktadır (özellikle bu durum 90 yaş ve üzeri grupta daha fazla görülmektedir) (2,7). Sağlığı geliştirici uygulamaların yararlı olmasına rağmen, yaşlılar tarafından bu uygulamalara katılımın neden az olduğuna dair çok fazla çalışma bulunmamaktadır (14).

Bu konuya yönelik yapılmış çalışmalarda da, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarının; cinsiyet (8), yaş ve medeni durum (7-10) gibi sosyodemografik özellikleri, kendilerinin ve sağlık hizmeti verenlerin inançları ve tutumları (7), sağlık personeli tarafından cesaretlendirilmeleri (11), özel motivasyon

gereksinimleri (7), kaynaklara ulaşabilmeleri (8,12), kronik hastalık sayıları, mental, fiziksel ve bilişsel durumları (7-8,10) gibi bireysel faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir. Bireysel faktörlerin yanı sıra, bakımdaki modellerin ve yaklaşımların (7,13), sağlık harcamalarının (14), prosedür ve süreçlerdeki eksikliklerin (7) personel yetersizliklerinin ve sosyal dışlamaların (15), hemşirelerin bakımı ve uygulamaları tıbbi yönüyle ele almalarının (13) yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmelerine engel olan ana unsurlar olduğu belirtilmektedir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Resnick (43)'in çalışmasında, egzersiz yapma davranışı üzerinde yaşlı bireylerin fiziksel sağlık durumları tek önemli etken olarak belirlenmiş olup, yaşlı bireylerin fiziksel sağlık durumlarının ayrıca, diyetlerine uyumluluklarını sağlamada da etkili olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada, özellikle daha iyi sağlık durumu olan ve daha genç olan yaşlı bireylerin düşük kalorili diyetle uyum sağlamaya daha istekli oldukları belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda da, genellikle, daha genç yaşta olan, evli olan, daha az sağlık problemine sahip olan ve bilişsel durumu daha iyi olan yaşlıların sağlığı geliştirici aktiviteleri daha fazla uyguladıkları saptanmıştır (2,9-10). Resnick (2) tarafından yapılan başka bir çalışmada da, yaşlılar dört yıl boyunca izlenmiş ve bu dört yıllık süre içinde sağlığı geliştirme ve koruma uygulamaları yapıp yapmadıkları değerlendirilmiştir. Yıllar içinde yaşlıların sağlığı geliştirmeye yönelik aktivite ve uygulamalarındaki değişimler şu şekilde belirlenmiştir: mamografi kontrolü yaptıran yaşlıların sayısında azalma ve prostat taraması, aşılama, vücudunu deri açısından değerlendirme, düzenli egzersiz yapma, kilo verme gibi uygulamaları yapan ve yaptıranların sayısında da artış görülmüştür. Ayrıca, papsmear yaptıranların sayısında ilk yılda artma daha sonraki yıllarda ise azalma görülmüştür. Çalışmanın sonucunda, yaşın, kronik hastalık sayısının ve bilişsel durumun yaşlıların sağlığı geliştirici aktivitelere katılımını etkileyen en önemli değişkenler olduğu belirtilirken (2); aynı araştırmacının 2003 yılında yaptığı çalışmada ise, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık sayısı ve mental sağlık durumu ile sağlık davranışları arasında bir ilişki tespit edilmemiş olup, taramaların kendisi için önemini kavrayan, sağlık personeli tarafından kendisine önerilerde bulunan ve hizmete ulaşmada sıkıntı yaşamayan yaşlıların sağlık davranışlarında

olumlu gelişmeler olduğu belirlenmiştir (7). Gallant ve Dorn (8)'un çalışmalarında da, sağlık davranışlarının, alışkanlık, cinsiyet ve ırktan etkilendiği belirtilmiştir.

Lucas ve diğerlerinin (14) çalışmalarında ise, yaşlı kadınların sağlığı geliştirici uygulamalara katılımları ile ilgili düşünceleri değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı kadınlar, sağlığı geliştirici aktivitelere katılmakla birlikte, kendilerini psikolojik olarak iyi hissetmeye başladıklarını; beden imajlarında, sağlık fonksiyonlarında ve fiziksel performanslarında gelişme olduğunu; sosyal etkileşimlerinin artmasıyla birlikte sosyal desteklerinde de artma olduğunu bildirmiştir. Daha önce yaşanan deneyimler sonrasında kendisine zarar verme korkusu ile birlikte fonksiyonlarını yetersiz olarak algılamalarını, kendilerini motive etmedeki yetersizlikleri ve bilgilerinin azlığını içsel engeller olarak tanımlarken; uygulamaların karışık ve pahalı olmasını, çaba gerektirmesini, uygulamaların yaşlarına uygun olup olmadığı konusunda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmemelerini, uygulamalara ulaşımı, güvenliği ve aktivitelerin tarih çizelgesinin olmamasını dışsal engeller olarak bildirmiştir. Lucas ve diğerlerinin bildirdiğine göre Walker ve diğerleri (1988) de yaşlı grubun genç yaş grubuna göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi gibi alt grup puan ortalamalarının yüksek olduğunu tespit etmiştir (14).

Campel ve Aday (125) rehabilitasyon merkezinde verilen hizmetlerin yaşlıların sağlık davranışları, emosyonel durumları, sağlık bilgileri ve algılanan bağımsızlıkları üzerine etkisini değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda, hemşire tarafından danışmanlık hizmeti alan yaşlıların daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdikleri, sağlıkla ilgili bilgilerinde artma olduğu ve fiziksel ve mental sağlık durumlarında da gelişme olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, yaşlı bireylere hemşireler tarafından sağlığı geliştirme aktiviteleri hakkında eğitim verilmiş olup, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici uygulamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmiştir. Hemşireler tarafından desteklenen ve sağlığı geliştirme aktivitelerinin olumlu ve olumsuz yönleri hakkında bilgilendirilen yaşlıların bu uygulamaları yapmak için daha fazla gönüllü oldukları tespit edilmiştir (43). Benzer şekilde, Kreidler ve diğerleri (127) de, klinikte yapılan basit taramaların yaşlılarda davranış değişimi oluşturmada yeterli motivasyon kaynağı olmadığını,

fakat, düzenli hemşirelik girişimlerinin yaşlılarda istenilen davranış değişikliği oluşturmada etkili olduğunu belirtmiştir.

Yapılan çalışmalardan görüldüğü üzere, sağlığı geliştirici davranışlara katılımı etkileyen faktörler değişebilir özellikte olup, sağlığı geliştirici davranışlara uyum ve bunları sürdürebilme de bireyin bilinçli olarak çabasını gerektirmektedir (19). Bu süreçte, bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik davranışı başarıyla yapabileceğine inanması olarak tanımlanan öz yeterlilik algısının, yaşlı bireylerin bireysel bakımlarına ve sağlığı geliştirici uygulamalara katılımlarını etkileyen en önemli ve başlatıcı bir faktör olduğu belirtilmektedir (17-18,20-24,26). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar da bu ilişkiyi ortaya koyar niteliktedir. Owens (26)'ın yapmış olduğu çalışma sonucunda, öz yeterlilik algısı yüksek olan yaşlıların daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu saptanmıştır. Burke ve diğerleri (28), Conn (27) ve Stockert (16) da çalışmalarında, öz yeterlilik algısı ile egzersiz ve diyet arasında pozitif ilişki tespit ettiklerini bildirmiştir. Yine aynı çalışmalarda, öz yeterlilik algısı yüksek olan yaşlıların daha fazla sağlığı geliştirici aktivitelere katıldıkları ve bu aktivitelere katılmak için daha çok çaba sarfettikleri belirlenmiştir (16,27-28).

Resnick (29), öz yeterlilik algısının yaştan bağımsız olarak arttırılabileceğini ve yaşlılardaki öz yeterlilik algısı ile ilgili sorunların yaşlıların kendi yeteneklerinin farkına varmamalarından kaynaklandığını; yaşlı bireylere verilecek eğitimlerde, sözel cesaretlendirmelerde, danışmanlık hizmetlerinde ve modellemelerde yaşlı bireylerin kendi yeteneklerinin farkına vardırılması gerektiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Easom (21) da, öz yeterlilik algısının geliştirilebilmesi için özellikle dört önemli faktörün bulunduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilkinin, yaşlı bireyin yaptığı uygulama sonucunda başarıya ulaştığını görmesi; ikincisinin, çevresindeki insanları gözlemlemesi ve gözlemleri sonucunda olumlu gelişmeler gördüğünde bunu davranışa dönüştürmesi; üçüncüsünün, sözel olarak cesaretlendirilmesi, kapasitesi doğrultusunda yapabileceği uygulamalar konusunda desteklenmesi ve buna inandırılması; dördüncüsünün de durumla ilgili korku ve endişelerinin azaltılmaya çalışılması olduğunu bildirmiştir.

Yaşlıların sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarını sağlayarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanabilmeleri için, yaşlı bireylerin hizmet sunucular

tarafından bütüncül olarak değerlendirilmeleri ve bireysel yaklaşım uygulanarak desteklenmeleri de bir diğer önemli husustur (43). Ayrıca, sağlığı geliştirmeye yönelik girişimlerde öncelikler belirlenmeli, girişimler planlanırken yaşlı bireylerin motivasyonu kadar öz yeterlilik algıları da önemli bir değişken olarak göz önüne alınmalı ve uygulamaların bireylerin sağlık durumları, sağlık davranışları ve yaşam kaliteleri üzerindeki sonuçları ve uzun dönemli etkileri değerlendirilmelidir (7,30).

2.4.3. Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik, bireyin temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etme ile başlayan ve günümüzde bilimsel bilgiye dayalı olarak hizmet vermeyi ilke edinen; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur (128). Hemşirelik mesleğinin insanları sağlıklı kılma, rahatlığını sağlama, hastaya bakma ve hastaya güvende olduğu duygusunu sağlama gibi genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmakla birlikte; hemşirenin rol ve sorumlulukları sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerindeki anlayışın değişmesiyle birlikte değişim göstermiştir (91,125,129).

Sağlığın geliştirilmesi hemşirelik mesleğinin temel amaçlarından biri olmasına rağmen, uzun yıllar hemşireler tarafından daha çok sağlıklı insanlara yönelik uygulamalar olarak değerlendirilmiş ve bu nedenle de, daha çok halk sağlığı hemşirelerinin uygulamalarında bu alana yer verilmiştir (130). Zamanla bu anlayış değişmeye başlamış ve özellikle son yıllarda tüm alanlarda hizmet veren hemşirelerin sağlığı geliştirmedeki rolleri daha sık vurgulanmaya başlanmıştır (14,122,125,130-131); Amerikan Hemşireler Birliği de “hemşirelik uygulamalarının iyileştirici, destekleyici ve geliştirici” özellikleri olduğuna vurgu yaparak, sağlığın geliştirilmesinde hemşirelerin sağlık insan gücü içinde önemli bir role sahip olduğunu ve sağlığı geliştirmenin hemşireler için önemli bir uygulama alanı olduğunu belirtmiştir (16,19,125,132).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamalarda, özellikle sağlık davranışları ve sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalara önem veren hemşire kuramcı ve araştırmacılar yaptıkları çalışmalar sonucunda; pek çok sağlık sorununun sağlıksız yaşam biçimi ile ilgili olduğunu; sağlığın geliştirilmesine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturulmasına yönelik olumlu sağlık

davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz yeterlilik algısının önemli bir belirleyici olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, hemşirelerin, değiştirilebilir ve etkilenebilir özelliği olan öz yeterlilik algısının geliştirilmesine ve duruma özel davranış değişimi için bireyin kendi başarısına ilişkin algısının güçlendirilmesine yönelik girişimlerde bulunmaları gerektiği belirtilmiştir (90-91,94,97,127,130). Belirtilen alanlarda başarılı sonuçlar elde edilebilmesi için hemşirelerin geleneksel fonksiyonları dışında, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını geliştirmede etkili olabilecek savunucu, eğitici, güçlendirici ajan, iletişimci, danışman, bakım koordinatörü, lider, bakım verici, araştırmacı ve rol model olma gibi hemşirelik rollerini de üstlenmelerine gereksinim vardır (90-91,129). Bu gereksinim doğrultusunda hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine yönelik üstlenmeleri gereken rollerin kapsamı aşağıda yer almaktadır:

Savunucu: Hemşirenin bu rolü kapsamında birçok görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Hemşire, bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlar. Bakıma ilişkin karar vermede, bireyin görüşlerini alır, bireysel bakımı konusunda karar vermesi için bireyi tam olarak bilgilendirir, bireyin yasal haklarını korur ve gerektiğinde hakkını aramasında yol gösterici olur. Bireyin iyilik halinin sağlanmasından ve sürdürülmesinden sorumlu olduğu için de, sağlık politikalarının yapılandırılması süreçlerinde yer almalıdır (66,90-91,129).

Eğitici: Hemşirenin eğitici rolünü gerçekleştirebilmesi için özel bir durumun olması gerekli değildir. Eğitim hastanede, evde, toplumda resmi ya da remi olmayan şekilde olabilir. Hemşire, birey ya da grubun öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve bunları öğretir. Öğretim bireye ve duruma özgüdür. Öğrenmeyi destekler ve davranış gelişimini (değişikliğini) değerlendirir (66,90-91,129). Hemşire, sağlıkla ilgili bilgiler sağlayarak bireylerin sağlıklı davranışlarını destekleme açısından önemli bir rol üstlenmektedir (125).

Güçlendirici Ajan: Sağlık bakımındaki diğer yaklaşımların aksine, davranış değişikliğine motive etmek için korku ya da tehdit durumlarına odaklanır. Sağlığın geliştirilmesindeki sorumluluklarının bilincinde olan hemşire, güçlendirici rolünü üstlenerek bireyin öz bakımlarını düzenleyebilmelerini ve yönetebilmelerini sağlar. Örneğin, hemşire bakımın her aşamasında bireyin sorumluluklarına vurgu yaparak bireyin kendi bakımında sorumluluk almasını sağlar (90-91,129).

İletişimci: Etkili iletişim hemşirelik mesleği dahil olmak üzere tüm sağlık ekibi üyelerinin vazgeçilmez bir unsurudur. İletişim, sadece hemşire ve birey arasındaki ilişkilerin şekillenmesinde değil, bireyin bakımı ile ilgili tüm bireylerin ve sektörlerin işbirliği içinde olmalarını sağlamada da önemli bir faktördür. Hemşire iletişimci rolünü kullanmadan sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi uygulamalarında başarı elde edemez (90-91,129-130).

Danışman: Hemşire, birey ve ailesinin sağlığını korumaları, geliştirmeleri ya da sağlık durumları ile baş etmeleri için kendi kaynaklarını / sağlanabilecek kaynakları tanımalarına, kullanmalarına, durumlarını tam olarak anlamalarına ve sağlıklı karar vermelerine yardım eder (90-91,129). Hemşire tarafından danışmanlık hizmeti alan yaşlıların sağlık bilgilerinin arttığı, daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri ve yaşam tarzlarında olumlu değişim yaşayan yaşlıların yaşama daha olumlu baktıkları ve özbakım uygulamalarına daha fazla katıldıkları belirlenmiştir (125).

Bakım Koordinatörü: Hemşire bakım koordinatörü rolü doğrultusunda, bireyin / ailenin sağlığını korumak, geliştirmek ya da sağlığını yeniden kazanmasına yardım etmek / iyileştirmek için bireysel – sosyal – ekonomik kaynakları tanımlar ve yönetir. Hemşirenin bu rolünü etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için liderlik becerilerini de kullanması gerekmektedir (90-91,129).

Lider: Hemşire, sağlık bakım savunucusu ve hemşirelik mesleğinin lideri olarak kendi uygulamalarından sorumludur. Uygulamalardaki sorumluluğunu devam ettirebilmek için hem uygulamalarını hem de eğitimlerini araştırma sonuçları doğrultusunda güncellemelidir. Liderlik rolü doğrultusunda hemşire, toplumun değişen gereksinimlerine uyum sağlayabilmek için, bakım standartlarını belirlemeli ve mesleğinin uygulamalarını geliştirmelidir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için sistematik yaklaşım uygulayabilmelidir (90-91).

Bakım Verici: Bakım verici rolü doğrultusunda hemşire, hemşirelik sürecini ve problem çözme becerilerini kullanarak bireyin uygun bakım alabilmesi ve sağlığına yeniden kavuşabilmesi için gerekli planlamaları yapar. Ayrıca, durumun birey ve aile üzerindeki fiziksel, psikososyal etkilerini tanımlayarak iyileştirici girişimlerde bulunur. Hemşire bu rolünü hastanede, evde ya da toplumda yerine getirebilir (66,90-91,129).

Araştırmacı: Hemşirenin araştırmacı rolü, alanı ile ilgili konularda hem araştırma yapabilme hem de yapılan araştırmaları takip edip uygulamalarına yansıtabilme olmak üzere iki boyutludur. Hemşire bu rolü doğrultusunda, sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalar açısından güçlü bir bilimsel taban oluşturarak güncel bilgiler doğrultusunda planlamalarını yapabilir ve mesleğin bilimsel alanda gelişimine katkıda bulunabilir (90-91,129).

Rol Model Olma: Sağlık bakımı ve eğitiminden birinci derecede sorumlu olan hemşirelerin sosyal öğrenme kuramının bilincinde olarak, sağlıkla ilgili değer ve davranışlarda iyi bir model olması gerekir. Aynı zamanda, sağlığı olumlu ya da olumsuz etkileyen davranışların oluşmasında önemli bir öğrenme alanı olan ve toplum tarafından model alınan kişilerin özellikle ana baba ve diğer aile üyeleri, öğretmen, din görevlisi gibi toplumun sevdiği ve güvendiği kişiler ile işbirliği yaparak, iyi bir model olma anlamında kullanılmasını sağlamalıdır (90-91,129).

Hemşire genellikle bu rollerin birçoğunu aynı anda kullanır. Örneğin, bakım verirken eğitir, aynı zamanda iletişimci rolünü kullanır, rol model olur ve danışmanlık yapar. Hemşirenin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili rolleri gereği üstlenebileceği sorumlulukları (90-91);

1. Bireye, sağlıklı yaşam biçimine yönelik davranışlar konusunda model olma,
2. Sağlıkla ilgili bakımın geliştirilmesinde bireyin kendi bakımına katılımını kolaylaştırma,
3. Zindeliği arttırma, beslenmeyi geliştirme, stresi kontrol etme ve ilişkileri geliştirmeye yönelik olarak bireye özbakım stratejilerini öğretme,
4. Bireye sağlık hizmetinin etkin bir tüketicisi olmayı öğretme,
5. Sağlığı geliştirmeye yönelik seçenekler oluşturma ve bireyin tercihlerinde yardım etme,
6. Etkili sorun çözme ve karar vermede bireyin gelişimine rehberlik etme,
7. Bireysel ya da ailesel sağlığı geliştirici davranışları pekiştirme,
8. Toplumda sağlıklı bir çevre geliştirmeye dönük değişimleri savunmadır.

Yaşlı sağlığı alanında hizmet veren ya da hizmet verdiği grup içinde yaşlı birey bulunan hemşire temel hemşirelik bilgi ve becerilerini yaşlılık döneminin özelliklerine entegre edebilmeli ve girişimlerini bu doğrultuda planlayıp

uygulayabilmelidir. Yaşlıya sunulacak hizmetin grubun gereksinimlerine uygun, evrensel ve bilimsel gerçeklere dayalı olarak planlanabilmesi için de yaşlının biyolojik, psikososyal ve toplumsal açıdan tüm yönleri ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Değerlendirme sürecini etkin şekilde yürüten hemşirenin uygulamalarını da yaş grubuna özel olarak ve yaşlının gereksinimleri doğrultusunda birey merkezli düzenlemesi ve bireyin davranışları üzerinde etkisi olan davranış sürecini kontrol etmesi gerekmektedir (16-19,48,91,130). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin sağlğın geliştirilmesine yönelik uygulamalarda bireysel yaşam tarzı girişimlerine yönelik bilgilerinin zayıf olduğu belirlenmiştir (130). Bu nedenle, hemşirelerin bu alanda kendilerini geliştirmeleri gereklidir. Çünkü, davranış kazanmayla davranış uygulamaya dönüştürme arasında önemli bir ayrım bulunmakta ve model alınan davranış kazanılmış, ancak, davranışa dönüşmemiş ve pekiştirilmemiş olabilir. Bu amaç doğrultusunda hizmet veren hemşirelerin, bireylere olumsuz sağlğ davranışları yerine olumlu sağlğ davranışları kazandırılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranış geliştirilmesi sürecinde (94,106);

1. Bireyin genel ve duruma özel öz yeterlilik algısının değerlendirilmesi,
2. Engeller ve yüksek riskli durumların belirlenmesi alınacak önlemlerin saptanması bakımından önemlidir. Bunun için ağırlıklı olarak gözlem tekniğı ile veri toplanması,
3. Eş, arkadaş, aile, iş çevresi gibi sosyal destek sistemlerinin işe koşulması,
4. Stresle başa çıkma yollarının öğretilmesi, bireyin öz yeterlilik algısını ve dolayısıyla davranışın başlatılıp sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresin engellenmesi ya da azaltılması,
5. Konuyla ilgili bilgi verilmesi, en önemli noktaların eğitimin ya başında ya da sonunda verilmesi,
6. Bireylerin, hem geçici hem de sürekli kalıcı davranışları gerçekleştirme kapasiteleri konusunda ikna edilmesi,
7. Hedeflenen davranış çok karmaşık ve uzun süre gerektiriyorsa davranışın küçük parçalara bölünmesi, en basit ve en kısa süren davranış değişimleri için çabalara, daha karmaşık ve daha uzun sürenlere göre öncelik verilmesi,
8. Birey tarafından kısa zamanda ve kolay sonuç alınabilen somut sonuçların belirtilmesi,

9. Amaçların ulaşılmayacak kadar güç ve uzak belirlenmesi bireyi hayal kırıklığına uğratabilir. Bu nedenle, ulaşılabilir yakın ve bireyin performansına uygun amaçların belirlenmesi,
10. Modelleme tekniği kullanılarak rol modellerinden yararlanılması,
 - Olumlu sağlık davranışları sergileyen bireylerin model olarak kullanılması,
 - Olumsuz sağlık davranışı sergileyen bireylerin bu durumundan kötü etkilenen sağlıklarıyla ilgili sonuçların gösterilmesi,
 - Model gösterilen birey ile model alanın problem alanlarının ortak olması. Örneğin; bypass ameliyatı olacak bireye, daha önce bypass ameliyatı geçirip normal yaşamına dönmüş bir model gösterilmesi ya da alkol bağımlılığından kurtulan birinin alkol almayı bırakmak isteyen kişilere örnek gösterilip, olumlu davranışa geçmesi için motive olmasının sağlanması,
 - Modelin, model gösterilen kişiyle birebir iletişime geçmesi ve deneyimlerini paylaşmasının sağlanması,
 - Model gösterilen birey ile model alanın performans standartlarının birbirleriyle uyumlu olmasının sağlanması.
11. Uzun süreli amaçlara doğru ilerlerken gelişmelerin bireyin hatırında kalması için kaydedilmesi,
12. Bireyin olumlu davranışlarının ve gelişiminin takdir edilmesi, bireyin kendi kendini ödüllendirmesinin, motivasyonunu sürdürmesinin ve davranışını pekiştirmesinin sağlanması gerekmektedir.

Sağlığı geliştirici uygulamaların sınırlarını tam olarak belirlemek zor olmakla birlikte; uygulamaların bütüncül, eşitlikçi, katılımcı, işbirlikçi, bireyselleştirilmiş, uzlaşmacı ve kolaylaştırıcı gibi özellikleri taşıması gereklidir. Bu kavramlar, hemşirelerin sağlığı geliştirmeyi ayrı bir uygulama olarak değil de günlük yaşamın bir parçası olarak görmelerini sağlar. Bu nedenle, sağlığı geliştirmeye yönelik politikaların uygulanması ve çevre üzerinde etkili olabilme potansiyeline sahip olan hemşireler, yasal uygulamalarda sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine

vurguda bulunarak, sağlık hizmetlerindeki değişimlere karşı duyarlı olmalı ve sağlığın geliştirilmesine yönelik uygun yaklaşımları belirlemelidir (127,130).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yarı deneysel (tek grupta girişim ve değerlendirmelerin zaman aralıkları ile yinelandığı yarı deneysel düzen) araştırma türünde yapılmıştır (133).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli Keçiören Belediyesi'ne bağlı Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu'nda yürütülmüştür. Kapasitesi 228 olan huzurevinde 78 yaşlı birey yaşamaktadır. Tek, çift, dört kişilik ve suit odaları bulunan iki bloklu ve yedi katlı huzurevinin bodrum katında mutfak, çamaşırhane, terzi odası ve depolar; zemin katında idari birimler; diğer beş katında ise, yaşlılar kalmaktadır. Huzurevinde devam eden tadilat nedeniyle birinci ve üçüncü kattaki yaşlılar ikinci ve dördüncü katlara taşınmıştır. Beşinci katta yatağa bağımlı ve kendi bakım gereksinimlerini karşılamada sorun yaşayan yaşlılar kalmakta olup, ikinci ve dördüncü katlarda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte sıkıntı yaşamayan yaşlılar yaşamaktadır. Huzurevi, belediyenin sosyal ve yardımlaşma biriminin bir alt müdürlüğü olarak hizmet verdiği için, kalacak yeri olmayan, kısa süreli bakım gereksinimi yaşayan bireyler de geçici süre ile huzurevinde kalabilmektedir.

Huzurevinin sağlık hizmetleri biriminde bir hekim, bir hemşire, bir psikolog ve bir laborant görev almakta olup, hizmetlerini hafta içi gündüz 08:00-17:00 saatleri arasında vermektedir. Huzurevi hemşiresi sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez yaşlılara ziyaret yapmaktadır. Sabah ve akşam ziyaretlerinde hemşire, ilacını kendisi alamayan yaşlılara ilaçlarını vermekte ve yaşlıların ilaçlarını düzenli alıp almadığını kontrol etmektedir. Gün içinde pansuman, enjeksiyon ve kan basıncı takiplerini yapan hemşire, ayrıca, yaşlıların huzurevi dışındaki sağlık hizmetlerine ulaşımını organize etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini huzurevinde yaşayan 78 yaşlı; örneklemini ise, iletişime engel oluşturabilecek ileri derecede işitme ve algılama güçlüğü olmayan,

günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bağımsız olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlılar oluşturmuştur. Kurum hemşiresi, hekimi ve psikologu ile yapılan görüşmeler sonucunda, araştırma kriterlerine uygun olan 40 yaşlı belirlenmiştir. Belirlenen 40 yaşlı arasından sekizi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırmaya 32 kişi ile başlanmıştır. Ara izlem sürecine kadar 32 yaşlı ile yürütülen araştırma, iki yaşlının kurumdan ayrılması nedeniyle 30 yaşlı ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3.3.1’de, huzurevini tercih nedenleri, huzurevinde yaşadıkları süre ve sosyal destek faktörleri Tablo 3.3.2’de, sağlık öykülerine ilişkin özellikleri ise, Tablo 3.3.3’de verilmiştir.

Tablo 3.3.1. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	16	53.3
Erkek	14	46.7
Yaş Grubu		
60*-74	11	36.7
75 ve üzeri	19	63.3
Medeni Durum		
Evli	2	6.7
Bekar	7	23.3
Dul (eşi vefat etmiş)	21	70.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	10	33.3
Okuryazar ve üzeri	20	66.7
Çalışma Durumu		
Çalışmamış	15	50.0
Çalışmış	15	50.0
Sosyal Güvence Durumu		
Yeşil Kart	12	40.0
Diğer**	18	60.0
Gelir Durumu		
Emekli maaşı	18	60.0
Yaşlılık aylığı ve diğer***	12	40.0
TOPLAM	30	100.0

*: Huzurevine kabul 60 yaş olduğu için 60 yaş ve üzeri yaşlılar araştırma kapsamına alınmıştır.

** : Diğer (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur) ***: Diğer (Kira Geliri, Akraba Yardımı)

Tablo 3.3.2. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Huzurevini Tercih Nedenleri, Huzurevinde Yaşadıkları Süre ve Sosyal Destek Faktörlerine İlişkin Özellikleri

Değişkenler	n	%
Huzurevini Tercih Nedeni		
Kendi bakımını tek başına yapamadığı için	2	6.7
Bakımını destekleyecek maddi kaynağı olmadığı için	2	6.7
Ailesi tarafından kabul edilmediği için	14	46.7
Ailesine yük olmak istemediği için	5	16.6
Yalnızlık hissettiği için	7	23.3
Huzurevinde Yaşadığı Süre		
≤ 1	4	13.3
2-5	18	60.0
> 5	8	26.7
Yaşayan Yakını*		
Çocuk	17	56.6
Akraba	28	93.3
Diğer (arkadaş / komşu)	25	83.3
Ankara İçinde Yaşayan Yakını*		
Yok	2	6.7
Çocuk	16	53.3
Akraba	25	83.3
Diğer (arkadaş / komşu)	19	63.3
Ziyaret Eden Yakını		
Yok	4	13.3
Var	26	86.7
Telefonla Arayan Yakını		
Yok	6	80.0
Var	24	80.0
Ziyaret Ettiği Yakını		
Yok	8	26.7
Var	22	73.3
Telefonla Aradığı Yakını		
Yok	9	30.0
Var	21	70.0
TOPLAM	30	100.0

*: n katlamalı olarak verilmiştir.

Tablo 3.3.3. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sağlık Öykülerine İlişkin Özellikleri

Değişkenler	n	%
Kronik Hastalık Durumu		
Yok	1	3.3
1-2	6	20.0
3-4	14	46.7
5 ve üzeri	9	30.0
Düzenli İlaç Kullanımı		
Yok	3	10.0
1-2	8	26.7
3-4	5	16.6
5 ve üzeri	14	46.7
Sağlığını Algılama Durumu		
Çok kötü	2	6.7
Kötü	2	6.7
Orta	10	33.3
İyi	10	33.3
Çok iyi	6	20.0
Sağlığını Diğer Yaşlılara Göre Algılama Durumu		
Çok kötü	-	-
Kötü	1	3.3
Orta	6	20.0
İyi	11	36.7
Çok iyi	12	40.0
TOPLAM	30	100.0

3.4. Veri Toplama Form ve Araçları

Verilerin toplanması amacıyla; yaşlıyı fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan kapsamlı olarak değerlendirebilmek için araştırmacı tarafından literatüre (90-91,134) dayalı olarak geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu (Bkz. EK 1); Yaşlı Değerlendirme Formu kapsamında yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumlarını belirlemeye yönelik Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (GYAS) (Bkz. EK 2); yaşlıların öz yeterlilik algılarını değerlendirmek üzere Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) (Bkz. EK 3) ve yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik olarak da Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (Bkz. EK 4) kullanılmıştır. Yaşlılardan Yaşlı Değerlendirme Formu ile elde edilen veriler doğrultusunda yaşlıların sağlık ve sosyal

gereksinimlerine yönelik olarak hemşirelik tanılarının ve hemşirelik tanılarına uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde ve hemşirelik girişimlerinin uygulanmasında Omaha Sistemi (OS) (Bkz. EK 5) kullanılmıştır.

3.4.1. Yaşlı Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan ve yaşlıyı fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan kapsamlı olarak değerlendiren Yaşlı Değerlendirme Formu (Bkz. EK 1), **tanıtıcı bilgiler** (*cinsiyeti, yaşı, doğum yeri, kuruma gelmeden önce yaşadığı şehir, sosyal güvence durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, huzurevinde kalma süresi, huzurevinde kalma nedeni, kurum hakkındaki düşüncesi*) **aile ve yakınları ile ilişkisi** (*yaşayan yakını olup olmadığı, aile ve yakınları tarafından ziyaret edilme/telefonla aranma, aile ve yakınlarını ziyaret etme/telefonla arama*) **sağlık öyküsü, sağlık algısı, sağlık davranışı** (*soygeçmişi, özgeçmişi, şu anki sağlık sorunu, ilaç kullanma durumu, sağlık algısı, sağlık davranışı*), **günlük yaşam aktiviteleri** (*aktivite durumu, uyku durumu, boş zaman aktivitesi / sosyal faaliyetleri, beslenmesi, hijyenik uygulamaları*), **duyusal alan** (*ağrı yaşama durumu, işitme-görme durumu, tat alma durumu, koku alma durumu, dokunma duyusu*), **fizyolojik durum** (*deri bütünlüğü, metabolizma durumu, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, meme, ürogenital sistem, sindirim ve boşaltım sistemi, kas/iskelet sistemi, sinir sistemi*), **psikolojik durum** (*yaşlılık hakkındaki düşüncesi, duygu durum ifadeleri, stresle baş etme durumu*) ve **yaşlının kaldığı odaya ait özellikler** olmak üzere toplam sekiz bölümden oluşmaktadır.

Yaşlı Değerlendirme Formu birinci ve ikinci periyodik izlemlerde olmak üzere yaşlılara iki kez uygulanmıştır.

3.4.1.1. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (GYAS)

Yaşlı Değerlendirme Formu kapsamında yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumlarını belirlemeye yönelik olarak Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilmiş olan Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (GYAS) (Bkz. EK 2) kullanılmıştır. Skala, yaşlının fonksiyonel yeteneklerinin ve uzun dönem gereksinimlerinin belirlenmesinde duyarlı bir gösterge olarak kullanılmaktadır (135-137). GYAS beslenme, giyinme, banyo yapma, tualete

gitme, hareket etme ve inkontinans gibi temel günlük yaşam aktivitelerini içermektedir. Toplam altı sorudan oluşan skalanın cevap seçenekleri bireyin aktiviteleri gerçekleştirip gerçekleştirilememesine göre iki sınıfta toplanmıştır: evet / gerçekleştirebiliyor (1), hayır / gerçekleştiriyor (0) şeklinde puanlanmıştır. Skala altı ifadeden oluştuğu için toplam puan 0-6 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebildiğini göstermektedir. Bireyin skaladan 5-6 puan alması GYA'ni sorunsuz gerçekleştirebildiğini, 3-4 puan alması orta derecede, 2'nin altında puan alması ise ciddi derecede bozukluk olduğunu göstermektedir (135,137-138). Açıksöz ve Uzun (135)'un bildirdiğine göre, skalanın Türkçe tercümesi Yardımcı (1995) tarafından yapılmış ve Altın (2006)'ın çalışmasında, Cronbach Alpha değeri .84 bulunmuştur.

Yaşlı Değerlendirme Formu kapsamında kullanılan Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, birinci ve ikinci periyodik izlemlerde olmak üzere yaşlılara iki kez uygulanmıştır.

3.4.2. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ)

Yaşlıların öz yeterlilik algılarını değerlendirmek üzere Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Davranış ve davranışsal değişimleri belirlemek üzere 1982 yılında Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve herhangi bir alana özgül olmayan Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (Bkz. EK 3), bireylerin genel öz yeterlilik algılarını ölçmektedir. Toplam 23 maddesi olan ölçeğin dört alt faktörü bulunmaktadır. Ölçeğin alt faktörleri: davranışa başlama (2., 11., 12., 14., 17., 18., 20. ve 22. maddeler); davranış sürdürme (4., 5., 6., 7., 10., 16. ve 19. maddeler); davranış tamamlama (3., 8., 9., 15. ve 23. maddeler) ve engellerle mücadeledir (1., 13. ve 21. maddeler) (57,58,59,60). Ölçekte, her bir madde için; (1) beni hiç tanımlamıyor, (2) beni biraz tanımlıyor, (3) kararsızım, (4) beni iyi tanımlıyor, (5) beni çok iyi tanımlıyor, seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Ölçek puanlaması yapılırken ölçeğin 2., 4., 5., 6., 7., 10., 11., 12., 14., 16., 17., 18., 20. ve 22. maddeleri ters yönde puanlanmakta ve ölçeğin tamamından en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Alınan toplam puanın yüksek olması, genel öz etkililik-yeterlilik algısının yüksek olduğunu göstermektedir (48,101,111,114).

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 1999 yılında Gözümlü ve Aksayan (48), 2006 yılında ise, Keskin ve Orgun (111) tarafından yapılmıştır. Gözümlü ve Aksayan (48) ’ın çalışmasında toplam ölçek için Cronbach Alpha değeri 0.81, Keskin ve Orgun (111) ’un çalışmasında 0.71; bu çalışmada ise, 0.81 olarak bulunmuştur.

Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, birinci periyodik izlem, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde olmak üzere yaşlılara üç kez uygulanmıştır.

3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’ne dayandırılarak oluşturulan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Bkz. EK 4) kullanılarak değerlendirilmiştir. Walker ve diğerleri (123) tarafından 1987 yılında geliştirilen ve ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Toplam 52 maddesi olan ölçeğin altı alt faktörü bulunmaktadır (139). Ölçeğin alt faktörleri: sağlık sorumluluğu (3., 9., 15., 21., 27., 33., 39., 45. ve 51. maddeler); fiziksel aktivite (4., 10., 16., 22., 28., 34., 40. ve 46. maddeler); beslenme (2., 8., 14., 20., 26., 32., 38., 44. ve 50. maddeler); manevi gelişim (6., 12., 18., 24., 30., 36., 42., 48. ve 52. maddeler); kişilerarası ilişkiler (1., 7., 13., 19., 25., 31., 37., 43. ve 49. maddeler) ve stres yönetimidir (5., 11., 17., 23., 29., 35., 41. ve 47. maddeler) (54). Ölçekte her bir madde için; (1) hiçbir zaman, (2) bazen, (3) sık sık, (4) düzenli olarak, seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmekte ve ölçeğin tamamından en az 52, en fazla 208 puan alınabilmektedir (122,139).

Ölçeğin alt boyutları şu şekilde tanımlanmaktadır (122):

1. Sağlık sorumluluğu: Bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

2. Fiziksel aktivite: Hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

3. Beslenme: Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

4. Manevi gelişim: İç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

5. Kişilerarası ilişkiler: Başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

6. Stres yönetimi: Gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 1997 yılında Esin (97), 1998 yılında Akça (140), 2008 yılında Bahar ve diğerleri (122) tarafından yapılmıştır. Esin (97) tarafından 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu; Akça (140), Bahar ve diğerleri (122) tarafından ise, ölçeğin 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Akça (140)’nın çalışmasında toplam ölçek için Cronbach Alpha .90, Bahar ve diğ. (122)’nin çalışmasında .92; bu çalışmada ise, .75 olarak bulunmuştur. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmiştir (122).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, birinci periyodik izlem, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde olmak üzere yaşlılara üç kez uygulanmıştır.

3.4.4. Omaha Sistemi (OS) İle Hemşirelik Hizmetlerinin Uygulanması

Yaşlıların sağlık durumları Yaşlı Değerlendirme Formu (Bkz. EK 1) ile değerlendirilmiş, Yaşlı Değerlendirme Formu’ndan elde edilen veriler doğrultusunda yaşlıların sağlık ve sosyal gereksinimlerine yönelik hemşirelik tanılarının belirlenmesinde ve belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda sağlık düzeylerini yükseltmek, öz yeterlilik algılarını arttırmak ve yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek hedeflerine

yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanmasında Omaha Sistemi (OS) kullanılmıştır. Omaha Sistemi; Problem Sınıflama Listesi (PSL), Hemşirelik Girişim Şeması (HGŞ) ve Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (141-143). Bu çalışmada, Omaha Sistemi'nin sadece Problem Sınıflama Listesi ve Hemşirelik Girişim Şeması kullanılmıştır (Bkz. EK 5).

Problem Sınıflama Listesi'nde çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları olmak üzere dört tanı alanı vardır. **Çevresel alan**, yakın ve uzak çevre ile ilgili problemleri; **psikososyal alan**, davranış, duygu, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri; **fizyolojik alan**, yaşamı sürdürmek için gerekli olan fonksiyonlarla ilgili sağlık problemlerini; **sağlık davranışları alanı** da, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktiviteler ile ilgili problemleri tanımlar. Bu alanlarda toplam 42 problem ve 312 belirti-bulgu yer almaktadır (141,143-144). Yaşlılarda görülen bazı belirti-bulgular Problem Sınıflama Listesi'nde yer alan tanı alanları kapsamındaki hemşirelik tanıları altında karşılığını bulamaması nedeni ile ilgili tanıların “diğer” başlıkları altında değerlendirilmiştir. Fizyolojik alan kapsamında; “kulakta çınlama / kaşıntı / sesleri uğultulu işitme” (17. İşitme); “gözde kızarıklık / kaşıntı / çapaklanma” ve “göz kapağında şişlik” (18. Görme); “ağız içinde yara” ve “ağız kokusu” (20. Ağız Sağlığı); “olumsuz beden algısı” (21. Algılama); “terleme” (24. Deri); “ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma” (25. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu); “burun kanaması” ve “etkili nefes alamama” (26. Solunum) “diğer” başlığı altında ele alınan belirti-bulgulardır (Bkz. Tablo 4.1.4). Sağlık davranışları alanı kapsamında ise, “uykuya dalmada güçlük”, “uyku ve dinlenme düzensizliği” (36. Uyku ve dinlenme düzeni); “ayak bakımında yetersizlik”, “perine hijyeninde yetersizlik” ve “ağız hijyeninde yetersizlik” (38. Kişisel bakım); “hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği” (42. Tedavi rejimi) belirti-bulguları “diğer” başlığı altında değerlendirilmiştir (Bkz. Tablo 4.1.5). Bu değerlendirme sonrasında, yaşlılarda Problem Sınıflama Listesi'ne göre her üç izlem sonrası en fazla fizyolojik alanda hemşirelik tanısı belirlenmiş, bunu sırasıyla sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alan izlemiştir (Bkz. Tablo 4.1.1). Tüm tanı alanları kapsamında yaşlılarda en çok görülen hemşirelik tanılarını beslenme, dolaşım, fiziksel aktivite, kişisel bakım, tedavi rejimi, mental sağlık, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, sinir-kas-iskelet fonksiyonu ve solunum,

kişilerarası ilişkiler, uyku ve dinlenme düzeni, ağrı ve bağırsak fonksiyonu tanıları oluşturmıştır. Araştırma süresince, beslenme, dolaşım, kişisel bakım, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanıları yaşlılarda en çok görülen 10 hemşirelik tanısı arasında yer alırken, fiziksel aktivite, tedavi rejimi, solunum, kişilerarası ilişkiler, uyku ve dinlenme düzeni, ağrı ve bağırsak fonksiyonu tanıları izlemlere göre en çok görülen 10 tanı sıralamasında değişim göstermiştir (Bkz. Grafik 4.1.1-3).

Araştırma süresince yaşlılarda belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik Hemşirelik Girişim Şeması'na göre belirlenen hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Hemşirelik Girişim Şeması, hemşirelik girişimleri listesidir. Hemşirelik girişimleri **sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık** (bireylerin bilgilenmesini, sağlık sorunları ile baş etmede özbakım gücünü geliştirmeyi amaçlayan hemşirelik girişimlerini içerir), **tedavi ve işlem** (risk faktörlerini ve belirti-bulguları erken dönemde tanılamayı, önlemeyi, azaltmayı ve hafifletmeyi amaçlayan hemşirelik girişimlerini içerir), **vaka yönetimi** (birey için sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlar ile iletişim kurmayı, bireylerin sağlık bakımı alma haklarını savunmayı ve bireyin uygun toplumsal kaynakları kullanmasını sağlayan hemşirelik girişimlerini kapsar) ve **sürveyans** (bireyin var olan sorunu ile ilgili olarak periyodik gözlem yapmayı, veri toplamayı, analiz ve değerlendirme yapmayı sağlayan hemşirelik girişimlerini kapsar) olmak üzere dört kategoride sınıflandırılır (141,143-144). Hemşirelik Girişim Şeması'na göre yaşlılarda belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik her iki izlem sonrasında da en fazla sürveyans girişimleri uygulanmış, bunu sırasıyla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem ile vaka yönetimi girişimleri izlemiştir (Bkz. Tablo 4.1.6). Sürveyans kapsamında; yaşlıların vital bulguları ve beden kitle indeksleri takip edilmiş, sağlık bakımındaki sorumluluklarını yerine getirip getirmediikleri değerlendirilmiş, gereksinimlerindeki değişimleri değerlendirmeye yönelik olarak da görüşme, gözlem ve izlemler yapılmıştır. Sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık kapsamında; yaşlılara sağlık sorunları, tedavi süreçleri, sağlık açısından riskli olabilecek davranışları ve olumlu sağlık davranışları hakkında eğitimler verilmiştir. Ayrıca, yaşlıların bireysel bakımlarına katılımlarının sağlanması ve özbakım güçlerinin geliştirilmesine yönelik yaşlılara sorumluluklar verilmiştir. Tedavi ve işlem kapsamında; yaşlıların vital bulguları ölçülmüş, beden

kitle indeksleri değerlendirilmiş, günlük yaşam aktivitelerini ve sağlık bakımlarında verilen sorumlulukları yerine getirmeleri için yaşlılar desteklenmiş, düşme ve yaralanma riskini önlemek için çevresel ve bireysel önlemler alınmıştır. Vaka yönetimi kapsamında ise; yaşlıların sağlık, sosyal ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik olarak kurum yetkilisi, kurumda çalışan doktor, hemşire, psikolog, laborant ve bakım personeli ile işbirliği yapılmıştır. Yaşlılar huzurevinde verilen hizmetlerden yararlanabilmeleri için desteklenmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma bulgularının Keçiören Huzurevi'nde yaşayan 30 yaşlının sekiz aylık bulguları ile sınırlı olması ve örneklem grubunun 30 kişi ile sınırlı olmasına bağlı olarak yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki değişimin yaşlıların medeni durumları, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumları açısından değerlendirilememesi, ayrıca, hemşirelik uygulamalarının huzurevinin imkânları ile sınırlı kalması bu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, 25-29.09.2009 tarihleri arasında araştırma grubuna benzer özellik gösteren yaşlıların kaldığı Özel Yenimahalle Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi'nde yapılmıştır. Ön uygulama için kurum yönetiminden sözel izin alındıktan sonra, kurumdaki yaşlılara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı doğrultusunda açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden altı yaşlıya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada araştırmacı tarafından geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu (Bkz. EK 1), Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (Bkz. EK 2), Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (Bkz. EK 3) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Bkz. EK 4) uygulanmıştır. Ön uygulamada form ve ölçeklerin işlerliği değerlendirilmiş olup, görüşmeler yaklaşık ortalama 60-90 dakika sürmüştür. Görüşmeler sorgulama tarzında değil, yaşlılarla sohbet şeklinde gerçekleştirilmiştir. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin yaşlı bireyler için uygun olduğu belirlenmiş; görüşme sırasında gelen geri bildirimler ve araştırmacının

değerlendirmeleri doğrultusunda saptanan eksiklikler ışığında Yaşlı Değerlendirme Formu yeniden düzenlenerek forma son şekli verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması 01 Ekim 2009 – 18 Haziran 2010 tarihleri arasında aşağıda yer alan adımlar izlenerek yapılmıştır.

1. Adım: Ön değerlendirme

Ön değerlendirmeye 01 Ekim 2009 tarihinde başlanmıştır. Bu aşamada, kurum hemşiresi, hekimi ve psikoloğu ile birlikte iletişime engel oluşturabilecek ileri derecede işitme ve algılama güçlüğü olmayan, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bağımsız olan yaşlılar belirlenmiştir. Belirlenen yaşlılar ile görüşülerek yaşlılara araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiş ve araştırma sürecine katılmayı kabul eden yaşlılardan yazılı onam alınmıştır.

2. Adım: Birinci Periyodik İzlem

Araştırma sürecinin ikinci adımı olan birinci periyodik izlem aşamasına 05 Ekim 2009 tarihinde başlanmıştır. Araştırmacı, hafta içi her gün 09-17 saatleri arasında kurumda bulunmuştur. Bu aşamada, araştırmacı araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılara tekrar araştırma amacı ve süreci hakkında bilgi vermiş ve karşılıklı beklentiler görüşülmüştür. Yaşlı Değerlendirme Formu (Bkz. EK 1) kullanılarak yaşlılar değerlendirilmeye başlanmıştır. Yaşlı Değerlendirme Formu kapsamında yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumlarını belirlemeye yönelik olarak Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (Bkz. EK 2) kullanılmış, elde edilen puan üzerinden yaşlıların bağımsızlık durumları değerlendirilmiştir. Yaşlıların öz yeterlilik algıları Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (Bkz. EK 3), sağlıklı yaşam biçimi davranışları da Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayandırılarak oluşturulan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Bkz. EK 4) ile değerlendirilmiştir. Veri toplama formları yaşlıyla yüze yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Yaşlı Değerlendirme Formu kapsamında yaşlıların sağlık durumlarını değerlendirmeye yönelik sistemlere ilişkin bazı belirti ve bulgular (göz, ağız, deri bütünlüğü, solunum sesleri, meme muayenesi gibi) fizik muayene ve

gözlem yoluyla elde edilmiştir. Bu aşama her bir yaşlı için ortalama 60-90 dakikada ve tek oturumda tamamlanmıştır.

Yaşlılar ile ilgili değerlendirmeler devam ederken, elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik tanıları geliştirilmeye başlanmıştır. Birinci periyodik izlem sonucu elde edilen veriler doğrultusunda, yaşlıların gereksinimleri Omaha Problem Sınıflama Listesi (Bkz. EK 5) kullanılarak tanılanmıştır. Hemşirelik tanıları doğrultusunda, yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda sağlık düzeylerini yükseltmek, öz yeterlilik algılarını arttırmak ve yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek hedeflerine yönelik olarak Omaha Hemşirelik Girişim Şeması'nda yer alan sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve sürveyans girişimleri kapsamında hemşirelik hizmetleri planlanmış ve her bir yaşlı için uygulama planı oluşturulmuştur.

Uygulama planı oluşturulurken, tanıların öncelik sırası göz önüne alınmış ve görüşmeler günde dört yaşlı ile görüşme yapma kriteri doğrultusunda planlanmıştır.

3. Adım: Uygulama

Belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına 02 Kasım 2009 tarihinde başlanmıştır. Araştırmacı uygulama aşamasında hafta içi her gün 09-17 saatleri arasında kurumda bulunmuştur. Bu aşamada, uygulama planı ve yaşlıların değişen gereksinimleri doğrultusunda her bir yaşlı ile ortalama 7.57 ± 1.04 planlı görüşme yapılmıştır. Görüşmeler yaşlının kendisini rahat hissedebileceği ortamlarda (yaşlının odası, huzurevinin salonu, huzurevinin bahçesi) gerçekleştirilmiştir. Görüşme tarih ve saati yaşlı ile birlikte önceden belirlenmiştir. Görüşmeler ortalama 60-80 dakikalık sürelerde gerçekleştirilmiştir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak planlanan ve yürütülen her bir görüşme bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (devam eden sorunun tekrardan ele alınması) ve o günkü görüşme planının uygulanması olmak üzere iki aşamadan oluşmuştur. Önerilen uygulamaları doğru yapan yaşlıların davranışları pekiştirilmiş, eksik ya da yanlış yapılan uygulamalar konuşularak düzeltilmeye çalışılmıştır. Uygulamaları yapmak istemeyen yaşlılarla yapmak istememe nedenleri tartışılmış ve uygulamaları yapmaları için yeniden motive edilmiştir.

Uygulama aşamasında, yaşlıların değişen gereksinimleri doğrultusunda tespit edilen yeni durumlara ilişkin belirti-bulguları tanılama ve planlama sürecine devam edilmiş ve tüm planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulaması 12 Şubat 2010 tarihinde bitirilmiştir.

Hemşirelik girişimleri Omaha Hemşirelik Girişim Şeması'nda yer alan sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve sürveyansı içermiştir.

Sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık kapsamında; yaşlılara sağlık sorunları, tedavi süreçleri, sağlık açısından riskli olabilecek davranışları ve olumlu sağlık davranışları hakkında eğitimler verilmiştir. Ayrıca, yaşlıların bireysel bakımlarına katılımlarının sağlanması ve özbakım güçlerinin geliştirilmesine yönelik yaşlılara sorumluluklar verilmiştir.

Tedavi ve işlem kapsamında; yaşlıların vital bulguları ölçülmüş, beden kitle indeksleri değerlendirilmiş, günlük yaşam aktivitelerini ve sağlık bakımlarında verilen sorumlulukları yerine getirmeleri için yaşlılar desteklenmiş, düşme ve yaralanma riskini önlemek için çevresel ve bireysel önlemler alınmıştır.

Vaka yönetimi kapsamında; yaşlıların sağlık, sosyal ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik olarak kurum yetkilisi, kurumda çalışan doktor, hemşire, psikolog, laborant ve bakım personeli ile işbirliği yapılmıştır. Yaşlılar huzurevinde verilen hizmetlerden yararlanabilmeleri için desteklenmiştir.

Sürveyans kapsamında; yaşlıların vital bulguları ve beden kitle indeksleri takip edilmiş; sağlık bakımındaki sorumluluklarını yerine getirip getirmediikleri değerlendirilmiş; gereksinimlerindeki değişimleri değerlendirmeye yönelik olarak da görüşme, gözlem ve izlemler yapılmıştır.

4. Adım: Ara İzlem

Araştırmanın dördüncü adımını oluşturan ara izlem aşamasına 15 Şubat 2010 tarihinde başlanmıştır. Araştırmacı ara izlem aşamasında hafta içi üç gün 09-17 saatleri arasında kurumda bulunmuştur. Bu aşamada, yaşlıların uygulama aşamasında müdahale edilen hemşirelik tanılarının devam edip etmediği, hemşirelik girişimlerinin sonuçları ve yaşlıların yeni gereksinimleri olup olmadığı Omaha Problem Sınıflama Listesi ile değerlendirilmiştir. Belirlenen hemşirelik tanılarına

yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmek için de Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (Bkz. EK 3) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Bkz. EK 4) uygulanmıştır.

Yaşlılar ile ilgili değerlendirmeler devam ederken, elde edilen veriler doğrultusunda belirlenen yeni gereksinimler için Omaha Problem Sınıflama Listesi (Bkz. EK 5) kullanılarak hemşirelik tanıları geliştirilmeye başlanmıştır. Yeni belirlenen ve devam eden tanılar için yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda sağlık düzeylerini yükseltmek, öz yeterlilik algılarını arttırmak ve yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek hedeflerine yönelik olarak Omaha Hemşirelik Girişim Şeması'nda yer alan sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve sürveyans girişimleri kapsamında hemşirelik hizmetlerinin planlanmasına devam edilmiş ve her bir yaşlı için yeni bir uygulama planı oluşturulmuştur.

Uygulama planı oluşturulurken, tanıların öncelik sırası göz önüne alınmış ve görüşmeler günde dört yaşlı ile görüşme yapma kriteri doğrultusunda planlanmıştır.

5. Adım: Uygulama

Ara izlemde ele alınan hemşirelik tanılarına yönelik planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına 04 Mart 2010 tarihinde başlanmıştır. Bu aşamada araştırmacı hafta içi iki gün 09-17 saatleri arasında kurumda bulunmuştur. Uygulama planı ve yaşlıların değişen gereksinimleri doğrultusunda her bir yaşlı ile ortalama 5.43 ± 1.57 planlı görüşme yapılmıştır. Görüşmeler yaşlının kendisini rahat hissedebileceği ortamlarda (yaşlının odası, huzurevinin salonu, huzurevinin bahçesi) gerçekleştirilmiştir. Görüşme tarih ve saati yaşlı ile birlikte önceden belirlenmiştir. Görüşmeler ortalama 60-80 dakikalık sürelerde gerçekleştirilmiştir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak planlanan ve yürütülen her bir görüşme bir önceki görüşmenin değerlendirilmesi (devam eden sorunun tekrardan ele alınması) ve o günkü görüşme planının uygulanması olmak üzere iki aşamadan oluşmuştur. Önerilen uygulamaları doğru yapan yaşlıların davranışları pekiştirilmiş, eksik ya da yanlış yapılan uygulamalar konuşularak düzeltilmeye çalışılmıştır. Uygulamaları

yapmak istemeyen yaşlılarla yapmak istememe nedenleri tartışılmış ve uygulamaları yapmaları için yeniden motive edilmiştir.

Bu aşamada, yaşlıların değişen gereksinimleri doğrultusunda tespit edilen yeni durumlara ilişkin belirti-bulgular saptanarak tanılama ve planlama sürecine devam edilmiş ve tüm planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulaması 14 Mayıs 2010 tarihinde bitirilmiştir.

Hemşirelik girişimleri Omaha Hemşirelik Girişim Şeması (HGŞ)'nda yer alan sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve sürveyansı içermiştir.

Sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık kapsamında; yaşlılara sağlık sorunları, tedavi süreçleri, sağlık açısından riskli olabilecek davranışları ve olumlu sağlık davranışları hakkında eğitimler verilmiştir. Ayrıca, yaşlıların bireysel bakımlarına katılımlarının sağlanması ve özbakım güçlerinin geliştirilmesine yönelik yaşlılara sorumluluklar verilmiştir.

Tedavi ve işlem kapsamında; yaşlıların vital bulguları ölçülmüş, beden kitle indeksleri değerlendirilmiş, günlük yaşam aktivitelerini ve sağlık bakımlarında verilen sorumlulukları yerine getirmeleri için yaşlılar desteklenmiş, düşme ve yaralanma riskini önlemek için çevresel ve bireysel önlemler alınmıştır.

Vaka yönetimi kapsamında; yaşlıların sağlık, sosyal ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik olarak kurum yetkilisi, kurumda çalışan doktor, hemşire, psikolog, laborant ve bakım personeli ile işbirliği yapılmıştır. Yaşlılar huzurevinde verilen hizmetlerden yararlanabilmeleri için desteklenmiştir.

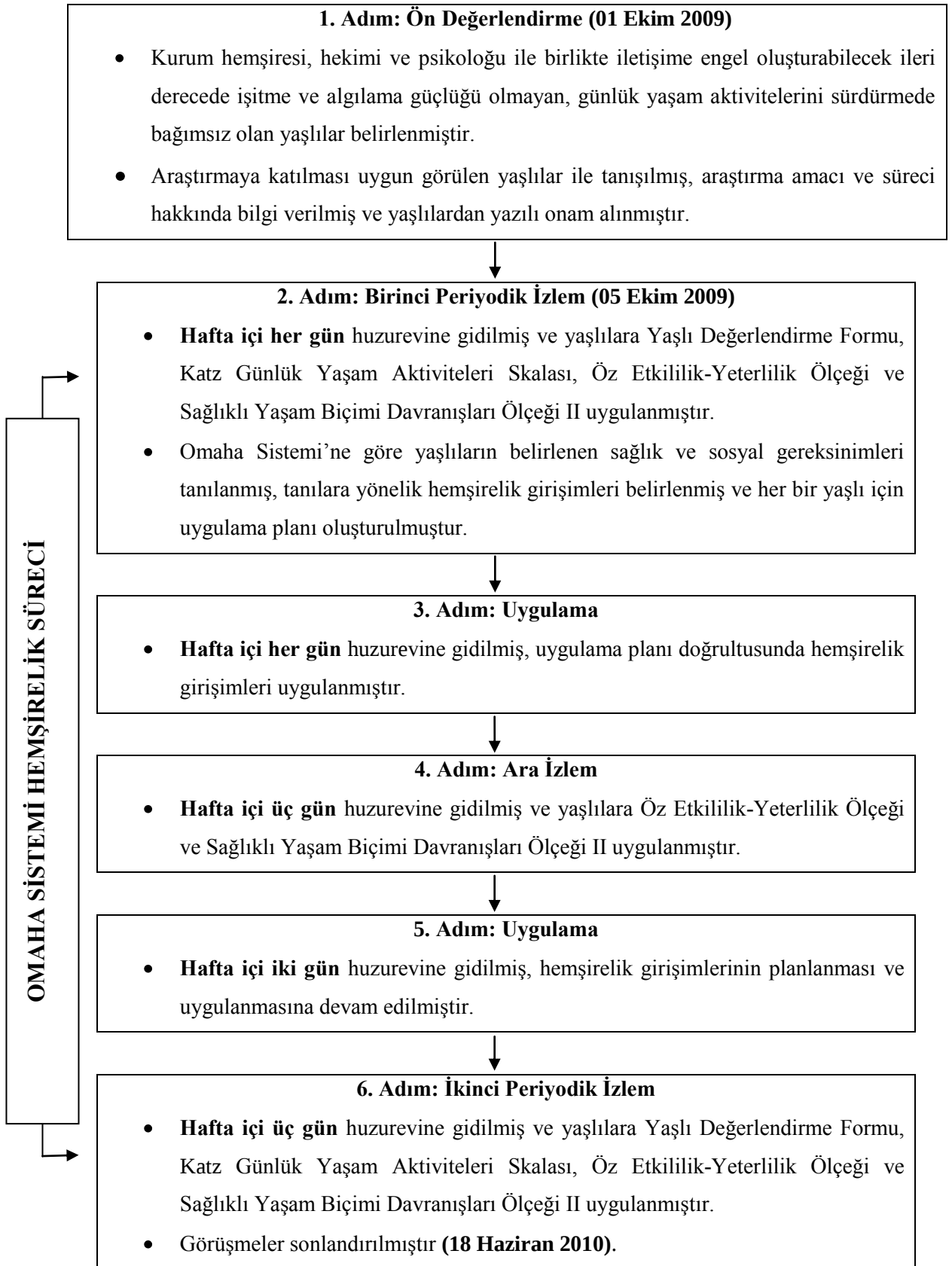
Sürveyans kapsamında; yaşlıların vital bulguları ve beden kitle indeksleri takip edilmiş; sağlık bakımındaki sorumluluklarını yerine getirip getirmediikleri değerlendirilmiş; gereksinimlerindeki değişimleri değerlendirmeye yönelik olarak da görüşme, gözlem ve izlemler yapılmıştır.

6. Adım: İkinci Periyodik İzlem

Araştırmanın altıncı ve son adımı olan ikinci periyodik izlem aşaması 17 Mayıs 2010 – 18 Haziran 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, araştırmacı hafta içi üç gün 09-17 saatleri arasında kurumda bulunmuştur. İkinci periyodik izlemde, yaşlılar Yaşlı Değerlendirme Formu (Bkz. EK 1) ve Yaşlı

Değerlendirme Formu kapsamında Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (Bkz. EK 2) ile tekrar değerlendirilmiştir. Araştırma sürecince verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algılarına etkisini değerlendirmek için Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (Bkz. EK 3), sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini değerlendirmek için de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Bkz. EK 4) tekrar uygulanmıştır. Değerlendirme sonrasında uygulamanın tümü yaşlı ile değerlendirildikten sonra görüşmeler sonlandırılmıştır. Araştırmacı, ikinci periyodik izlem sonucunda elde ettiği veriler doğrultusunda, yaşlıların gereksinimlerini Omaha Problem Sınıflama Listesi (Bkz. EK 5)'ni kullanarak tekrar tanılamış ve uygulama aşamalarında belirlenen tanıların sonuçlanma durumunu değerlendirmiştir.

3.8. Araştırmanın Uygulama Akış Çizelgesi



3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu'nda uygulanabilmesi için Keçiören Belediye Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 7). Araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacı ile Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve gerekli izin alınmıştır (Bkz. EK 8). Uygulamaya başlamadan önce yaşlılara araştırmanın amacı ve araştırma sürecine ilişkin bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlıların bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK 9).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Yaşlı Değerlendirme Formu'ndan elde edilen veriler bağımsız değişkenler; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği puanları ise, bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir. Değişkenlerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizler aşağıda yer almaktadır:

Bağımsız değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile değerlendirilmiştir.

Birinci periyodik izlem, ara izlem ve ikinci periyodik izleme göre Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Birinci periyodik izlem, ara izlem ve ikinci periyodik izleme göre Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarındaki değişim tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan bulgulardaki farklılıkları belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır.

Bağımsız değişkenlere göre Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarındaki değişim tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan bulgulardaki farklılıkları belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur:

4.1. Yaşlıların Sağlık Durumlarındaki Değişimler

4.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

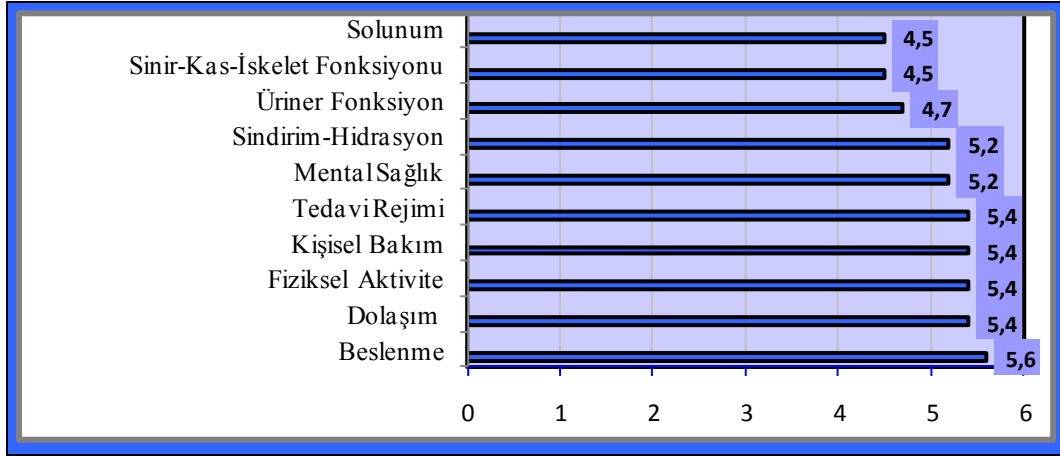
4.1. Yaşlıların Sağlık Durumlarındaki Değişimler

Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne göre yaşlıların sağlık durumlarındaki değişimlere ilişkin bulgular bu başlık altında yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Yaşlıların İzlemlere Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Problem Sınıflama Listesi Tanı Alanlarına Göre Dağılımı

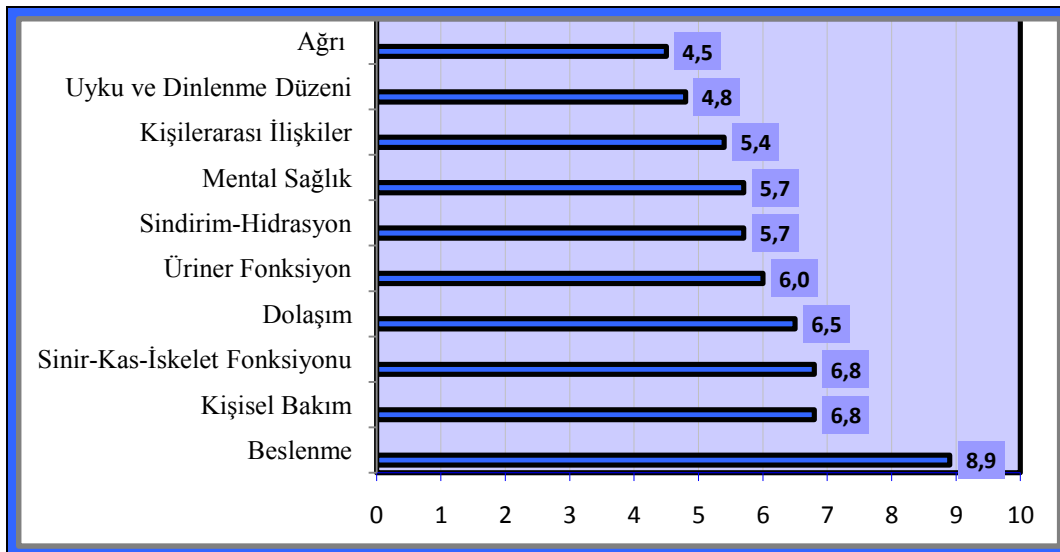
Tanı Alanları	Birinci Periyodik İzlem		Ara İzlem		İkinci Periyodik İzlem	
	n	%	n	%	n	%
01. Çevresel Alan	14	2.6	4	1.2	2	0.8
02. Psikososyal Alan	92	17.2	58	17.3	36	13.9
03. Fizyolojik Alan	268	50.2	177	52.6	157	60.6
04. Sağlık Davranışları Alanı	160	30.0	97	28.9	64	24.7
Toplam	534	100.0	336	100.0	259	100.0

Tablo 4.1.1'de yaşlıların izlemlere göre belirlenen hemşirelik tanılarının Problem Sınıflama Listesi tanı alanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarında birinci periyodik izlem sonrası toplam 534; ara izlem sonrası 336; ikinci periyodik izlem sonrası ise, 259 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Üç izlemde de en çok fizyolojik alana ilişkin hemşirelik tanısı belirlenirken, bunu sırasıyla sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alan izlemiştir. Uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında, hem tüm tanı alanlarına ilişkin toplam hemşirelik tanılarının sayısında hem de çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarına ilişkin hemşirelik tanılarının sayısında izlemlere göre azalma olduğu görülmektedir.



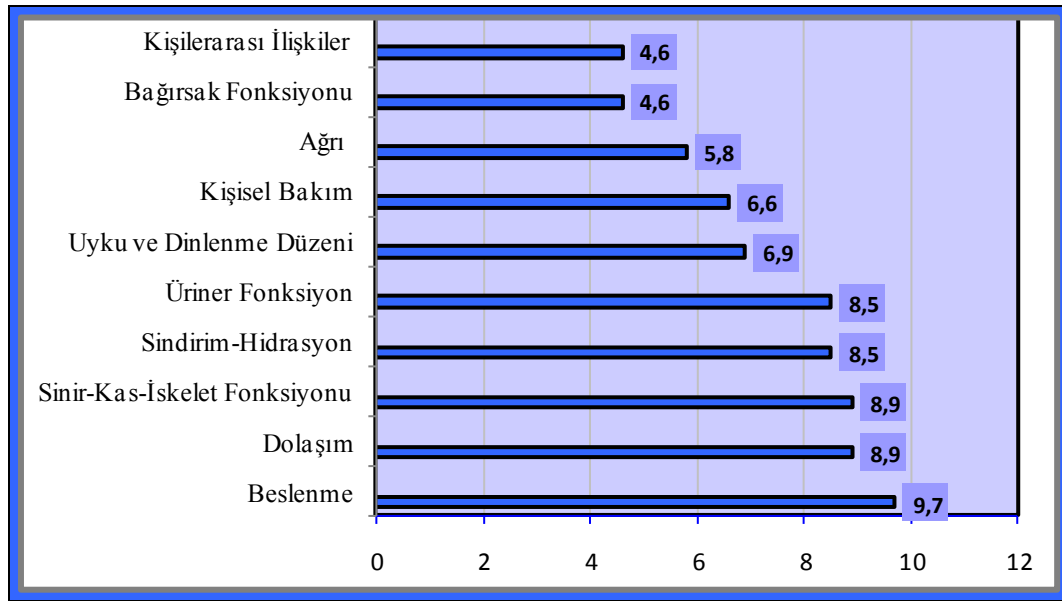
Grafik 4.1.1. Birinci Periyodik İzlem Sonrası Problem Sınıflama Listesi'ne Göre En Sık Kodlanan 10 Hemşirelik Tanısı

Grafik 4.1.1'de birinci periyodik izlem sonrası Problem Sınıflama Listesi'ne göre tüm tanı alanları kapsamında en sık kodlanan 10 hemşirelik tanısının dağılımı yer almaktadır. Grafiğe göre; en sık kodlanan tanının %5.6 (n=30) ile beslenme tanısı olduğu, bunu sırasıyla dolaşım (%5.4, n=29), fiziksel aktivite (%5.4, n=29), kişisel bakım (%5.4, n=29), tedavi rejimi (%5.4, n=29), mental sağlık (%5.2, n=28), sindirim-hidrasyon (%5.2, n=28), üriner fonksiyon (%4.7, n=25), sinir-kas-iskelet fonksiyonu (%4.5, n=24) ve solunum (%4.5, n=24) tanılarının izlediği görülmektedir.



Grafik 4.1.2. Ara İzlem Sonrası Problem Sınıflama Listesi'ne Göre En Sık Kodlanan 10 Hemşirelik Tanısı

Grafik 4.1.2’de ara izlem sonrası Problem Sınıflama Listesi’ne göre tüm tanı alanları kapsamında en sık kodlanan 10 hemşirelik tanısının dağılımı yer almaktadır. Grafiğe göre; en sık kodlanan tanının %8.9 (n=30) ile beslenme tanısı olduğu, bunu sırasıyla kişisel bakım (%6.8, n=23), sinir-kas-iskelet fonksiyonu (%6.8, n=23), dolaşım (%6.5, n=22), üriner fonksiyon (%6.0, n=20), sindirim-hidrasyon (%5.7, n=19), mental sağlık (%5.7, n=19), kişilerarası ilişkiler (%5.4, n=18), uyku ve dinlenme düzeni (%4.8, n=16), ağrı (%4.5, n=15) tanılarının izlediği görülmektedir.



Grafik 4.1.3. İkinci Periyodik İzlem Sonrası Problem Sınıflama Listesi’ne Göre En Sık Kodlanan 10 Hemşirelik Tanısı

Grafik 4.1.3’de ikinci periyodik izlem sonrası Problem Sınıflama Listesi’ne göre tüm tanı alanları kapsamında en sık kodlanan 10 hemşirelik tanısının dağılımı yer almaktadır. Grafiğe göre; en sık kodlanan tanının %9.7 (n=25) ile beslenme tanısı olduğu, bunu sırasıyla dolaşım (%8.9, n=23), sinir-kas-iskelet fonksiyonu (%8.9, n=23), sindirim-hidrasyon (%8.5, n=22), üriner fonksiyon (%8.5, n=22), uyku ve dinlenme düzeni (%6.9, n=18), kişisel bakım (%6.6, n=17), ağrı (%5.8, n=15), bağırsak fonksiyonu (%4.6, n=4.6) ve kişilerarası ilişkiler (%4.6, n=12) tanılarının izlediği görülmektedir.

Tablo 4.1.2. Yaşlıların İzlemlere Göre Çevresel Alanda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Hemşirelik Tanıları ve Belirti-Bulgular	Birinci Periyodik İzlem		Ara İzlem		İkinci Periyodik İzlem	
	n	%	n	%	n	%
01. ÇEVRESEL ALAN						
02. Sanitasyon	3	21.4	1	25.0	-	-
02. Besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik	3	21.4	1	25.0	-	-
03. Konut	8	57.2	-	-	-	-
05. Yaşanılan alanın dağınık olması	8	57.2	-	-	-	-
04. Yaşam alanı / iş ortamı	3	21.4	3	75.0	2	100.0
07. Fiziksel tehlikeler	3	21.4	3	75.0	2	100.0
Tanı Toplam	14	100.0	4	100.0	2	100.0
Belirti-Bulgu Toplam	14	100.0	4	100.0	2	100.0

Tablo 4.1.2’de yaşlıların izlemlere göre çevresel alanda belirlenen hemşirelik tanılarının ve hemşirelik tanılarına ilişkin belirti-bulguların dağılımı yer almaktadır.

Çevresel alana yönelik birinci periyodik izlemde toplam 14, ara izlemde dört ve ikinci periyodik izlemde ise, iki hemşirelik tanısı kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç hemşirelik tanısı sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde konut (%57.2, n=8), sanitasyon (%21.4, n=3) ve yaşam alanı / iş ortamı (%21.4, n=3); ara izlemde yaşam alanı / iş ortamı (%75.0, n=3) ve sanitasyon (%25.0, n=1); ikinci periyodik izlemde ise sadece yaşam alanı / iş ortamı (%100.0, n=2) tanısının olduğu görülmektedir.

Çevresel alana yönelik birinci periyodik izlemde 14, ara izlemde dört ve ikinci periyodik izlemde ise, iki belirti-bulgu kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç belirti-bulgu sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde yaşanılan alanın dağınık olması (%57.2, n=8), besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik (%21.4, n=3) ve fiziksel tehlikeler (%21.4, n=3); ara izlemde fiziksel tehlikeler (%75.0, n=3) ve besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik (%25.0, n=1); ikinci periyodik izlemde ise sadece fiziksel tehlikeler (%100.0, n=2) belirti-bulgusunun olduğu görülmektedir.

Hemşirelik tanılarının sayısı izlemlere göre incelendiğinde; “sanitasyon” tanı sayısının ara izlemde azalma gösterdiği ve ikinci periyodik izlemde ise hiç kodlanmadığı; “konut” tanısının birinci periyodik izlemde sekiz kez kodlanırken, ara

izlem ve ikinci periyodik izlemde hiç kodlanmadığı; “yaşam alanı / iş ortamı” tanı sayısının ise ara izlemde sabit kalırken, ikinci periyodik izlemde azalma gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.1.3. Yaşlıların İzlemlere Göre Psikososyal Alanda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Hemşirelik Tanıları ve Belirti-Bulgular	Birinci Periyodik İzlem		Ara İzlem		İkinci Periyodik İzlem	
02. PSİKOSOSYAL ALAN	n	%	n	%	n	%
05. Toplum kaynakları ile iletişim	7	7.6	3	5.2	3	8.3
01. Hizmetlerden nasıl yararlanacağını ve haklarını bilmeme	2	0.9	-	-	-	-
04. Hizmetlerden memnun olmama	5	2.3	3	2.6	3	6.3
06. Sosyal ilişki	13	14.1	7	12.1	5	13.9
01. Sınırlı sosyal ilişki	10	4.7	6	5.2	4	8.3
02. Sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması	5	2.3	2	1.7	-	-
03. Dış uyaranların / boş zaman aktivitelerinin çok az olması	5	2.3	3	2.6	1	2.1
07. Rol değişimi	2	2.2	1	1.7	-	-
01. İstenmeyen rol değişimi	2	0.9	1	0.9	-	-
02. Yeni role uyumsuzluk	2	0.9	1	0.9	-	-
08. Kişilerarası ilişkiler	23	25.0	18	31.0	12	33.3
01. İlişkiye başlama / sürdürmede güçlük	8	3.7	5	4.4	2	4.1
02. Paylaşılan aktivitelerin az olması	21	9.8	10	8.7	3	6.3
03. Değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyumsuzluk	20	9.3	15	13.0	10	20.7
04. Kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik	8	3.7	4	3.5	1	2.1
05. Uzun süren, düzelmeyen gerginlik	4	1.9	2	1.7	1	2.1
08. Problemlerini çözerken çatışmaya girmek	8	3.7	6	5.2	3	6.3
09. İnanç	2	2.2	-	-	-	-
04. Tıbbi / sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması	2	0.9	-	-	-	-
10. Üzüntü	17	18.5	10	17.2	11	30.6
01. Üzüntü / iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe	12	5.6	5	4.4	3	6.3
02. Üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük	11	5.1	6	5.2	4	8.3
03. Üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük	9	4.2	3	2.6	6	12.5
11. Mental sağlık	28	30.4	19	32.8	5	13.9
01. Üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven	22	10.2	9	7.8	1	2.1
02. Endişe / tanımlanmamış korkular	13	6.1	5	4.4	-	-
03. Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı	7	3.3	3	2.6	-	-
08. Stres yönetiminde güçlük	22	10.2	16	13.9	1	2.1
09. Öfke yönetiminde güçlük	9	4.2	5	4.4	-	-
10. Somatik yakınmalar /yorgunluk	4	1.9	2	1.7	2	4.1
16. Duygu durumunda dalgalanma	4	1.9	3	2.6	3	6.3
Tanı Toplam	92	100.0	58	100.0	36	100.0
Belirti-Bulgu Toplam	215	100.0	115	100.0	48	100.0

Tablo 4.1.3’de yaşlıların izlemlere göre psikososyal alanda belirlenen hemşirelik tanılarının ve hemşirelik tanılarına ilişkin belirti-bulguların dağılımı yer almaktadır. Psikososyal alana yönelik birinci periyodik izlemde toplam 92, ara izlemde 58 ve ikinci periyodik izlemde ise 36 hemşirelik tanısı kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç hemşirelik tanısı sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde mental sağlık (%30.4, n=28), kişilerarası ilişkiler (%25.0, n=23) ve üzüntü (%18.5, n=17); ara izlemde mental sağlık (%32.8, n=19), kişilerarası ilişkiler (%31.0, n=18) ve üzüntü (%17.2, n=10); ikinci periyodik izlemde ise kişilerarası ilişkiler (%33.3, n=12), üzüntü (%30.6, n=11); sosyal ilişki (%13.9, n=5) ve mental sağlık (%13.9, n=5) tanılarının olduğu görülmektedir.

Psikososyal alana yönelik birinci periyodik izlemde 215, ara izlemde 115 ve ikinci periyodik izlemde ise 48 belirti-bulgu kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç belirti-bulgu sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven (%10.2, n=22), stres yönetiminde güçlük (%10.2, n=22), paylaşılan aktivitelerin az olması (%9.8, n=21) ve değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyumsuzluk (%9.3, n=20); ara izlemde stres yönetiminde güçlük (%13.9, n=16), değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyumsuzluk (%13.0, n=15) ve paylaşılan aktivitelerin az olması (%8.7, n=10); ikinci periyodik izlemde ise değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyumsuzluk (%20.7, n=10), üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük (%12.5, n=6) ve üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük (%8.3, n=4) belirti-bulgularının olduğu görülmektedir.

Hemşirelik tanılarının sayısı izlemlere göre incelendiğinde; “sosyal ilişki”, “kişilerarası ilişkiler” ve “mental sağlık” tanılarının sayısında izlemlere göre azalma olduğu; “toplum kaynakları ile iletişim” tanı sayısının ara izlemde azaldığı, fakat ikinci periyodik izlemde sabit kaldığı; “rol değişimi” tanı sayısının ara izlemde azaldığı, ikinci periyodik izlemde ise hiç kodlanmadığı; “inanç” tanısının birinci periyodik izlemde iki kez kodlanırken, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde hiç kodlanmadığı; “üzüntü” tanı sayısının ise ara izlemde azalma gösterdiği, fakat ikinci periyodik izlemde ara izleme göre bir artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.1.4. Yaşlıların İzlemlere Göre Fizyolojik Alanda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Hemşirelik Tanıları ve Belirti-Bulgular	Birinci Periyodik İzlem		Ara İzlem		İkinci Periyodik İzlem	
03. FİZYOLOJİK ALAN	n	%	n	%	n	%
17. İşitme	23	8.6	13	7.3	8	5.1
01. Normal konuşma ses tonunu duymada güçlük	4	0.7	2	0.6	2	0.7
06. Diğer (kulakta çınlama / kaşıntı / sesleri uğultulu işitme)	23	4.0	13	3.8	7	2.4
18. Görme	14	5.2	4	2.3	3	1.9
06. Şaşılık / göz kırpması / gözlerde sulanma / bulanık görme	7	1.2	4	1.2	2	0.7
09. Diğer (gözde kızarıklık / kaşıntı / çapaklanma)	11	1.9	1	0.3	1	0.3
09. Diğer (göz kapağında şişlik)	2	0.3	-	-	-	-
20. Ağız sağlığı	24	9.0	11	6.2	9	5.7
01. Dişlerde şekil bozukluğu / kırık / kayıplar	9	1.5	8	2.3	6	2.0
02. Çürükler	6	1.0	5	1.5	4	1.4
04. Yaralı / şiş / kanayan dişeti	3	0.5	2	0.6	1	0.3
06. İyi oturmeyen / eksik takma dişler	16	2.7	3	0.9	2	0.7
08. Diğer (ağız içinde yara)	16	2.7	1	0.3	2	0.7
08. Diğer (ağız kokusu)	5	0.8	1	0.3	1	0.3
21. Algılama	3	1.1	3	1.7	-	-
09. Tekrarlayan konuşmalar / davranışlar	1	0.2	1	0.3	-	-
11. Diğer (olumsuz beden algısı)	2	0.3	2	0.6	-	-
22. Ağrı	21	7.8	15	8.5	15	9.6
01. Rahatsızlık / ağrı ifade etme	21	3.6	15	4.3	15	5.0
24. Deri	21	7.8	13	7.3	11	7.0
01. Lezyon / bası yarası	2	0.3	-	-	-	-
02. Döküntü	3	0.5	2	0.6	-	-
03. Aşırı kuru	15	2.5	9	2.6	2	0.7
06. Kaşıntı	15	2.5	7	2.1	7	2.4
08. Çürük- ezik	2	0.3	-	-	2	0.7
09. Tırnakların aşırı büyümesi	8	1.4	1	0.3	-	-
11. Diğer (terleme)	5	0.8	-	-	3	1.0
25. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	24	9.0	23	13.0	23	14.7
01. Hareketlerde sınırlılık	17	2.9	12	3.5	11	3.7
02. Kas gücünde azalma	21	3.6	19	5.5	20	6.8
04. Kas tonüsünde azalma	21	3.6	19	5.5	20	6.8
06. Duyuda azalma	4	0.7	2	0.6	3	1.0
08. Dengede bozukluk	15	2.5	14	4.1	13	4.4
09. Yürüme / hareket etme güçlüğü	15	2.5	11	3.2	9	3.0
14. Diğer (ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma)	20	3.4	18	5.3	11	3.7
26. Solunum	24	9.0	12	6.8	8	5.1
03. Öksürme	20	3.4	5	1.5	4	1.4
04. Öksürmememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama	14	2.4	4	1.2	3	1.0
07. Sesli solunum	3	0.5	2	0.6	-	-
09. Anormal solunum sesleri	1	0.2	-	-	-	-
11. Diğer (burun kanaması)	2	0.3	1	0.3	-	-
11. Diğer (etkili nefes alamama)	12	2.0	6	1.8	7	2.4

Tablo 4.1.4. Yaşlıların İzlemlere Göre Fizyolojik Alanda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (Devam)

Hemşirelik Tanıları ve Belirti-Bulgular	Birinci Periyodik İzlem		Ara İzlem		İkinci Periyodik İzlem	
03. FİZYOLOJİK ALAN	n	%	n	%	n	%
27. Dolaşım	29	10.8	22	12.4	23	14.7
01. Ödem	10	1.7	8	2.3	7	2.4
02. Ekstremitelerde ağrı / kramp	20	3.4	13	3.8	13	4.4
05. Etkilenmiş bölgede ısı değişikliği	1	0.2	1	0.3	1	0.3
06. Damarlarda varis oluşması	13	2.2	13	3.8	13	4.4
07. Senkop atakları (bayılma) / baş dönmesi	7	1.2	6	1.8	3	1.0
08. Anormal kan basıncı ölçümleri	5	0.8	3	0.9	1	0.3
11. Kalp hızında aşırı artış	9	1.5	3	0.9	5	1.7
13. Göğüs ağrısı	4	0.7	2	0.6	2	0.7
17. Diğer (halsizlik / yorgunluk)	3	0.5	6	1.8	7	2.4
28. Sindirim-hidrasyon	28	10.5	19	10.7	22	14.0
01. Bulantı / kusma	6	1.0	3	0.9	-	-
02. Çiğneme / yutma / sindirim güçlüğü / yapamama	16	2.7	3	0.9	5	1.7
03. Hazımsızlık	14	2.4	8	2.3	6	2.0
04. Reflü	7	1.2	2	0.6	5	1.7
05. İştahsızlık	8	1.4	5	1.5	1	0.3
10. Dudak çatlaması / ağız kuruluğu	23	4.0	15	4.3	17	5.7
29. Bağırsak fonksiyonu	15	5.6	12	6.8	12	7.6
01. Defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik	12	2.0	9	2.6	5	1.7
02. Ağrılı defekasyon	-	-	1	0.3	-	-
06. Kramp / karın bölgesinde rahatsızlık	10	1.7	7	2.1	9	3.0
30. Üriner fonksiyon	25	9.3	20	11.3	22	14.0
01. İdrar yaparken yanma / ağrı	13	2.2	7	2.1	5	1.7
02. İdrar kaçırma	10	1.7	8	2.3	6	2.0
03. Sıkışma hissi / sık idrara gitme	7	1.2	4	1.2	2	0.7
04. İdrar yapmada güçlük	11	1.9	2	0.6	5	1.7
05. Mesaneyi boşaltmada güçlük	2	0.3	1	0.3	2	0.7
08. Noktüri	18	3.1	10	2.9	17	5.7
34. Bulaşıcı / enfeksiyon durumu	17	6.3	10	5.7	1	0.6
01. Enfeksiyon	11	1.9	10	2.9	-	-
07. Enfeksiyon kontrolü ilkelerinin izlenmemesi	8	1.4	1	0.3	1	0.3
Tanı Toplam	268	100.0	177	100.0	157	100.0
Belirti-Bulgu Toplam	589	100.0	341	100.0	296	100.0

Tablo 4.1.4’de yaşlıların izlemlere göre fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanılarının ve hemşirelik tanılarına ilişkin belirti-bulguların dağılımı yer almaktadır.

Fizyolojik alana yönelik birinci periyodik izlemde toplam 268, ara izlemde 177 ve ikinci periyodik izlemde ise 157 hemşirelik tanısı kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç hemşirelik tanısı sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde dolaşım (%10.8, n=29), sindirim-hidrasyon (%10.5, n=28) ve üriner fonksiyon (%9.3, n=25); ara izlemde sinir-kas-iskelet fonksiyonu (%13.0, n=23), dolaşım (%12.4, n=22) ve üriner fonksiyon (%11.3, n=20); ikinci periyodik izlemde

ise sinir-kas-iskelet fonksiyonu (%14.7, n=23), dolaşım (%14.7, n=23), sindirim-hidrasyon (%14.0, n=22), üriner fonksiyon (%14.0, n=22) ve ağrı (%9.6, n=15) tanılarının olduğu görülmektedir.

Fizyolojik alana yönelik birinci periyodik izlemde 589, ara izlemde 341 ve ikinci periyodik izlemde ise 296 belirti-bulgu kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç belirti-bulgu sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde kulakta çınlama / kaşıntı / sesleri uğultulu işitme (%4.0, n=23), dudak çatlaması / ağız kuruluğu (%4.0, n=23), rahatsızlık / ağrı ifade etme (%3.6, n=21), kas gücünde azalma (%3.6, n=21), kas tonüsünde azalma (%3.6, n=21), ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma (%3.4, n=20), ekstremitelerde ağrı / kramp (%3.4, n=20) ve öksürme (%3.4, n=20); ara izlemde kas gücünde azalma (%5.5, n=19), kas tonüsünde azalma (%5.5, n=19), ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma (%5.3, n=18) ve dudak çatlaması / ağız kuruluğu (%4.3, n=15); ikinci periyodik izlemde ise kas gücünde azalma (%6.8, n=20), kas tonüsünde azalma (%6.8, n=20), dudak çatlaması / ağız kuruluğu (%5.7, n=17), noktüri (%5.7, n=17) ve rahatsızlık / ağrı ifade etme (%5.0, n=15) belirti-bulgularının olduğu görülmektedir.

Hemşirelik tanılarının sayısı izlemlere göre detaylı incelendiğinde; “işitme”, “görme”, “ağız sağlığı”, “deri”, “solunum” ve “bulaşıcı / enfeksiyon durumu” tanılarının sayısında izlemlere göre azalma olduğu; “ağrı”, “sinir-kas-iskelet fonksiyonu” ve “bağırsak fonksiyonu” tanılarının sayısının ara izlemde azaldığı, fakat ikinci periyodik izlemde sabit kaldığı; “algılama” tanı sayısının ara izlemde sabit kaldığı, ikinci periyodik izlemde ise hiç kodlanmadığı; “dolaşım”, “sindirim-hidrasyon” ve “üriner fonksiyon” tanılarının sayısının ara izlemde azaldığı, ikinci periyodik izlemde ise “dolaşım” tanı sayısında ara izleme göre bir, “sindirim-hidrasyon” tanısında üç ve “üriner fonksiyon” tanısında ise iki artış olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.5. Yaşlıların İzlemlere Göre Sağlık Davranışları Alanında Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Hemşirelik Tanıları ve Belirti-Bulgular	Birinci Periyodik İzlem		Ara İzlem		İkinci Periyodik İzlem	
04. SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI	n	%	n	%	n	%
35. Beslenme	30	18.8	30	30.9	25	39.1
01. Fazla kilo (BKİ'nin 25 ve üzerinde olması)	22	6.3	23	14.4	23	25.0
03. Günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın altında olması	23	6.6	13	8.1	5	5.4
04. Günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması	6	1.7	5	3.1	2	2.2
05. Dengesiz beslenme	21	6.0	2	1.3	-	-
06. Yaşa uygun olmayan beslenme programı	16	4.6	1	0.6	-	-
07. Önerilen beslenme programını sürdürmemesi	13	3.7	15	9.4	8	8.7
09. Besin alma / hazırlamada yetersizlik	5	1.4	2	1.3	1	1.1
11. Hiperglisemi	3	0.9	4	2.5	3	3.3
36. Uyku ve dinlenme düzeni	21	13.1	16	16.5	18	28.1
02. Gece sık sık uyanma	19	5.4	11	6.9	16	17.3
09. Diğer (uykuya dalmada güçlük)	16	4.6	9	5.7	5	5.4
09. Diğer (uyku ve dinlenme düzensizliği)	6	1.7	3	1.9	1	1.1
37. Fiziksel aktivite	29	18.1	7	7.2	1	1.6
01. Sedarer yaşam biçimi	15	4.3	2	1.3	-	-
02. Yetersiz / düzensiz egzersiz	26	7.4	5	3.1	-	-
03. Yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli / miktarı	4	1.1	1	0.6	1	1.1
38. Kişisel bakım	29	18.1	23	23.7	17	26.5
01. Giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük	2	0.6	2	1.3	-	-
03. Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük	1	0.3	-	-	-	-
06. Kötü vücut kokusu	1	0.3	1	0.6	-	-
08. Ağız bakımı / diş fırçalama / diş ipi kullanmada güçlük	1	0.3	1	0.6	-	-
09. Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe / yapamama	1	0.3	2	1.3	-	-
10. Diğer (ayak bakımında yetersizlik)	26	7.4	7	4.4	6	6.5
10. Diğer (perine hijyeninde yetersizlik)	15	4.3	11	6.9	10	10.9
10. Diğer (ağız hijyeninde yetersizlik)	27	7.7	14	8.8	7	7.6
39. Madde kullanımı	4	2.5	2	2.1	2	3.1
04. Sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı	4	1.1	2	1.3	2	2.2
41. Sağlık bakım denetimi	18	11.3	9	9.3	-	-
02. Değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama	16	4.6	9	5.7	-	-
03. Sağlık randevularına gitmeme	6	1.7	-	-	-	-
42. Tedavi rejimi	29	18.1	10	10.3	1	1.6
01. Önerilen doz / tedavi programına uymama	19	5.4	9	5.7	1	1.1
05. Biten ilaçların yerine konmaması	7	2.0	3	1.9	1	1.1
07. Tedavi rejiminin yetersiz olması	2	0.6	2	1.3	-	-
09. Diğer (hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği)	27	7.7	-	-	-	-
Tanı Toplam	160	100.0	97	100.0	64	100.0
Belirti-Bulgu Toplam	350	100.0	159	100.0	92	100.0

Tablo 4.1.5’de yaşlıların izlemlere göre sağlık davranışları alanında belirlenen hemşirelik tanılarının ve hemşirelik tanılarına ilişkin belirti-bulguların dağılımı yer almaktadır.

Sağlık davranışları alanına yönelik birinci periyodik izlemde toplam 160, ara izlemde 97 ve ikinci periyodik izlemde ise 64 hemşirelik tanısı kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç hemşirelik tanısı sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde beslenme (%18.8, n=30), fiziksel aktivite (%18.1, n=29), kişisel bakım (%18.1, n=29), tedavi rejimi (%18.1, n=29) ile uyku ve dinlenme düzeni (%13.1, n=21); ara izlemde beslenme (%30.9, n=30), kişisel bakım (%23.7, n=23) ile uyku ve dinlenme düzeni (%16.5, n=16); ikinci periyodik izlemde ise beslenme (%39.1, n=25), uyku ve dinlenme düzeni (%28.1, n=18) ile kişisel bakım (%26.5, n=17) tanılarının olduğu görülmektedir.

Sağlık davranışları alanına yönelik birinci periyodik izlemde toplam 350, ara izlemde 159 ve ikinci periyodik izlemde ise 92 belirti-bulgu kodlanmıştır. İzlemlere göre en sık kodlanan ilk üç belirti-bulgu sırasıyla incelendiğinde; birinci periyodik izlemde hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği (%7.7, n=27), ağız hijyeninde yetersizlik (%7.7, n=27), ayak bakımında yetersizlik (%7.4, n=26), yetersiz / düzensiz egzersiz (%7.4, n=26) ve günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın altında olması (%6.6, n=23); ara izlemde fazla kilo (BKİ’nin 25 ve üzerinde olması) (%14.4, n=23), önerilen beslenme programını sürdürmemesi (%9.4, n=15) ve ağız hijyeninde yetersizlik (%8.8, n=14); ikinci periyodik izlemde ise fazla kilo (BKİ’nin 25 ve üzerinde olması) (%25.0, n=23), gece sık sık uyanma (%17.3, n=16) ve perine hijyeninde yetersizlik (%10.9, n=10) belirti-bulgularının olduğu görülmektedir.

Hemşirelik tanılarının sayısı izlemlere göre detaylı incelendiğinde; “fiziksel aktivite”, “kişisel bakım” ve “tedavi rejimi” tanılarının sayısında izlemlere göre azalma olduğu; “beslenme” tanı sayısının ara izlemde sabit kaldığı, ikinci periyodik izlemde azaldığı; “madde kullanımı” tanı sayısının ara izlemde azaldığı ve ikinci periyodik izlemde sabit kaldığı; “sağlık bakım denetimi” tanı sayısının ara izlemde azaldığı, ikinci periyodik izlemde ise hiç kodlanmadığı; “uyku ve dinlenme düzeni” tanı sayısının ise ara izlemde azaldığı, fakat ikinci periyodik izlemde ara izleme göre iki artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.1.6. Yaşlıların İzlemlere Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Tanı Alanlarına ve Hemşirelik Girişim Kategorilerine Göre Dağılımı

Tanı Alanları	İzlemler	Hemşirelik Girişim Kategorileri								Toplam	
		SED		Tİ		VY		S			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çevresel Alan	Birinci Periyodik İzlem	5	1.0	7	1.6	9	2.2	14	2.6	35	1.9
	Ara İzlem	1	0.4	-	-	4	1.5	4	1.2	9	0.8
Psikososyal Alan	Birinci Periyodik İzlem	68	13.7	53	12.2	79	19.4	91	17.1	291	15.6
	Ara İzlem	47	16.6	32	11.9	52	19.6	58	17.3	189	16.4
Fizyolojik Alan	Birinci Periyodik İzlem	265	53.3	220	50.9	222	54.4	268	50.4	975	52.1
	Ara İzlem	161	56.6	152	56.5	146	55.1	177	52.6	636	55.1
Sağlık Davranışları Alanı	Birinci Periyodik İzlem	159	32.0	153	35.3	98	24.0	159	29.9	569	30.4
	Ara İzlem	75	26.4	85	31.6	63	23.8	97	28.9	320	27.7
Toplam*	Birinci Periyodik İzlem	497	100.0	433	100.0	408	100.0	532	100.0	1870	100.0
	Ara İzlem	284	100.0	269	100.0	265	100.0	336	100.0	1154	100.0

*: Yüzdeler sütun toplamaları üzerinden alınmıştır.

SED: Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık **Tİ:** Tedavi ve İşlem

VY: Vaka Yönetimi **S:** Sürveyans / İzlem

Tablo 4.1.6’da yaşlıların izlemlere göre belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan hemşirelik girişim kategorilerinin tanı alanlarına göre dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelik girişimlerinin tanı alanlarına göre dağılımı incelendiğinde, birinci periyodik izlem sonrası Hemşirelik Girişim Şeması’na göre belirlenen toplam 1870 hemşirelik girişiminin %1.9’unun (n=35) çevresel, %15.6’sının (n=291) psikososyal, %52.1’inin (n=975) fizyolojik ve %30.4’ünün (n=569) sağlık davranışları alanına; ara izlem sonrası Hemşirelik Girişim Şeması’na göre belirlenen toplam 1154 hemşirelik girişiminin ise, %0.8’inin (n=9) çevresel, %16.4’ünün (n=189) psikososyal, %55.1’inin (n=636) fizyolojik ve %27.7’sinin (n=320) ise sağlık davranışları alanına yönelik olduğu görülmektedir. Her iki izlem sonrası en fazla fizyolojik alana yönelik hemşirelik girişimleri uygulanırken, bunu sırasıyla sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alan izlemiştir.

Hemşirelik girişimlerinin hemşirelik girişim kategorilerine göre dağılımı incelendiğinde; her iki izlem sonrasında en fazla sürveyans girişimlerinin uygulandığı, bunu sırasıyla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem ile vaka yönetimi girişimlerinin izlediği görülmektedir.

4.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimlere ilişkin bulgular bu başlık altında yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Yaşlıların İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	Birinci Periyodik İzlem	Ara İzlem	İkinci Periyodik İzlem	F	p*
ÖEYÖ**	74.60±15.39	80.50±13.86	84.03±12.87	6.358	0.005
Davranışa Başlama	28.47±5.08	29.83±4.91	30.10±4.75	1.018	0.374
Davranışı Sürdürme	23.80±6.21	26.20±5.48	28.30±5.32	13.890	0.000
Davranışı Tamamlama	15.70±4.86	17.30±3.51	18.30±3.56	4.959	0.014
Engellerle Mücadele	6.63±2.44	7.17±2.15	7.33±1.67	1.517	0.229

*: Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

** : Öz Etkililik – Yeterlilik Ölçeği

Tablo 4.2.1’de yaşlıların izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasında (**p=0.005**) ve ölçeğin alt boyutunu oluşturan davranışı sürdürme (**p=0.000**) ve davranışı tamamlama (**p=0.014**) puan ortalamalarında artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Puan artışına ilişkin farklılıkların hangi izlemler arasında olduğunu değerlendirmek için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre; öz etkililik-yeterlilik puan artışındaki farklılıkların birinci periyodik izlem ile ara izlem (**p=0.029**) ve ikinci periyodik izlem (**p=0.003**); davranışı sürdürme puan artışındaki farklılıkların birinci periyodik izlem ile ara izlem (**p=0.015**) ve ikinci periyodik izlem (**p=0.003**); davranışı tamamlama puan artışındaki farklılıkların ise, birinci periyodik izlem ile ara (**p=0.048**) ve ikinci periyodik izlem (**p=0.010**) arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Yaşlıların İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	Birinci Periyodik İzlem	Ara İzlem	İkinci Periyodik İzlem	F	p*
SYBDÖ**	108.77±14.44	134.20±17.67	142.53±17.36	152.438	0.000
Sağlık Sorumluluğu	20.60±4.61	24.60±3.33	24.87±4.44	21.123	0.000
Fiziksel Aktivite	12.67±3.58	18.43±3.17	18.03±2.85	96.392	0.000
Beslenme	15.33±2.90	19.80±2.75	20.90±2.47	90.462	0.000
Manevi Gelişim	20.07±4.07	25.20±5.16	28.13±5.22	63.097	0.000
Kişilerarası İlişkiler	22.60±4.52	24.80±5.85	27.17±5.38	17.112	0.000
Stres Yönetimi	17.50±2.56	21.37±2.63	23.43±3.44	74.311	0.000

*: Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

** : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 4.2.2’de yaşlıların izlemlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; izlemlere göre hem sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasında (**p=0.000**), hem de ölçeğin alt boyutunu oluşturan sağlık sorumluluğu (**p=0.000**), fiziksel aktivite (**p=0.000**), beslenme (**p=0.000**), manevi gelişim (**p=0.000**), kişilerarası ilişkiler (**p=0.000**) ve stres yönetimi (**p=0.000**) puan ortalamalarında artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Puan artışına ilişkin farklılıkların hangi izlemler arasında olduğunu değerlendirmek için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ve ölçeğin alt boyutunu oluşturan beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamalarına ilişkin farklılıkların tüm izlemler (**p<0.05**); ölçeğin alt boyutunu oluşturan sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puan ortalamalarına ilişkin farklılıkların ise, birinci periyodik izlem ile ara izlem (**p<0.05**) ve ikinci periyodik izlem (**p<0.05**) arasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.3. Yaşlıların İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

			Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		
			Birinci Periyodik İzlem	Ara İzlem	İkinci Periyodik İzlem
Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği	Birinci Periyodik İzlem	r	0.530*		
		p	0.003		
	Ara İzlem	r		0.711*	
		p		0.000	
	İkinci Periyodik İzlem	r			0.714*
		p			0.000

*: $p < 0.01$, pearson korelasyon analizi

Tablo 4.2.3’de yaşlıların izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; öz etkililik-yeterlilik ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu, ilişki gücünün birinci periyodik izlemde orta (**$r=0.530$**); ara izlemde (**$r=0.711$**) ve ikinci periyodik izlemde (**$r=0.714$**) ise, yüksek düzeyde olduğu ve izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin gücünün artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.2.4. Yaşlıların Cinsiyet Özelliği Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	CİNSİYET		F	p**
		Kadın	Erkek		
ÖEYÖ*	Birinci Periyodik İzlem	75.94±13.85	73.07±17.38	0.011	GA: 0.916
	Ara İzlem	81.00±13.46	79.93±14.80	6.577	Gİ: 0.005
	İkinci Periyodik İzlem	82.88±11.33	85.36±14.77		
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	29.13±4.98	27.71±5.27	0.155	GA: 0.696
	Ara İzlem	30.19±4.12	29.43±5.81	1.062	Gİ: 0.360
	İkinci Periyodik İzlem	29.88±3.67	30.36±5.89		
Davranışı Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	23.13±5.68	24.57±6.90	1.093	GA: 0.305
	Ara İzlem	25.56±5.44	26.93±5.64	13.887	Gİ: 0.000
	İkinci Periyodik İzlem	26.94±5.46	29.86±4.90		
Davranışı Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	17.25±4.88	13.93±4.36	2.710	GA: 0.111
	Ara İzlem	18.06±3.42	16.43±3.55	5.398	Gİ: 0.011
	İkinci Periyodik İzlem	18.81±3.33	17.71±3.85		
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	6.44±2.25	6.86±2.71	0.091	GA: 0.765
	Ara İzlem	7.19±2.26	7.14±2.11	1.421	Gİ: 0.251
	İkinci Periyodik İzlem	7.25±1.81	7.43±1.56		

*: Öz Etkililik – Yeterlilik Ölçeği

**: Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

Tablo 4.2.4’de yaşlıların cinsiyet özelliği açısından izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.005$) ve bu artışın her iki cinsiyette de benzer olduğu ($p=0.916$); erkek yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izlem göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir ($p=0.009$).

Davranışa başlama puan ortalaması izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.360$); puan ortalama artışlarının kadın ve erkek yaşlılar arasında farklı olmadığı ($p=0.696$) tespit edilmiştir.

Davranışı sürdürme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından kadın ve erkek yaşlılar arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.305$); kadın ($p=0.015$) ve erkek ($p=0.001$) yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir ($p=0.009$).

Davranışı tamamlama puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p= 0.011$); puan ortalamalarındaki artışın her iki cinsiyette de benzer olduğu ($p=0.111$); erkek yaşlıların ara izlem ($p=0.029$) ve ikinci periyodik izlem ($p=0.009$) puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Engellerle mücadele puan ortalaması ise, izlemlere göre anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.251$); kadın ve erkek yaşlılar arasında puan ortalama artışları arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.765$) saptanmıştır.

Tablo 4.2.5. Yaşlıların Yaş Grupları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	YAŞ GRUBU		F	p**
		60-74	75 yaş ve üzeri		
ÖEYÖ*	Birinci Periyodik İzlem	70.55±15.16	76.95±15.43	0.152	GA: 0.700
	Ara İzlem	79.18±13.80	81.26±14.22	11.887	Gİ: 0.000
	İkinci Periyodik İzlem	85.91±9.30	82.95±14.68		
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	26.36±4.52	29.68±5.09	0.074	GA:0.788
	Ara İzlem	30.36±5.18	29.53±4.86	2.037	Gİ: 0.150
	İkinci Periyodik İzlem	30.90±3.14	29.63±5.50		
Davranışı Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	23.64±7.17	23.89±5.79	0.116	GA: 0.736
	Ara İzlem	26.00±5.25	26.32±5.75	15.495	Gİ: 0.000
	İkinci Periyodik İzlem	29.91±4.30	27.37±5.74		
Davranışı Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	13.73±3.69	16.84±5.18	2.662	GA: 0.114
	Ara İzlem	16.00±3.95	18.05±3.10	5.724	Gİ: 0.008
	İkinci Periyodik İzlem	17.64±2.25	18.68±4.15		
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	6.82±2.32	6.53±2.57	0.001	GA: 0.972
	Ara İzlem	6.82±2.14	7.37±2.19	1.244	Gİ: 0.294
	İkinci Periyodik İzlem	6.82±2.14	7.37±2.19		

*: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

** : Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

Tablo 4.2.5’de yaşlıların yaş grupları açısından izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$) ve bu artışın her iki yaş grubunda da benzer olduğu ($p=0.700$); 60-74 yaş grubundaki yaşlıların birinci ve ikinci periyodik izlem puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.003$) belirlenmiştir.

Davranışa başlama puan ortalaması izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.150$); puan ortalama artışlarının kadın ve erkek yaşlılar arasında farklı olmadığı ($p=0.788$) tespit edilmiştir.

Davranışı sürdürme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki yaş grubu arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.736$); 60-74 yaş grubundaki yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik ($p=0.001$) ve ara ($p=0.025$) izlem puan ortalamalarına, 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların ise, ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme göre ($p=0.013$) istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Davranışı tamamlama puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.008$); puan ortalamalarındaki artışın her iki yaş grubunda da benzer olduğu ($p=0.114$) ve 60-74 yaş grubundaki yaşlıların birinci ve ikinci periyodik izlem puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.019$) belirlenmiştir.

Engellerle mücadele puan ortalaması ise, izlemlere göre anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.294$); her iki yaş grubu arasında puan ortalama artışları yönünden farklılık bulunmadığı ($p=0.972$) saptanmıştır.

Tablo 4.2.6. Yaşlıların Eğitim Düzeyleri Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	EĞİTİM DURUMU		F	p**
		Okuryazar değil	Okuryazar ve üzeri		
ÖEYÖ*	Birinci Periyodik İzlem	69.40±18.96	77.20±13.03	4.422	GA: 0.045 Gİ: 0.012
	Ara İzlem	73.00±19.32	84.25±8.49	5.192	
	İkinci Periyodik İzlem	77.80±17.42	87.15±8.86		
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	27.90±6.08	28.75±4.64	2.636	GA: 0.116 Gİ: 0.559
	Ara İzlem	27.40±6.36	31.05±3.59	0.594	
	İkinci Periyodik İzlem	28.40±6.31	30.95±3.65		
Davranışı Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	21.30±6.98	25.05±5.56	5.416	GA: 0.027 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	23.10±7.39	27.75±3.52	11.560	
	İkinci Periyodik İzlem	25.50±6.06	29.70±4.44		
Davranışı Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	14.70±6.45	16.20±3.96	1.024	GA: 0.320 Gİ: 0.021
	Ara İzlem	16.30±4.64	17.80±2.80	4.505	
	İkinci Periyodik İzlem	17.60±5.02	18.65±2.66		
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	5.50±2.76	7.20±2.12	7.414	GA: 0.011 Gİ: 0.249
	Ara İzlem	6.20±2.57	7.65±1.79	1.429	
	İkinci Periyodik İzlem	6.30±1.42	7.85±1.57		

*: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

**: Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

Tablo 4.2.6'da yaşlıların eğitim düzeyleri açısından izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.012$); puan ortalamasının değişimi açısından iki grup arasında farklılık bulunduğu ($p=0.045$); okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlıların ara ($p=0.036$) ve ikinci periyodik ($p=0.014$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı ($p=0.045$); ayrıca, iki grubun ara izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=0.034$) belirlenmiştir.

Davranışa başlama puan ortalaması izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.559$) ve puan ortalama artışlarının her iki grupta benzer olduğu ($p=0.116$) tespit edilmiştir.

Davranışı sürdürme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmakla birlikte ($p=0.027$); okuryazar olmayan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının ($p=0.042$), okuryazar ve üzeri eğitime sahip olan yaşlıların ise, ara ($p=0.031$) ve ikinci periyodik ($p=0.001$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Davranışı tamamlama puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.021$) ve puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.320$) saptanmıştır.

Engellerle mücadele puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği, fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı ($p=0.249$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunduğu ($p=0.011$); ayrıca, okuryazar olmayan yaşlılar ile okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p=0.014$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.7. Yaşlıların Sosyal Güvence Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	SOSYAL GÜVENCE DURUMU		F	p**
		Diğer ***	Yeşil Kart		
ÖEYÖ*	Birinci Periyodik İzlem	76.39±9.95	71.92±21.40	0.760	GA: 0.391
	Ara İzlem	81.33±11.47	79.25±17.34	5.792	Gİ: 0.008
	İkinci Periyodik İzlem	86.22±11.20	86.22±11.20		
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	28.72±4.20	28.08±6.36	0.488	GA: 0.490
	Ara İzlem	30.28±3.54	29.17±6.58	0.875	Gİ: 0.428
	İkinci Periyodik İzlem	30.61±3.91	29.33±5.90		
Davranış Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	24.28±5.03	23.08±7.86	0.208	GA: 0.652
	Ara İzlem	26.00±4.23	26.50±7.17	13.013	Gİ: 0.000
	İkinci Periyodik İzlem	29.06±5.31	27.17±5.37		
Davranış Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	16.94±4.14	13.83±5.44	3.163	GA: 0.086
	Ara İzlem	18.11±3.55	16.08±3.23	5.373	Gİ: 0.011
	İkinci Periyodik İzlem	18.89±3.12	17.42±4.12		
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	6.44±1.82	6.92±3.23	0.011	GA: 0.918
	Ara İzlem	6.94±2.01	7.50±2.39	1.150	Gİ: 0.322
	İkinci Periyodik İzlem	7.67±1.75	6.83±1.47		

*: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

**: Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

***Diğer (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)

Tablo 4.2.7’de yaşlıların sosyal güvence durumları açısından izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.008$); puan ortalamalarındaki bu artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.391$) ve sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir ($p=0.023$).

Davranışa başlama puan ortalaması izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.428$); puan ortalama artışlarının her iki grupta benzer olduğu ($p=0.490$) tespit edilmiştir.

Davranışı sürdürme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.652$); sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik ($p=0.001$) ve ara ($p=0.027$) izlemlere, sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ise, ara ($p=0.032$) ve ikinci periyodik ($p=0.028$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Davranışı tamamlama puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p= 0.011$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.086$) ve sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı ($p=0.028$).tespit edilmiştir.

Engellerle mücadele puan ortalaması ise, izlemlere göre anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.322$); puan ortalama artışlarının da her iki grupta benzer olduğu ($p=0.918$) saptanmıştır.

Tablo 4.2.8. Yaşlıların Gelir Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	GELİR DURUMU		F	p**
		Emekli maaşı	Yaşlılık aylığı ve diğer***		
ÖEYÖ*	Birinci Periyodik İzlem	76.39±9.95	71.92±21.40	0.760	GA: 0.391
	Ara İzlem	81.33±11.47	79.25±17.34	5.792	Gİ: 0.008
	İkinci Periyodik İzlem	86.22±11.20	80.75±14.95		
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	28.72±4.20	28.08±6.36	0.488	GA: 0.490
	Ara İzlem	30.28±3.54	29.17±6.58	0.875	Gİ: 0.428
	İkinci Periyodik İzlem	30.61±3.91	29.33±5.90		
Davranışı Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	24.28±5.03	23.08±7.86	0.208	GA: 0.652
	Ara İzlem	26.00±4.23	26.50±7.17	13.013	Gİ: 0.000
	İkinci Periyodik İzlem	29.06±5.31	27.17±5.37		
Davranışı Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	16.94±4.14	13.83±5.44	3.163	GA: 0.086
	Ara İzlem	18.11±3.55	16.08±3.23	5.373	Gİ: 0.011
	İkinci Periyodik İzlem	18.89±3.12	17.42±4.12		
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	6.44±1.82	6.92±3.23	0.011	GA: 0.918
	Ara İzlem	6.94±2.01	7.50±2.39	1.150	Gİ: 0.322
	İkinci Periyodik İzlem	7.67±1.75	6.83±1.47		

*: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ** : Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

***: Diğer (Kira Geliri, Akraba Yardımı)

Tablo 4.2.8’de yaşlıların gelir durumları açısından izlemlere göre öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.008$); puan ortalamalarındaki bu artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.391$) ve emekli maaşı olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı ($p=0.023$) belirlenmiştir.

Davranışa başlama puan ortalaması izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.428$); puan ortalama artışlarının her iki grupta benzer olduğu ($p=0.490$) tespit edilmiştir.

Davranışı sürdürme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişimin iki grupta da benzer olduğu ($p=0.652$); emekli maaşı olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının ara ($p=0.027$) ve birinci periyodik ($p=0.001$) izlem puan ortalamalarına, yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ise, ara ($p=0.032$) ve ikinci periyodik ($p=0.028$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre anlamlı derecede arttığı ($p=0.375$) saptanmıştır.

Davranışı tamamlama puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.011$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.086$); yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir ($p=0.028$).

Engellerle mücadele puan ortalaması izlemlere göre anlamlı düzeyde artış göstermemekle birlikte ($p=0.322$); puan ortalama artışlarının da her iki grupta benzer olduğu ($p=0.918$) saptanmıştır.

Tablo 4.2.9. Yaşlıların Cinsiyet Özelliği Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	CİNSİYET		F	p**
		Kadın	Erkek		
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	111.38±15.41	105.79±13.16	1.115 146.555	GA: 0.300 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	137.19±15.29	130.79±20.08		
	İkinci Periyodik İzlem	145.19±15.62	139.50±19.30		
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	21.38±4.49	19.71±4.76	0.706 20.768	GA: 0.408 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	24.94±3.07	24.21±3.68		
	İkinci Periyodik İzlem	25.25±3.51	24.43±5.42		
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	11.75±3.07	13.71±3.93	0.890 97.301	GA: 0.354 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	18.06±1.77	18.86±4.29		
	İkinci Periyodik İzlem	17.94±2.35	18.14±3.42		
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	16.69±1.92	13.79±3.12	7.976 91.673	GA: 0.009 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	20.69±2.41	18.79±2.83		
	İkinci Periyodik İzlem	21.69±2.12	20.00±2.60		
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	19.94±4.02	20.21±4.26	0.005 60.788	GA: 0.947 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	25.31±5.47	25.07±4.98		
	İkinci Periyodik İzlem	28.00±4.59	28.29±6.04		
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	23.38±4.83	21.71±4.14	3.528 16.653	GA: 0.071 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	26.56±4.86	22.79±6.40		
	İkinci Periyodik İzlem	28.94±4.85	25.14±5.40		
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	18.25±2.79	16.64±2.02	0.565 76.936	GA: 0.459 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	21.63±2.66	21.07±2.67		
	İkinci Periyodik İzlem	23.38±3.07	23.50±3.94		

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

** : Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

Tablo 4.2.9’da yaşlıların cinsiyet özelliği açısından izlemlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki bu artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.300$); hem kadın hem de erkek yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir

Sağlık sorumluluğu puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.408$); kadın ve erkek yaşlıların ara ($p=0.002$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.004$, $p=0.001$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Fiziksel aktivite puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p= 0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.354$); kadın ve erkek yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Beslenme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunduğu ($p=0.009$); kadın ve erkek yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, kadın ve erkek yaşlıların birinci periyodik izlem puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($p=0.004$).

Manevi gelişim puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p= 0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.947$); hem kadın hem de erkek yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarının değişimi açısından kadın ve erkek yaşlılar arasında

farklılık bulunmadığı ($p=0.071$); hem kadın hem de erkek yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Stres yönetimi puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.459$); hem kadın hem de erkek yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.10. Yaşlıların Yaş Grupları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	YAŞ GRUBU		F	p**
		60-74	75 yaş ve üzeri		
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	108.82±12.48	108.74±15.80	0.197 141.536	GA: 0.660 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	129.82±15.30	136.74±18.82		
	İkinci Periyodik İzlem	141.91±19.20	142.89±16.75		
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	20.45±5.80	20.68±3.94	0.179 18.725	GA: 0.676 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	23.73±3.32	25.10±3.31		
	İkinci Periyodik İzlem	24.82±5.10	24.89±4.16		
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	13.36±3.72	12.26±3.53	0.138 84.999	GA: 0.713 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	18.27±3.20	18.53±3.24		
	İkinci Periyodik İzlem	18.27±2.69	17.89±3.00		
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	15.18±2.32	15.42±3.25	0.251 79.999	GA: 0.620 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	19.55±2.77	19.95±2.80		
	İkinci Periyodik İzlem	20.45±2.50	21.16±2.48		
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	20.18±3.25	20.00±4.56	0.002 59.037	GA: 0.968 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	24.45±5.16	25.63±5.25		
	İkinci Periyodik İzlem	28.64±5.30	27.84±5.30		
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	21.73±3.64	23.11±4.99	1.015 16.283	GA: 0.322 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	22.91±5.32	25.89±6.00		
	İkinci Periyodik İzlem	26.55±5.45	27.53±5.46		
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	17.91±2.81	17.26±2.45	0.028 65.376	GA: 0.868 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	20.91±2.66	21.63±2.65		
	İkinci Periyodik İzlem	23.18±4.70	23.58±3.33		

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ***: Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

Tablo 4.2.10'da yaşlıların yaş grupları açısından izlemlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki bu artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.660$); 60-74 yaş grubundaki yaşlıların izlemlere göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede artış olduğu ($p<0.05$), 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların ise, ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı belirlenmiştir.

Sağlık sorumluluğu puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.676$); hem 60-74 yaş grubundaki yaşlıların ara ($p=0.019$) ve ikinci periyodik ($p=0.008$) izlem puan ortalamalarının hem de 75 yaş ve üzeri grubundaki yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.001$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Fiziksel aktivite puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.713$); hem 60-74 yaş grubundaki yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının hem de 75 yaş ve üzeri grubundaki yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Beslenme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.620$); hem 60-74 yaş grubundaki yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının hem de 75 yaş ve üzeri grubundaki yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir.

Manevi gelişim puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.968$); hem 60-74 yaş grubundaki yaşlıların hem de 75 yaş ve

üzerindeki yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarının değişimi açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.322$); 60-74 yaş grubundaki yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının ara ($p=0.007$) ve birinci periyodik ($p=0.022$) izlem puan ortalamalarına göre; 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların ise, ara ($p=0.013$) ve ikinci periyodik ($p=0.001$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izlem puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Stres yönetimi puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.868$); hem 60-74 yaş grubundaki yaşlıların hem de 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.11. Yaşlıların Eğitim Düzeyleri Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	EĞİTİM DURUMU		F	p**
		Okuryazar değil	Okuryazar ve üzeri		
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	102.80±19.78	111.75±10.25	2.283 131.355	GA: 0.142 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	129.30±23.19	136.65±14.24		
	İkinci Periyodik İzlem	135.90±17.79	145.85±16.60		
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	20.20±4.73	20.80±4.66	0.379 17.715	GA: 0.543 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	23.80±4.61	25.00±2.51		
	İkinci Periyodik İzlem	24.40±3.17	25.10±5.01		
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	11.80±3.94	13.10±3.40	1.941 82.394	GA: 0.175 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	17.60±3.37	18.85±3.07		
	İkinci Periyodik İzlem	16.70±3.47	18.70±2.30		
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	15.00±3.33	15.50±2.74	0.207 78.994	GA: 0.653 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	19.40±3.24	20.00±2.53		
	İkinci Periyodik İzlem	20.80±2.66	20.95±2.44		
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	17.70±3.33	21.25±3.71	3.199 57.006	GA: 0.085 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	23.70±5.60	25.95±4.90		
	İkinci Periyodik İzlem	26.30±5.77	29.05±4.82		
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	21.30±6.00	23.25±3.58	1.149 14.135	GA: 0.293 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	24.00±7.36	25.20±5.11		
	İkinci Periyodik İzlem	25.40±4.67	28.05±5.61		
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	16.80±3.08	17.85±2.25	1.637 67.702	GA: 0.211 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	20.80±2.86	21.65±2.54		
	İkinci Periyodik İzlem	22.30±3.34	24.00±3.43		

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ** : Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

Tablo 4.2.11’de yaşlıların eğitim düzeyleri açısından izlemlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki bu artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.142$); okuryazar olmayan yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı, okuryazar ve üzeri eğitime sahip olan yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın ise tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Sağlık sorumluluğu puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.543$); hem okuryazar olmayan hem de okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlıların ara ($p=0.014$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.017$, $p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Fiziksel aktivite puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.175$); hem okuryazar olmayan hem de okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Beslenme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.653$); hem okuryazar olmayan hem de okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir.

Manevi gelişim puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.085$); okuryazar olmayan yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı,

okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın ise tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Ayrıca, birinci periyodik izlem puan ortalaması açısından eğitim grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.021$).

Kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarının değişimi açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.293$); okuryazar olmayan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme (0.032), okuryazar ve üzeri eğitime sahip olan yaşlıların ise, ikinci periyodik izlem puan ortalamasının ara ($p=0.016$) ve birinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Stres yönetimi puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.211$); okuryazar olmayan yaşlıların ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı, okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın ise tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.12. Yaşlıların Sosyal Güvence Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	SOSYAL GÜVENCE DURUMU		F	p**
		Diğer***	Yeşil Kart		
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	112.50±13.90	103.17±13.95	3.616 145.761	GA: 0.068 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	137.22±14.76	129.67±21.19		
	İkinci Periyodik İzlem	148.22±15.04	134.00±17.68		
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	21.56±4.38	19.17±4.76	5.968 20.002	GA: 0.021 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	25.33±2.83	23.50±3.83		
	İkinci Periyodik İzlem	26.67±3.27	22.17±4.71		
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	12.17±3.63	13.42±3.50	0.000 95.920	GA: 0.986 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	18.39±2.66	18.50±3.94		
	İkinci Periyodik İzlem	18.56±3.09	17.25±2.34		
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	16.00±2.66	14.33±3.08	2.400 86.747	GA: 0.133 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	20.33±2.77	19.00±2.63		
	İkinci Periyodik İzlem	21.28±2.32	20.33±2.67		
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	20.89±3.89	18.83±4.17	1.359 59.262	GA: 0.254 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	25.61±5.05	24.58±5.48		
	İkinci Periyodik İzlem	29.11±4.38	26.67±6.20		
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	23.72±4.07	20.92±4.81	4.033 15.127	GA: 0.054 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	25.94±4.80	23.08±7.03		
	İkinci Periyodik İzlem	28.89±4.73	24.58±5.45		
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	18.17±2.60	16.50±2.24	1.210 72.962	GA: 0.281 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	21.61±2.70	21.00±2.59		
	İkinci Periyodik İzlem	23.72±3.16	23.00±3.93		

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ** : Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

***Diğer (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)

Tablo 4.2.12’de yaşlıların sosyal güvence durumları açısından izlemlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki bu artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.068$); sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$); sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ise, ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, iki grubun ikinci periyodik izlem puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.025$).

Sağlık sorumluluğu puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık bulunduğu ($p=0.021$); sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların ara ($p=0.001$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre, sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ise, ara izlem puan ortalamasının ($p=0.001$) birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Fiziksel aktivite puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim gösterdiği ($p= 0.000$); puan ortalamalarındaki bu değişim her iki grupta benzer olmakla birlikte ($p=0.986$), zaman içindeki değişimin iki grup arasında farklılaştığı ($p=0.027$) ve sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalaması artış gösterirken, sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların puan ortalamasının azaldığı tespit edilmiştir. Grupların izlemlere göre puan ortalamalarındaki değişimler incelendiğinde ise, hem sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların hem de sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Beslenme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişimin iki grup arasında benzer olduğu ($p=0.133$); hem sosyal güvencesi diğer olan hem de sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) izlem puan

ortalamlarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Manevi gelişim puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.254$); sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$); sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ise, ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarının değişimi açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.054$); sosyal güvencesi diğer olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının ara ($p=0.018$) ve birinci periyodik ($p=0.000$) izlemlere, sosyal güvencesi Yeşil Kart olan yaşlıların ise, ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme göre ($p=0.034$) istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, iki grubun ikinci periyodik izlem puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.029$).

Stres yönetimi puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.281$); her iki gruptaki yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.13. Yaşlıların Gelir Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki Değişim

ÖLÇEK	İZLEMLER	GELİR DURUMU		F	p**
		Emekli Maaşı	Yaşlılık Aylığı ve Diğer***		
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	112.50±13.90	103.17±13.95	3.616 145.761	GA: 0.068 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	137.22±14.76	129.67±21.19		
	İkinci Periyodik İzlem	148.22±15.04	134.00±17.68		
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	21.56±4.38	19.17±4.76	5.968 20.002	GA: 0.021 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	25.33±2.83	23.50±3.83		
	İkinci Periyodik İzlem	26.67±3.27	22.17±4.71		
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	12.17±3.63	13.42±3.50	0.000 95.920	GA: 0.986 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	18.39±2.66	18.50±3.94		
	İkinci Periyodik İzlem	18.56±3.09	17.25±2.34		
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	16.00±2.66	14.33±3.08	2.400 86.747	GA: 0.133 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	20.33±2.77	19.00±2.63		
	İkinci Periyodik İzlem	21.28±2.32	20.33±2.67		
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	20.89±3.89	18.83±4.17	1.359 59.262	GA: 0.254 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	25.61±5.05	24.58±5.48		
	İkinci Periyodik İzlem	29.11±4.38	26.67±6.20		
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	23.72±4.07	20.92±4.81	4.033 15.127	GA: 0.054 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	25.94±4.80	23.08±7.03		
	İkinci Periyodik İzlem	28.89±4.73	24.58±5.45		
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	18.17±2.60	16.50±2.24	1.210 72.962	GA: 0.281 Gİ: 0.000
	Ara İzlem	21.61±2.70	21.00±2.59		
	İkinci Periyodik İzlem	23.72±3.16	23.00±3.93		

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ***: Diğer (Kira Geliri, Akraba Yardımı)

** : Tekrarlı Ölçümlerde İki Faktörlü Varyans Analizi (GA: Gruplar Arası, Gİ: Grup İçi)

Tablo 4.2.13’de yaşlıların gelir durumları açısından izlemlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki bu artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.068$); emekli maaşı olan yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$), yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ise, ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, iki grubun ikinci periyodik izlem puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.025$).

Sağlık sorumluluğu puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişim açısından iki grup arasında farklılık olduğu ($p=0.021$); emekli maaşı olan yaşlıların ara ($p=0.001$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme, yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ise, ara izlem puan ortalamasının ($p=0.001$) birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Fiziksel aktivite puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim gösterdiği ($p= 0.000$); puan ortalamalarındaki bu değişim her iki grupta benzer olmakla birlikte ($p=0.986$), zaman içindeki değişimin iki grup arasında farklılaştığı ($p=0.027$) ve emekli maaşı olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalaması artış gösterirken, yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların puan ortalamasının azaldığı görülmektedir. Grupların izlemlere göre puan ortalamalarındaki değişimler incelendiğinde ise, hem emekli maaşı olan yaşlıların hem de yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Beslenme puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki değişimin iki grup arasında benzer olduğu ($p=0.133$); hem emekli maaşı olan yaşlıların hem de yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ara ($p=0.000$, $p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$, $p=0.000$) puan ortalamalarının

birinci periyodik izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir.

Manevi gelişim puan ortalamasının izlemlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.254$); emekli maaşı olan yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$), yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ise, ara ($p=0.000$) ve ikinci periyodik ($p=0.000$) izlem puan ortalamalarının birinci periyodik izleme göre arttığı belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarının değişimi açısından iki grup arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.054$); emekli maaşı olan yaşlıların ikinci periyodik izlem puan ortalamasının ara ($p=0.018$) ve birinci periyodik ($p=0.000$) izlemlere, yaşlılık aylığı ve diğer geliri olan yaşlıların ise, ikinci periyodik izlem puan ortalamasının birinci periyodik izleme göre ($p=0.034$) istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, iki grubun ikinci periyodik izlem puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.029$).

Stres yönetimi puan ortalamasının izlemlere göre artış gösterdiği ($p=0.000$); puan ortalamalarındaki artışın her iki grupta da benzer olduğu ($p=0.281$); her iki gruptaki yaşlıların puan ortalamalarındaki artışın tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır:

5.1. Yaşlıların Sağlık Durumlarındaki Değişimler

5.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

5.1. Yaşlıların Sağlık Durumlarındaki Değişimler

Bu başlık altında, yaşlıların sağlık durumlarındaki değişimler ve hemşirelik hizmetlerinin bu değişimler üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bulguların tartışması yer almaktadır.

5.1.1. Yaşlıların İzlemlere Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Her üç izlem sonrası tüm tanı alanları kapsamında, en fazla fizyolojik alana ilişkin hemşirelik tanısı belirlenirken, bunu sırasıyla sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alan izlemiştir (Bkz. Tablo 4.1.1). Yaşlıların sağlık sorunlarını tanılamada Omaha Sistemi'nin kullanıldığı diğer çalışma bulguları değerlendirildiğinde, tanı alanlarının kullanım sıklığının çalışmaların yapıldığı ortam ve bireylerin gereksinimlerine göre değişim gösterdiği görülmektedir. Çalışma bulgusu, Yun (145), Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışma bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte; Yılmaz (147)'in çalışmasında bu sıralama, fizyolojik alan, psikososyal alan, çevresel alan ve sağlık davranışları alanı; Brooten ve diğ. (148)'nin çalışmalarında ise, sağlık davranışları alanı, fizyolojik alan, psikososyal alan ve çevresel alan şeklinde değişim göstermiştir. Yaşlı bakımında Klinik Bakım Sınıflama Sistemi'nin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, yaşlı bireylerin sağlık sorunları en fazla davranışsal bakım alanında yer alırken, bunu sırasıyla fizyolojik, fonksiyonel ve psikolojik bakım alanları izlemiştir (76). Yaşlı bireylerin sağlık sorunlarının belirlendiği bu çalışmaların önemli bir kısmı, fizyolojik sağlık sorunları kadar sağlık davranışları alanındaki sorunların da öncelikli olduğunu göstermesi bakımından önemlilik arz etmektedir.

Tanı alanlarına göre yaşlılarda belirlenen hemşirelik tanılarının değişimi incelendiğinde, yaşlıların çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarına yönelik belirlenen hemşirelik tanılarının izlemlere göre azaldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1). Çalışma bulgusu, Yılmaz (147), Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Korkmaz-Aslan (76)'ın çalışmasında da, hemşirelik bakımı sonrasında, davranışsal, fizyolojik, fonksiyonel ve psikolojik bakım alanlarına ilişkin yaşlıların yaşadığı sağlık sorunlarının azaldığı; sağlık sorunlarının sonuçlanma durumuna bakıldığında ise,

sorunların %70.0'ının gelişim gösterdiği, %28.9'unun stabil kaldığı ve %1.1'inin de kötüleştiği görülmektedir. Slaninka ve Galbraith (44)'in yaşlı merkezindeki yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmak ve yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak üzere hemşirelik okulu ile işbirliği içinde yürüttükleri sağlık eğitim programı sonucunda ise, yaşlıların bilişsel, emosyonel ve sağlıklı yaşam biçim davranışlarında olumlu değişimler yaşandığı belirlenmiştir. Genelde yaşlı bireyler, üretken olmamaları, artan sağlık problemleri, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaları ve hareket kısıtlılıkları nedeniyle içinde yaşadıkları toplum tarafından bağımlı bir grup ve topluma yük olarak görülmekte, ayrıca bu dönemde herhangi bir değişimin yapılamayacağı düşünülmektedir (149-150). Ancak, çalışma bulguları, yaşlılara yönelik sorunların bütüncül açıdan ele alındığında ve bu doğrultuda uygun hemşirelik girişimleri planlanıp uygulandığında, bu grupta olumlu ve istendik değişimlerin olabildiğini göstermektedir.

Tüm tanı alanları kapsamında yaşlılarda en çok görülen hemşirelik tanılarının beslenme, dolaşım, fiziksel aktivite, kişisel bakım, tedavi rejimi, mental sağlık, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, sinir-kas-iskelet fonksiyonu ve solunum, kişilerarası ilişkiler, uyku ve dinlenme düzeni, ağrı ve bağırsak fonksiyonu tanıları olduğu görülmektedir. Araştırma süresince, beslenme, dolaşım, kişisel bakım, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanıları yaşlılarda en çok görülen 10 hemşirelik tanısı arasında yer alırken, fiziksel aktivite, tedavi rejimi, solunum, kişilerarası ilişkiler, uyku ve dinlenme düzeni, ağrı ve bağırsak fonksiyonu tanıları izlemlere göre en çok görülen 10 tanı sıralamasında değişim göstermiştir (Grafik 4.1.1-3). Omaha Sistemi'nin kullanıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde; tüm tanı alanları kapsamında yaşlılarda en çok görülen 10 hemşirelik tanısını sırasıyla, Yılmaz (147)'in çalışmasında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, konut, duygusal denge, toplum kaynakları ile iletişim, sosyal ilişkiler, solunum, sindirim-hidrasyon, rol değişimi, yetişkin ihmali ve kişilerarası ilişkiler; Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında ise, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, mental sağlık, kişisel bakım, kas-iskelet fonksiyonu, kişilerarası ilişkiler, dolaşım, üriner fonksiyon, ağrı ve fiziksel aktivite sorunları oluşturmuştur. Klinik Bakım Sınıflama Sistemi'nin kullanıldığı başka bir çalışmada ise, bu sıralama, sağlığı arama davranışında değişim, yaralanma riski, sıvı miktarı ile ilgili önerilere uymama,

kronik ağrı, konstipasyon, bedenin beslenmesinde fazlalık, uyku düzeninde bozulma, kan basıncında değişim, hastalık sürecine ilişkin bilgi eksikliği ve üriner boşaltımda değişim şeklindedir (76). Ernst-Fahey (151)'in çalışmasında da, yaşlılarda en sık görülen sağlık sorunlarını görme, ağız-diş sağlığı, hipertansiyon, artrit, işitme, solunum, idrar, gastrointestinal, kardiyovasküler ve ortopedik sorunlar oluşturmuştur.

“Beslenme” tanısı araştırma sürecince tüm tanı alanları kapsamında ve tüm izlemlerde en sık görülen hemşirelik tanısı olarak belirlenmiştir (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Araştırmacının bu tanıyı belirlemesine katkı sağlayan belirtiler; “fazla kilo (BKİ'nin 25 ve üzerinde olması)”, “günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın altında olması”, “günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması”, “dengesiz beslenme”, “yaşa uygun olmayan beslenme programı”, “önerilen beslenme programını sürdürememe”, “besin alma / hazırlamada yetersizlik” ve “hiperglisemi” oluşturmıştır (Tablo 4.1.5). Korkmaz-Aslan (76)'ın çalışmasında, beslenme ile ilgili olarak yaşlılarda, beslenme rejimine uymama, sıvı miktarı ile ilgili önerilere uymama, tıbbi rejimle ilgili önerilere uymama, bedenin besin eksikliği riski ve bedenin beslenmesinde fazlalık sorunları görülürken; Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında, fazla kilo (BKİ'nin 25 ve üzerinde olması), günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması, önerilen beslenme programını sürdürememe ve diyetini bilmeme; Yılmaz (147)'in çalışmasında ise, önerilen beslenme programına uymama ve diyetini bilmeme ile ilgili belirtiler beslenme tanısının belirlenmesine katkı sağlamıştır. Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmada da, yaşlıların beslenme ile ilgili olarak diyetle uyumsuzluk, beden gereksiniminden fazla beslenme, beden gereksiniminden az beslenme, iştahsızlık, hazımsızlık, yutma güçlüğü, kabızlık ve çiğneme güçlüğü gibi şikayetler yaşadığı tespit edilmiştir (81,152-153). Yeterli ve dengeli beslenme, her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılık döneminde de sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde önemli olup; çalışma bulguları, yaşlı bireylerin beslenme durumlarının tanımlanmasında ve uygun beslenme planlarının geliştirilmesinde yetişkinlerden farklı olarak besin alımını etkileyebilecek faktörlere dikkat edilmesi gerektiğini vurgulaması açısından önemlilik arz etmektedir. Araştırma sürecinde, araştırmaya katılan yaşlıların beslenme durumları ilgili literatüre göre değerlendirilmiş olup, bu doğrultuda uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda yaşlılarda olumlu ve istendik

davranış değişikliği oluşturularak, “fazla kilo (BKİ’nin 25 ve üzerinde olması)” aynı kalmakla birlikte; yaşlıların beslenme sorunları ile ilişkili olan diğer tüm belirtiler bulgulara azalmaya dair değişimler yaşanmış, “dengesiz beslenme” ve “yaşa uygun olmayan beslenme programı” sorunları ise tamamen çözüme kavuşturulmuştur (Tablo 4.1.5).

“Dolaşım” tanısı tüm tanı alanları kapsamında ve tüm izlemlerde yaşlılarda en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer almıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Birinci periyodik izlemde ikinci sırada yer alan dolaşım tanısı ara izlemde en sık görülen hemşirelik tanıları arasında dördüncü, ikinci periyodik izlemde ise, tekrar ikinci sırada yer almıştır. Fizyolojik alanda da tüm izlemlerde en sık görülen ve ilk üç hemşirelik tanısı arasında bulunan dolaşım tanısına ait belirtiler-bulguları; “ödem”, “ekstremitelerde ağrı / kramp”, “etkilenmiş bölgede ısı değişikliği”, “damarlarda varis oluşması”, “senkop atakları (bayılma) / baş dönmesi”, “anormal kan basıncı ölçümleri”, “kalp hızında aşırı artış”, “göğüs ağrısı”, “diğer (halsizlik / yorgunluk)” oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.4). Omaha Sistemi’nin kullanıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde ise, Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, dolaşım tanısı ile ilgili olarak yaşlıların ödem, damarlarda varis oluşması, anormal kan basıncı ölçümleri, kalp hızında aşırı artış ve ortostatik hipotansiyon; Yılmaz (147)’in çalışmasında ise, kan basıncında değişiklik ve anjinal ağrı belirtiler-bulguları olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışma bulguları incelendiğinde; Korkmaz-Aslan (76)’ın çalışmasında, kardiyak bakım ögesi kapsamında yaşlıların kan basıncında değişim, kardiyovasküler değişim ve kalp atımında değişim sorunları yaşadığı tespit edilirken; Bayık ve diğ. (154)’nin çalışmasında, yaşlıların kalp dolaşım sistemi kapsamında yüksek tansiyon, dolaşım, enfarktüs ve hipotansiyon sorunları yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma süresince yaşlıların dolaşım sorunu ile ilgili yaşadığı sorunlara yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, “damarlarda varis oluşması”, “etkilenmiş bölgede ısı değişikliği” ve “halsizlik / yorgunluk” dışındaki diğer tüm belirtiler-bulgulara araştırma süresince azalma olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1.4).

Tüm tanı alanları kapsamında ve tüm izlemlerde en sık görülen hemşirelik tanılarından bir diğeri de “kişisel bakım” tanısıdır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Birinci periyodik izlemde dördüncü sırada bulunan kişisel bakım tanısı ara izlemde ikinci,

ikinci periyodik izlemde ise, yedinci sırada yer almıştır. Ayrıca, bu tanının, sağlık davranışları alanında da tüm izlemlerde en sık görülen ilk üç hemşirelik tanısı arasında olduğu belirlenmiştir. Kişisel bakım tanısının belirlenmesine katkı sağlayan belirti-bulguları; “diğer (ağız hijyeninde yetersizlik, ayak bakımında yetersizlik, perine hijyeninde yetersizlik)”, “giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük”, “giyim kuşam aktivitelerinde güçlük”, “kötü vücut kokusu”, “ağız bakımı / diş fırçalama / diş ipi kullanmada güçlük” ve “bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe / yapamama” oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.5). Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, kişisel bakım tanısı sağlık davranışları alanında yaşlılarda en çok görülen tanı olarak belirlenirken, kişisel bakım sorunu ile ilgili yaşlıların banyo yapmada güçlük, ağız bakımı / diş fırçalama / diş ipi kullanmada güçlük, bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe / yapamama ve perine hijyenini yanlış yapma gibi belirti-bulgular yaşadığı belirlenmiştir. Yılmaz (147)’in çalışmasında da, kişisel bakım ile ilgili olarak yaşlılarda ağız bakımı, diş fırçalama yetersizliği, günlük yaşam aktivitelerini yürütme güçlüğü ve fiziksel bakım eksikliği sorunlarının olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise, yaşlıların %28.6’sının tuvalet hijyeninin yetersiz olduğu ve %14.3’ünün tuvalet hijyenini doğru yapmadığı belirlenmiştir (81). Kişisel bakım, bireyin sağlıklı, düzenli ve temiz olma amacıyla vücut, deri, saç, el, ayak, ağız ve dişlere ilişkin bakım ve temizlik uygulamalarını kapsamaktadır. Kişisel bakımına önem veren bireylerin daha sağlıklı ve başarılı olduğu, çevreye kolay uyum sağladığı, kolay arkadaş edindiği ve kendilerine olan güvenlerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Sağlıkla doğrudan ilişkili olan kişisel bakım, yaşlı bireylerin bulundukları ortamda yerini belirleme, varlığını kanıtlama, mutluluğunu sağlama ve daha güzel görünmeleri açısından önemli olup, böylece hem fiziksel hem de psikososyal gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlar (155). Bu nedenle, kişisel bakım yaşlı bakımında en çok dikkat edilmesi gereken alanlardan biridir. Çalışma süresince de araştırmaya katılan yaşlıların yaşadığı kişisel bakıma ilişkin sorunlar geniş kapsamda değerlendirilmiştir. Değerlendirme doğrultusunda yaşlıların belirlenen gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmış ve sonucunda da, yaşlılarda istendik davranış değişikliği oluşturularak, “giyim kuşam aktivitelerinde güçlük”, “kötü vücut kokusu”, “ağız bakımı / diş fırçalama / diş ipi

kullanmada güçlük” ve “bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe / yapamama” belirti-bulguları tamamen çözüme kavuşturulmuş olmakla birlikte, diğer tüm belirti-bulgularda araştırma süresince önemli azalma yaşanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.5).

Tüm tanı alanları kapsamında ve tüm izlemlerde en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer alan “sindirim-hidrasyon” tanısının önceliği izlemlere göre değişim göstermiştir (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Birinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında yedinci sırada bulunan sindirim-hidrasyon tanısı ara izlemde altıncı, ikinci periyodik izlemde ise, dördüncü sırada yer almıştır. Sindirim-hidrasyon tanısı, ayrıca, fizyolojik alanda da en sık görülen ilk üç hemşirelik tanısı arasında yer almıştır. Tanının belirlenmesine katkı sağlayan belirti-bulguları; “dudak çatlaması / ağız kuruluğu”, “çiğneme / yutma / sindirim güçlüğü / yapamamama”, “hazımsızlık”, “iştahsızlık”, “reflü” ve “bulantı / kusma” oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.4). Omaha Sistemi’nin kullanıldığı diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sindirim-hidrasyon tanısı Yılmaz (147)’in çalışmasında, tüm tanı alanları kapsamında yaşlılarda en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer alırken, sindirim-hidrasyon tanısına ait yaşlılarda anemi, bulantı / kusma, iştahsızlık ve hazımsızlık belirti-bulguları olduğu belirlenmiştir. Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında ise, sindirim-hidrasyon tanısı hem fizyolojik hem de tüm tanı alanlarında yaşlılarda en sık görülen hemşirelik tanısı olarak belirlenmiş olup, sindirim-hidrasyon tanısı ile ilgili olarak yaşlıların bulantı / kusma, çiğneme / yutma / sindirim güçlüğü / yapamama, hazımsızlık, iştahsızlık ve dudak çatlaması / ağız kuruluğu şikayetleri yaşadığı tespit edilmiştir. Konuyla ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde; Bayık ve diğ. (154)’nin çalışmasında, sindirim sistemi sorunları kapsamında, yaşlıların ağız diş sağlığı sorunları ve yemek yeme problemleri yaşadığı belirlenirken; Özer (152)’in çalışmasında, yaşlıların yarıdan fazlasının gastrointestinal sisteme ilişkin sorun yaşadığı ve en fazla görülen sorunların iştahsızlık, konstipasyon, hazımsızlık ve çiğneme güçlüğü olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, aynı çalışmada, yaşlıların ağız sağlığı ile ilgili de sorun yaşadığı, ağız diş sağlığı ile ilgili yaşadıkları sorunların dişsiz olma, ağız kuruluğu, lezyon ve protez kullanma olduğu, protez diş kullananların da yarıya yakınının protez diş ile ilgili sorun yaşadığı belirlenmiştir. Sindirim-hidrasyon ile ilgili sorun yaşayan yaşlıların

yaşadığı şikayetleri doğrultusunda uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, “bulantı-kusma” belirti-bulgusu tamamen çözüme kavuşturulmuş olmakla birlikte, diğer tüm belirti-bulgularda araştırma süresince azalma olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.4).

“Üriner fonksiyon” tanısı tüm tanı alanları kapsamında ve tüm izlemlerde en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer almıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). İzlemlere göre önceliği değişim gösteren üriner fonksiyon tanısı, birinci periyodik izlemde sekizinci sırada iken, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde ise beşinci sırada yer almıştır. Fizyolojik alanda da en sık görülen ve ilk üç hemşirelik tanısı arasında yer alan üriner fonksiyon tanısına ait belirti-bulguları; “noktüri”, “idrar yaparken yanma / ağrı”, “idrar yapmada güçlük”, “idrar kaçırma”, sıkışma hissi / sık idrara gitme” ve “mesaneyi boşaltmada güçlük” oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.4). Üriner fonksiyon sorununun yaşlıların sıklıkla karşılaştığı sorunlar arasında yer aldığını gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır. Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, üriner fonksiyon tanısına ilişkin yaşlıların idrar yaparken yanma ağrı, idrar kaçırma, sıkışma hissi / sık idrara gitme ve idrar yapmada güçlük; Yılmaz (147)’in çalışmasında ise, inkontinans ve sık idrara gitme sorunları yaşadığı belirlenmiştir. Klinik Bakım Sınıflama Sistemi’nin değerlendirildiği bir başka çalışmada, üriner boşaltımda değişim tanısının yaşlılarda en sık görülen 10.cu hemşirelik tanısı olduğu, bu tanının belirlmesine katkı sağlayan verilerin ise, “idrar yapmakta güçlük, ağrılı idrar, sık idrara çıkma, gece ikiden fazla idrara çıkma” olduğu belirtilmiştir (76). Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (154,156-159). Araştırmaya katılan yaşlılar üriner fonksiyon ile ilgili sıkıntılarını “utandıkları” için çok fazla ifade edemediklerini, ancak, “en son noktada” sağlık birimine başvurabildiklerini belirtmiştir. Ayrıca, yaşadıkları sorunların günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini, hem oda arkadaşları ile hem de huzurevindeki diğer yaşlılarla iletişimlerinde sorun yaşamalarına neden olduğunu, özellikle erkek yaşlılar yaşadığı “sıkışma hissi / sık idrara gitme” gereksinimi nedeniyle, kaygı yaşadıklarını ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir. Bu nedenle, yaşlıların üriner fonksiyon ile ilgili yaşadığı sorunlar hemşireler tarafından göz ardı edilmemeli ve öncelikli sorunlar arasında değerlendirilmelidir. Araştırma sürecince de, yaşlıların üriner fonksiyon ile ilgili yaşadığı sorunlar geniş kapsamda

değerlendirilmiş olup, belirlenen gereksinimler doğrultusunda uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, “mesaneyi boşaltmada güçlük” belirti-bulgusu dışında, yaşlılarda görülen diğer tüm belirti-bulgularda azalma yaşanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.4).

Tüm tanı alanları kapsamında ve tüm izlemlerde en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer alan “sinir-kas-iskelet fonksiyonu” tanısının önceliği izlemlere göre değişim göstermiştir. Birinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında dokuzuncu sırada bulunan sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanısı ara izlemde ve ikinci periyodik izlemde üçüncü sırada yer almıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). “Sinir-kas-iskelet fonksiyonu”, sağlık davranışları alanında da en sık görülen ilk üç hemşirelik tanısı arasında yer almış olup, tanının belirlenmesine katkı sağlayan belirti-bulguları; “kas tonüsünde azalma”, “kas gücünde azalma”, “diğer (ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma”, “hareketlerde sınırlılık”, “dengede bozukluk”, “yürüme / hareket etme güçlüğü” ve “duyuda azalma” oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.4). Sinir-kas-iskelet fonksiyonu sorununun yaşlıların sıklıkla karşılaştığı sorunlar arasında yer aldığını gösteren başka araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Yılmaz (147)’in çalışmasında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanısı hem fizyolojik hem de tüm tanı alanları kapsamında en sık görülen hemşirelik tanısı olarak belirlenmiş olup, bu tanıya ilişkin yaşlılarda hareket kısıtlılığı, yürüme / hareket etme güçlüğü, dengeyi sağlamada azalma ve günlük yaşam aktivitelerini yürütme güçlüğü belirti-bulguları görüldüğü belirlenmiştir. Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında da, sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanısı hem fizyolojik hem de tüm tanı alanları kapsamında yaşlılarda en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer alırken, bu tanıya ilişkin yaşlılarda hareketlerde sınırlılık, kas gücünde azalma, koordinasyonda azalma, kas tonüsünde azalma, dengede bozukluk ve yürüme / hareket etme güçlüğü belirti-bulguları olduğu tespit edilmiştir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışma sonuçları incelendiğinde ise, yaşlılarda kas-iskelet sistemi ile ilgili sorunların yaygın olduğu, kas-iskelet sistemine ilişkin eklem ağrısı, vücut ağrısı, düşme, yürüme problemi, osteoporoz, boyda kısılma, sırtta kamburluk ve sırtın alt kısmında ağrı şikayetleri yaşadıkları görülmektedir (81,154,157,160). Yaşlılık döneminde meydana gelen fonksiyonel yeteneklerdeki kayba bağlı olarak fiziksel bağımlılık artmakta ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Fonksiyonel yeteneklerdeki kaybın en önemli nedenlerinin

inaktivite ve imobilite olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin bağımsızlık düzeylerini ve yaşam kalitelerini arttırabilmek için yaşlının fiziksel uygunluğunun değerlendirilmesi ve duruma göre egzersiz programlarının uygulanması gerekmektedir. Bozan ve diğ. (161) de postmenopozal osteoporozlu hastalara kuvvetlendirme egzersizlerine ek olarak verilen denge ve koordinasyon egzersizlerinin dinamik denge fonksiyonlarında olumlu değışimler yarattığını bildirmiştir. Literatür bilgisine paralel olarak, bu çalışma sürecinde de yaşlıların sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanısı ile ilgili yaşadığı şikayetlere yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, yaşlıların “diğer (ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma”, “yürüme / hareket etme güçlüğü” ve “hareketlerde sınırlılık” belirti-bulgularında önemli azalma yaşanmıştır. Bu tanıya ait diğer belirti-bulguların fizyolojik yaşlanmaya bağıli gelişen sorunlar olması nedeniyle de, bu alandaki değışimler sınırlı kalmıştır (Bkz. Tablo 4.1.4).

“Fiziksel aktivite” tanısı tüm tanı alanları kapsamında birinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında bulunurken, bu sorunun önceliğı ara izlem ve ikinci periyodik izlemde değışim göstererek ilk 10 hemşirelik tanısı arasında yer almamıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Sağılık davranışları alanında da birinci periyodik izlemde en sık görülen ve ilk üç hemşirelik tanısı arasında yer alan fiziksel aktivite tanısının belirlenmesine katkı sağılayan belirti-bulguları; “yetersiz / düzensiz egzersiz”, “sedanter yaşam biçimi” ve “yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli / miktarı” oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.5). Çalışmadan elde edilen bu bulgu, konuyla ilgili yapılan diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, fiziksel aktivite tanısı sağılık davranışları alanında yaşlılarda en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer almış olup, sedanter yaşam biçimi ve yetersiz / düzensiz egzersiz bu tanının belirlenmesinde araştırmacılara katkı sağılamıştır. Başka bir çalışmada ise, yaşlıların %17.6’sının boş vakitlerini değerlendirmede eksiklik yaşadığı belirlenmiştir (81). Fiziksel aktivite, çeşitli fizyolojik hastalıklardan korunmada ve tedavisinde etkili olduğu gibi (162), depresyon (162-163) ve anksiyete bozuklukları gibi bazı psikiyatrik hastalıkların tedavisinde de kullanılan en önemli toplum sağılığı araçlarından biridir (162,164). Yaşamını aktif olarak sürdüren bir yaşlının çevresine bağımlılığı daha az iken; sedanter bir yaşam sürdüren yaşlı, zamanla günlük yaşam

aktivitelerini tek başına yapabilmeye sıkıntı yaşamaya başlamakta ve sonucunda da çevresine bağımlılığı artmaktadır (160). Bu nedenle, yaşlıların günlük yaşamlarında daha bağımsız olabilmelerini sağlamak adına fiziksel aktivitelere (yürüyüş, bahçe işleri vb.) katılımları desteklenmelidir (164). Çalışma süresince, yaşlılarda fiziksel aktivite ile ilgili yaşanan belirti-bulgulara yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, yaşlılarda olumlu ve istendik davranış değişikliği oluşturularak, “yetersiz / düzensiz egzersiz” ve “sedanter yaşam biçimi” belirti-bulguları tamamen çözüme kavuşturulmuş olmakla birlikte, birinci periyodik izlemde dört yaşlıda görülen “yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli / miktarı” belirti-bulgusunun araştırma sonunda bir yaşlıda devamlılığını sürdürdüğü belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.5).

“Tedavi rejimi” tanısı tüm tanı alanları kapsamında birinci periyodik izlemde en sık görülen beşinci tanı iken, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında yer almamıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Sağlık davranışları alanında da birinci periyodik izlemde en sık görülen ve ilk üç hemşirelik tanısından biri olan “tedavi rejimi” tanısı ile ilgili olarak yaşlıların “diğer (hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği)”, “önerilen doz / tedavi programına uymama”, “biten ilaçların yerine konmaması” ve “tedavi rejiminin yetersiz olması” gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.5). Başka bir çalışmada ise, yaşlıların yarısından fazlasının tedaviye uyum (ilaç kullanma ile ilgili bilgi eksikliği, hastalık ile ilgili bilgi eksikliği, sağlığı koruma ve sürdürmede yetersizlik ve tedavi rejimine uyumda problem) sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (81). Yaşlılık döneminde çoklu ve süregelen hastalık oranı diğer yaş gruplarına oranla daha fazla olduğu için hem kronik hastalıkların kontrolünün sağlanabilmesi ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi hem de bu süreçte yaşlıların kendi sağlıklarını kontrol edebilmeleri ve bakım sürecine katılabilmeleri için yaşlı bireylerin sağlık sorunları ve tedavi planları ile ilgili bilgilendirilmeleri hemşirelik uygulamaları açısından önemli bir husustur. Bu hususlar göz önüne alınarak araştırma süresince yaşlıların tedavi rejimi ile ilgili sorunlarına yönelik olarak uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, “tedavi rejiminin yetersiz olması” ve “diğer (hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği)” belirti-bulguları tamamen çözüme kavuşturulmuş olmakla birlikte, diğer belirti-bulgularda önemli derecede azalma olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.5).

Birinci periyodik izlem ve ara izlemde en sık görülen hemşirelik tanılarından biri olan “mental sağlık” tanısının ikinci periyodik izlemde öncelikli tanılar arasında yer almadığı belirlenmiştir (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Ayrıca, bu tanı, psikososyal alanda da tüm izlemlerde en sık görülen ilk üç hemşirelik tanısı arasında yer almıştır. “Üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven”, “endişe / tanımlanmamış korkular”, “öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı”, “stres yönetiminde güçlük”, “öfke yönetiminde güçlük”, “somatik yakınmalar / yorgunluk” ve “duygu durumunda dalgalanma” mental sağlık tanısının belirlenmesine katkı sağlayan belirti-bulguları oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.3). Konuyla ilgili yapılan diğer araştırmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Yılmaz (147)’in çalışmasında, mental sağlık tanısı ile ilgili olarak yaşlıların ilgi kaybı, bireysel bakımda azalma, stresle başetmede güçlük, üzüntü, umutsuzluk ve değersizlik duyguları gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Yaşlıların mental sağlık durumlarının değerlendirildiği diğer çalışma bulguları incelendiğinde; Lee ve Russel (165), geçmiş yaşantısını fiziksel olarak aktif geçiren yaşlıların sedanter yaşama geçmesiyle birlikte daha fazla mental sorunlar yaşamaya başladığını, yaşamını aktif sürdüren yaşlıların, mental sağlık durumlarının daha iyi durumda olduğunu, fiziksel aktivitenin iyi oluşu etkileyerek fiziksel sağlık üzerinde de olumlu etki yaptığını ve yaşlı bireylerin fiziksel aktivitelerini arttırarak mental sağlıkları üzerinde de olumlu sonuçlar alınabileceğini bildirmiştir. Um (166)’un çalışma sonucunda da, düzenli egzersiz programına katılan yaşlı bireylerin mental sağlık durumlarının olumlu yönde gelişim gösterdiği, anksiyete ve depresyon durumlarının azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada da, mental sağlık tanısı alan yaşlıların yaşadığı belirti-bulgulara yönelik olarak uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, “endişe / tanımlanmamış korkular”, “öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı” ve “öfke yönetiminde güçlük” belirti-bulguları tamamen çözüme kavuşturulmuş olmakla birlikte, diğer belirti-bulgularda önemli derecede azalma olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1.3).

“Solunum” tanısı birinci periyodik izlemde en sık görülen 10. cu tanı iken, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında yer almamıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). “Solunum” tanısının belirlenmesine katkı sağlayan belirti-bulguları; “öksürme”, “öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama”, “diğer (etkili nefes alamama, burun kanaması)”, “sesli solunum” ve “anormal

solunum sesleri” oluşturmıştır (Bkz. Tablo 4.1.4). “Solunum” tanısına yönelik olarak, Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, yaşlılarda öksürme, öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama ve sesli solunum; Yılmaz (147)’in çalışmasında ise, etkili nefes alamama, siyanoz (ortopne / efor dispnesi), öksürme ve etkili öksürememe / balgam çıkaramama gibi belirti-bulgular görüldüğü belirtilmiştir. Yaşlanma ile birlikte tüm sistemlerde olduğu gibi solunum sisteminde de fizyolojik değişimlerin olduğu ve bu değişimlerin hem yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini hem de yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Çalışma süresince, yaşlıların solunum tanısına yönelik yaşadığı belirti-bulgulara ilişkin uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, “diğer (burun kanaması)”, “sesli solunum” ve “anormal solunum sesleri” belirti-bulguları tamamen çözüme kavuşturulmuş olmakla birlikte, diğer belirti-bulgularda önemli derecede azalma yaşandığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.4).

Birinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında bulunmayan “kişilerarası ilişkiler” tanısı, ara izlemde sekizinci, ikinci periyodik izlemde ise, 10.cu sırada yer almıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Psikososyal alanda da tüm izlemlerde en sık görülen ilk üç hemşireli tanısı arasında yer almıştır. “Paylaşılan aktivitelerin az olması”, “değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyumsuzluk”, “ilişkiye başlama / sürdürmede güçlük”, “kişilerarası iletişim becerilerinde yetersizlik”, “problemlerini çözerken çatışmaya girmek” ve “uzun süren, düzelmeyen gerginlik” kişilerarası ilişkiler tanısının belirlenmesine katkı sağlayan belirti-bulgulardır. Kişilerarası ilişkiler tanısına yönelik olarak, Yılmaz (147)’in çalışmasında, yaşlıların değer ve amaçlarda uyumsuzluk ve uzun süre devam eden gerginlik; Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında ise, paylaşılan aktivitelerin az olması, değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyumsuzluk ve diğer (beden imajı) gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da, yaşlıların odalarında yalnız zaman geçirdikleri, arkadaşlık ilişkileri kurmadıkları, sosyal etkileşimlerde ve etkinliklerde bulunmadıkları için kendilerini daha yalnız hissettikleri tespit edilmiştir (167). Yaşlılarda karşılaşılan ve onları en fazla etkileyen psikolojik sorunların başında yalnızlık ve çevreye uyum sorunu gelmektedir (67). Bu nedenle, hem yaşlının huzurevine uyum sağlayabilmesi hem de yaşlının zamanını etkin bir şekilde değerlendirebilmesi ve kurumdaki diğer yaşlılarla iletişim

kurabilmesi adına yaşlılar arasında etkileşimleri arttırabilecek etkinliklerin düzenlenmesi gerekliliği bulunmaktadır. Çalışma süresince, iletişim sorunlarının azaltılmasına ve kişilerarası ilişkileri arttırmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, yaşlılarda istendik davranış değişiklikleri oluşturularak, bu soruna ait belirti-bulgularda dikkate değer azalma yaşanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.3).

“Uyku ve dinlenme düzeni” tanısı birinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında bulunmazken, ara izlemde dokuzuncu, ikinci periyodik izlemde ise, altıncı sırada yer almıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Sağlık davranışları alanında da tüm izlemlerde en sık görülen ve ilk üç hemşirelik tanısı arasında yer alan “uyku ve dinlenme düzeni” tanısına ait belirti-bulguları; “gece sık sık uyanma” ve “diğer (uykuya dalmada güçlük, uyku ve dinlenme düzensizliği) oluşturmuştur. Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, sağlık davranışları alanında yaşlılarda en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer alan uyku ve dinlenme düzenine yönelik olarak yaşlıların uykusuzluk, uykuya dalmada güçlük, uyku ve dinlenme düzensizliği sorunları yaşadığı belirlenirken; Yılmaz (147)’in çalışmasında da, yaşlıların önemli bir kısmının uykusuzluk sorunu yaşadığı tespit edilmiştir. Korkmaz-Aslan (76)’ın çalışmasında ise, uyku düzeninde bozulma sorunu aktivite bakım ögesinin en sık görülen tanısı olarak belirlenirken, en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında da yedinci sırada yer almıştır. Araştırmacıyı uyku düzeninde bozulma tanısına götüren verilerin de, yaşlıların uykuya dalmakta güçlük çekmesi, uykuya daldıktan sonra sık sık uyanması ve uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmemesi olduğu belirtilmiştir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş, “uyku ve dinlenme düzeni” sorununun yaşlılar için önemli bir sorun olduğu vurgulanmıştır (81,154,157,168-170). Uyku sorunları tüm yaş grupları için önemli olmakla birlikte, özellikle yaşlı sağlığı açısından öncelikli ele alınması gereken sorunlardan biridir. Bu nedenle, huzurevlerinde çalışan sağlık profesyonelleri ve özellikle yaşlılar ile daha sık bir arada bulunan hemşireler, yaşlı bireylerin uyku özelliklerini ve etkileyen faktörleri rutin olarak değerlendirmeli, uyku sorunu yaşayan yaşlıları uyku sorunları ile etkili baş etme konusunda bilgilendirmeli ve uyku hijyeniyle ilgili önerilerde bulunmalıdır. Araştırma süresince, uyku sorunu yaşadığı belirlenen yaşlıların uyku sorunu yaşamasına neden olan durumlar dikkate alınarak uygulanan hemşirelik girişimleri

sonucunda, “uykuya dalmada güçlük çekme” ve “uyku ve dinlenme düzensizliği” yaşayan yaşlıların sayısında önemli azalma sağlanmıştır. “Gece sık sık uyanma”, erkek yaşlıların benign prostat hipertrofisi olması ve yaşlıların gece “ağız açık” biçimde uyumalarına bağlı olarak ağız kuruluğu hissetmeleri sonucu uyanıp sıvı tüketiminden kaynaklanan bir sorun olması nedeniyle, bu sorunun çözümüne yönelik istenilen düzeyde değişim yaşanmamıştır (Bkz. Tablo 4.1.5).

Birinci periyodik izlemde en sık görülen 10 hemşirelik tanısı arasında bulunmayan “ağrı” tanısı, ara izlemde 10.cu, ikinci periyodik izlemde ise, sekizinci sırada yer almıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Ağrı tanısı, fizyolojik alanda da ikinci periyodik izlemde en sık görülen ilk üç hemşirelik tanısı arasında olup; “rahatsızlık / ağrı ifade etme” bu tanının belirlenmesine katkı sağlayan tek belirti-bulgudur. Benzer şekilde, Korkmaz-Aslan (76)’ın çalışmasında da, duyuşsal bakım ögesinde ele alınan ve en sık kullanılan “kronik ağrı” tanısı, araştırma sürecinde belirlenen tüm sorunlar arasında görülme sıklığına göre dördüncü sırada yer almıştır. Yaşlılarda ağrı prevelansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, ağrı prevelansının %53.9-%73.3 arasında değişim gösterdiği görülmektedir (154,171-173). Tanrıverdi ve diğerlerinin çalışmalarında, yaşlıların yarıya yakınının ağrıyı her gün deneyimlediği, ağrı yeri olarak en sık baş, sırt-bel ve bacak-diz bölgesinin tanımlandığı belirtilmiştir (173). Yaşlı nüfusta karşılaşılan en önemli sorunlardan biri de, ağrının değerlendirilmesi ve tedavisidir. Ağrı, yaşlılarda sık karşılaşılan ve karmaşık bir sorun olmakla birlikte, yaşlıların hem beden fonksiyonları hem de yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir (174). Bu nedenle, çeşitli nedenlerden dolayı yaşlılık döneminde görülme sıklığı artan ağrı sorunu sağlık personeli tarafından yaşlılık döneminin normal bir parçası olarak görülmemeli, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile yaşlının ağrısı azaltılarak yaşam kalitesi arttırılmaya çalışılmalıdır. Osteoporotik kadınlara verilen egzersiz eğitiminin değerlendirildiği deneysel bir çalışma sonucunda da, egzersiz eğitiminin ağrının azaltılmasında, spinal mobilite ve kas kuvvetinin arttırılmasında ve postüral düzgünlüğün sağlanmasında yararlı olduğu belirlenmiştir (175). Çalışma süresince, yaşlıların ağrı sorunu yaşamalarına neden olan durumlar dikkate alınarak uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, ağrı sorunu tamamen çözüme kavuşturulmamakla

birlikte (Bkz. Tablo 4.1.4), ağrı sorunu yaşayan yaşlılar ağrı düzeylerinde azalma olduğunu bildirmiştir.

“Bağırsak fonksiyonu” tanısı, sadece ikinci periyodik izlemde tüm tanı alanları kapsamında en sık görülen hemşirelik tanıları arasında yer almıştır (Bkz. Grafik 4.1.1-3). Araştırmacıya bu tanıyı belirlemesinde katkı sağlayan belirtiler; “defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik”, “ağrılı defekasyon” ve “kramp / karın bölgesinde rahatsızlık” olmuştur. Konstipasyon sorununun yaşlıların sıklıkla karşılaştığı sorunlar arasında yer aldığını gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır (76,81,154). Çalışma süresince, bağırsak fonksiyonu ile ilgili sorun yaşayan yaşlılara yönelik olarak uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, yaşlılarda istendik davranış değişikliği oluşturularak “ağrılı defekasyon” yaşayan bir yaşlının sorunu tamamen çözülmüş, “defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik” yaşayan 12 yaşlının beş tanesinin sorunu devam ederken, “kramp / karın bölgesinde rahatsızlık” yaşayan 10 yaşlının sadece birinde bu sorun çözüme kavuşturulabilmiştir (Bkz. Tablo 4.1.5).

5.1.2. Yaşlıların İzlemlere Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Tanı Alanlarına Göre Dağılımı

1. Çevresel Alan

Çevresel alan, her üç izlemde de tüm tanı alanları kapsamında en az hemşirelik tanısının belirlendiği alan olmuştur (Bkz. Tablo 4.1.1). Araştırma süresince, çevresel alanla ilgili olarak yaşlılarda “konut”, “sanitasyon” ve “yaşam alanı / iş ortamı” tanıları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.2). Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; çevresel alan ile ilgili olarak, Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, konut; Yılmaz (147)’in çalışmasında, konut, gelir, yaşam çevresi ve sanitasyon; Brooten ve diğ. (148)’nin çalışmalarında, konut ve gelir; Yun (145)’un çalışmasında ise, sanitasyon, konut ve yaşam çevresi / iş ortamı güvenliği tanılarının belirlendiği görülmektedir.

Konut tanısının belirlenmesinde “yaşanılan alanın dağınık olması” belirtiler; sanitasyon tanısının belirlenmesinde “besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik” belirtiler; yaşam alanı / iş ortamı tanısının

belirlenmesinde ise, “fiziksel tehlikeler” belirti-bulgusu araştırmacıya yol gösterici olmuştur. Çalışma sürecince, çevresel alan ile ilgili belirlenen tanılara yönelik olarak uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, tanıların izlemlere göre azaldığı görülmektedir. Tanıların değişimi izlemlere göre detaylı incelendiğinde ise; “sanitasyon” tanısının ara izlemde azalma gösterdiği ve ikinci periyodik izlemde ise hiç görülmediği; birinci periyodik izlemde sekiz yaşlıda “konut” ile ilgili tanı belirlendiği, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde ise, konut tanısının kullanılmadığı; “yaşam alanı / iş ortamı” tanı sayısı ara izlemde değişim göstermezken, ikinci periyodik izlemde azalma gösterdiği, ancak iki yaşlıda halen “yaşam alanı / iş ortamı”na tanısının devam ettiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.2). Sanitasyon ve konut tanılarına yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, sorunu olan yaşlılarda istendik davranış değişikliği oluşturulmuş ve söz konusu tanıları çözüme kavuşturulmuştur. Yaşam alanı / iş ortamı (fiziksel tehlikeler) tanısı ise, kurumun fizik yapısından kaynaklanması nedeniyle tamamen çözümlenememiş, sadece bir yaşlının fiziksel sağlık durumuna uygunluğu açısından başka bir kata çıkartılması sağlanarak, düşme riski en aza indirilmeye çalışılmıştır. Çevresel alana yönelik belirlenen bu tanı özellikle, yaşlılara yönelik kurum hizmetleri planlanırken yaşlı güvenliği açısından risk oluşturabilecek durumların göz önüne alınması gerektiğini ve özellikle yaşlılık döneminde görülebilecek düşme riskinin önlenmesinde önemli bir etken olabileceğini ortaya koymaktadır.

2. Psikososyal Alan

Psikososyal alan, her üç izlemde de tüm tanı alanları kapsamında hemşirelik tanılarının en fazla belirlendiği üçüncü alandır (Bkz. Tablo 4.1.1). Araştırma süresince, psikososyal alanla ilgili olarak yaşlılarda, “toplum kaynakları ile iletişim”, “sosyal ilişki”, “rol değişimi”, “kişilerarası ilişkiler”, “inanç”, “üzüntü” ve “mental sağlık” tanıları belirlenmiştir. Birinci periyodik ve ara izlemlerde psikososyal alanla ilgili ön plana çıkan ilk üç hemşirelik tanısının, mental sağlık, kişilerarası ilişkiler ve üzüntü olduğu; ikinci periyodik izlemde ise, bu sıralamanın kişilerarası ilişkiler, üzüntü, sosyal ilişki ve mental sağlık sorunları şeklinde değişim gösterdiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.3). Yaşamın her döneminde farklı nedenlerle ortaya çıkma olasılığı olan psikososyal sorunların yaşlılık dönemiyle birlikte bireyin

gereksinimlerini ve beklentilerini istediği düzeyde karşılayabilecek ortamların olmamasından ve bu dönemde yaşlıyı tüm yönleri ile destekleyebilecek mekanizmaların bulunmamasından dolayı yaşlılık döneminde daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Konuyla ilgili yapılan diğer araştırma bulguları da psikososyal sorunların yaşlıların sıklıkla karşılaştığı sorunlar arasında yer aldığını göstermektedir. Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında, psikososyal alan hemşirelik tanılarının en sık kullanıldığı üçüncü alan olarak belirlenmiş olup, psikososyal alan ile ilgili olarak yaşlılarda rol değişimi, inanç, kişilerarası ilişkiler ve mental sağlık tanıları belirlenmiştir. Yılmaz (147)'in çalışmasında ise, psikososyal alan hemşirelik tanılarının en sık kodlandığı ikinci alan olarak belirlenmiş olup, yaşlılarda toplum kaynakları ile iletişim, bakım verme / ebeveynlik, yetişkin ihmali, sosyal ilişkiler, rol değişimi, kişilerarası ilişkiler, manevi baskı, duygusal denge ve üzüntü / suçluluk tanıları belirlenmiştir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de; psikososyal alanla ilgili olarak Yun (145)'un çalışmasında, yaşlıların maneviyat, sosyal ilişkiler, duygusal denge ve üzüntü / suçluluk; Bowles (176)'ın çalışmasında, duygusal denge; Brooten ve diğ. (148)'nin çalışmalarında ise, bakım verme / ebeveynlik ve duygusal denge sorunları yaşadığı görülmektedir. Klinik Bakım Sınıflama Sistemi'nin değerlendirildiği Korkmaz-Aslan (76)'ın çalışmasında da, psikolojik bakım alanına yönelik yaşlıların bilişsel, baş etme ve benlik kavramı ile ilgili sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir.

Psikososyal alan ile ilgili yaşlıların yaşadığı sorunlar göz önüne alınarak uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, yaşlıların yaşadığı bazı sorunlar çözüme kavuşturulmuştur. Tanıların değişimi izlemlere göre incelendiğinde; “sosyal ilişki”, “kişilerarası ilişkiler” ve “mental sağlık” tanılarının izlemlere göre azaldığı; “toplum kaynakları ile iletişim” tanısının ara izlemde azaldığı, fakat ikinci periyodik izlemde bu azalmanın değişim göstermediği; “rol değişimi” tanısının ara izlemde azaldığı, ikinci periyodik izlemde ise hiç görülmediği; “inanç” tanısının birinci periyodik izlemde iki yaşlıda görüldüğü, ara izlem ve ikinci periyodik izlemde bu sorunun görülmediği; “üzüntü” tanısının ise, ara izlemde azalma gösterdiği, fakat ikinci periyodik izlemde ara izleme göre bir artış gösterdiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.3).

3. Fizyolojik Alan

Her üç izlemde tüm tanı alanları kapsamında en fazla hemşirelik tanısının belirlendiği fizyolojik (Bkz. Tablo 4.1.1) alanla ilgili olarak yaşlılarda, “işitme”, “görme”, “ağız sağlığı”, “algılama”, “ağrı”, “deri”, “sinir-kas-iskelet fonksiyonu”, “solunum”, “dolaşım”, “sindirim-hidrasyon”, “bağırsak fonksiyonu”, “üriner fonksiyon” ve “bulaşıcı / enfeksiyon durumu” tanıları belirlenmiştir. Birinci periyodik izlemde fizyolojik alanla ilgili ön plana çıkan ilk üç hemşirelik tanısını, dolaşım, sindirim-hidrasyon ve üriner fonksiyon oluştururken; ara izlem ve ikinci periyodik izlemde, bu sıralama, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, dolaşım, üriner fonksiyon ve ağrı sorunları şeklinde değişim göstermiştir (Bkz. Tablo 4.1.4). Fizyolojik alanla ilgili sorunların yaşlılık döneminde daha sık görüldüğünü gösteren çalışma bulguları bulunmakla birlikte; Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında, sindirim-hidrasyon, bağırsak ve sinir-kas-iskelet fonksiyonu; Yun (145)’un çalışmasında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, ağrı, dolaşım ve sindirim-hidrasyon; Tanrıverdi ve diğ. (177)’nin çalışmalarında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu ve ağrı; Yılmaz (147)’in çalışmasında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, solunum ve sindirim-hidrasyon; Yoo ve diğ. (178)’nin çalışmalarında ağrı ve solunum; Bowles (176)’ın çalışmasında dolaşım, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, ağrı ve solunum; Brooten ve diğ. (148)’nin çalışmalarında ise, dolaşım ve sinir-kas-iskelet fonksiyonu, bu alanda en sık görülen hemşirelik tanılarını oluşturmuştur. Korkmaz-Aslan (76)’ın çalışmasında da, fizyolojik bakım alanına ilişkin, yaşlıların en fazla kardiyak, bağırsak ve üriner sisteme ait sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre yaşlıların en sık yaşadığı fizyolojik sorunlar arasında benzerlikler bulunmakla birlikte; yaşlılarda özellikle sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanısının daha fazla belirlendiği görülmektedir.

Çalışma süresince, yaşlıların fizyolojik alan ile ilgili yaşadığı sorunlara ait bazı belirti-bulgular bu alanda karşılığını bulamaması nedeni ile bu belirti-bulgular araştırmacı tarafından ilgili olduğu düşünülen sorunların diğer başlıkları altında ele alınmıştır.

Periyodik izlemler sırasında ve sonrasında bazı yaşlıların gözde kızarıklık / kaşıntı / çapaklanma ve göz kapağında şişlik gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiş olup, bu belirti-bulgular “18. Görme” tanısının 09. diğer (gözde kızarıklık / kaşıntı /

çapaklanma, göz kapağında şişlik) başlığı altında ele alınmıştır (Bkz. Tablo 4.1.4). Sağlık çalışanlarına yönelik iş sağlığı hemşireliği uygulamalarında Omaha Sistemi'nin kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada da, izlemler sırasında, hemşirelerin gözde kızarıklık, ağrı, kaşıntı ve pitozis sorunu yaşadığı belirlenmiş olup, bu belirti-bulgular 18. Görme tanısının diğer başlığı altında değerlendirilmiştir. Benzer şekilde, Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında da, görme tanısı ile ilgili olarak yaşlıların gözde kaşıntı / çapaklanma sorunu yaşadığı belirlenmiş; belirlenen bu belirti-bulgu görme tanısının altında diğer başlığı altında ele alınmıştır.

Ağız içinde yara ve ağız kokusunun olması "20. Ağız sağlığı" tanısının 08. diğer (ağız içinde yara, ağız kokusu) başlığı altında ele alınmıştır (Bkz. Tablo 4.1.4). Ağız sağlığı, tüm yaş grupları için önemli olmakla birlikte, yaşlıların ağız sağlığı sorununa ilişkin yaşadığı belirti-bulguları diğer sağlık sorunları altında değerlendirmek yerine, ağız sağlığı sorunu altında değerlendirilmesi araştırmacının var olan sorunu doğru bir şekilde tanımlayabilmesinde ve bu soruna yönelik özel hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulamasında daha etkili olmuştur. Kesgin (144), Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında da, ağız içinde yara olması "20. Ağız sağlığı" tanısının 08. diğer (ağız içinde yara / ağızda yara) başlığı altında ele alınmıştır.

Yaşlanma ile beden görüntüsünün değişmesi, kişiden kişiye değişik anlamlar taşıyabilir ve yaşlı bireyin kişilik yapısı, beden imgesi, fiziksel görünümü kabul ediş biçimi ve yorumu, kişilerarası ilişkiler kurmasına engel olabilir (52). Çalışma sürecinde, yaşlının beden imajından dolayı iletişim kurmaması belirti-bulgusu da "21. Algılama" tanısının 11. diğer (olumsuz beden algısı) başlığı altında ele alınmıştır (Bkz. Tablo 4.1.4). Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında bu belirti-bulgu "08. Kişiler arası ilişkiler" tanısının 09. diğer (beden imajı) başlığı altında ele alınmış ve bu şekli ile yeni araştırmalarda kullanımı önerilmiştir. Olumsuz beden algısı, bireyin dış görünümündeki değişimlere uyum sağlayamamasından dolayı yaşadığı bir sorun olarak ele alındığında, yaşlının sadece kişiler arası ilişkilerinde değil, bu olumsuz algısının yaşlıların başka sorunlar yaşamasına da neden olabileceği kaygısıyla "21. Algılama" tanısının 11. diğer (olumsuz beden algısı) başlığı altında ele alınmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Ayrıca, kulakta çınlama / kaşıntı / sesleri uğultulu işitme belirti-bulgusu “17. İşitme” tanısının 09. diğer (kulakta çınlama / kaşıntı / sesleri uğultulu işitme); terleme belirti-bulgusu “24. Deri” tanısının 11. diğer (terleme); ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma belirti-bulgusu “25. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu” tanısının 14. diğer (ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma); burun kanaması ve etkili nefes alamama belirti-bulguları “26. Solunum” tanısının 11. diğer (burun kanaması, etkili nefes alamama) ve halsizlik / yorgunluk hissetme belirti-bulgusu ise, “27. Dolaşım” tanısının 17. diğer (halsizlik / yorgunluk) başlığı altında ele alınmıştır (Bkz. Tablo 4.1.4).

Fizyolojik alan ile ilgili yaşlılarda belirlenen hemşirelik tanıları göz önüne alınarak uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda, yaşlıların yaşadığı bazı sorunlar çözüme kavuşturulmuştur. Tanıların değişimi izlemlere göre incelendiğinde; “işitme”, “görme”, “ağız sağlığı”, “deri”, “solunum” ve “bulaşıcı / enfeksiyon durumu” tanılarının izlemlere göre azaldığı; “ağrı”, “sinir-kas-iskelet fonksiyonu” ve “bağırsak fonksiyonu” tanılarının ara izlemde azaldığı, fakat ikinci periyodik izlemde bu azalmanın değişim göstermediği; “algılama” tanısının ara izlemde de aynı oranda devam ettiği, ikinci periyodik izlemde ise, hiç görülmediği; “dolaşım”, “sindirim-hidrasyon” ve “üriner fonksiyon” tanılarının ise, ara izlemde azalma gösterdiği, fakat ikinci periyodik izlemde ara izleme göre, dolaşım tanısının bir, sindirim-hidrasyon tanısının üç, üriner fonksiyon tanısının ise, iki artış gösterdiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.4).

4. Sağlık Davranışları Alanı

Sağlık davranışları alanı, her üç izlemde de tüm tanı alanları kapsamında hemşirelik tanılarının en fazla belirlendiği ikinci alandır (Bkz. Tablo 4.1.1). Araştırma süresince, bu alanla ilgili olarak yaşlılarda, “beslenme”, “uyku ve dinlenme düzeni”, “fiziksel aktivite”, kişisel bakım”, “madde kullanımı”, “sağlık bakım denetimi” ve “tedavi rejimi” tanıları belirlenmiştir. Sağlık davranışları alanı ile ilgili ön plana çıkan ilk üç hemşirelik tanısı birinci periyodik izlemde beslenme, fiziksel aktivite, kişisel bakım, tedavi rejimi, uyku ve dinlenme düzeni; ara izlem ve ikinci periyodik izlemde ise, beslenme, kişisel bakım, uyku ve dinlenmedir (Bkz. Tablo 4.1.5). Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; sağlık

davranışları alanı ile ilgili en sık belirlenen hemşirelik tanılarının, Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında, kişisel bakım, fiziksel aktivite, uyku ve dinlenme düzeni, beslenme; Yılmaz (147)'in çalışmasında, beslenme, fiziksel aktivite, önerilen tedavi rejimi, uyku ve dinlenme; Yun (145)'un çalışmasında, fiziksel aktivite, sağlık bakım denetimi, önerilen tedavi rejimi ve beslenme; Bowles (176)'ın çalışmasında diğer sağlık davranışları ve önerilen tedavi rejimi; Brooten ve diğ. (148)'nin çalışmalarında ise, sağlık bakım denetimi ve diğer sağlık davranışı olduğu görülmektedir. Korkmaz-Aslan (76)'ın çalışmasında da, davranışsal bakım alanı kapsamında en fazla sağlık davranışı sorununun olduğu belirlenmiştir. Sağlık davranışı, sağlığı sürdüren, yeniden yapılandıran ve geliştiren bireysel inanç, beklenti, değer, algı, bilişsel öğeler, kişilik özellikleri, duygulanım durumu, alışkanlıklar ve eylemlerle ilişkili olup, tüm bu özellikler bireyin sağlığının korumasında, düzenlemesinde ve geliştirilmesinde önemli faktörlerdir (88). Çalışma sonuçları, yaşlıların sağlık davranışları ile ilgili yetersizlikler yaşadığını, bu alanda belirlenen sorunların en az fizyolojik alanda yer alan sorunlar kadar önemli olduğunu ve yaşlılara olumlu sağlık davranışları kazandırılması gerektiğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir.

Çalışma süresince, yaşlıların sağlık davranışları alanı ile ilgili yaşadığı sağlık sorunlarına ait bazı belirti-bulgular bu alanda karşılığını bulamaması nedeni ile sağlık sorunlarının “diğer” başlıkları altında değerlendirilmiştir. “36. Uyku ve dinlenme düzeni” tanısının 09. diğer başlığı altında ele alınan belirti-bulguları uykuya dalmada güçlük, uyku ve dinlenme düzensizliği oluşturmuştur (Bkz. Tablo 4.1.5). Yaşlılık döneminde görülen önemli sorun alanlarından biri de uyku sorunudur. Uyku sorununun tanımlanmasına ait çeşitli belirti-bulgular “uyku ve dinlenme düzeni” altında değerlendirilmiş olmasına rağmen yaşlıların uyku sorunu yaşamasına neden olan bu iki belirti-bulgunun “diğer” başlığı altında ele alınması soruna yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasında ve uygulanmasında daha etkili olmuştur (Bkz. Tablo 4.1.5). Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında da, yaşlılarda görülen bu belirti-bulgular “Uyku ve dinlenme düzeni” tanısının 09. diğer (uykuya dalmada zorluk, uyku ve dinlenme düzensizliği) başlığı altında değerlendirilmiştir.

Yaşlıların ayak bakımı ve ağız hijyeni ile ilgili uygulamalarının yetersiz olması, kadınların taharetlenmeyi yanlış yapması ve perine hijyenine ait yanlış / eksik uygulamalarının olması “38. Kişisel bakım” tanısının 10. diğer (ayak bakımında yetersizlik, ağız hijyeninde yetersizlik, perine hijyeninde yetersizlik) başlığı altında ele alınan belirti-bulgulardır (Bkz. Tablo 4.1.5). Ayak bakımı ve temizliği en önemli temizlik uygulamalarından biri olmakla birlikte, özellikle yaşlı bireylerde ayak bakımı daha fazla dikkat edilmesi gereken bir konudur. Ayakların hergün yıkanması ve yıkandıktan sonra iyice kurulanması gerekir. Bu uygulama düzenli olarak ve uygun şekilde yapılmadığı takdirde, parmak aralarındaki nemli ortamlar mantar enfeksiyonlarının oluşmasını kolaylaştırmaktadır. Yaşlılarda, özellikle diyabetik yaşlılarda, kan akımı yetersiz olduğundan ayak ve parmakların derisi travma ve ülserasyona ileri derecede duyarlıdır (155). Bu nedenle, ayak bakımındaki yetersiz uygulamaların kişisel bakım sorunu altında ayrı bir başlık altında değerlendirilmesi, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanmasına ve yaşlılara bu konuda olumlu sağlık davranışı kazandırılmasına katkı sağlamıştır.

Yaşlanmayla birlikte diş kayıplarında artış olduğu bilinen bir olgudur. Diş kayıplarının sonucu olarak, çiğneme, yutma ve konuşma bozuklukları ortaya çıkar. Ayrıca, ağız kokusu, ağız boşluğunda yara, çiğneme ve yutma güçlükleri yaşlının beslenmesini ve dolayısıyla da genel sağlığını olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle, yaşlı bireylerin ağız sağlığının devamlılığının sağlanmasında bireysel ağız hijyeni alışkanlıklarının önemi büyüktür. Diş fırçalama alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerin yarıya yakınının düzenli diş fırçalama alışkanlığının olmadığı ve çiğneme fonksiyonu ile ilgili sorun yaşadığı belirlenmiştir (179). Ağız sağlığı uygulamaları yaşlı bireyin genel sağlığı ve kişilerarası ilişkileri üzerine de olumsuz etki yapması nedeniyle, bu belirti bulgunun kişisel bakım altında diğer başlığı altında ayrı bir belirti-bulgu olarak değerlendirilmesi ve hemşirelik girişimlerinin bu doğrultuda planlanıp uygulanması sorunun çözümüne daha fazla katkı sağlamıştır.

Genito-üriner sistem enfeksiyonları yaşlılarda en sık görülen enfeksiyon hastalıklarındandır. Genital hijyen konusunda bilgisizlik, yanlış inanç ve uygulamalar, genital organlara ilişkin hastalıklar konusunda çekingen olma gibi faktörler genito-üriner sistem enfeksiyonlarının artmasında önemli rol oynar.

Özellikle, menapoz sonrası dönemde, hassas ve farklı fizyolojik özelliklere sahip organlardan oluşan genital bölge ile ilgili hijyen uygulamaları büyük önem taşımaktadır (180). Bu nedenle, halk arasında bilinen ifadeyle “taharetlenme” ve “perine hijyeni” uygulamaları kültürel özelliklerimiz de düşünülerek kişisel bakım sorunu altında yer alan diğer başlığı altında ayrı bir belirti-bulgu olarak ele alınmış ve uygulamalarda kullanılmıştır. Kulakçı ve Emiroğlu (146)’nın çalışmalarında da, bu belirti-bulgu, kişisel bakım sorununun diğer (perine hijyenini yanlış yapma) başlığı altında ele alınmıştır.

Yaşlıların var olan kronik hastalıklarına ve kullandıkları ilaçlara ilişkin eksik bilgi tanımlamaları, hastalıklarını kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını belirtmeleri “42. Tedavi rejimi” tanısının 09. diğer (hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği) başlığı altında ele alınmıştır. Farklı bir sınıflama sistemi olan Klinik Bakım Sınıflama Sistemi’nde uygulandığı grubun hastalık sürecine ait bilgi durumunu değerlendiren ayrı bir tanılama alanı bulunmakta olup, bu doğrultuda hemşirelik uygulamalarına yön verilmektedir. Yaşlı bakımında da kullanılan bu sistemde “hastalık sürecine ilişkin bilgi eksikliği” sorununun bilişsel bakım ögesinde en sık kullanılan alan olduğu belirlenmiştir (76). Bu çalışmada da, hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği belirti-bulgusu, hem yaşlıları sağlık durumları hakkında bilgilendirme hem de sağlık sorunlarının kontrolünde yaşlılara sağlık sorumluluğu verebilme adına diğer başlığı altında değerlendirilmiş ve hemşirelik uygulamaları bu doğrultuda planlanıp uygulanmıştır.

Çalışma süresince, sağlık davranışları alanı kapsamında belirlenen hemşirelik tanılarının bazıları uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda çözüme kavuşturulmuştur. Tanıların değişimi izlemlere göre incelendiğinde; “fiziksel aktivite”, “kişisel bakım” ve “tedavi rejimi” tanılarının sayısında izlemlere göre azalma olduğu; “beslenme” tanısının ara izlemde değişmediği, ikinci periyodik izlemde ise, azaldığı; “madde kullanımı” tanısının ara izlemde azaldığı ve ikinci periyodik izlemde ise, değişmediği; “sağlık bakım denetimi” tanısının ara izlemde azaldığı, ikinci periyodik izlemde ise, bu sorunun tamamen çözüme kavuştuğu; “uyku ve dinlenme düzeni” tanısının ise, ara izlemde azaldığı, fakat ikinci periyodik izlemde ara izleme göre iki artış gösterdiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.5).

5.1.3. Yaşlıların İzlemlere Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Tanı Alanlarına ve Hemşirelik Girişim Kategorilerine Göre Dağılımı

Birinci periyodik ve ara izlem sonrasında tüm tanı alanları kapsamında en fazla fizyolojik alana yönelik hemşirelik girişimleri uygulanırken, bunu sırasıyla sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alan izlemiştir (Bkz. Tablo 4.1.6). Çalışma bulgusu, Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışma bulgusu ile benzerlik göstermekle birlikte; Yılmaz (147)'in çalışmasında bu sıralama, fizyolojik alan, psikososyal alan, sağlık davranışları alanı ve çevresel alan şeklinde değişim göstermiştir. Yaşlı bakımında Klinik Bakım Sınıflama Sistemi'nin uygulandığı çalışmada ise, en fazla sağlık davranışları bakım ögesine yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulandığı, bunu sırasıyla güvenlik, duyuşsal ve aktivite bakım öğelerinin izlediği görülmektedir (76).

Çalışma süresince uygulanan hemşirelik girişimlerinin hemşirelik girişim kategorilerine göre dağılımı incelendiğinde, her iki izlem sonrasında en fazla sürveyans girişimlerinin uygulandığı, bunu sırasıyla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem ile vaka yönetimi girişimlerinin takip ettiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.6). Elde edilen bulgu, Bowles (176)'ın çalışma sonucu ile benzerlik göstermekle birlikte; bu sıralamanın, Yun (145), Kulakçı ve Emiroğlu (146)'nın çalışmalarında, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, sürveyans, tedavi ve işlem, vaka yönetimi; Brooten ve diğ. (148)'nin çalışmalarında, sürveyans, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, vaka yönetimi, tedavi ve işlem; Plowfield ve diğ. (181)'nin çalışmalarında, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, sürveyans, vaka yönetimi, tedavi ve işlem; Tanrıverdi ve diğ. (177)'nin çalışmalarında ise, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile sürveyans şeklinde olduğu görülmektedir. Yılmaz (147)'in çalışmasında da, diğer çalışma bulgularından farklı olarak, en fazla vaka yönetimine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanırken, bunu sırasıyla sürveyans, tedavi ve işlem, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık izlemiştir. Çalışmaların önemli bir kısmı, yaşlı bakımda sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile sürveyansa yönelik hemşirelik girişimlerinin öncelikli uygulamalar olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin huzurevlerinde pratikte hangi görevleri üstlendiğine bakıldığında ise, hemşirelerin daha çok yaşlıya klinik müdahalede bulunduğu ve bu

kapsamda tansiyon takibi, ilaç uygulaması, yara bakımı gibi teknik işlemler yaptığı görülmektedir. Çalışma bulguları, yaşlılık döneminde sadece tedavi ve işleme yönelik uygulamaların değil, aynı zamanda sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile sürveyans gibi yaşlıların bundan sonraki yaşamlarında sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri ve sağlık durumlarını kontrol edebilmeleri için hemşirelerin yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinde bu rol ve sorumluluklarını da uygulamalarına yansıtmaları gerektiğini göstermesi açısından hemşirelik uygulamalarına önemli katkı sağlamaktadır.

5.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Bu başlık altında, huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bulguların tartışması yer almaktadır.

Birçok sağlık kuramında, öz yeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu (47-49,94); öz yeterlilik algısının bireyin davranışını hem kısa hem de uzun dönemde etkilediği (17-18,23,47,94,105-107); yaşlı bireylerdeki öz yeterlilik algısı ile ilgili sorunların kendi yeteneklerinin farkına varmamalarından kaynaklandığı, bu nedenle de, yaşlı bireylere verilecek eğitimlerde, sözel cesaretlendirmelerde, danışmanlık hizmetlerinde ve modellemelerde yaşlı bireylerin kendi yeteneklerinin farkına vardırılması gerektiği belirtilmektedir (29).

Bu çalışmada, yaşlıların öz yeterlilik algıları üç kez değerlendirilmiş olup; değerlendirme sonucunda, yaşlıların hem öz yeterlilik algılarında hem de öz yeterlilik algısının alt boyutunu oluşturan davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele özelliklerinde artış yönünde ve olumlu anlamda değişimler yaşandığı; öz yeterlilik algısı, davranışı sürdürme ve davranışı tamamlama ile ilgili yaşanan bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$); davranışa başlama ve engellerle mücadele özelliklerinde yaşanan değişimlerin ise, anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.1). Yaşlıların davranışa başlama ve engellerle mücadele özelliklerinde olumlu anlamda değişimler yaşanmasına rağmen, bu değişimlerin anlamlı düzeyde olmaması

beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü, yaşlıların davranışa başlama ve engellerle mücadele özelliklerini yaşlıların sadece bireysel özellikleri ya da motivasyonları gibi içsel engeller değil, aynı zamanda, huzurevi imkanları ve sosyal güvenlik hizmetleri kapsamında yer alan hizmetlerin yetersizliği gibi dışsal faktörler de etkileyebilir. Çalışmada ayrıca, yaşlıların öz yeterlilik algısı, davranışı sürdürme ve davranışı tamamlama özelliklerinde yaşanan anlamlı değişimlerin birinci periyodik izlem ile ara izlem ve ikinci periyodik izlemler arasında olduğu ($p<0.05$); ara izlem ve ikinci periyodik izlem arasındaki değişimlerin ise, anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Araştırmacının birinci periyodik izlemden ara izleme kadar olan süreçte hafta içi her gün, ara izlemden ikinci periyodik izleme kadar olan süreçte ise, sadece hafta içi iki gün kurumda bulunması bu sonucun nedeni olarak düşünülmektedir. Çünkü, araştırmacı kurumda bulunduğu gün içinde hem bireysel görüşmelerini gerçekleştirmiş hem de araştırmaya katılan diğer yaşlıları değerlendirmede ve motivasyonlarını arttırmada uyaran olmuştur. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, huzurevinde anahtar role sahip olan hemşirenin yaşlı bireylerin motivasyonlarını arttırmada ve sürekli etkileşimde bulunarak yaşlılara olumlu sağlık davranışları kazandırılması sürecinde etkinliğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir.

Benzer şekilde, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları da çalışma sürecince üç kez değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeye göre, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranış özelliklerinde de olumlu ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişimler yaşandığı tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.2). Yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranış özelliklerinde yaşanan anlamlı değişimlerin tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$); sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranış özelliklerindeki anlamlı değişimlerin ise, birinci periyodik izlem ile ara izlem ve ikinci periyodik izlemler arasında olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

Çalışmada ayrıca, izlemlere göre yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelenmiş olup; yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki gücünün izlemlere göre arttığı ve yaşlıların öz yeterlilik algılarının artması ile birlikte de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik uygulamalarının arttığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.2.3). Öz yeterlilik algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında gelişen artış yönündeki bu değişimlere, çalışma süresince yaşlıların gereksinimlerine yönelik olarak sunulan hemşirelik hizmetlerinin katkı sağladığı düşünülmektedir. Çalışmadan elde edilen bu bulgular, konuyla ilgili yapılan diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Conn (27), Kwong ve Kwan (182), Shong ve diğ. (18)'nin çalışmalarında, yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve öz yeterlik algısının sağlık davranışlarının en güçlü belirleyicisi olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Owens (26)'ın çalışmasında da, yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarını oluşturan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, tüm faktörler dışında öz yeterlilik algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde tek belirleyici olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, ayrıca, bazı yaşlıların, sağlık durumları kötü olduğu için yeni bir duruma uyum sağlamada ya da öğrenmede sorun yaşadığı, yeni bir davranışı uygulayıp uygulamama konusunda aslında yaşlıların sürekli olarak kendilerini sorguladığı, bu nedenle de, uygun öğretim yollarının ve uygun planlamaların yaşlıların birçok sağlığı geliştirici davranışları başarıyla yapabilmelerine imkan sağlayabileceği bildirilmiştir.

Chang ve diğ. (46)'nin huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarını ve öz bakımlarını geliştirmeye yönelik yürüttükleri çalışmalarında, yaşlıların öz yeterlilik algılarında artış yönünde değişim olduğu, bu değişimle birlikte yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme performanslarının da gelişim gösterdiği bildirilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlılara verilen öz bakım-öz yeterlilik geliştirme programının yaşlıların öz bakım ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da, programdan yararlanan yaşlıların

bağımsızlık düzeylerinin öncesine göre arttığı ve bu doğrultuda yaşlıların beslenme, giyinme, temizlik ve banyo yapma gibi günlük yaşam aktivitelerinde de önemli gelişmeler olduğu belirlenmiştir (183).

Clark ve Dodge (23) ise, kendi evinde yaşayan yaşlı kadınlara hastalık yönetimi konusunda eğitim vermiş ve eğitimden bir yıl sonra aynı grup üzerinde yeni bir değerlendirme yapmıştır. Değerlendirme sonucunda, verilen eğitimin, yaşlı kadınların öz yeterlilik algıları üzerinde olumlu etki yaptığı ve öz yeterlilik algısının artması ile de yaşlı kadınların zaman içinde sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmede daha başarılı oldukları tespit edilmiştir.

Hiltunen ve diğ. (184)'nin çalışmalarında hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiş ve değerlendirme sonucunda, hemşirelik uygulamalarının yaşlıların öz yeterlilik algılarını arttırdığı, öz yeterlilik algılarının artması ile birlikte de, yaşlıların yaşam kalitelerinde olumlu anlamda değişimler yaşandığı ve iyileşme sürecinin kısaldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Wong ve diğ. (185)'nin çalışmalarında da, hemşire tarafından verilen telefon takip-destek programının yaşlıların öz yeterlilik algılarında olumlu yönde değişim yaptığı ve yaşlıların öz bakım sorumluluklarını yerine getirmede daha fazla sorumluluk sahibi olduğu; bu değişimlerin sonucu olarak da, bireylerin acile başvuru sayılarında azalma olduğu ve sağlık harcamalarında önemli maliyet tasarrufu sağlandığı belirtilmiştir.

Konuyla ilgili çalışmalar çoğunlukla huzurevinde ya da kendi evinde yaşayan yaşlılarla yürütülmüş olup, Loeb ve diğ. (186)'nin yaşlı mahkûmlarla yürüttükleri çalışmaları bu açıdan farklılık göstermektedir. Çalışma sonucunda, yaşlıların sağlık yönetimine ilişkin öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlığı kontrol eden davranışları arasında pozitif yönde ilişki olduğu, sağlık yönetimine ilişkin öz yeterlilik algısı yüksek olanların daha fazla sağlığı geliştirici aktivitelere katıldığı ve sağlığını kontrol altında tutan davranışlarının daha fazla olduğu; öz yeterlilik algısı ile bireyin kendi davranışını kontrol etme arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve öz yeterlilik algısı yüksek olanların kendi sağlıklarını daha fazla kontrol edebildikleri belirlenmiştir.

Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da, yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları arasında pozitif yönde ilişki olduğu; öz yeterlilik algısı yüksek olan yaşlıların öz yeterlilik algısı düşük olan yaşlılara göre daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediği; yaşlıların sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik oluşturulan ve uygulanan programların yaşlıların öz yeterlilik algılarını arttırırken, beraberinde yaşlıların iyileşme süreçlerini hızlandırdığı, fonksiyonel sağlık durumlarını geliştirdiği, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmelerini sağlama, sağlıklı yaşam biçim davranışları kazandırma ve yaşam kalitelerini arttırma konusunda yararlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, ilgili çalışmalarda, yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması sürecinde öz yeterlilik algısının önemli bir belirleyici olarak ele alınması gerektiği ve yaşlıların bu açıdan da değerlendirilmesi yapılarak müdahale programlarının bu doğrultuda geliştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (21,29,43,45,108,119,151,187-195).

5.2.1. Yaşlıların Bazı Özellikleri Açısından İzlemlere Göre Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarındaki Değişim

İzlemlere göre yaşlıların öz yeterlilik algısı cinsiyet, yaş, sosyal güvence ve gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından fark gözetmeksizin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve artış yönünde değişim göstermiştir (Bkz. Tablo 4.2.4-5, Bkz. Tablo 4.2.7-8). Ancak, yaşlıların hem öz yeterlilik algısı hem de öz yeterlilik algısının alt boyutunu oluşturan davranışı sürdürme özelliğinde yaşanan değişimin eğitim durumu açısından farklılık gösterdiği, değişimin okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlılarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.6). Bu durumda öz yeterlilik algısının eğitimle kazanılabilen bir nitelik olmasıyla ilişkili olabilir. Benzer şekilde, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olarak anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.2.9-13).

İzlemlere göre yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değişimi cinsiyet açısından farklılık göstermemekle birlikte; kadın yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan beslenme davranışı özelliklerinin tüm izlemlerde erkeklerden daha iyi olmasına rağmen, beslenme davranışındaki değişimin

erkeklerde daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.9). Geleneksel kültürümüz içinde kadının toplumsal rolü gereği, ailenin beslenme gereksinimlerini sağlamadaki sorumlulukları kadınların erkeklere göre beslenme davranışı özelliklerinin daha iyi olmasının nedeni olarak düşünülebilir. Bu doğrultuda, değişimin erkek yaşlılarda daha fazla olmasının nedeni olarak da, bu konuda hem bilgi hem de davranış eksikliklerinin kadın grubuna göre daha fazla olması olarak düşünülebilir. Ayrıca, Emekli Sandığı, SSK ve Bağkur gibi prim ödemeye dayalı sağlık güvencesi olan ve emekli maaşı alan yaşlıların da sağlık sorumluluğu davranışının Yeşil Kart sahibi olan ve yaşlılık aylığı alan yaşlılara göre daha fazla olduğu ve sağlık sorumluluğu davranışı değişiminin iki grup arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.12-13). Bu durum, sağlık hizmetlerine ulaşım yönünde sıkıntısı olmayan grubun sağlık sorumluluğunu üstlenmedeki motivasyonlarının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Çalışmadan elde edilen bulgular, yaşlıların gereksinimleri doğrultusunda bireysel yaklaşım yöntemi ile verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlının sosyodemografik özelliği ne olursa olsun etkin olacağını göstermesi bakımından önemli olmakla birlikte; konuyla ilgili yapılan diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik ve farklılıklar göstermektedir.

Resnick (29), Clark ve Dodge (23)'ün çalışmalarında, yaşlıların öz yeterlilik algıları üzerinde sosyodemografik özelliklerin önemli bir etkiye sahip olmadığı belirlenirken; Morowatisharifabad ve diğ. (190)'nin çalışmalarında, öz yeterlilik algısı ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu, erkek yaşlıların, eşleriyle birlikte yaşayan yaşlıların ve yüksek eğitim düzeyine sahip olan yaşlıların öz yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Loeb ve diğ. (186)'nin çalışmalarında ise, eğitim durumu ile öz yeterlilik arasında bir ilişki olmamakla birlikte, eğitim durumunun bireyin kendi sağlık bakım yönetimini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Tambağ (67)'in çalışmasında, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimin yaşlıların hem cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve sosyal güvence gibi sosyodemografik özellikleri açısından hem de çocuk sayısı, meslek, huzurevine gelmeden önce yaşanan yer, daha önce başka huzurevinde kalma durumu, huzurevinde kalma yılı, huzurevinde kalma nedeni, ziyaretçi gelme durumu, kronik hastalık ve fiziksel engel durumu gibi diğer özellikleri açısından farklılık

göstermediği saptanmıştır. Bu çalışma bulgusunun aksine, Sohng ve diğ. (18)'nin çalışmalarında, lise ve üzeri eğitime sahip olan yaşlıların ilköğretim ve altı eğitime sahip olan yaşlılara göre sağlıklı yaşam biçimi puanlarının daha yüksek olduğu, eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutunu oluşturan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme puan ortalamalarının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, aynı çalışmada, eğitim durumu ile öz yeterlilik algısı arasında ilişki olduğu, yüksek eğitime sahip yaşlıların öz yeterlilik puan ortalamalarının diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Owens (26) da çalışmasında, eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler; yaş ile beslenme (yaş arttıkça sağlıklı beslendikleri); ekonomik durum ile de sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, ayrıca, eğitim durumu ile öz yeterlilik algısı arasında ilişki olduğu da tespit edilmiş olup; yaşlıların eğitim düzeyi arttıkça öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı belirlenmiştir.

Kentsel ve kırsal bölgede yaşayan yaşlıların demografik özelliklerinin, sağlığı geliştirici aktivitelerinin, sağlık algılamalarının, fonksiyonel sağlık durumlarının ve sosyal destek algılarının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, sosyal destek algısının tüm sağlığı geliştirici uygulamalar için önemli bir belirleyici olduğu; ırk ve fonksiyonel sağlık durumunun sağlığı geliştirici uygulamalar üzerinde az da olsa etkili olduğu; fonksiyonel durumun, sağlık algılamasının, evli olmanın, yüksek gelire sahip olmanın ve yalnız yaşamının egzersiz uygulamaları üzerinde etkili olduğu; kentsel ve kırsal bölgede yaşayan yaşlıların egzersiz, beslenme, güvenlik ve madde kullanımı gibi sağlık davranışları ve sağlık algılamaları arasında önemli farklılıkların bulunduğu; kırsal bölgede yaşayan yaşlıların sağlık durumlarını daha iyi algılayarak, kentte yaşayan yaşlıların daha olumlu destekleyici ilişkileri olduğu, günlük yaşamları içinde daha çok sağlığı geliştirici aktivitelerde bulunduğu, beslenme alışkanlıklarının, güvenlik uygulamalarının daha iyi olduğu ve madde kullanımının daha az olduğu belirlenmiştir (118). Wu ve diğ. (196) de, cinsiyet açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark olup olmadığını değerlendirmiş; çalışma sonucunda, kadın ve erkek yaşlıların sosyal davranışlarında farklılıkların olduğunu,

kadın yaşlıların fiziksel aktivite olarak dans ve grup egzersizlerini tercih ettiklerini, erkek yaşlıların ise, daha çok çalışma, temizlik yapma ve avcılık gibi aktivitelerde bulunduklarını; kadın yaşlıların erkek yaşlılara göre daha sağlıklı beslendiklerini, fiziksel aktivite olarak daha çok dinlendirici ve eğlendirici grup aktiviteleri yaptıklarını bildirmiştir. Başka bir çalışmada da, yaşlıların öz yeterlilik algıları ve kişilik özelliklerinin sağlık davranışları üzerine etkisi değerlendirilmiş ve değerlendirme sonucunda, cinsiyet açısından sağlık davranışı özellikleri arasında fark olmadığı; gelir durumunun birçok sağlık davranışını etkilediği, yüksek gelire sahip olan yaşlıların diğerlerine göre daha fazla egzersiz yaptığı; eğitim durumu yüksek olanların egzersiz ve beslenmelerine daha fazla dikkat ettiği; sağlık durumu iyi olan yaşlıların sağlık davranışlarını daha fazla uyguladığı bildirilmiştir. Gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin detaylı incelendiği çalışmada, gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmada önemli bir belirleyici olduğu tespit edilirken (197); sağlık durumlarını pozitif algılayan, öz yeterlilik algısı yüksek olan, üst düzey eğitime sahip olan ve evli olan yaşlıların da daha fazla sağlıklı yaşam biçimi sergiledikleri belirlenmiştir (198).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kapsamında yaşlıların fiziksel aktivite uygulamaları büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle, 65 yaş ve üzeri 1.304 yaşlının 5 yıl süre ile spor faaliyetlerine katılımları izlenmiş ve izlem sonucunda, yaşlıların spor aktivitelerine katılımlarının yaşlıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sağlığını algılama durumu gibi faktörlerle ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, genç yaşta olan (76 yaş ve altı), erkek olan, yüksek eğitime sahip olan, sigara kullanmayan, sağlık durumunu iyi olarak algılayan yaşlıların spor aktivitelerine daha fazla katıldıkları saptanmıştır (116).

Çalışma sonuçlarında benzerlik ve farklılıklar bulunmakla birlikte, sonuçların yaşlının içinde yaşadığı toplumun kültürel özelliklerine göre değişim gösterdiği görülmektedir. Çalışma sonuçları, yaşlı sağlığını koruma ve geliştirme amacı doğrultusunda, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarını arttırabilmek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarını sağlayabilmek için, yaşlı bireylerin gereksinimlerinin bütüncül açıdan değerlendirilmesi, hizmet sunumlarının ise, yaşlıların bireysel özelliklerinin göz önüne alınarak yapılması gerektiğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlara etkisi değerlendirilmiş olup, çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Yaşlıların sağlık durumları Yaşlı Değerlendirme Formu ile değerlendirilmiş, Yaşlı Değerlendirme Formu'ndan elde edilen veriler doğrultusunda yaşlıların sağlık ve sosyal gereksinimlerine yönelik hemşirelik tanılarının belirlenmesinde ve belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda sağlık düzeylerini yükseltmek, öz yeterlilik algılarını arttırmak ve yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek hedeflerine yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanmasında Omaha Sistemi (Bkz. EK 5) kullanılmıştır. Problem Sınıflama Listesi'ne göre, her üç izlem sonrası tüm tanı alanları kapsamında en fazla fizyolojik alana ilişkin hemşirelik tanısının belirlendiği, bunu sırasıyla sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alanın izlediği (Bkz. Tablo 4.1.1); tüm tanı alanları kapsamında yaşlılarda en çok belirlenen hemşirelik tanılarının beslenme, dolaşım, fiziksel aktivite, kişisel bakım, tedavi rejimi, mental sağlık, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, solunum, kişilerarası ilişkiler, uyku ve dinlenme düzeni, ağrı ve bağırsak fonksiyonu tanıları olduğu; araştırma süresince, beslenme, dolaşım, kişisel bakım, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanılarının yaşlılarda en çok belirlenen 10 hemşirelik tanısı arasında yer aldığı, fiziksel aktivite, tedavi rejimi, solunum, kişilerarası ilişkiler, uyku ve dinlenme düzeni, ağrı ve bağırsak fonksiyonu tanılarının ise izlemlere göre değişim gösterdiği (Bkz. Grafik 4.1.1-3); Omaha Hemşirelik Girişim Şeması'na göre birinci periyodik ve ara izlem sonrasında en fazla sürveyans girişimlerinin uygulandığı, bunu sırasıyla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem ile vaka yönetimi girişimlerinin takip ettiği (Bkz. Tablo 4.1.6); yaşlıların çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarında belirlenen hemşirelik tanılarının izlemlere göre azaldığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.1.1). Çalışma sonucunda;

1. Yaşlıların hem öz yeterlilik algılarında hem de öz yeterlilik algısının alt boyutunu oluşturan davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele özelliklerinde artış yönünde ve olumlu anlamda değişimler yaşandığı; öz yeterlilik algısı, davranışı sürdürme ve davranışı tamamlama ile ilgili yaşanan bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$); davranışa başlama ve engellerle mücadele özelliklerinde yaşanan değişimlerin ise, anlamlı olmadığı ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.1); yaşlıların öz yeterlilik algısı, davranışı sürdürme ve davranışı tamamlama özelliklerinde yaşanan anlamlı değişimlerin birinci periyodik izlem ile ara izlem ve ikinci periyodik izlemler arasında olduğu ($p<0.05$); öz yeterlilik algısının cinsiyet, yaş, sosyal güvence ve gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından fark gözetmeksizin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve artış yönünde değişim gösterdiği (Bkz. Tablo 4.2.4-5, Bkz. Tablo 4.2.7-8), ancak, hem öz yeterlilik algısı hem de öz yeterlilik algısının alt boyutunu oluşturan davranışı sürdürme özelliğinde yaşanan değişimin eğitim durumu açısından farklılık gösterdiği ve değişimin okuryazar ve üzeri eğitime sahip yaşlılarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.6).

2. Yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranış özelliklerinde olumlu ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişimler yaşandığı ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.2); sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranış özelliklerinde yaşanan anlamlı değişimlerin tüm izlemler arasında olduğu ($p<0.05$), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranış özelliklerindeki anlamlı değişimlerin ise, birinci periyodik izlem ile ara izlem ve ikinci periyodik izlemler arasında olduğu ($p<0.05$); sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olarak anlamlı düzeyde arttığı (Bkz. Tablo 4.2.9-13), kadın yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan beslenme davranışının tüm izlemlerde erkeklerden daha iyi olmasına rağmen, beslenme davranışındaki değişimin erkek yaşlılarda daha fazla olduğu ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.9), ayrıca,

Emekli Sandığı, SSK ve Bağkur gibi prim ödemeye dayalı sağlık güvencesi olan ve emekli maaşı alan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan sağlık sorumluluğu davranışının Yeşil Kart sahibi olan ve yaşlılık aylığı alan yaşlılara göre daha fazla olduğu ve sağlık sorumluluğu davranışı değişiminin iki grup arasında anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.12-13).

3. Yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu; öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki gücünün izlemlere göre arttığı ve yaşlıların öz yeterlilik algılarının artması ile birlikte de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik uygulamalarının arttığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.2.3).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur:

1. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak hemşirelerin yaşlıların öz yeterlilik algılarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmeleri ve yaşlıların motivasyonlarını arttırma yönünde hizmet vermeleri,
2. Huzurevlerinde verilen hemşirelik hizmetlerinin ilaç uygulaması, yara bakımı, yaşam bulgularının takip edilmesi gibi uygulamalar dışında yaşlı sağlığının geliştirilmesine odaklı sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve sürveyans uygulamalarını içeren kapsamlı hizmet biçiminde verilmesi,
3. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak kapsamlı hemşirelik hizmetlerinin sunulabilmesi için hemşire sayı ve niteliğinin geliştirilmesi,
4. Yaşlı sağlığının geliştirilmesine odaklı kapsamlı hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılarak, kurum dışında toplumda yaşayan yaşlılar için de çalışmalarla değerlendirilmesi,
5. Çalışmaların büyük örneklem gruplarında ve kontrol gruplu çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bloom, H. (2001). Preventive Medicine: When to Screen for Disease in Older Patients. *Geriatrics*, 56 (4), 41-45.
2. Resnick, B. (2001). Promoting Health in Older Adults: A Four Year Analysis. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 13 (1), 23-33.
3. Hickey, T., Stilwell, D. L. (1991). Health Promotion for Older People: All Is Not Well. *The Gerontologist*, 31 (6), 822-829.
4. Kim, S. Y., Jeon, E. Y., Sok, S. R., Kim K. B. (2006). Comparison of Health-Promoting Behaviors of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1), 31-35.
5. Leveille, S., Guralnik, J., Ferrucci, L., Langlois, J. (1999). Aging Successfully Until Death in Old Age: Opportunities for Increasing Active Life Expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 149 (7), 654-664.
6. Dwyer, J. (2001). Chronic Disease and Dietary Management in the Elderly: Alive and Kicking. *Journal of Nutritional Health and Aging*, 5 (2), 103-107.
7. Resnick, B. (2003b). Health Promotion Practices of Older Adults: Model Testing. *Public Health Nursing*, 20 (1), 2-12.
8. Gallant, M., Dorn, G. (2001). Gender and Race Differences in the Predictors of Daily Health Practices Among Older Adults. *Health Education Research*, 16 (1), 21-31.
9. Messecar, D. C. (2000). Mammography Screening for Older Women With and Without Cognitive Impairment. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (4), 14-24.
10. Resnick, B., Spellbring, A. M. (2000). Understanding What Motivates Older Adults to Exercise. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (3), 34-42.
11. Sims, J., Kesre, N., Naccarella, L., Long, H. (2000). Health Promotion and Older People: The Role of the General Practitioners in Australia in Promoting Healthy Ageing. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (4), 356-359.

12. Tishler, J., McCarthy, E., Rind, D., Hamel, M. B. (2000). Breast Cancer Screening for Older Women in A Primary Care Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 961-966.
13. Berg, G. V., Hedelin, B., Sarvimaki, A. (2005). A Holistic Approach to The Promotion of Older Hospital Patients' Health. *International Nursing Review*, 52 (1), 73-80.
14. Lucas, J. A., Orshan, S. A., Cook, F. (2000). Determinants of Health Promoting Behavior Among Women Aged 65 and Above Living in the Community. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14 (1), 77-100.
15. Toofany, S. (2008). How to Promote A Healthier Tomorrow. *Nursing Older People*, 20 (2), 17-20.
16. Stockert, P. A. (2000). The Determinants of Health-Promoting Lifestyle in Older Adults. Doctoral Thesis, University of Saint Louis, Saint Louis.
17. Hollaway, A., Watson, H. E. (2002). Role of Self-Efficacy and Behavior Change. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (2), 106-115.
18. Sohng, K. Y., Sohng, S., Yeom, H. A. (2002). Health-Promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in The United States. *Public Health Nursing*, 19 (4), 294-300.
19. Morgan, I. S., Marsh, G. W. (1998). Historic and Future Health Promotion Contexts for Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (4), 379-383.
20. Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
21. Easom, L. R. (2003). Concepts in Health Promotion: Perceived Self-Efficacy and Barriers in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (5), 11-19.
22. Moore, E. J. (1992). The Relationship Among Self-Efficacy, Health Knowledge, Self-Rated Health Status and Selected Demographics as Determinants of Health Promotion Behavior in Older Adults. Doctoral Thesis, University of Akron, Akron.

23. Clark, N., Dodge, J. (1999). Exploring Self-Efficacy as a Predictor of Disease Management. *Health Education and Behavior*, 26 (1), 72-89.
24. Martinelli, A. M. (1999). An Explanatory Model of Variables Influencing Health Promotion Behaviors in Smoking and Nonsmoking College Students. *Public Health Nursing*, 16 (4), 263-269.
25. Bandura, A., Schunk, D. H. (1981). Cultivating Competence, Self-Efficacy and Intrinsic Interest Through Proximal Self-Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (3), 586-598.
26. Owens, L. (2006). The Relationship of Health Locus of Control, Self-Efficacy, Health Literacy, and Health Promoting Behaviors in Older Adults. Doctoral Thesis, University of Memphis, United States.
27. Conn, V. S. (1998). Older Women: Social Cognitive Theory Correlates of Health Behavior. *Women & Health*, 26 (3), 71-85.
28. Burke, V., Gangiulio, N., Gillam, H., Beilin, J., Houghton, S., Milligan, R. (1999). Health Promotion in Couples Adapting to a Shared Lifestyle. *Health Education and Behavior*, 14 (2), 269-288.
29. Resnick, B. (1998). Efficacy Beliefs in Geriatric Rehabilitation. *Journal of Gerontological Nursing*, 24 (7), 34-44.
30. Kelley, R. B., Zyzanski, S. J., Alemagno, S. A. (1991). Prediction of Motivation and Behavior Change Following Health Promotion: Role of Health Beliefs, Social Support and Self-Efficacy (Abstract). *Social Science in Medicine*, 32 (3), 311-320.
31. Atila, S. (2006). Toplumsal Değişmenin Aile ve Yaşlılar Üzerine Etkisi (İstanbul'daki Beş Huzurevinde İnceleme). Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
32. Üresin, Ş. (2005). Yaşlıların Bakım ve Barınma İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik Mekansal Organizasyonlar'da "Ev" Ortamının Sağlanması: 75. Yıl Dinlenme ve Bakımevi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

33. Özer, M. (2001). Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
34. Çuhadar, D. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Bilişsel İşlevler ve Günlük Yaşam Aktivitesi Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
35. Akyıldızlar, E. (2007). Kocaeli’nde Bulunan Üç Farklı Huzurevindeki Yaşlıların Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
36. Bahar, A. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
37. İlhan, N. (2003). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumu. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
38. Çınar, Ş. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Sırt Masajının Uykuya Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
39. Akyar, İ. (2010). Yaşlı Bireylerde Işık Tedavisinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
40. Aslan, E. (2005). Huzurevinde Yaşayan Üriner Şikayetleri Olan Kadınlarda Mesane Eğitimi ve Kegel Egzersizlerinin Etkinliği. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
41. Yücel, H. (2008). Evde ve Huzurevindeki Yaşlılarda Çok Amaçlı Aktivite Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
42. Holtkamp, C. M., Kerkstra, A., Ribbe, M. W. (2000). The Relation Between Quality of Co-Ordination of Nursing Care and Quality of Life in Dutch Nursing Homes. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6), 1364-1373.

43. Resnick, B. (2003a). Health Promotion Practices of Older Adults: Testing An Individualized Approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 46-55.
44. Slaninka, S. C., Galbraith, A. M. (1998). Healthy Endings: A Collaborative Health Promotion Project for The Elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 24 (9), 35-42.
45. Sook, Y. K., Eun, Y. J., Sohyune, R. S., Kwuy, B. K. (2006). Comparison of Healt-Promoting Behaviors of Promoting Behaviors of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1), 31-35.
46. Chang, S. H., Crogan, N. L., Wung, S. F. (2007). The Self-Care Self-Efficacy Enhancement Program for Chinese Nursing Home Elders. *Geriatric Nursing*, 28 (1), 31-36.
47. Gözüm, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz Etkililik-Yeterlilik İle Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 35-43.
48. Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 21-34.
49. Yardımcı, F. K. (2007). İlköğretim Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek İle Öz-Yeterlik İlişkisi ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
50. Özer, M., Karabulut, Ö. Ö. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6 (2), 72-74.
51. Vefikuluçay, D. (2008). Üniversitede Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
52. Toprak, İ., Soydal, T., Bal, E., İnan, F., Aksakal, N., Altinyollar, H. ve diğerleri. (2002). Yaşlı Sağlığı. Ankara: Pelin Ofset.

53. Akgün, E. (2001). Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algıladıkları Yalnızlık Duyguları ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
54. Birchfield, P. C. (1996). Elder Health. L. S. Wilson (Ed.). Community Health Nursing (s. 581-620). USA: V Hoffmann Press.
55. The World Health Report. (1998). Life in the 21st Century: A Vision for All World Health Organization. Erişim: 20 Nisan 2009, http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf
56. Aslan, D. (2008). Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Olmak ve Hastalıklardan Korunmak. Sağlıkla ve Üretken Yaşlanım (s. 11-19). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi.
57. International Data Base: World Midyear Population by Age and Sex. (2010). Erişim:15 Kasım 2010, <http://www.census.gov/cgi-bin/broker>
58. World Population Highlights. Key Findings From PRB's 2008 World Population Data Sheet. (2008). Population Bulletin, 63 (3). Erişim: 05 Nisan 2009, <http://www.prb.org/pdf08/63.3highlights.pdf>
59. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. (2009). Erişim: 12 Kasım 2010, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf
60. Terakye, G., Güner, P. (1997). Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem: Yaşlılık. *Kriz Dergisi*, 5 (2), 95-101.
61. Beğer, T. (1998). Yaşlanma ve Yaşlılık [Bildiri]. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu: 12-13 Kasım 1998 – İstanbul: Bildiriler (s. 9-13). Erişim: 09 Aralık 2010, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/09/0901tb.pdf>
62. Kılıç, Z. (2000). Yalnız ya da Aile Bireyleri İle Yaşamlarını Sürdüren 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Günlük Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

63. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor. (2004). Erişim: 12 Kasım 2010, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>
64. Dirican, R. (1993). Yaşlılar ve Sağlık Sorunları. R. Dirican ve N. Bilgel (Ed.). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) (s. 453-463). Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.
65. Bilir, N., Subaşı, N. P. (2006). Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (s. 1020-1043). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
66. Samancıoğlu, S., Karadakovan, A. (2010). Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (13), 125-141.
67. Tambağ, H. (2010). Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
68. Sertbaş, G., Bahar, A. (2003). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sağlığa İlişkin Görüşleri ve Sosyal Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6 (5), 33-39.
69. Er, D. (2009). Psikososyal Açıdan Yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (11), 131-144.
70. Bahar, G., Bahar, A., Savaş, H. A. (2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12), 85-98.
71. Öz, F. (2002). Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*, 10 (2), 17-28.
72. Kalaycıoğlu, S., Tol, U. U., Küçükural, Ö., Cengiz, K. (2003). Yaşlılar ve Yaşlı Yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri. Türkiye Bilimsel Akademisi Raporları, Sayı 5, UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun Katkılarıyla. Ankara: Tübitak Matbaası.
73. Güven, S. (Kasım 2001). Yaşlılıkta Aile İlişkileri. *Tüketici Bülteni*, 2-6.
74. Kut, S. (Ağustos 2001). Yaşlılar ve Toplum. *Tüketici Bülteni*, 4-6.

75. Görgün Baran, A. (2010). Yaşlılığın Sosyal Boyutu. Erişim: 23 Aralık 2010, http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yasligin_sosyal_boyutu.pdf
76. Korkmaz Aslan, G. (2010). Klinik Bakım Sınıflama Sisteminin Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakımında Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
77. Danış, M. Z. (2008). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Sağlıkla ve Üretken Yaşlanalım (s. 85-124). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi.
78. Danış, M. Z. (2010). Geriatrik ve Gerontolojik Uygulamalar Kapsamında Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler: Ülkelerarası Karşılaştırmalı Bir Analiz. 4. Türk Geriatri 2010 Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi: 1-4 Nisan 2010 – İzmir: Bildiriler (s. 363-372).
79. Yazgaç, R. (1992). Yaşlılık ve Huzurevleri. İstanbul'da 4 Huzurevinde Yapılan Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
80. Büyükşehir Belediyesi Kanunu. (2004). T. C. Resmi Gazete, 25531, 23 Temmuz 2004. Erişim: 07 Şubat 2011, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5216&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>
81. Akdemir, N., Arıoğlu, S. (2010). Geriatrik Hastalar İçin Evde Bakım Modeli ve Ekip Eğitimi Projesi (Proje No: 2007 K120950). Ankara.
82. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (2010). Erişim: 07 Şubat 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>
83. Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Health Promotion International, 13 (4), 349-364. Erişim: 20 Kasım 2010, <http://heapro.oxfordjournals.org/content/13/4/349.full.pdf>
84. Özvarış, Ş. B. (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.

85. Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., Springett, J. (2001). A Framework for Health Promotion Evaluation. . M. G. I. Rootman, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett ve diğerleri. (Ed.). Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives (s. 7-40). Denmark: World Health Organization Regional Publications European Series, Yayın No: 92.
86. World Health Organization. Health Promotion Glossary, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP). (1998). Erişim: 05 Nisan 2009, http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
87. Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986- WHO/HPR/HEP/95.1. Erişim: 20 Kasım 2010, http://www.healthpromotion.org.au/images/stories/pdf/ottawa_charter_hp.pdf
88. Glanz, K., Rimer, B. K., Lewis, F. M. (2002). Health Behaviors and Health Education: Theory, Research and Practice (3. bs.). USA: Jossey-Bass.
89. Edberg, M. (2007). Essentials of Health Behavior: Social and Behavioral Theory in Public Health. USA: Jones and Barlett Publishers.
90. Allender, J. A., Spradley B. W. (2001). Community Health Nursing: Concepts and Practice (5. bs.). USA: Lippincott Williams and Wilkins.
91. Maville, J. A., Huerta, C. G. (2008). Health Promotion in Nursing (2. bs.). USA: Thomson Delmar Learning.
92. Lancaster, J., Onega, L., Forness, D. (1996). Educational Theories, Models, and Principles Applied to Community Health Nursing. M. Stanhope ve J. Lancaster (Ed.). Community Health Nursing: Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals (s. 247-264). USA: Mosby.
93. Onega, L. L. (2000). Educational Theories, Models, and Principles Applied to Community and Public Health Nursing. . M. Stanhope ve J. Lancaster (Ed.). Community & Public Health Nursing (s. 266-283). USA: Mosby.

94. Aksayan, S., Gözümlü, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 35-42.
95. Tokat, M. A., Okumuş, H. (2008). Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10 (3), 51-58.
96. Türkeri, F. (2006). Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması. Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
97. Esin, M. N. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
98. Coşansu, G. K. (2009). Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
99. Aydın, A. (2005). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi (6. bs.). Ankara: Tekaç Yayınları.
100. Doni, N. Y., Şimşek Z. S., Gürses, G., Özer, M. S. (2009). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik Yeterlik Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12), 21-34.
101. Yiğitbaş, Ç., Yetkin, A. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1), 6-13.
102. Bandura, A., Adam, N. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (4), 287-310.
103. Bandura, A., Adams, N. E., Beyer, J. (1977). Cognitive Processes Mediating Behavioral Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (3), 125-139.
104. Oka, M., Chaboyer, C. (2001). Influence of Self-Efficacy and Other Factors on Dietary Behaviours in Japanese Haemodialysis Patients. *International Journal of Nursing Practice*, 7 (6), 431-439.

105. Bağ, E. (2007). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
106. Gözüm, S., Bağ, B. (1998). Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1 (2), 32-43.
107. Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Rosenstock, I. M. (1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*, 13 (1), 73-91.
108. McCloskey, R. (2004). Functional and Self- Efficacy Changes of Patients Admitted to A Geriatric Rehabilitation Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 186-193.
109. Coffman, M. J., Shellman, J., Bernal, H. (2004). An Integrative Review Of Amerikan Nurses Perceived Cultural Self-Efficacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (2), 180-185.
110. Dishman, R. K., Motl, R. W., Sallis, J. F., Dunn, A. L., Birnbaum, A. S., Welk, G. J. ve diğerleri. (2005). Self-Management Strategies Mediate Self-Efficacy and Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 29 (1), 10-18.
111. Keskin, G. Ü., Orgun, F. (2006). Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (2), 92-99.
112. Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behavior*, 31 (2), 143-164.
113. Tabak, R. S. (2000). Sağlık Eğitimi (1. bs.). Ankara: Sömgür Yayıncılık.
114. Otacıoğlu, S. G. (2008) Müzik Öğretmenliği Okul Deneyimi I Uygulamalarına Katılan Öğretmen Adaylarının Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 32 (1), 163-170.
115. Duffy, M. (1993). Determinants of Health-Promoting Lifestyles in Older Persons. *Journal of Nursing Scholarship*, 25, 23-28.

116. Hinrichs, T., Endres, H. G., Moschny, A., Platen, P. (2010). Correlates of Sport Participation Among Community-Dwelling Elderly People in Germany: A Cross-Sectional Study. *European Review of Aging and Physical Activity*, 7, 105-115.
117. Jones, M., Nies, M. (1996). The Relationship of Perceived Benefits and Barriers to Reported Exercise in Older African American Women. *Public Health Nursing*, 13 (2), 151-158.
118. Scott, L. D., Jacks, L. L. (2000). Promoting Healthy Lifestyles in Urban and Rural Elders. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1 (2), 44-60.
119. Loeb, S. J. (2002). The Relationships Among Health Motivation, Health-Promoting Behaviors, Health Promotion Program Participation, and Health Screening Adherence in Community Dwelling Older Men. Doctoral Thesis. University of Pennsylvania, Philadelphia.
120. Lusk, S. L., Ronis, D. L., Hogan, M. M. (1994). Test of the Health Promotion Model as A Causal Model of Workers' Use of Earing Protection. *Nursing Research*, 43 (3), 151-157.
121. Redland, A. R., Stuifbergen, A. K. (1993). Strategies for Maintenance of Health Promoting Behaviors. . *Nursing Clinics of North America*, 28 (2), 427-442.
122. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kısıl, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 1-12.
123. Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics (Abstract). *Nursing Research*, 36 (2), 76-80.
124. Özer, M. (2004). A Study on the Life Satisfaction of Elderly Individuals Living in Family Environment and Nursing Homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7 (1), 33-36.

125. Campel, J., Aday, R. H. (2001). Benefits of a Nurse-Managed Wellness Program: A Senior Center Model. Using Community-Based Sites for Older Adult Intervention and Self-Care Activities may Promote an Ability to Maintain an Independent Lifestyle. *Journal of Gerontological Nursing*, 27 (3), 34-43.
126. International Plan of Action on Ageing 2002. (2002). Erişim: 06 Kasım 2010, www.globalaging.org/waa2/documents/international_plan2002.doc
127. Kreidler, M. C., Campbell, J., Lanik, G., Gray, R., Conrad, M. A. (1994). Community Elderly: A Nursing Center's Use of Change Theory as A Model. *Journal of Gerontological Nursing*, 20 (1), 25-29.
128. International Council of Nurses. Erişim: 31 Ekim 2010, <http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/>
129. Erdemir, F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 59-63.
130. Benson, A., Latter, S. (1998). Implementing Health Promoting Nursing: The Integration of Interpersonal Skills and Health Promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (1), 100-107.
131. Delaney, F. G. (1994). Nursing and Health Promotion: Conceptual Concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (5), 828-835.
132. Mason, J. O., McGillis, J. M. (1990). Healthy People 2000: An Overview of National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. *Public Health Reports*, 105 (5), 441-446.
133. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A., Emiroğlu, O. N., Erefe, İ., Görak, G. ve diğerleri. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset.
134. Miller, C. A. (1999). Nursing Care of Older Adults: Theory & Practice (Third Edition). USA: Lippincott.
135. Açıksöz, S., Uzun, Ş. (2007). Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (1), 8-16.

136. İnce, A. (2008). ADCS-ADL Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması ve Geçerlilik-Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
137. Alpteker, H. (2008). 65 yaş ve Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
138. Şahbaz, M., Tel, H. (2006). Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (2), 85-93.
139. Walker, S. N., Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric Evaluation of The Health-Promoting Lifestyle Profile II. Erişim: 13 Mayıs 2009, University of Nebraska Medical Center Ağ Sitesi:
http://app1.unmc.edu/nursing/conweb/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf
140. Akça, Ş. (1998). Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
141. Erdoğan, S., Nahcivan, Ö. N., Esin, M. N., Demirezen, E., Coşansu, G., Bulduk, S. ve diğerleri. (2005). Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Uygulama Rehberi (s. 9-38). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 4588.
142. Erdoğan, S., Esin, M. N. (2006). The Turkish Version of The Omaha System: Its Use in Practice-Based Family Nursing Education. *Nurse Education Today*, 26, 396-402.
143. The Omaha System: Solving the Clinical Data-Information Puzzle. Erişim: 01 Şubat 2009, <http://www.omahasystem.org/overview.html>
144. Kesgin, M. T. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarında Omaha Sınıflama Sisteminin Kullanılması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
145. Yun, L. K. (2005). Health Problems and Nursing Interventions Records of Elderly with Hypertension, High Blood Sugar, and High Cholesterol Levels in Taiwan. Doctoral Thesis, University of South Carolina, Taiwan.

146. Kulakçı, H., Emiroğlu O. N. (2011). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4 (1), 25-33.
147. Yılmaz, M. C. (2007). Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Bakımın Sürekliliğinin Sağlanmasında Kullanımının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
148. Brooten, D., Youngblut, A. M., Deatrck, J., Naylor, M., York, R. (2003). Patient Problems, Advanced Practice Nurse (APN) Interventions, Time and Contacts Among Five Patient Groups. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (1), 73-79.
149. Gething, L., Fethney, J., McKee, K., Persson, L. O., Goff, M., Churchward, M. ve diğerleri. (2004). Validation of the Reactions to Ageing Questionnaire: Assessing Similarities Across Several Countries. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (9), 47-54.
150. Parsons, A. (1993). Attitudes to the elderly. Nursing Monograph Series. Erişim: 01 Şubat 2009, <http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1993/a06.html>
151. Ernst-Fahey, D. M. (2008). Nursing-Sensitive Outcomes For Community-Dwelling Older Adults: A Program Evaluation. Doctoral Thesis, University of Loyola, Chicago.
152. Özer, E. (2009). Huzurevlerinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Beslenme ve Risk Faktörleri Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
153. Arslan, P., Rakıcıoğlu, N. (2004). Beslenme Risk Taraması ve Yaşlı Beslenmesi. Y. G. Kutsal (Ed.). Yaşlılık Gerçeği (s. 97-114). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi.
154. Bayık, A., Özgür, G., Özsoy, S. A., Erefe, İ., Emeç, A. U., Özer, M. ve diğerleri. (2002). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5 (2), 68-74.

155. Arpacı, F. (2005). Farklı Boyutları İle Yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Eğitim ve Kültür Yayınları.
156. Bilir, N. (2004). Yaşlılık ve Halk Sağlığı. Yaşlılık Gerçeği (s. 11-28). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi.
157. Duman, N. B., Elbaş, N. (2009). 65 Yaş ve Üstündeki Kadınların Kadın Sağlığına Yönelik Sorunlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (2), 62-71.
158. Arıkan, E., Özcan, E., Bardak, A., Ketenci, A. (2002). Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Kadında Üriner İnkontinans. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5 (1), 7-10.
159. Aslan, E., Beji, N. K., Erkan, H. A., Yalçın, O., Güngör, F. (2009). Urinary Incontinence (UI) and Quality of Life (QoL) of the Elderly Residing in Residential Homes in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49 (2), 304-310.
160. Karaduman, A., Yiğiter, K., Aras, Ö., Yakut, Y. (2004). Yaşlılıkta Fiziksel Bağımsızlık ve Yaşam Kalitesi. Y. G. Kutsal (Ed.). Yaşlılık Gerçeği (s. 79-96). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi.
161. Bozan, Ö., Koçyiğit, F., Cankurtaran, F., El, Ö., Gülbahar, S., Peker Ö. (2010). Postmenopozal Osteoporozda Egzersiz Eğitiminin Kas Kuvveti ve Dengeye Etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13 (2), 92-98.
162. Peluso, M. A., Guerra de Andrade, L. H. (2005). Physical Activity and Mental Health: The Association Between Exercise and Mood. *Clinics*, 60 (1), 61-70.
163. Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, E. W., Herman, S., Khatri, P. ve diğerleri. (1999). Effects of Exercise Training on Older Patients with Major Depression. *Archives of Internal Medicine*, 159 (25), 2349-2356.
164. DiPietro, L. (1996). The Epidemiology of Physical and Physical Function in Older People. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28 (5), 596-600.

165. Lee, C., Russell, A. (2003). Effects of Physical Activity on Emotional Well-Being Among Older Australian Women. Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (2), 155-160.
166. Um, S. H. (2004). The Effect of A Regular Exercise on Mental Health on Aged People. *Social Science*, 3, 284-286. Erişim: 10 Aralık 2010, <http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=1555753>
167. Dereli, F., Koca, B., Demircan, S., Tor, N. (2010). Bir Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 93-97.
168. Gümüş, A. B., Engin, E., Özgür, G. (2009). Bir Huzurevinde Yaşayan ve Bilişsel Bozukluğu Olmayan Yaşlıların Uyku Düzeni Özelliklerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (3), 138-146.
169. Cankurtaran, M., Çalık, N. Cankurtaran, E. ř., Karadağ, Ö., Khalil, M., Arıoğul, S. (2002). Yaşlılarda Uyku Düzeni ve Bozuklukları. I. Ulusal Geriatri Kongresi: 30 Ekim – 03 Kasım 2002 – Antalya: Bildiriler (s. 173).
170. Fadıloğlu, Ç., İlkbay, Y., Kuzeyli, Y. (2002). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3), 165-169.
171. Yıldız, A., Erol, S., Ergün, A. (2009). Bir Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Ağrı ve Depresyon Riski. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (3), 156-164.
172. Akın, B., Emiroğlu, O. N. (2003). Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yetiyitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6 (2), 59-67.
173. Tanrıverdi, G., Okanlı, A., Çetin H., Özyazıcıoğlu, N., Sezgin, H., Karaman, H. Ö. ve diğerleri. (2009) Yaşlı Popölasyonunda Ağrı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (4), 190-197.
174. Gökoğlu, F., Erdem, R., Ceceli, E., İncel, N. A., Yorgancıoğlu, Z. R. (2001). Yaşlı Popölasyonundaki Basınç Eşiğinin Analizi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 4 (3), 113-115.

175. Angın, E., Erden, Z. (2010). Osteoporozda Egzersiz Eğitiminin Ağrı, Spinal Mobilite, Lordoz ve Kifoz Açıları Üzerine Etkileri: Pilot Çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics* 13 (2), 117-124.
176. Bowles, K. H. (1996). An Evaluation of The Omaha Classification System in The Hospital Care of The Elderly. Doctoral Thesis, University of Pennsylvania, Philadelphia.
177. Tanrıverdi, G., Yalçın, M., Vurur, S. (2009). Use of Omaha Model in Care of The Elderly [Bildiri]. 12th World Congress on Public Health. April 27-May 1, 2009, İstanbul.
178. Yoo, I. Y., Cho, W. J., Chae, S. M., Kim, M. J. (2004). Community Health Service Needs Assessment in Korea Using OMAHA Classification System. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 697-702.
179. Nazlıel, H., Karaağaoğlu, E., Hersek, N. (2004). Yaşlıda Ağız Diş Sağlığı. Y. G. Kutsal (Ed.). Yaşlılık Gerçeği (s. 29-56). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi.
180. Ardahan, M., Bay, L. (2009). Hemşirelik Yüksek Okulu 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Vajinal Akıntı ve Bireysel Hijyen Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Ege Tıp Dergisi*, 48 (1), 33-43.
181. Plowfield, L. A., Hayes, E. R., Hall-Long, B. (2005). Using The Omaha System to Document the Wellness Needs of The Elderly. *Nursing Clinics of North America*, 40 (4), 817-829.
182. Kwong, E. W. Y., Kwan, A. Y. H. (2007). Participation in Health-Promoting Behaviour: Influences on Community-Dwelling Older Chinese People. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (5), 522-534.
183. Chang, S. H., Wung, S. F., Crogan, N. L. (2008). Improving Activities of Daily Living for Nursing Home Elder Persons in Taiwan. *Nursing Research*, 57 (3), 191-198.
184. Hiltunen, E. F., Winder, P. A., Rait, M. A., Buseli, E. F., Carroll, D. L., Rankim, S. (2005). Implementation of Efficacy Enhancement Nursing Intervention with Cardia Elders. *Rehabilitation Nursing*, 30 (6), 221-229.

185. Wong, K. W., Wong, F. K. Y., Chan, M. F. (2005) Effects of Nurse-Initiated Telephone Follow-Up on Self-Efficacy Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 210-222.
186. Loeb, S. J., Steffensmeier, D., Kassab, C. (2010). Predictors of Self-Efficacy and Self-Rated Health for Older Male Inmates. *Journal of Advanced Nursing* 00 (0), 000-000. doi: 010.1111/j.1365-2648.2010.05542.x.
187. Lee, L. L., Arthur, A., Avis, M. (2008). Using Self-Efficacy Theory to Develop Interventions That Help Older People Overcome Psychological Barriers to Physical Activity: A Discussion Paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (11), 1690-1699.
188. Padula, C. A., Sullivan, M. (2006). Long-Term Married Couples' Health Promotion Behaviors: Identifying Factors That Impact Decision-Making (Abstract). *Journal of Gerontological Nursing*, 32, 37-47.
189. Phelan, E., Williams, B., Penninx, B., LoGerfo, J., Leveille, S. (2004). Activities of Daily Living Function and Disability in Older Adults in a Randomized Trial of the Health Enhancement Program. *The Journals of Gerontology*, 59A, 838-843.
190. Morowatisharifabad, M. A., Ghofranipour, F., Heidarnia, A., Ruchi, G. B., Ehrampoush, M. H. (2006). Self-efficacy and Health Promotion Behaviors of Older Adults in Iran. *Social Behavior and Personality*, 34 (7), 759-768.
191. Buijs, R., Ross-Kerr, J., Cousins, S. O., Wilson, D. (2003). Promoting Participation: Evaluation of a Health Promotion Program for Low Income Seniors. *Journal of Community Health Nursing*, 20 (2), 93-107.
192. Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H. P., vRenteln-Kruse, W. (2007). Geriatric Health Promotion and Prevention for Independently Living Senior Citizens: Programmes and Target Groups (Abstract). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40 (4), 226-240.
193. Nigg, C. R., Burbank, P. M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J. S., Velicer, W. F. ve diğerleri. (1999). Stages of Change Across Ten Health Risk Behaviors for Older Adults. *The Gerontologist*, 39 (4), 473-482.

194. Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. ve diğ erleri. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (2), 89-104.
195. Wright, T. J. (2008). Principal Barriers to Health Promotion Program Participation by Older Adults. Doctoral Thesis, University of Purdue, Indiana.
196. Wu, B., Goins, R. T., Laditka, J. N., Ignatenko, V., Goedereis, E. (2009). Gender Differences in Views About Cognitive Health and Healthy Lifestyle Behaviors Among Rural Older Adults. *The Gerontologist*, 49 (S1), 72-78.
197. Brady, B., Nies, M. A. (1999). Health-Promoting Lifestyles and Exercise: A Comparison of Older African American Women Above and Below Poverty Level. *Journal of Holistic Nursing*, 17 (2), 197-207.
198. Mi-Lim, Y., Joo, K. Y. (2010). Factors Affecting Health-Promoting Behaviors of Community-Dwelling Korean Older Women. *Journal of Gerontological Nursing*, 36 (10), 42-50.

EKLER

EK 1:

YAŞLI DEĞERLENDİRME FORMU		
I. GENEL BİLGİLER		
Adı soyadı:		Oda numarası:
Cinsiyeti: ☐ K ☐ E		
Yaşı:		
Doğum yeri:		
Kuruma gelmeden önce yaşadığı şehir:		
Sosyal güvencesi ☐ Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ Bağ-kur ☐ Yeşil Kart ☐ Diğer	Eğitim durumu ☐ Okur yazar değil ☐ Lisans ☐ Okur yazar ☐ Lisans üstü ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise	
Çalışma durumu ☐ Çalışmamış ☐ Çalışmış Eski işi:	Gelir durumu ☐ Emekli maaşı ☐ Yaşlılık aylığı ☐ Yakınlarının düzenli yardımı ☐ Diğer.....	Medeni durumu ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Boşanmış
Huzurevinde kalma süresi:		Huzurevinde kalma nedeni? ☐ Kendi bakımını tek başına yapamadığı için ☐ Hiç kimsesi olmadığı için ☐ Ailesi tarafından kabul edilmediği için ☐ Ailesine yük olmak istemediği için ☐ Diğer
Kurumdaki yaşamı ile ilgili ne düşünüyor?		
II. AİLE VE YAKINLARI İLE İLİŞKİSİ		
Yaşayan yakını var mı? ☐ Var ☐ Yok	Yaşayan yakını: ☐ Çocuklar ☐ Oğlu..... ☐ Kızı..... ☐ Üvey oğlu..... ☐ Üvey kızı..... ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Komşu ☐ Diğer	
Ankara içinde ikamet eden yakını var mı? ☐ Var ☐ Yok	Ankara içinde ikamet eden yakını: ☐ Çocuklar ☐ Oğlu..... ☐ Kızı..... ☐ Üvey oğlu..... ☐ Üvey kızı..... ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Komşu ☐ Diğer	

Ziyaret eden yakını var mı? ☐ Var ☐ Yok	Ziyaret eden kişiler ☐ Çocuklar ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Komşu ☐ Diğer	Ziyaret etme sıklığı ☐ Her gün ☐ Haftada bir ☐ 15 günde 1 ☐ Ayda 1 ☐ Yılda birkaç kez ☐ Diğer
Telefonla arayan yakını var mı? ☐ Var ☐ Yok	Telefonla arayan kişiler ☐ Çocuklar ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Komşu ☐ Diğer	Telefonla arama sıklığı ☐ Her gün ☐ Haftada bir ☐ 15 günde 1 ☐ Ayda 1 ☐ Yılda birkaç kez ☐ Diğer
Ziyaret ettiği yakını var mı? ☐ Var ☐ Yok	Ziyaret ettiği kişiler ☐ Çocuklar ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Komşu ☐ Diğer	Ziyaret etme sıklığı ☐ Her gün ☐ Haftada bir ☐ 15 günde 1 ☐ Ayda 1 ☐ Yılda birkaç kez ☐ Diğer
Telefonla aradığı yakını var mı? ☐ Var ☐ Yok	Telefonla aradığı kişiler ☐ Çocuklar ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Komşu ☐ Diğer	Telefonla arama sıklığı ☐ Her gün ☐ Haftada bir ☐ 15 günde 1 ☐ Ayda 1 ☐ Yılda birkaç kez ☐ Diğer

III. SAĞLIK ÖYKÜSÜ, SAĞLIK ALGISI, SAĞLIK DAVRANIŞI

1. SAĞLIK ÖYKÜSÜ

1.1. Özgeçmiş

Geçirdiği

Hastalıklar:.....

Geçirdiği

Ameliyatlar:.....

1.2. Soygeçmiş

- ☐ Demans
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ DM
- ☐ SVO
- ☐ Depresyon

- ☐ Hiperlipidemi
- ☐ KAH
- ☐ Kanser
- ☐ Diğer

1.3. Şuanki Durum			
Herhangi bir kronik hastalığı var mı? ☐ Var ☐ Yok		Var olan hastalıkları:	
1.4. İlaç Kullanımı			
Sürekli olarak kullandığı bir ilacı var mı? ☐ Var ☐ Yok	Kullandığı İlaçlar	Dozu	Kullanım Süresi
	1. ....	.....	.....
	2. ....	.....	.....
	3. ....	.....	.....
	4. ....	.....	.....
	5. ....	.....	.....
	6. ....	.....	.....
	7. ....	.....	.....
	8. ....	.....	.....
	9. ....	.....	.....
Reçetesiz kullandığı bir ilacı var mı? ☐ Var ☐ Yok	Kullandığı İlaçlar	Dozu	Kullanım Süresi
	1. ....	.....	.....
	2. ....	.....	.....
	3. ....	.....	.....
İlaçların alma zamanını biliyor mu?		☐ Evet	☐ Hayır
İlaçlarını zamanı geldiğinde kendimi alıyor?		☐ Evet	☐ Hayır
İlaçların etkilerini biliyor mu?		☐ Evet	☐ Hayır
İlaçların yan etkileri var mı?		☐ Evet	☐ Hayır
İlaçlara ilişkin beklenmedik reaksiyon öyküsü var mı?		☐ Evet	☐ Hayır
İlaç sağlamada her hangi bir güçlük var mı?		☐ Evet	☐ Hayır
İlaçlarını uygun şekilde saklıyor mu?		☐ Evet	☐ Hayır
2. SAĞLIK ALGISI			
Sağlık problemleri hakkında ne düşünüyor?			
Sağlığını nasıl değerlendiriyor? ☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi			

Kurumdaki diğer kendi yaş grubundaki arkadaşlarına göre kendi durumunu nasıl değerlendiriyor?

☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

Şu anda kendini nasıl hissediyor?

.....

3. SAĞLIK DAVRANIŞI

Aalışkanlıklar

Sigara tane / paket / gün

Alkol sıklığı / miktarı

Şu anki sağlık problemini / problemlerini biliyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Daha önce hastalığı / hastalıkları hakkında bilgi almış mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Hastalığının / hastalıklarının semptomlarında artma var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Hastalığı / hastalıkları günlük yaşam aktivitelerini kısıtlıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Sağlığını geliştirmek için yapması gerekenler hakkında bilgi aldı mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Sağlığını geliştirmek için bilgi almak ister mi?	☐ Evet	☐ Hayır
Hastalığı / hastalıkları için düzenli kontrollere gidiyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Durumunda bir değişiklik olduğunda sağlık kuruluşuna gidiyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Sağlık personelinin önerilerini yerine getiriyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Önerilen tedaviyi sürdürmede zorlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Sağlığını kontrol altına almak için yapabileceği şeyler olduğuna inanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır

IV. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

1. AKTİVİTE

Aktivitesini kısıtlayan herhangi bir fiziksel engeli var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Aktivitesini kısıtlayan ağrısı var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Ayağa kalkmada yardıma ihtiyacı var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Yürümde yardıma ihtiyacı var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Yürürken zorlanıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Kollar ve bacaklarda güçsüzlük var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Denge sağlamada sorun yaşıyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Eklem ağrısı, sertliği var mı?	☐ Evet	☐ Hayır

Aktivite esnasında aşağıda verilen belirtiler görülüyor mu?

☐ Solunum sıkıntısı	☐ Siyanoz
☐ Solunum sayısında artma	☐ Baş dönmesi
☐ Nabızda artma	☐ Halsizlik
☐ Kan basıncında artma	☐ Yorgunluk
☐ Solgunluk	

Yardımcı alet kullanıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır		Evet ise, kullandığı yardımcı alet: ☐ Baston ☐ Yürüteç ☐ Koltuk değneği	
Kadın ise; Menapoza ne zaman girdi?		Osteoporozu var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	
Düzenli egzersiz yapıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır			
Hangi egzersiz	Nerede	Haftada kaç kez	Kaç saat
1.			
2.			
3.			
4.			
2. UYKU			
Yatma/kalkma saati:		Ortalama uyku süresi:	
Gündüz uykusu var mı?		☐ Evet ☐ Hayır	
Uykuya dalma güçlüğü var mı?		☐ Evet ☐ Hayır	
Uykusu bölünüyor mu?		☐ Evet ☐ Hayır	
Dinlenmiş uyanıyor mu?		☐ Evet ☐ Hayır	
Gün boyunca yorgun hissediyor mu?		☐ Evet ☐ Hayır	
Uyumasını olumsuz etkileyen faktörler var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise bu faktörler aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri? ☐ Solunum sıkıntısı ☐ İlaçlara bağlı gündüz uyuma ☐ Ağrı ☐ Sık idrara çıkma ☐ Gürültü ☐ Endişe ☐ Depresyon ☐ Diğer		
Uyumayı kolaylaştıran uygulamalar:			
3. BOŞ ZAMAN AKTİVİTELERİ / SOSYAL FAALİYETLER			
Boş zaman aktiviteleri var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise aşağıdakilerden hangisi ya da hangileridir? ☐ Diğer yaşlılarla sohbet etme ☐ TV izleme ☐ Kitap okuma ☐ Gazete okuma ☐ Sosyal uğraşı ve el işleri ☐ Diğer		
Hayır ise, bu faktör / faktörler aşağıdakilerden hangisi ya da hangileridir? ☐ Ağrı ☐ Kurumdaki diğer yaşlılarla anlaşamama ☐ İsteksizlik ☐ Bilinç Bulanıklığı ☐ Görme kaybı ☐ Çevrenin monoton olması ☐ İşitme kaybı ☐ Arkadaş/akranı olmaması ☐ Hareketsizlik ☐ Diğer			
Boş zaman aktivitelerini yerine getirememesi nedeniyle canı sıkılıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır			

Kurumda herhangi bir sosyal aktivite düzenlenir mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Kurumda düzenlenen sosyal aktivitelere katılır mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen	Hayır ise, katılmama neden(ler)i:
4. BESLENME		
Boy:	Kilo:	BKİ:
Kiloda artma var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise ne kadar?.....	Ne zaman?.....
Kiloda azalma var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise ne kadar?.....	Ne zaman?.....
Özel diyeti var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Diyetine uyuyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır	Hayır ise, diyetine uymama nedeni?
Kurum yemeklerini yiyor mu? ☐ Tüm öğünleri yiyor ☐ Bazı yemekleri yemiyor ☐ Hiç yemiyor		
Kurum yemekleri dışında yediği yiyecekler:		
Günlük öğün sayısı:		
4.1. Sıvı Volümü		
Günlük sıvı alımı:		
Günlük alması önerilen sıvı miktarı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Günlük alması önerilen sıvı miktarını alıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır	
Sıvı alımını etkileyen faktörler var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise bu faktörler nelerdir? ☐ Sıvı almak istememesi ☐ Diyet yapma/oruç tutma ☐ Ağzında lezyon olması ☐ Susuzluk hissinin azalması ☐ Bilgisinin olmaması ☐ Diğer	
Kahve / çay tüketimi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise tüketilen miktarı:	
5. HİJYEN		
Aşağıda verilen hijyen alışkanlıklarının sıklığı nedir?		
Saç tarama ve fırçalama	Dış fırçalama	
Banyo yapma	Protez temizliği	
El yıkama	İç çamaşırlarını değiştirme	
Ayak bakımı		

Giysilerin temizliği yeterli mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Tuvalet hijyenini nasıl yapıyor? ☐ Tuvalet kâğıdı ☐ Bez ☐ Taharetlenme ☐ Diğer	Taharetlenme / silinme şekli doğru mu? ☐ Evet ☐ Hayır
V. DUYUSAL ALAN		
1. AĞRI		
Ağrı: ☐ Var ☐ Yok		
Ağrı var ise aşağıdaki ölçek üzerinden göster: Hiç ağrı olmaması En dayanılmaz ağrı		
		
Ağrı yeri:	Ağrı Şekli:	Ağrı Süresi:
2. İŞİTME		
İşitme kaybı var mı? ☐ Evet (Hangi kulak:.....) ☐ Hayır		
Konuşulanları anlama yeteneğinde herhangi bir değişiklik var mı?	☐ Evet ☐ Hayır	
İşitme kaybı diğer kişi ya da gruplarla iletişiminizi etkiliyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır	
Yardımcı cihaz kullanımı var mı?	☐ Evet ☐ Hayır	
Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin: ☐ Kulakta akıntı ☐ Ağrı ☐ Çınlama ☐ Sesleri uğultulu işitme ☐ Diğer		
3. GÖRME		
Görme sorunu var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Yardımcı cihaz kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise, aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri? ☐ Yakın gözlük ☐ Uzak gözlük ☐ Her ikisi de
Görme bozukluğu nedeniyle günlük aktivitelerini yapmakta güçlük çekiyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır	Evet ise, hangi durumlarda güçlük yaşıyor?	
Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin: ☐ Katarakt ☐ Glokom (Göz Tansiyonu) ☐ Kızarıklık ☐ Çapaklanma ☐ Göz kapağında şişlik ☐ Diğer		

4. TAT	
Tat alma ile ilgili bir rahatsızlık var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Tat alma ile ilgili rahatsızlık yaşantıyı etkiliyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:	
☐ Dudaklarda lezyon	☐ Kayıp diş
☐ Lökoplaki	☐ Protez diş
☐ Çürük diş	☐ Diş eti kanaması
☐ Dolgulu diş	☐ Ağızda / dilde yara (aft)
	☐ Ağızda kuruluk
	☐ Kötü ağız kokusu
	☐ Yutma zorluğu
	☐ Çiğneme zorluğu
	☐ Diğer
5. KOKU	
Koku alma ile ilgili bir rahatsızlık var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Koku alma ile ilgili rahatsızlık yaşantıyı etkiliyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:	
☐ Akıntı	☐ Kanama
☐ Tıkanıklık	☐ Diğer
6. DOKUNMA	
Dokunma duyusu ile ilgili bir rahatsızlık var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Dokunma duyusu ile ilgili rahatsızlık yaşantıyı etkiliyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
VI. FİZYOLOJİK BİLEŞENLER	
1. DERİ BÜTÜNLÜĞÜ	
1.1. Deri	
Derinin rengi: ☐ Normal ☐ Soluk ☐ Siyanotik ☐ Kırmızı ☐ Sarılık	
Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:	
☐ Lezyon	☐ Görüntüsü değişmiş benler
☐ Yara	☐ Terleme
☐ Ekimoz	☐ Koku
☐ Kızarıklık	☐ Kaşıntı
☐ Döküntü	☐ Skar
☐ Peteşi	☐ Düşme belirtisi
☐ Alerjik reaksiyon	☐ Fiziksel istismar belirtisi
☐ Kuruluk	☐ Renk değişikliği (bölge.....)
☐ Morarma	☐ Diğer
☐ Şişlik	
1.2. Saç ve Saçlı Deri	
Saçların görünümü: ☐ Temiz ☐ Dağınık ☐ Kirli	
Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:	
☐ Açık yara	☐ Skar
☐ Saç dökülmesi	☐ Kellik
☐ Saç diplerinde kepeklenme	☐ Yüzde kılınma
☐ Yüzde renk değişikliği	☐ Diğer
1.3. Tırnak	
Tırnak kenarı: ☐ Normal ☐ Şiş ☐ Kızarık ☐ Sıcak	
Tırnak rengi: ☐ Normal ☐ Siyanotik ☐ Sarı	
Tırnak şeklinde değişiklik: ☐ Var ☐ Yok	

2. METABOLİZMA

Aşağıda verilen metabolizmaya ilişkin hastalıklardan var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipotiroidizm ☐ Hipertiroidizm ☐ Obesite
☐ Osteoporoz ☐ Diğer

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Yara iyileşmesinde gecikme ☐ Yorgunluk ☐ Soğuk ve sıcak toleransında değişiklik
☐ Nedeni bilinmeyen ateş öyküsü ☐ Polidipsi ☐ Diğer

3. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM

Kan Basıncı:

Nabız Hızı ve Ritmi:

Aşağıda verilen kardiyovasküler sisteme ilişkin hastalıklardan var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Konjestif Kalp Yetmezliği ☐ Demir eksikliği anemisi
☐ Koroner Arter Hastalığı ☐ Hiperlipidemi
☐ Obesite ☐ Hipertansiyon
☐ Miyokart Enfarktüsü ☐ Diğer

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Göğüs ağrısı ☐ Efor dispnesi
☐ Senkop ☐ Pretibial ödem
☐ Çarpıntı ☐ Morarma/solukluk
☐ Aritmi ☐ Varis
☐ Solunum sıkıntısı ☐ Diğer

4. SOLUNUM SİSTEMİ

Solunum sayısı:

Solunum tipi:

- ☐ Derin
☐ Yüzeysel

Solunum ritmi:

- ☐ Ritmik
☐ Aritmik

Solunumu etkileyen toz, duman gibi çevresel etkilere maruz kalıyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Geçmişte solunumunu etkileyen çevresel etkilere maruz kaldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Aşağıda verilen kardiyovasküler sisteme ilişkin hastalıklardan var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ☐ Tüberküloz
☐ Pnömoni ☐ Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
☐ Bronşit ☐ Astım
☐ Ca varlığı ☐ Diğer

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Solunum Güçlüğü ☐ Öksürük
☐ Göğüs ağrısı ☐ Balgam
☐ Hemoptizi ☐ Prone pozisyonu
☐ Hırıltı ☐ Hava yolu sekresyonlarını çıkarmada güçlük
☐ Wheezing ☐ Diğer
☐ Siyanoz

5. MEME

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Şişlik ☐ Hassasiyet ☐ Ağrı ☐ Kızarıklık ☐ Meme başında çekilme
☐ Meme ucunda pürülan akıntı ☐ Diğer

6. ÜROGENİTAL SİSTEM

İdrara çıkma şekli: ☐ Spontan ☐ Kateter ☐ Diğer

Aşağıda verilen üriner sisteme ilişkin hastalıklardan var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Sık idrar yolu enfeksiyonu ☐ Pelvik Prolapsus ☐ Bening Prostat Hiperplazisi
☐ Böbrek Hastalığı ☐ Ca Varlığı ☐ Diğer

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Poliüri ☐ Anormal vajinal akıntı
☐ Polidipsi ☐ Mesane distansiyonu
☐ Ağrılı idrar ☐ İdrar yapmada güçlük
☐ İdrar yaparken yanma ☐ Uyurken iki kezden daha fazla noktüri olması
☐ İdrar tutamama ☐ Hematüri
☐ Sık idrara çıkma ☐ Diğer

7. SİNDİRİM VE BOŞALTIM SİSTEMİ

☐ Bağırsak Boşaltım Sıklığı gün / hafta / kez

- ☐ Gastrit-ülser ☐ Hemoroid Hepatit ☐ Kr. Karaciğer hastalığı ☐ Kolelitiazis
☐ Reflü ☐ Diğer

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ İştahsızlık ☐ Sık ishal
☐ Bulantı ☐ Kabızlık
☐ Kusma ☐ Fekal inkontinans
☐ Hematemez ☐ Mide ağrısı
☐ Hazımsızlık ☐ Karın ağrısı ve hassasiyet
☐ Şişkinlik ☐ Karında gaz oluşumu
☐ Reflü ☐ Diğer
☐ Melena

8. KAS / İSKELET SİSTEMİ

Aşağıda verilen kas / iskelet sistemine ilişkin hastalıklardan var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Romatoid Artrit ☐ Gut Hastalığı Sistemik ☐ Lupus Eritematosus
☐ Akut Eklem Romatizması ☐ Osteoartrit Behçet Hastalığı
☐ Kas Distrofisi ☐ Diğer

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

- ☐ Kas ve eklem ağrıları ☐ Eklemelerde hassasiyet ☐ Eklemelerde şişlik
☐ Eklemelerde şekil değişikliği ☐ Postür değişikliği ☐ Aktivite kısıtlılığı
☐ Ekstremitelerde güçsüzlük ☐ Diğer

9. SİNİR SİSTEMİ

Aşağıda verilen kas/iskelet sistemine ilişkin hastalıklardan var olan(lar)ı işaretleyin:

☐ Epilepsi ☐ Parkinson Hastalığı ☐ SVO ☐ Diğer

Aşağıda verilenlerden var olan(lar)ı işaretleyin:

☐ Bayılma ☐ Göz kararması ☐ Kuvvet kaybı ☐ Duyu kaybı ☐ Paralizi
☐ Ellerde ve ayaklarda uyuşma ☐ Ellerde ve ayaklarda karıncalanma
☐ Tremor ☐ Diğer

VII. PSİKOLOJİK DURUM

Yaşlılık dönemi hakkında ne düşünüyor?

☐ Hastalık olarak algılıyor
☐ Dinlenmek olarak algılıyor
☐ Hayatın onuna gelmek olarak algılıyor
☐ Başkalarına muhtaç olmak olarak algılıyor
☐ Yalnızlık olarak algılıyor
☐ Diğer

Yaşamın kendisi için anlamı nedir?

.....

Geleceğe ilişkin planları var mı?	☐ Var ☐ Yok
Geleceğin daha kötü olacağına ilişkin ifadeleri var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
İstediklerini asla elde edemeyeceğine ilişkin ifadeleri var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
İyi şeylerin onun başına gelmeyeceğine ilişkin ifadeleri var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Hayatında önemli olan dini ya da geleneksel uygulamalar var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Bedenine yönelik olumsuz ifadeleri var mı?	☐ Var ☐ Yok
Beden imgesini olumsuz etkileyecek bir sınırlılığı ya da şekil bozukluğu var mı?	☐ Var ☐ Yok
Genelde yalnızlığı mı tercih ediyor?	☐ Evet ☐ Hayır
Çalışanlarla, arkadaşlarıyla vakit geçiriyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
Anlaşılmadığını düşünüyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır

Sinirlenmesine, huzursuz olmasına neden olan durum(lar) yaşıyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Sinirlenmesine, huzursuz olmasına neden olan durum(lar):.....

.....

İç sıkıntısı, stresli ve gergin hissettiğinde en sık hangi davranışlarda bulunur?

☐ Ağlama	☐ Uyuma
☐ Sinirli olma	☐ Dua etme
☐ Kimseyle konuşmama	☐ Namaz kılma
☐ İnsanlarla tartışma	☐ Yürüyüşe çıkma
☐ Sigara içme	☐ Sorun hakkında düşünme
☐ Alkol alma	☐ Sorun ile ilgili başkalarının fikrini alma
☐ Kendini suçlama	☐ Sorunu çözmek için başkalarından yardım istemek
☐ Başkalarını suçlama	☐ Diğer

VIII. YAŞLININ KALDIĞI ODAYA YÖNELİK DEĞERLENDİRME	
Oda tek kişilik mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Oda arkadaşınız ile sorun yaşıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
Oda düzenlimi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Odada kaza riski var mı?	☐ Var ☐ Yok
Yatağı ile ilgili sorun var mı?	☐ Var ☐ Yok
Aydınlatmada sorun var mı?	☐ Var ☐ Yok
Havalandırmada sorun var mı?	☐ Var ☐ Yok
Isınmada sorun var mı?	☐ Var ☐ Yok
Döşemenin güvenliğine ilişkin sorun var mı?	☐ Var ☐ Yok
Odada tuvalet var mı?	☐ Var ☐ Yok
Tuvalette kaza riski var mı?	☐ Var ☐ Yok
Odada banyo var mı?	☐ Var ☐ Yok
Banyoda kaza riski var mı?	☐ Var ☐ Yok
Kendini güvende hissediyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır

EK 2:

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASI		
AKTİVİTELER Puan (1 ya da 0)	BAĞIMSIZ (1 puan) Yardıma, yönlendirmeye ve bakıma gereksinimi yok.	BAĞIMLI (0 puan) Yardıma, yönlendirilmeye ve tam bir bakıma gereksinimi var.
Banyo yapma _____ puan	Banyoyu tamamen kendisi yapar ya da vücudun sırt, genital bölge ya da sakat ekstremiteler gibi kısımları için yardıma gereksinimi var.	Vücudun birden fazla bölümü için yardıma gereksinimi var, banyoya getirilip götürülme ya da tam bir banyo yaptırılmasına gereksinimi var.
Giyinme-soyunma _____ puan	Giysilerini dolaptan ve çekmecedan alıp giyinir, toka ve bağını bağlar. Belki ayakkabılarını bağlamada yardıma gereksinimi olabilir.	Yardımla giyinebilir ya da tamamen yardıma gereksinimi var.
Tuvaletini yapma _____ puan	Tuvalete gider, giysilerini çıkarır ve giyer, genital bölgesini yarımsız temizler.	Tuvalete giderken, temizliğinde yardıma gereksinimi var.
Taşınma _____ puan	Yarımsız yatağa ya da sandalyeye oturur / yatar / kalkar. Taşınma araçları kullanılabilir.	Yatak ya da sandalyeye oturup, kalkma, yatma için yardıma gereksinimi var; başkaları tarafından taşınır.
İdrarını / dışkısını tutamama _____ puan	İdrar ve defekasyon kontrolü tamdır ve kendisi başarabilir.	Mesane ve barsak kontrolü kısmen ya da tamamen kaybolmuştur.
Beslenme _____ puan	Yarımsız yemeği tabaktan ağzına götürür. Yemek hazırlığını bir başkasının yardımı ile yapabilir.	Beslenmede tam ya da kısmi yardıma gereksinimi var; parenteral beslenmesi gerekebilir.
TOPLAM PUAN = 6 Puan = yüksek (birey bağımsız hareket edebilir) 0 Puan = düşük (birey çok bağımlı)		

EK 3:**ÖZ ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karar göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

1. Beni hiç tanımlamıyor 2. Beni biraz tanımlıyor 3. Kararsızım
4. Beni iyi tanımlıyor 5. Beni çok iyi tanımlamıyor

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlamıyor
1. Yaptığım planları gerçekleştireceğimden eminim.					
2. Yapmam gereken bir işe girişemem gibi bir problemim vardır.					
3. Bir işi bir seferde yapamıyorsa yapıncaya kadar devam ederim.					
4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda nadiren başarırım.					
5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.					
6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.					
7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.					
8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.					
9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.					
10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığım, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.					

11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.					
12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten vazgeçerim.					
13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.					
14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.					
15. Ben kendime güvenen bir insanım.					
16. Kolaylıkla vazgeçerim.					
17. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.					
18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.					
19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.					
20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan vazgeçerim.					
21. Bana ilgi göstermeyen biriyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.					
22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.					
23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.					

EK 4:

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II				
	Hicbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5. Yeterince uyurum.				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8. Sekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14. Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22. Bos zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binmeye gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				

25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32. Her gün 3-4 kez sut, yoğurt veya peynir yerim.				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37. Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.				
38. Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

EK 5:

OMAHA SİSTEMİ

1. PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

Seçtiğiniz durumu: I. Sağlığı Geliştirme, Potansiyel (Risk Faktörleri) ve Aktüel (belirti, bulgular) ve II. A (Aile), B (Birey) ya da G (Grup) olarak daire içine alınız. Birey no. belirtiniz. Potansiyel'i işaretlediyseniz, risk faktörlerini yazınız; Aktüel'i işaretlediyseniz; bir ya da daha fazla belirti / bulguyu daire içine alınız. Birden fazla birey için belirti / bulgu işaretlediyseniz açıklamalar bölümünü doldurunuz.	Tarih: Hemşire Adı: Aile Adı: Aile No: Aile Bireyleri: (1) (3) (2) (4)
01. ÇEVRESEL ALAN	
01. Gelir Gelir Kaynağı: Gelir Miktarı: Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti /Bulgular	..... ..... ..... ..... .....
01. gelirin düşük olması / hiç olmaması 02. sağlık güvencesinin olmaması 03. para yönetiminde güçlük 04. sadece temel gereksinimlerini satın alabilme 05. gereksinimlerini satın alma güçlüğü 06. diğer	..... ..... ..... .....
02. Sanitasyon Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti /Bulgular	..... ..... ..... .....
01. yaşanan alanının kirli olması 02. besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik 03. böcek / kemiricilerin olması 04. kötü kokular 05. temiz su sağlamada yetersizlik 06. kanalizasyon kullanımında yetersizlik 07. çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması 08. alerjenler 09. bulaşıcı kirletici ajanlar enfeksiyonlar / kontaminasyon ajanları 10. küf 11. ev hayvanlarının sayısının fazla olması 12. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
03. Konut Konutun Tipi Konut: Kendine ait Kira Sağlığı Geliştirme	..... ..... ..... .....

06. Sosyal ilişki Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. sınırlı sosyal ilişki 02. sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması 03. dış uyaranların / boş zaman aktivitelerinin çok az olması 04. diğer	..... ..... .....
07. Rol değişimi Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. istenmeyen rol değişimi 02. yeni role uyumsuzluk 03. rol kaybı 04. diğer	..... .....
08. Kişiler arası ilişkiler Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. ilişkiye başlama / sürdürmede güçlük 02. paylaşılan aktivitelerin az olması 03. değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyuşmazlık 04. kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik 05. uzun süren, düzelmeyen gerginlik 06. gereksiz şüphe / manipülasyon / kontrol 07. partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma 08. problemlerini çözerken çatışmaya girmek 09. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
09. İnanç Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. inançla ilgili endişelerini ifade etme 02. inanca ilişkin uygulamaların kesintiye uğraması 03. inanç ile ilgili güvenini kaybetmesi 04. tıbbi / sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması 05. diğer	..... ..... ..... .....
10. Üzüntü Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. üzüntü / iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe 02. üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük 03. üzüntü tepkilerini ifade	..... .....

14. İhmal Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. fiziksel bakım eksikliği 02. duygusal bakım / destek eksikliği 03. uygun uyaran / bilişsel deneyim eksikliği 04. uygunsuz bir şekilde yalnız bırakılma 05. gerekli denetimin eksikliği 06. yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım 07. diğer	..... ..... ..... .....
15. İstismar Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. sert / aşırı disiplin 02. izler / morartı / yanıklar / diğer yaralar 03. yaralanma ile ilgili çelişkili açıklamalar 04. sözlü saldırı 05. korkak / ürkek davranışlar 06. şiddet içeren çevre 07. sürekli olumsuz eleştiriler 08. cinsel saldırıya uğrama 09. diğer	..... ..... ..... .....
16. Büyüme / gelişme Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. gelişimsel tarama testlerinde normal olmayan sonuçlar 02. tartı - boy, baş çevresi değerlerinin yaş / büyüme standardına uygun olmaması 03. yaşa uygun olmayan davranışlar 04. gelişimine uygun görevlerini başarmada / sürdürmede yetersizlik 05. diğer	..... ..... ..... .....
Psikososyal Değerlendirme:	
03. FİZYOLOJİK ALAN	
17. İşitme Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. normal konuşma ses tonunu duymada güçlük 02. kalabalık ortamlarda konuşmaları duymada güçlük 03. yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük 04. sese anormal yanıt / yanıtsızlık 05. işitme tarama testinde normal olmayan sonuçlar 06. diğer	..... ..... ..... .....

18. Görme Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. küçük karakterli yazıları görmede güçlük 02. uzaktaki cisimleri görmede güçlük 03. yakındaki cisimleri görmede güçlük 04. görsel uyaranlara anormal yanıt / yanıtızsızlık 05. görme tarama testinde normal olmayan sonuçlar 06. şaşılık / göz kırpma / gözlerde sulanma / bulanık görme 07. uçuşan nesneler ve ışık görme 08. renkleri ayırt etmede güçlük 09. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
19. Konuşma ve dil Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik / konuşamama 02. anlayamama / anlama yeteneğinde anormallik 03. alternatif iletişim becerilerinin / el-kol hareketlerinin (jestlerin) olmaması 04. cümle yapılarının uygun olmaması 05. telaffuzun sınırlı olması / anlaşılır olmaması 06. uygun olmayan kelime kullanımı 07. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
20. Ağız sağlığı Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. dişlerde şekil bozukluğu / kırık / kayıplar 02. çürükler 03. aşırı Tartar 04. yaralı / şiş / kanayan dişeti 05. dişlerde kapanma bozukluğu 06. iyi oturmayan / eksik takma dişler 07. sıcak ya da soğuğa hassasiyet 08. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
21. Algılama Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. muhakeme yeteneğinde azalma 02. zaman / kişi / yer oryantasyonunda bozulma 03. yakın zamandaki olayları hatırlamada sınırlılık 04. uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada sınırlılık 05. hesaplama ve ardışık hareket becerilerinde sınırlılık 06. konsantrasyonda sınırlılık 07. mantıklı / soyut düşünebilmede	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

sınırlılık 08. kontrolsüz hareket 09. tekrarlayan konuşmalar / davranışlar 10. amaçsız olarak dolaşmak / kaybolmak 11. diğer	..... .....
22. Ağrı Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. rahatsızlık / ağrı ifade etme 02. nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme 03. ağrıyan bölgenin desteklenmesi / korunması 04. yerinde duramama 05. yüzünü buruşturma 06. soluk görünüm / terleme 07. diğer	..... ..... ..... .....
23. Bilinç Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. dalgın (letarji) 02. uykulu (stupor) 03. uyarılara cevapsız 04. bilinçsiz (koma) 05. diğer	..... .....
24. Deri Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. lezyon / bası yarası 02. döküntü 03. aşırı kuru 04. aşırı yağlı 05. enflamasyon 06. kaşıntı 07. akıntı 08. çürük- ezik 09. tırnakların aşırı büyümesi 10. yara iyileşmesinde gecikme 11. diğer	..... ..... .....
25. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. hareketlerde sınırlılık 02. kas gücünde azalma 03. koordinasyonda azalma 04. kas tonüsünde azalma 05. kas tonüsünde artma 06. duyuda azalma 07. duyuda artma 08. dengede bozukluk 09. yürüme / hareket etme güçlüğü 10. taşınma / transfer güçlüğü 11. kırıklar 12. titremeler / ataklar 13. vücut ısının düzenlenmesinde zorluk 14. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
26. Solunum Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....

01. anormal solunum tipleri 02. bağımsız olarak nefes alamama 03. öksürme 04. öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama 05. siyanoz 06. anormal balgam 07. sesli solunum 08. burun akıntısı / nazal konjesyon 09. anormal solunum sesleri 10. solunum ile ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik 11. diğer	..... ..... ..... ..... .....
27. Dolaşım Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. ödem 02. ekstremitelerde ağrı / kramp 03. nabız sayısında azalma 04. deride renk değişikliği / siyanoz 05. etkilenmiş bölgede ısı değişikliği 06. damarlarda varis oluşması 07. senkop atakları (bayılma) / baş dönmesi 08. anormal kan basıncı ölçümleri 09. eksik nabız (pulse deficit) 10. kalp ritminde düzensizlik 11. kalp hızında aşırı artış 12. kalp hızında aşırı azalma 13. göğüs ağrısı 14. anormal kalp sesleri / üfürümler 15. pıhtılaşma bozukluğu 16. kardiyak laboratuvar sonuçlarında anormallik 17. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
28. Sindirim- hidrasyon Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. bulantı / kusma 02. çiğneme / yutma / sindirim güçlüğü / yapamama 03. hazımsızlık 04. reflü 05. iştahsızlık 06. anemi 07. asit (karında sıvı toplanması) 08. sarılık / karaciğer büyümesi 09. deri turgorunun azalması 10. dudak çatlaması / ağız kuruluğu 11. elektrolit dengesizliği 12. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
29. Bağırsak fonksiyonu Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik 02. ağrılı defekasyon 03. bağırsak seslerinde azalma 04. dışkıda kan 05. dışkıda renk değişikliği 06. kramp / karın bölgesinde rahatsızlık 07. fekal inkontinans (dışkı kaçırmama) 08. diğer	..... ..... ..... ..... .....
30. Üriner fonksiyon Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: .....	..... ..... .....

Aktüel; Belirti / Bulgular	.....
01. idrar yaparken yanma / ağrı 02. idrar kaçırma 03. sıkışma hissi / sık idrara gitme 04. idrar yapmada güçlük 05. mesaneyi boşaltmada güçlük 06. anormal miktar 07. hematüri / renk değişikliği 08. noktüri 09. üriner sistemle ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik 10. diğer	..... ..... ..... ..... .....
31. Üreme fonksiyonu	.....
Sağlığı Geliştirme	.....
Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
Aktüel; Belirti / Bulgular	.....
01. anormal akıntı 02. anormal menstruasyon şekli 03. menopoz / andropozu yönetmede güçlük 04. üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet 05. cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı 06. infertilite (kısırlık) 07. iktidarsızlık 08. diğer	..... ..... ..... .....
32. Gebelik	.....
Sağlığı Geliştirme	.....
Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
Aktüel; Belirti / Bulgular	.....
01. doğmamış bebeği kabullenmede güçlük 02. vücut değişikliklerine uyum sağlamada güçlük 03. doğum öncesi egzersiz / dinlenme / beslenme davranışları ile ilgili güçlük 04. doğum eyleminden korkma 05. prenatal komplikasyonlar / erken doğum 06. yetersiz sosyal destek 07. diğer	..... ..... ..... ..... .....
33. Postpartum	.....
Sağlığı Geliştirme	.....
Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
Aktüel; Belirti / Bulgular	.....
01. emzirmede güçlük 02. doğum sonu değişikliklere uyum sağlamada güçlük 03. doğum sonu egzersiz / dinlenme / diyet / davranışlarını yapmada güçlük 04. anormal kanama / vajinal akıntı 05. doğum sonu komplikasyonları 06. depresif duygular 07. diğer	..... ..... ..... .....
34. Bulaşıcı / enfeksiyon durumu	.....
Sağlığı Geliştirme	.....
Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
Aktüel; Belirti / Bulgular	.....
01. enfeksiyon 02. yayılma (bulaşma) 03. ateş 04. biyolojik tehlikeler 05. tarama / kültür / laboratuvar sonuçlarında pozitiflik	..... .....

06. bulaşmayı önlemek için gereç / malzeme / politikaların yetersiz olması 07. enfeksiyon kontrolü ilkelerinin izlenmemesi 08. yetersiz bağışıklama 09. diğer	..... ..... .....
Fizyolojik değerlendirme:	
04. SAĞLIK DAVRANIŞLARI	
35. Beslenme Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. fazla kilo (<i>yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. persentil ve üzerinde olması</i>) 02. düşük kilo (<i>yetişkinlerde BKİ'nin 18.5 ve altında, çocuklarda BKİ'nin 5. persentil ve altında olması</i>) 03. günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın altında olması 04. günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması 05. dengesiz beslenme 06. yaşa uygun olmayan beslenme programı 07. önerilen beslenme programını sürdürememe 08. açıklanamayan / sürekli kilo kaybı 09. besin alma / hazırlamada yetersizlik 10. hipoglisemi 11. hiperglisemi 12. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
36. Uyku ve dinlenme düzeni Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi 02. gece sık sık uyanma 03. uyurgezerlik 04. uykusuzluk 05. kabus görme 06. yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku / dinlenme 07. uyku apnesi 08. horlama 09. diğer	..... ..... ..... ..... .....
37. Fiziksel aktivite Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. sedanter yaşam biçimi 02. yetersiz / düzensiz egzersiz 03. yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli / miktarı 04. diğer	..... .....

38. Kişisel bakım Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük 02. banyo yapmada güçlük 03. giyim kuşam aktivitelerinde güçlük 04. alt vücut giyiminde güçlük 05. üst vücut giyiminde güçlük 06. kötü vücut kokusu 07. saçları yıkama / taramada güçlük 08. ağız bakımı / diş fırçalama / diş ipi kullanmada güçlük 09. bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe / yapamama 10. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
39. Madde kullanımı Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. reçeteli / reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı 02. uyarıcı / uyuşturucu / sokakta satılan maddelerin kullanımı 03. alkolün kötüye kullanımı 04. sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı 05. günlük rutinleri yerine getirmede zorlanma 06. reflekslerde bozulma 07. davranış değişikliği 08. sigara-puro dumanına maruz kalma 09. yasal olmayan maddeleri alma / satma 10. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
40. Aile planlaması Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış / yetersiz bilgi 02. gebelik öncesi sağlık uygulamalarına ilişkin yanlış / yetersiz bilgi 03. düzensiz / etkisi sınırlı bir yöntem kullanma 04. kullandığı yöntemden memnun olmama 05. aile planlaması seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma 06. aile planlaması yöntemlerine ulaşmada güçlük 07. diğer	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
41. Sağlık bakım denetimi Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama 02. değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama 03. sağlık	..... .....

randevularına gitmeme 04. birden fazla randevuyu / tedavi planını koordine edememe 05. sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması 06. sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması 07. tedavi planının yetersiz olması 08. diğer	..... ..... ..... .....
42. Tedavi rejimi Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri:) Aktüel; Belirti / Bulgular	..... ..... ..... .....
01. önerilen doz / tedavi programına uymama 02. yan etki / istenmeyen tepkilerin olması 03. ilaç sağlayan sistemin yetersiz olması 04. ilaçların uygun olmayan şekilde saklanması 05. biten ilaçların yerine konmaması 06. aşı yaptırmama 07. tedavi rejiminin yetersiz olması 08. yardım almadan ilaç alamama 09. diğer	..... ..... ..... ..... .....
Sağlık Davranışları Değerlendirme:	

2. HEMŞİRELİK GİRİŞİM ŞEMASI

BİREY ADI: PLAN TARİHİ:		GİRİŞİM KATEGORİLERİ ERD: Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık Tİ: Tedavi ve İşlem VY: Vaka Yönetimi S: Sürveyans Hemşire Adı:		
HEMŞİRELİK TANISI	GİRİŞİM			DEĞERLENDİRME
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler	Uygulama Tarihi	Son Değerlendirme (---/---/ ---)

EK 6: Kurum İzin Formu

T.C.
KEÇİÖREN BELEDİYE BAŞKANLIĞI

.....Sosyal.Yardım.İşleri.....Müdürlüğü

SAYI : M.06.6.KEÇ.0-35-7

16.07.2009

KONU :

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

ANKARA

İLGİ: 09.07.2009 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/688 sayılı yazınız;

Anabilim Dalınız doktora öğrencisi Hülya Kulakçı'nın "Huzurevinde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Özyeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmalarını 28 Eylül 2009 – 21 Mayıs 2010 tarihleri arasında Keçiören Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Huzurevimizde yapmaları Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

BASKAN ADINA

Reşat ÖZCAN
Başkan Yardımcısı

EK 7:

2631

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

09 Aralık 2009

ETİK KURULUN ADI	Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası 2. Kat Sıhhiye/Ankara
TELEFON	312 305 10 82
FAKS	312 310 05 80
E-POSTA	selmak@hacettepe.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Huzurevinde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Özyeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	-		
	EUDRACT NUMARASI	-		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği		
	YARDIMCI ARAŞTIRICILARIN UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Gülümser Kublay Arş. Gör. Hülya Kulakçı		
	TEZ ÖĞRENCİSİNİN UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Keçiören Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Huzurevi		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-		
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☒	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐
	SİGORTA	☐
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐
	İLAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 38	Tarih: 03.12.2009
	Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu'nun sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplanıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP					
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Meral Tuncer						
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza

Prof. Dr. Meral Tuncer	Tıbbi Tıbbi Farmakoloji	H.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Arzu Topeli İskit	İç Hastalıkları	H.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. İbrahim Haznedaroğlu	Hematoloji	H.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	KATILMADI
Prof. Dr. Murat Yurdakök	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Aslıhan Avcı	Biyokimya	A.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	KATILMADI
Prof. Dr. Erdem Aydın	Tıp Tarihi ve Etik	H.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. İnci Erdemli	Eczacılık	H.Ü.E.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Uğur	Biyofizik	A.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Recep Akdur	Halk Sağlığı	A.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Av. Meltem Onurlu	Hukuk	H.Ü.H.M.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Mustafa Nuri Güler	S.M.O.Ü.	Devlet Tiyatroları	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
 ** :Toplantıda Bulunma

09 Haziran 2009

EK 8:

“Huzurevinde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi” Adlı Araştırma İçin Katılımcılara Ait Bilgilendirilmiş Olur Formu

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Huzurevinde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Özyeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi”dir.

Bu araştırma, huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların özyeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada gereksinimleriniz doğrultusunda belirlenen sorunlarınız hemşirenin rol ve sorumlulukları arasında yer alan sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, izlem ve vaka yönetimi gibi yöntemler kullanılarak ele alınacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 8 ay olup, 8 aylık süreçte araştırmacı ile birlikte görüşme zamanlarınıza ve içeriklerine karar vereceksiniz.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, planlanan bireysel / grup görüşmelerine ve bireysel / grup aktivitelerinin uygulama zamanlarına uyma, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme sizin sorumluluklarınızdır.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamakla birlikte, sizin için beklenen yararları ise, şu anki sağlık durumunuzu daha iyi bir düzeye getirmektir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. **Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol**

açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmacı;

Ad Soyad: Hülya Kulakçı

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Sıhhiye / ANKARA 06100

Tel: 0 312 305 15 80 / 125-127

E-mail: hulyakulak@yahoo.com

Katılımcının beyanı:

Sayın Araştırma Görevlisi Hülya Kulakçı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından şu an kaldığım Keçiören Huzurevi'nde bir çalışma yapılacağını bildirmiştir. Çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu bilgilerden sonra böyle bir çalışmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer bu çalışmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çalışmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için çalışmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Hülya Kulakçı'yı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

İmza:

Yaşlı yakını:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel:

İmza:

EK 9:

**YAŞLILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN İZLEMLERE GÖRE ÖZ
ETKİLİLİK-YETERLİLİK VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLDİĞİ EK TABLOLAR**

Tablo 9.1. Yaşlıların Medeni Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları

ÖLÇEK	İZLEMLER	MEDENİ DURUM		
		Evli	Bekar	Dul
ÖEYÖ*	Birinci Periyodik İzlem	74.00±1.41	69.71±23.29	76.29±13.00
	Ara İzlem	81.50±4.95	78.57±20.29	81.05±12.34
	İkinci Periyodik İzlem	85.50±4.95	79.43±18.25	85.43±11.38
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	30.00±4.24	28.00±6.56	28.48±4.82
	Ara İzlem	31.00±0.00	29.57±7.55	29.81±4.20
	İkinci Periyodik İzlem	28.50±0.71	27.71±6.85	31.05±3.93
Davranışı Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	24.50±3.53	22.43±9.00	24.19±5.49
	Ara İzlem	27.00±2.83	26.57±8.12	26.00±4.82
	İkinci Periyodik İzlem	30.00±2.83	28.14±6.41	28.19±5.30
Davranışı Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	15.00±0.00	12.57±5.38	16.81±4.57
	Ara İzlem	18.00±0.00	15.43±3.82	17.86±3.45
	İkinci Periyodik İzlem	18.50±0.71	16.43±4.47	18.90±3.28
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	4.50±2.12	6.71±3.40	6.81±6.63
	Ara İzlem	5.50±2.12	7.00±2.38	7.38±2.11
	İkinci Periyodik İzlem	8.50±0.71	7.14±1.95	7.29±1.65

*: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

Tablo 9.2. Yaşlıların Kronik Hastalık Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları

ÖLÇEK	İZLEMLER	KRONİK HASTALIK SAYISI			
		Yok	1-2	3-4	5 ve üzeri
ÖEYÖ*	Birinci Periyodik İzlem	84.00±0.00	67.83±18.31	76.64±17.99	74.89±8.39
	Ara İzlem	91.00±0.00	78.83±10.32	81.14±18.29	79.44±8.28
	İkinci Periyodik İzlem	89.00±0.00	81.83±6.37	83.57±17.78	85.67±7.21
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	32.00±0.00	26.00±6.60	28.93±5.20	29.00±3.94
	Ara İzlem	33.00±0.00	29.50±6.66	29.86±5.67	29.67±2.45
	İkinci Periyodik İzlem	32.00±0.00	30.33±3.67	29.64±6.27	30.44±2.92
Davranışı Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	29.00±0.00	22.17±6.74	24.36±7.51	23.44±3.71
	Ara İzlem	33.00±0.00	26.33±4.63	25.86±6.87	25.89±3.55
	İkinci Periyodik İzlem	30.00±0.00	27.33±3.27	27.79±6.94	29.56±3.81
Davranışı Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	16.00±0.00	12.83±4.07	16.64±5.40	16.11±4.48
	Ara İzlem	18.00±0.00	16.00±1.41	18.07±4.46	16.89±2.93
	İkinci Periyodik İzlem	17.00±0.00	17.67±1.51	18.71±4.45	18.22±3.42
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	7.00±0.00	6.83±2.93	6.71±3.05	6.33±1.00
	Ara İzlem	7.00±0.00	7.00±2.53	7.36±2.59	7.00±1.32
	İkinci Periyodik İzlem	10.00±0.00	6.50±0.55	7.43±2.14	7.44±1.01

*: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

Tablo 9.3. Yaşlıların İlaç Kullanma Durumları Açısından İzlemlere Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalamaları

ÖLÇEK	İZLEMLER	İLAÇ KULLANMA DURUMU			
		Yok	1-2	3-4	5 ve üzeri
ÖEYÖ	Birinci Periyodik İzlem	63.33±22.72	86.13±10.70	74.00±17.03	70.64±13.04
	Ara İzlem	83.67±11.02	88.25±11.35	75.60±20.40	77.14±12.33
	İkinci Periyodik İzlem	85.00±4.00	90.75±14.96	70.80±15.80	84.71±8.61
Davranışa Başlama	Birinci Periyodik İzlem	25.00±7.00	31.63±3.81	28.80±5.45	27.29±4.75
	Ara İzlem	32.33±8.02	32.00±4.34	27.80±6.87	28.79±3.47
	İkinci Periyodik İzlem	31.33±2.08	31.88±6.58	27.60±6.11	29.71±3.17
Davranışı Sürdürme	Birinci Periyodik İzlem	21.67±9.45	26.63±6.07	22.80±6.72	23.00±5.62
	Ara İzlem	28.00±4.58	28.75±4.83	24.40±8.17	25.00±4.80
	İkinci Periyodik İzlem	29.33±2.08	30.88±4.67	21.80±5.40	28.93±4.57
Davranışı Tamamlama	Birinci Periyodik İzlem	11.00±4.58	19.25±3.77	15.40±5.41	14.79±4.37
	Ara İzlem	15.67±2.08	19.38±2.45	16.00±4.18	16.93±3.77
	İkinci Periyodik İzlem	17.00±2.00	20.00±3.12	15.20±5.40	18.71±2.73
Engellerle Mücadele	Birinci Periyodik İzlem	5.67±2.31	8.63±2.26	7.00±2.92	5.57±1.79
	Ara İzlem	7.67±1.15	8.13±2.30	7.40±2.97	6.43±1.83
	İkinci Periyodik İzlem	7.33±2.31	8.00±2.07	6.20±1.30	7.36±1.34

*: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

Tablo 9.4. Yaşlıların Medeni Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları

ÖLÇEK	İZLEMLER	MEDENİ DURUM		
		Evli	Bekar	Dul
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	101.50±7.78	107.70±12.70	110.05±15.59
	Ara İzlem	134.50±17.68	132.57±25.44	134.71±15.55
	İkinci Periyodik İzlem	143.00±11.31	138.57±21.88	143.81±16.73
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	20.00±0.00	19.42±5.62	21.05±4.54
	Ara İzlem	25.50±0.71	23.14±4.56	25.00±2.97
	İkinci Periyodik İzlem	26.00±1.41	22.57±6.45	25.52±3.68
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	8.50±0.71	16.00±2.16	11.95±3.31
	Ara İzlem	15.50±0.71	20.14±4.60	18.14±2.50
	İkinci Periyodik İzlem	17.50±2.12	19.00±2.58	17.76±3.01
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	18.00±1.41	13.29±2.69	15.76±2.76
	Ara İzlem	22.00±0.00	18.86±2.67	19.90±2.83
	İkinci Periyodik İzlem	22.50±0.71	20.57±2.70	20.86±2.52
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	17.50±0.71	19.57±4.43	20.48±4.14
	Ara İzlem	23.50±3.54	25.14±6.31	25.38±5.07
	İkinci Periyodik İzlem	27.50±3.54	27.14±7.38	28.52±4.70
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	21.50±7.78	22.14±4.49	22.86±4.51
	Ara İzlem	27.00±8.49	22.86±7.90	25.24±5.03
	İkinci Periyodik İzlem	27.00±7.07	25.14±6.26	27.86±5.08
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	16.00±0.00	16.57±1.5	17.95±2.84
	Ara İzlem	21.00±4.24	22.43±2.15	21.05±2.69
	İkinci Periyodik İzlem	22.50±2.12	24.14±21.88	23.29±3.52

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 9.5. Yaşlıların Kronik Hastalık Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları

ÖLÇEK	İZLEMLER	KRONİK HASTALIK DURUMU			
		Yok	1-2	3-4	5 ve üzeri
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	102.00±0.00	103.33±13.26	110.50±17.38	110.44±10.92
	Ara İzlem	130.00±0.00	128.33±16.02	136.07±21.62	135.67±13.22
	İkinci Periyodik İzlem	130.00±0.00	133.67±14.31	145.29±21.49	145.56±10.58
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	10.00±0.00	21.00±4.43	20.93±4.21	21.00±4.64
	Ara İzlem	20.00±0.00	25.17±1.72	24.50±4.01	24.89±3.02
	İkinci Periyodik İzlem	17.00±0.00	23.83±4.26	25.07±4.76	26.11±3.59
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	17.00±0.00	11.33±3.78	13.50±3.80	11.78±2.86
	Ara İzlem	20.00±0.00	17.67±3.72	18.93±3.87	18.00±1.41
	İkinci Periyodik İzlem	19.00±0.00	16.33±1.86	18.50±3.41	18.33±2.35
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	16.00±0.00	14.00±2.83	15.79±3.24	15.44±2.60
	Ara İzlem	19.00±0.00	18.00±2.37	20.36±3.05	20.22±2.33
	İkinci Periyodik İzlem	18.00±0.00	19.00±1.26	21.93±2.30	20.89±2.62
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	21.00±0.00	18.33±3.61	20.14±4.70	21.00±3.54
	Ara İzlem	27.00±0.00	23.67±3.14	25.57±6.32	25.44±4.80
	İkinci Periyodik İzlem	30.00±0.00	27.50±5.50	27.79±6.13	28.89±4.17
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	21.00±0.00	22.83±4.22	22.07±5.41	23.44±3.71
	Ara İzlem	21.00±0.00	24.33±6.95	24.86±6.57	25.44±4.61
	İkinci Periyodik İzlem	21.00±0.00	24.83±5.08	28.14±5.57	27.89±5.23
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	17.00±0.00	15.83±2.64	18.07±2.89	17.78±1.72
	Ara İzlem	23.00±0.00	19.50±2.43	21.86±2.51	21.67±2.78
	İkinci Periyodik İzlem	25.00±0.00	22.17±4.07	23.86±21.49	145.56±2.88

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 9.6. Yaşlıların İlaç Kullanma Durumları Açısından İzlemlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları

ÖLÇEK	İZLEMLER	İLAÇ KULLANMA DURUMU			
		Yok	1-2	3-4	5 ve üzeri
SYBDÖ*	Birinci Periyodik İzlem	98.00±18.33	120.25±9.95	101.60±12.18	107.07±13.56
	Ara İzlem	132.33±23.59	146.25±13.69	119.80±20.22	132.86±14.57
	İkinci Periyodik İzlem	135.00±10.44	154.13±16.88	125.40±16.56	143.64±14.41
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Periyodik İzlem	14.67±4.51	23.13±3.83	19.20±3.63	20.93±4.41
	Ara İzlem	24.00±3.46	26.75±1.04	22.80±5.26	24.14±3.06
	İkinci Periyodik İzlem	20.33±4.16	26.63±5.37	21.80±3.56	25.93±3.22
Fiziksel Aktivite	Birinci Periyodik İzlem	14.00±5.20	15.88±2.75	12.00±2.92	10.79±2.64
	Ara İzlem	20.33±4.51	20.75±3.92	16.80±2.59	17.29±1.54
	İkinci Periyodik İzlem	18.00±2.65	19.88±3.68	16.80±2.28	17.43±2.24
Beslenme	Birinci Periyodik İzlem	13.67±3.21	14.88±3.52	14.80±3.35	16.14±2.35
	Ara İzlem	18.00±2.65	19.63±2.77	18.00±2.35	20.93±2.56
	İkinci Periyodik İzlem	18.67±1.15	21.25±1.67	19.80±3.11	21.57±2.59
Manevi Gelişim	Birinci Periyodik İzlem	17.67±3.51	22.88±3.91	18.00±4.30	19.71±3.63
	Ara İzlem	25.67±4.16	28.75±5.12	22.00±5.24	24.21±4.63
	İkinci Periyodik İzlem	31.67±2.08	30.38±4.63	23.00±5.70	27.93±4.75
Kişilerarası İlişkiler	Birinci Periyodik İzlem	22.33±5.13	25.25±2.43	21.60±4.83	21.50±5.02
	Ara İzlem	23.00±10.15	27.63±5.29	20.80±5.81	25.00±4.82
	İkinci Periyodik İzlem	23.67±6.43	30.13±4.76	23.60±2.97	27.50±5.49
Stres Yönetimi	Birinci Periyodik İzlem	15.67±2.31	18.25±2.05	16.00±2.55	18.00±2.69
	Ara İzlem	21.33±2.89	22.75±1.91	19.40±2.79	21.29±2.67
	İkinci Periyodik İzlem	22.67±2.52	25.88±2.42	20.40±4.36	23.29±3.02

*: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

EK 10:**Tablo 10.1. Yaşlıların Gereksinimleri Doğrultusunda Problem Sınıflama Listesi'ne Eklenen Belirti-Bulgular**

Belirlenen Gereksinimler	Eklenen Belirti ve Bulgular
Kulakta çınlama / kaşıntı / sesleri uğultulu işitme	17. İşitme 06. Diğer (kulakta çınlama / kaşıntı / sesleri uğultulu işitme)
Gözde kızarıklık / kaşıntı / çapaklanma Göz kapağında şişlik	18. Görme 09. Diğer (gözde kızarıklık / kaşıntı / çapaklanma) 09. Diğer (göz kapağında şişlik)
Ağız içinde yara olması Ağız kokusu	20. Ağız Sağlığı 08. Diğer (ağız içinde yara) 08. Diğer (ağız kokusu)
Olumsuz beden algısı	21. Algılama 11. Diğer (olumsuz beden algısı)
Terleme	24. Deri 11. Diğer (terleme)
Ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma	25. Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu 14. Diğer (ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma)
Burun kanaması Etkili nefes alamaması	26. Solunum 11. Diğer (burun kanaması) 11. Diğer (etkili nefes alamama)
Uykuya dalmada güçlük Uyku ve dinlenme düzensizliği	36. Uyku ve Dinlenme Düzeni 09. Diğer (uykuya dalmada güçlük) 09. Diğer (uyku ve dinlenme düzensizliği)
Ayak bakımında yetersizlik Perine hijyeninde yetersizlik Ağız hijyeninde yetersizlik	38. Kişisel Bakım 10. Diğer (ayak bakımında yetersizlik) 10. Diğer (perine hijyeninde yetersizlik) 10. Diğer (ağız hijyeninde yetersizlik)
İlaç kullanımına ilişkin eksik bilginin tanımlanması Hastalık hakkında eksik bilginin tanımlanması Hastalıklarını kontrol etmekte güçlük çektiğini belirtmesi	42. Tedavi Rejimi 09. Diğer (hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği)

EK 11:

**TANLI ALANLARINA GÖRE YAŞLILARDA EN SIK GÖRÜLEN HEMŞİRELİK TANILARINA YÖNELİK
UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ**

TANI ALANI HEMŞİRELİK TANISI BELİRTİ-BULGU	GİRİŞİM KATEGORİLERİ
	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık Vaka Yönetimi Tedavi ve İşlem Sürveyans Bireye Özel Girişimler
01. Çevresel Alan 03. Konut 05. yaşanılan alanın dağınık olması	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Düşmeye neden olan risk faktörlerinin anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlı ile birlikte odanın düzenlenmesi
01. Çevresel Alan 02. Sanitasyon 02. besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Besinlerin hazırlanması, saklanması ve kullanımında dikkat edilmesi gerekenler hakkında eğitim verilmesi * Yaşlının eksik uygulamalarının tartışılması Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi
01. Çevresel Alan 04. Yaşam alanı / iş ortamı güvenliği 07. fiziksel tehlikeler	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Düşmeye neden olan risk faktörlerinin anlatılması * Yürüme sırasında dikkat edilmesi gerekenlerin yaşlı ile konuşulması Tedavi ve İşlem * Yaşlının odasında düşmeye neden olabilecek durumların belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması Vaka Yönetimi * Kurum yetkilisi ile görüşülmesi

02. Psikososyal Alan 11. Mental sağlık 01. üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven 02. endişe / tanımlanmamış korkular 03. öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı 08. stres yönetiminde güçlük 09. öfke yönetiminde güçlük	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Yaşlılık dönemi psikolojisi hakkında bilgi verilmesi * Kurum yaşantısının yaşlılar üzerinde oluşturabileceği etkilerin anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlının kurum yaşantısına ilişkin düşüncelerinin konuşulması * Yaşlı ile duygusal paylaşımın sağlanması * Gelecek ile ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri ifade etmesi için yaşlının desteklenmesi. Bunun için; ➤ Geçmiş yaşantısında yaşadıklarının ve gelecek hakkında oluşan şüphelerin, korkuların ve endişelerin sözel ifade edilmesi için yaşlının dinlenmesi, ➤ Bu olumsuz ifadelerin yerine geleceğe yönelik olumlu, gerçekçi hedeflerin saptanması, ➤ Bunun için günlük yaşam aktivitelerine ve geleceğe yönelik yaşlının sınırlılıkları içerisinde yaşlının yapmaktan hoşlandığı aktivitelerin saptanması. * Yaşlının olumlu inançlarının desteklenmesi, olumsuz ya da çarpıtılmış inançların yerine daha gerçekçi, olumlu, umuda yönelik düşünceler geliştirmesinin sağlanması * Yaşlının stresli, gergin hissetmesine neden olan durumların belirlenmesi * Yaşlının kendisini stresli hissetmesine neden olan olayı / durumu, düşünceyi ve stres altında iken oluşan duyguyu fark ettirmek bir kaç sorunun sorulması / yaşlının gözlenmesi; ➤ Diğer yaşlılarla ilgili sorun yaşadığında, kendini kötü, tehdit altında hissettiğinde genelde ne yapıyor? ➤ Bu durumda baş etme davranışların insanlarla iletişimini etkiliyor mu / iletişimi etkileniyor mu? * Yaşlının etkili ve etkisiz baş etme yöntemlerinin belirlenmesi * Yaşlının kullandığı etkisiz baş etme yöntemlerinin yaşlıya fark ettirilmesi * Etkili baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilmesi * Kurumda yaşlı için uygun olan aktivite programlarının yaşlı ile belirlenmesi
--	---

	Vaka Yönetimi * Yaşlının kurum psikoloğuna yönlendirilmesi * Kurum psikoloğu ile iletişime geçilmesi Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi * Yaşlının duygu durumunun takip edilmesi
02. Psikososyal Alan 08. Kişiler arası ilişkiler 01. ilişkiye başlama / sürdürmede güçlük 02. paylaşılan aktivitelerin az olması 03. değerler / amaçlar / beklentiler / programlarda uyumsuzluk 04. kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik 05. uzun süren, düzelmeyen gerginlik 08. problemlerini çözerken çatışmaya girmek	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * İletişimin tanımlanması * İletişimin insanlar için önemini anlatılması * İletişimde dikkat edilmesi gereken noktaların anlatılması * Yaşlının iletişim eksikliğine neden olan durumların belirlenmesi * Diğer yaşlılarla yaşadığı sorunların belirlenmesi Tedavi ve İşlem * Sorunların çözümü için yaşlının yapabileceklerinin belirlenmesi * Kurumda yaşlı için uygun olan aktivite programlarının yaşlı ile belirlenmesi * İletişime geçebileceği diğer yaşlıların belirlenmesi Vaka Yönetimi * İlk uygulamalarda yaşlıya eşlik edilmesi Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi
02. Psikososyal Alan 10. Üzüntü 01. üzüntü / iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe 02. üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük 03. üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Yaşlılık döneminin fiziksel, sosyal ve duygusal özellikleri hakkında bilgi verilmesi * Yaşlılık döneminin olumlu ve olumsuz özelliklerinin anlatılması * Yaşlının olumlu ve olumsuz özelliklerinin belirlenmesi Tedavi ve İşlem * Yaşlının duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklenmesi Sürveyans * Yaşlının duygu durumunun takip edilmesi

02. Psikososyal Alan 06. Sosyal ilişki 01. sınırlı sosyal ilişki 02. sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması 03. dış uyaranların / boş zaman aktivitelerinin çok az olması	Tedavi ve İşlem * Diğer yaşlılarla iletişiminin artırılmasına yönelik olarak iletişim kurabileceği, yaşlıya destek olabilecek yaşlıların belirlenmesi * Kurumda yaşlı için uygun olan aktivite programlarının yaşlı ile belirlenmesi * Yaşlının uygulamalara katılımı için cesaretlendirilmesi Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi
02. Psikososyal Alan 05. Toplum kaynakları ile iletişim 01. hizmetlerden nasıl yararlanacağını ve haklarını bilmeme 04. hizmetlerden memnun olmama	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Yaşlının kurumdan beklentilerinin belirlenmesi * Kurumda verilen hizmetler konusunda yaşlıya bilgi verilmesi * Yaşlıya yaşadığı sorunlara yönelik olarak hangi birim ve kişiye başvuracağı konusunda bilgi verilmesi Vaka Yönetimi * Yaşlının gereksinimlerine yönelik ilgili kişi ve birime başvurması için yönlendirilmesi Sürveyans * Yaşlının gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının takip edilmesi
03. Fizyolojik Alan 27. Dolaşım 01. ödem 02. ekstremitelerde ağrı / kramp 05. etkilenmiş bölgede ısı değişikliği 06. damarlarda varis oluşması 07. senkop atakları (bayılma) / baş dönmesi 08. anormal kan basıncı ölçümleri 11. kalp hızında aşırı artış 13. göğüs ağrısı 17. diğer (halsizlik / yorgunluk)	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Dolaşım sisteminin resimle anlatılması * Dolaşım sisteminde meydana gelebilecek anormal durumların tanımlanması * Pretibial ödem ve nedenleri hakkında yaşlının bilgilendirilmesi * Pretibial ödeme yönelik yaşlının yapması gereken bireysel uygulamaların anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlının vital bulgularının değerlendirilmesi * Ödemin değerlendirilmesi Vaka Yönetimi * Yaşlının sağlık birimine yönlendirilmesi * Kurum hekimi ile görüşülmesi ve yaşlının sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi Sürveyans * Ödem takibinin yapılması

	* Yaşlının vital bulgularının takip edilmesi
03. Fizyolojik Alan 28. Sindirim- hidrasyon 01. bulantı / kusma 02. çiğneme / yutma / sindirim güçlüğü / yapamama 03. hazımsızlık 04. reflü 05. iştahsızlık 10. dudak çatlaması / ağız kuruluğu	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Beslenme, besinlerin tüketiminde dikkat edilmesi gerekenler ve hidrasyonun önemi hakkında bilgi verilmesi * Beslenme sonrası yapılması gerekenlerin anlatılması Tedavi ve İşlem * İştahsızlık ve bulantıya neden olan durumların belirlenmesi * Şikayetlerine yönelik yaşlının yaptığı uygulamaların belirlenmesi * Yaşlı için uygun olan beslenme içeriğinin yaşlı ile oluşturulması * BKİ'nin değerlendirilmesi Vaka Yönetimi * Kurum hekimi ile görüşülmesi ve yaşlının sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi Sürveyans * BKİ'nin takip edilmesi * Yaşlının şikayetlerinin takip edilmesi
03. Fizyolojik Alan 30. Üriner fonksiyon 01. idrar yaparken yanma / ağrı 02. idrar kaçırma 03. sıkışma hissi / sık idrara gitme 04. idrar yapmada güçlük 05. mesaneyi boşaltmada güçlük 08. nokturi	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Üriner sistem anatomisinin resim çizilerek anlatılması * Normal idrar özelliklerinin anlatılması * Anormal idrar özelliklerinin ve nedenlerinin anlatılması Vaka Yönetimi * Yaşlının kurum hekimine başvurması için desteklenmesi * Kurum hekimi ve hemşiresi ile iletişime geçilmesi Sürveyans * Yaşlının şikayetlerinin takip edilmesi
03. Fizyolojik Alan 25. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu 01. hareketlerde sınırlılık 02. kas gücünde azalma 04. kas tonüsünde azalma	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Yaşlının fiziksel hareketinin azalmasına neden olan durumların yaşlı ile görüşülmesi * Kaza ve düşmelere neden olabilecek faktörlerin anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlının durumuna ve hastalıklarına uygun olan pasif egzersizlerin belirlenmesi

06. duyuda azalma 08. dengede bozukluk 09. yürüme / hareket etme güçlüğü 14. diğer (ellerde / ayaklarda karıncalanma / uyuşma)	* Yaşlıya gösterilen uygulamaların yaşlıya tekrarlatılması ve yaşlının zorlandığı uygulamaların yapabileceği ölçüde tekrardan düzenlenmesi * Yaşlı ile birlikte odasının düzenlenmesi Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi
03. Fizyolojik Alan 20. Ağız sağlığı 01. dişlerde şekil bozukluğu / kırık / kayıplar 02. çürükler 04. yaralı / şiş / kanayan dişeti 06. iyi oturmayan / eksik takma dişler 08. diğer (ağız içinde yara) 08. diğer (ağız kokusu)	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Ağız sağlığının sağlık açısından öneminin anlatılması * Ağız bakımı eksikliğinde yaşanabilecek sorunların anlatılması Tedavi ve İşlem * Ağız bakımında yaşlının yapabileceklerinin belirlenmesi * Uygulamaları yapması için desteklenmesi Vaka Yönetimi * Yaşlının kurum hekimine yönlendirilmesi * Diş / protez sorunları ile ilgili olarak yaşlının ağız diş sağlığı merkezine yönlendirilmesi Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi
04. Sağlık Davranışları Alanı 35. Beslenme 01. fazla kilo (BKİ'nin 25 ve üzerinde olması) 03. günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın altında olması 04. günlük kalori / sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması 05. dengesiz beslenme 06. yaşa uygun olmayan beslenme programı 07. önerilen beslenme programını sürdürememe 09. besin alma / hazırlamada yetersizlik	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Beslenmenin yaşlılık dönemi açısından öneminin anlatılması * Günlük sıvı gereksinimi ve bunu karşılamanın öneminin anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlının tükettiği uygun olmayan besinlerin belirlenmesi * Yaşlının kurum dışından alabileceği besin maddelerinin belirlenmesi * Sıvı tüketiminin içinde yer alan sıvı türlerinin yaşlı ile belirlenmesi * Yaşlıya bardak / şişe hesabının öğretilmesi * Sıvı içecekleri görebileceği ve kolay ulaşabileceği yerin yaşlı ile belirlenmesi Vaka Yönetimi * Öğünler ile ilgili olarak kurum yetkilisi ile görüşülmesi Sürveyans * Sıvı tüketiminin takip edilmesi

11. hiperglisemi	* Kan şekeri değerinin takip edilmesi * BKİ takibinin yapılması
04. Sağlık Davranışları Alanı 37. Fiziksel aktivite 01. sedanter yaşam biçimi 02. yetersiz / düzensiz egzersiz 03. yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli / miktarı	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Düzenli egzersizin öneminin anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlının yapabileceği egzersiz programına (yürüyüş) karar verilmesi * Yürüyüş yapabileceği ortamların belirlenmesi * Yürüyüş saatlerinin belirlenmesi * Yaşlının gün içinde yapabileceği diğer aktivitelerin belirlenmesi * Yaşlının aktivite programını uygulaması için desteklenmesi Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi
04. Sağlık Davranışları Alanı 38. Kişisel Bakım 01. giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük 03. giyim kuşam aktivitelerinde güçlük 06. kötü vücut kokusu 08. ağız bakımı / diş fırçalama / diş ipi kullanmada güçlük 09. bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe / yapamama 10. diğer (ayak bakımında yetersizlik) 10. diğer (perine hijyeninde yetersizlik) 10. diğer (ağız hijyeninde yetersizlik)	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Kişisel bakımın öneminin anlatılması * Banyo yapmanın öneminin anlatılması * Kıyafetlerin temizliğinin öneminin anlatılması * Ağız bakımın öneminin anlatılması * Ağız bakımı eksikliğinde yaşanabilecek sorunların anlatılması * Ayak bakımının öneminin anlatılması * Ayak bakımında bireysel uygulamaların anlatılması * Perine hijyeninin öneminin anlatılması * Perine bölgesinin resim çizilerek anlatılması * Uygun taharetlenmenin anlatılması * Perine hijyeninde bireysel uygulamaların anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlının ağız bakımındaki eksik / yanlış uygulamalarının farkına vardırılması * Ağız bakımında yaşlının yapabileceklerinin belirlenmesi * Yaşlının ayak bakımında eksik / yanlış uygulamalarının farkına vardırılması * Ayak bakımında yaşlının yapabileceklerinin belirlenmesi

	* Perine hijyeninde yaşlının yapabileceklerinin belirlenmesi Vaka Yönetimi * Yaşlının eksik ve çürük dişleri için ağız diş sağlığına merkezine yönlendirilmesi * Yaşlı bakım personeli ile iletişime geçilmesi Sürveyans * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının kontrol edilmesi
04. Sağlık Davranışları Alanı 42. Tedavi rejimi 01. önerilen doz / tedavi programına uymama 05. biten ilaçların yerine konmaması 07. tedavi rejiminin yetersiz olması 09. diğer (hastalık ve tedavi planına ilişkin bilgi eksikliği)	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Sağlığın öneminin anlatılması * Sağlık uygulamaların öneminin anlatılması * Yaşlının sağlık sorunları hakkında bilgi verilmesi * Oluşabilecek riskli durumların anlatılması * Sağlık sorunlarına ilişkin tedavi yöntemleri hakkında bilgi verilmesi ➤ İlaç kullanımının öneminin anlatılması ➤ Kullandığı ilaçlar hakkında bilgi verilmesi ➤ İlaçlarını düzenli kullanmadığı zaman oluşabilecek komplikasyonların anlatılması ➤ Beslenmenin öneminin anlatılması ➤ Egzersizin öneminin anlatılması Tedavi ve İşlem * İlaç kullanma saatlerinin ve kullanma şekillerinin yaşlı ile birlikte değerlendirilmesi * Yaşlının kendi bakımında alması gereken sağlık sorumluluklarının belirlenmesi * Sağlık sorumluluğuna engel olarak gördüğü durumların belirlenmesi * Yaşlının sağlık sorumluluğunu alması konusunda cesaretlendirilmesi * Sorun yaşadığında yardım alabileceği kişilerin belirlenmesi * Vital bulgularının değerlendirilmesi Vaka Yönetimi * Yaşlının kurum hekimi ve hemşiresine yönlendirilmesi * Kurum hekimi ve hemşiresi ile görüşülmesi Sürveyans * İlaç kullanım durumunun takip edilmesi

	* Yaşlının vital bulgularının takip edilmesi * Yaşlının uygulamaları yapıp yapmadığının takip edilmesi
04. Sağlık Davranışları Alanı 36. Uyku ve dinlenme düzeni 02. gece sık sık uyanma 09. diğer (uykuya dalmada güçlük) 09. diğer (uyku ve dinlenme düzensizliği)	Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık * Uykunun insan sağlığı için öneminin anlatılması * Kaliteli uyku özelliklerinin tanımlanması * Uyku sorunlarına neden olan durumların tanımlanması * Uyumayı kolaylaştırıcı uygulamaların anlatılması Tedavi ve İşlem * Yaşlının uykuya dalmasına engel olan ve kendisini rahatsız eden düşüncelerin konuşulması ve yaşlının kendisini ifade etmesinin sağlanması * Gece uyanması neden olan tuvalet gereksinimi için sıvı düzenlemesinin yaşlı ile görüşülmesi * Yaşlının gün içinde uyumasını önlemeye yönelik olarak yapabileceği aktivitelerin belirlenmesi Vaka Yönetimi * Yaşlının kurum psikoloğuna ve hekimine yönlendirilmesi Sürveyans * Yaşlının uyku sorunu yaşayıp yaşamadığının takip edilmesi * Yaşlının vital bulgularının takip edilmesi