

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Determining the Care Needs of Elderly Individuals Who Live in a Nursing Home According to the Functional Health Patterns Model

Aysun BABACAN GÜMÜŞ,¹ Sevinç ŞİPKİN,¹ Gülseren KESKİN²

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Çanakkale Çakader Daniş Huzurevinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 66 yaşlı oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, NANDA- Taksonomi II- Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Altında Gruplanmış Hemşirelik Tanıları Listesi ve Standardize Mini Mental Test kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzde dağılımı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 76.35 (SS=9.94), %56.1'i kadın, %93.9'u dul, %48.5'i ilkokul mezundur. Yaşlıların %80.3'ü huzurevinde isteyerek kalmakta, %59.1'inin ziyaretçisi gelmekte, %31.8'i ziyarete gidebilmektedir. Yaşlıların %74.2'sinin sağlık güvencesi mevcuttur. Yaşlılarda Standardize Mini Mental Test puanı ortalaması 23.38 (SS=5.47) olarak saptanmıştır. Belirlenen hemşirelik tanılarına göre, yaşlılarda en sık görülen sorunlar, uyku örüntüsünde rahatsızlık (%60.6), sosyal etkileşimde bozulma (%60.6), yorgunluk (%54.5), yalnızlık riski (%53), ağrı (%50), özbakım eksikliği sendromu (%50), anksiyete (%40.9), etkisiz bireysel baş etme (%36.4), aktivite intoleransı/aktivite intoleransı riski (%33.3), yaralanma riski (%33.3) ve bellekte bozulma (%30.3) olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre, yaşlılarda en fazla sorun saptanan alanlar, Aktivite-Dinlenme, Baş etme-Stres toleransı, Bilişsel-Algisal, Güvenlik-Korunma ve Kendini algılama'dır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve hemşirelik girişimlerinin uygulanmasında kolay ve kullanışlı bir model olarak kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli; hemşirelik tanısı; huzurevi; yaşlı.

SUMMARY

Objectives: This study was conducted to determine the care needs of elderly individuals who live in a nursing home according to the Functional Health Patterns Model.

Methods: This study was conducted in the Çanakkale Çakader Daniş Nursing Home with 66 elderly patients. Data were collected with an Introductory Information Form, a NANDA- Taxonomy II-Nursing Diagnosis List grouped under Functional Health Patterns, and a Standardized Short Mental Test. In the assessment of the data, number-percent distributions were used.

Results: The mean age of the elderly was 76.35 years (SD=9.94). 56.1% of the elderly people were female, 93.9% of them were widows. The highest education level was primary school for 48.5% of them. 80.3% of the elderly live in the nursing home willingly, 59.1% of them have visitors, and 31.8% of them can go for visiting. 74.2% of the elderly have health insurance. The mean score of the Standardized Short Mental Test was 23.38 (SD=5.47). According to the nursing diagnosis, the most common problems in the elderly were sleep pattern disturbance (60.6%), impairment in social interaction (60.6%), fatigue (54.5%), loneliness (53%), pain (50%), self-care deficiency syndrome (50%), anxiety (40.9%), ineffective individual coping (36.4%), activity intolerance/ the risk of activity intolerance (33.3%), risk of injury (33.3%), and memory impairment (30.3%).

Conclusion: According to the Functional Health Pattern Model, the most common problem areas in the elderly were Activity-Rest, Coping-Stress tolerance, Cognitive-Perceptual, Security-Protection, and Self-perception. The Model of Functional Health Patterns can be used as an easy and convenient model for determining health care requirements and implementing nursing interventions for elderly people in nursing homes.

Key words: Functional health pattern model; nursing diagnosis; nursing home; elderly.

Giriş

Yaşlanma, intrauterin hayatta başlayan ölüme kadar devam eden geri dönüşümü mümkün olmayan bir süreçtir. Yaşlılık, morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olum-

suz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fiziksel ve ruhsal yeteneklerin gerilediği, yeti yitiminin arttığı, bağımsız işlevlerin azaldığı bir dönemdir. İlerleyen yaş ile birlikte değişen fizyoloji, azalan işlevsellik ve artan komorbidite yaşlı

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale.

²Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir.

İletişim (Correspondence): Yard. Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ.

olguları daha hassas ve daha kırılgan hale getirmektedir.^[1,2]

Sağlıklı yaşlanmanın göstergeleri yürüme, merdiven çıkma, oturduğu yerden kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerinin yaşlı tarafından bağımsız bir şekilde gerçekleştirilmesidir. Yaşla birlikte kardiyovasküler, nöromusküler ve kas iskelet sisteminde meydana gelen olumsuz değişiklikler bu tip aktivitelerin gerçekleştirilmesine sınırlılıklar getirir. Özellikle 60 yaşından sonra meydana gelen ekstansör kas gruplarını etkileyen kas kuvvetinde azalmayla karakterize nöromusküler değişiklikler sonrası yaşlının işlevselliğinde belirgin azalma meydana gelmektedir.^[3,4]

Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki işlevsellik yaşlının bağımlılık ve yaşam kalitesi açısından oldukça önem taşır. Yaşlanmayla beraber günlük yaşam aktivitelerinde oluşan kayıplar, günlük yaşam aktivitelerindeki performans olumsuz olarak yansımaktadır. Yaşlılıkta fiziksel işlevsellikte yaşanan kayıplar, sosyal alandaki kayıpları da beraberinde getirmektedir. Yaşlanmaya bağlı olarak, bilişsel süreçlerdeki ilerleyici gerileme ile günlük yaşam aktivitelerindeki işlevsellik (kişisel bakım vb), sosyal ilişkiler ağı ve yaşam beklentileri arasında olumsuz ilişki vardır. Yaşlanmayla birlikte kronik ve dejeneratif bozuklukların artması, bilişsel süreçlerin gerilemesi sosyal ilişkilerin ve sosyal destek sistemlerinin zayıflaması, ekonomik durumun kötüleşmesi, ruhsal sorunların da gelişmesine neden olmaktadır.^[5-7]

Tüm insanların iyi ve sağlıklı koşullarda yaşaması son derece önemlidir. Yaşamın son evresi olan yaşlılık döneminde de bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı, etkin, hayatın içinde ve mutlu olarak yaşamlarını sürdürmeleri gerekmektedir. Avrupa Birliği, 2012 yılını Aktif Yaşlanma ve Yaşlılık Yılı olarak ilan etmiştir.^[8] Ülkemizde de yaşlı nüfusun giderek arttığı göz önünde bulundurulduğunda, yaşlılara verilecek hizmetlerin geniş kapsamlı olarak ele alınması, planlanması, sunulması ve geliştirilmesi kaçınılmaz bir gerçektir.^[9] Buna karşın ülkemizde sağlık ve sosyal hizmetlerin küçük bir kısmını yaşlılara verilen hizmetler oluşturmaktadır.

Hemşireler yaşlılara verilen hizmetlerin planlanmasında, sunulmasında ve geliştirilmesinde aktif rol ve sorumluluk alması gereken sağlık profesyonelleridir. Özellikle kurumda yaşayan yaşlıların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve bu alandaki hizmetlerin sunumunda hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşirelik bakımı, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında büyük önem taşır. Ancak yaşlının yaşam kalitesinin artırılması sistematik ve kapsamlı bir hemşirelik bakımı ile mümkün olabilir. Kapsamlı bir değerlendirme hemşirelik bakım sürecinin ilk aşamasıdır. Sistematik bir şekilde verilerin toplanması, bakım için hemşirelik tanılarının oluşturulmasını kolaylaştırır. Uygun hemşirelik tanılarının konulması ise sürecin doğru bir şekilde planlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirmesini sağlar.

Hemşirelik tanılarının hemşirelikte dil birliğini sağlamada, hemşirelik girişimlerinde ve hasta sonuçlarında kaliteyi arttıracakları bildirilmiştir.^[10-14]

Günümüzde yaygın olarak kullanılan hemşirelik tanılama terminolojisi Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından geliştirilmiştir ve birliğin bu konudaki çalışmaları sürekli devam etmektedir. NANDA günümüzde NANDA International adını almış ve son olarak Taksonomi II'yi yayımlamıştır.^[14] Ülkemizde ise yaşlılara hizmet veren birimlerde çalışan hemşireler tarafından hemşirelik tanıları yeterli düzeyde kullanılmamakta ve yaşlılara verilecek hizmetlerin sunumunda hemşirelerin yararlanabileceği veriler eksik olarak değerlendirilebilmektedir.

Bu nedenle yaşlı bireylerin sorunlarını doğru bir biçimde belirlemeyi sağlayacak ve hemşireleri tıbbi değerlendirmeden uzaklaştırıp, bakım üzerine odaklandırarak rehberlere gereksinim duyulmaktadır. Bu gereksinim hemşirelikle ilgili pek çok alanda yaşandığından, hemşire kuramcılar sağlıklı/hasta bireyden/aileden sistemli ve kapsamlı bir biçimde veri toplamaı sağlayan çeşitli modeller geliştirmişlerdir. Bu modeller hemşirelik bakımının kuramsal bir temele dayandırılmasını, bakımın bilimsel, planlı ve sistematik olarak verilmesini sağlayarak hemşirelere sistematik değerlendirme yapmada, veri toplamada, planlamada ve uygulamada rehberlik etmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin eleştirel düşünme, karar verme ve sorun çözme yeteneklerini de arttırmaktadır.^[14-16] Bu modellerden biri olan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, bireyin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesini sağlamak amacıyla Gordon (1982) tarafından geliştirilmiştir.^[14] Bu model, bireyin gereksinimlerini birbiri ile ilişkili fonksiyonel alanlarda incelemekte, verilerin doğru, objektif ve eksiksiz toplanmasını ve analiz edilmesini kolaylaştırmaktadır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile birey/ailenin sadece şikayetleri, sınırlılıkları ve problemleri değil, daha önce problemleri olduğunda baş etme becerileri ve olumlu sağlık uygulamaları da belirlenmektedir.^[14-17] Yapılan çalışmalarda Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin ve NANDA hemşirelik tanılama sisteminin hastaların bakım sorunlarını belirlemede etkili olduğu ve kolaylık sağladığı vurgulanmıştır.^[15,17] Bireyi geniş bir bakış açısı ile değerlendirmeyi sağlaması nedeniyle, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin yaşlı bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu doğrultuda çalışmamızın amacı, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli doğrultusunda bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı, kesitsel bir çalışma olarak, Çanakkale'de Çakader Daniş Huzurevi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerini toplamadan önce kurumdan resmi izin alınmıştır. Çalışma, yaşlılara araştırma hakkında

kısa bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılarla yürütülmüştür. Çalışmaya katılmayı reddeden yaşlı olmamıştır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, evren üzerinde çalışılmıştır. Ancak veri toplama sürecinde sözel olarak yanıt verebilecek yeterlilikte olmayan, zihinsel ve yaygın gelişimsel bozukluğu bulunan 5 yaşlı çalışma dışında bırakıldığından, çalışma grubunu 66 yaşlı oluşturmuştur.

Araştırmada veriler, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi uygulamasında, Hemşirelik Bölümü 4. Sınıf öğrencilerinin yaşlılara yönelik hazırlanmış oldukları bakım planları ve bakım planı hazırlamak için kullanılan veri toplama araçları ile toplanmıştır. Veri toplama sürecinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş Tanıtıcı Bilgi Formu, NANDA-Taksonomi II-Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Altında Gruplanmış Hemşirelik Tanıları Listesi ve Standardize Mini Mental Test kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formunun ilk bölümünde bireye ait tanıtıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence, huzurevinde isteyerek kalma, huzurevinde ziyaret edilme ve huzurevi dışına ziyarete gitme, ilaç kullanma) yer almaktadır. Formun ikinci bölümünde ise bireyin sağlık ve hastalık durumunu kapsamlı bir şekilde değerlendirmek amacıyla sağlığı geliştirme, beslenme, eliminasyon, aktivite-dinlenme, biliş-algılama, kendini algılama, rol-ilişkiler, cinsellik-üreme, stres-baş etme, değer-inanç, güvenlik-korunma, rahatlık ve büyüme-gelişme alanlarında hazırlanmış sorular yer almaktadır.

Hemşirelik tanılarının belirlenmesinde, NANDA-Taksonomi II-Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Altında Gruplanmış Hemşirelik Tanıları Listesi kullanılmıştır. Taksonomi II'de 13 alan, 46 sınıf ve 167 hemşirelik tanısı bulunmaktadır. Taksonomi II'de hemşirelik tanıları Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre 13 alan altında gruplanmıştır. Bu alanlar; Sağlığı geliştirme, Beslenme, Eliminasyon, Aktivite-Dinlenme, Bilişsel-Algisal, Kendini algılama, Rol ilişkileri, Cinsellik-Üreme, Baş etme-Stres toleransı, Değer-İnanç, Güvenlik-Korunma, Rahatlık ve Büyüme-Gelişme'dir.^[14]

Çalışmada yaşlıların bilişsel yetilerini değerlendirmek amacıyla Standardize Mini Mental Test kullanılmıştır. Bu test Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Testte oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan alanlarında değerlendirme yapılmaktadır. Testin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Ülkemizde hafif ve orta düzeyde demans için kesme puanı 23/24 olarak hesaplanmıştır.^[18]

Veriler öğrenciler tarafından çalışma kapsamına alınan yaşlılardan gözlem ve yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan her yaşlı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi uygulaması kapsamında bir öğ-

renci tarafından takip edilmiştir. Ders uygulaması haftada 2 gün olmak üzere toplam 8 hafta sürmüştür. Uygulama süresi boyunca öğrenciler tarafından her yaşlı ile günde bir kez görüşme yapılmıştır. Her yaşlıya ilişkin yapılan gözlemler, günlük gözlem raporu olarak, öğrenciler tarafından kaydedilmiştir. Öğrencilerin hazırlanmış oldukları bakım planları, bir öğretim elemanı tarafından düzenli olarak değerlendirilmiş ve bu doğrultuda hemşirelik tanılarına son şekli verilmiştir.

Hemşirelik tanıları, NANDA Taksonomi II'ye göre, PES (Problem, Etiyoloji, Semptom) formatı kullanılarak adlandırılmıştır. Tüm tanılar, her yaşlıya özgü olarak elde edilen veriler doğrultusunda, ilişkili faktörler/risk faktörleri ve tanımlayıcı özellikler: Majör ve/veya minör belirti ve bulgular belirlenerek konmuştur. Hemşirelik tanılarının belirlenmesinde "her bir fonksiyonel sağlık örüntüsü ile ilgili veri var mı?", "fonksiyonun olumlu mu, olumsuz mu olduğunu gösteriyor?" "belirli bir alanda olası bir problem var mı?", "daha odaklanmış olarak veri toplandığında bir problem var mı?,"

Tablo 1. Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri (n=66)

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	37	56.1
Erkek	29	43.9
Medeni durum		
Evlü	4	6.1
Boşanmış/dul	62	93.9
Eğitim durumu		
Okuryazar	18	27.3
İlkokul	32	48.5
Ortaokul	7	10.6
Lise	6	9.1
Üniversite	3	4.5
Gelir algısı		
Yetersiz	25	37.9
Yeterli	41	62.1
Sosyal güvence		
Var	49	74.2
Yok	17	25.8
Huzurevinde isteyerek kalma		
Evet	53	80.3
Hayır	13	19.7
Huzurevinde ziyaret edilme		
Evet	39	59.1
Hayır	27	40.9
Huzurevi dışına ziyarete gitme		
Evet	21	31.8
Hayır	45	68.2
Fiziksel hastalığa sahip olma		
Evet	44	66.7
Hayır	22	33.3
Ruhsal hastalığa sahip olma		
Evet	24	36.4
Hayır	42	63.6
İlaç kullanma		
Evet	46	69.7
Hayır	20	30.3

“eğer problem yoksa, bir problem gelişmesi yönünden risk taşıyor mu?”, “mevcut problem ve risk faktörü olmakla birlikte bireyde sağlığını geliştirme isteği var mı?” sorularından yararlanılmıştır. Bu doğrultuda ilgili örüntüde yer alan tanılardan uygun olanlar seçilerek hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Çalışmamızda yaşlılara risk ve mevcut olmak üzere iki tipte tanı konmuştur.^[14,19]

Elde edilen veriler SPSS 11.5 programında değerlendirilmiş, sosyodemografik özellikler ve hemşirelik tanıları sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 76.35 (SS= 9.94), %56.1'i kadın, %93.9'u dul, %48.5'i ilkokul mezunudur. Gelir durumlarına ilişkin algılarını yaşlıların %37.9'u “yetersiz”, %62.1'i “yeterli” olarak ifade etmiştir. Yaşlıların %74.2'sinin sağlık güvencesi mevcuttur. Yaşlıların %80.3'ü huzurevinde isteyerek kalmakta, %59.1'inin ziyaretçisi gelmekte, %31.8'i ziyarete gidebilmektedir. Yaşlıların %66.7'sinin fiziksel, %36.4'ünün ruhsal bir hastalığı vardır (Tablo 1).

Yaşlıların Standardize Mini Mental Test puan ortalaması 23.38 (SS= 5.47) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda Standardize Mini Mental Testten 24 puan ve altında alan yaşlılar bilişsel yetilerinde yitim olduğu yönünde değerlendirilmiş ve bellekte bozulma hemşirelik tanısı konmuştur.

Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre yaşlılarda en fazla sorun saptanan alanlar sırasıyla, Aktivite-Dinlenme, Baş etme-Stres toleransı, Bilişsel-Algisal, Güvenlik-Korunma ve Kendini algılama olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Yaşlılarda en sık belirlenen hemşirelik tanıları sırasıyla; uyku örüntüsünde rahatsızlık (%60.6), sosyal etkileşimde bozulma (%60.6), yorgunluk (%54.5), yalnızlık riski (%53), ağrı (%50), özbakım eksikliği sendromu (%50) olarak belirlenmiştir. Diğer tanıları; anksiyete (%40.9), etkisiz bireysel baş etme (%36.4) aktivite intoleransı/aktivite intoleransı riski (%33.3), yaralanma riski (%33.3), bellekte bozulma (%30.3), ümitsizlik (%28.8), beslenme dengesi: gereksinimden az (%28.8), sağlığı sürdürmede etkisizlik (%28.8), benlik saygısında azalma (%25.8), keder (%25.8), duyuşsal algılamada bozulma (%25.8), konstipasyon/konstipasyon riski (%24.2), terapötik rejimi sürdürmede etkisizlik (%24.2), öfke (%16.6), enfeksiyon riski (%15.2), yetişkin tip iyileşmede yetersizlik (%15.2), etkisiz solunum örüntüsü (%12.1), sözel iletişimde bozulma (%10.6), üriner boşaltımda bozulma (%10.6), sıvı volüm eksikliği (%9.1), deri bütünlüğünde bozulma (%9.1), beslenme dengesi: gereksinimden fazla (%4.5), ölüm korkusu (%4.5), spritual distress (%4.5), uzamış yas (%3) olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tartışma

Hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasının sistematik

bir şekilde yapılması, bireyin problemlerinin çözümünü kolaylaştıracak güvenli bakımın sağlanmasında hemşirelik tanılarının doğru konmasına olanak tanır. Günümüzde yaygın olarak kullanılan bir hemşirelik tanı sistemi olan NANDA hemşirelere tanı koymada ortak bir dil kullanımı sağlar.^[14,19] Ancak hemşirelik süreci yapılırken kullanılacak tanı sistemi bir hemşirelik modeli ile kullanılırsa bireyin gereksinimlerini karşılamaya daha uygun hale gelmektedir.^[20-22] Bu doğrultuda bu çalışmada yaşlıların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılmış ve yaşlıların bakım gereksinimlerinin Aktivite-Dinlenme, Baş etme-Stres toleransı, Bilişsel-Algisal, Güvenlik-Korunma ve Kendini algılama alanlarında yoğunlaştığı görülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre, yaşlıların en sık olarak uyku, sosyal etkileşim, yorgunluk, yalnızlık, ağrı ve özbakım yönünden sorun yaşadıkları saptanmıştır. Ülkemizde Kulakçı ve Emiroğlu'nun (2011) Omaha sistemini kullanarak huzurevinde yaptıkları çalışmada ise yaşlılardaki hemşirelik tanıları sırasıyla fizyolojik (%58.3), sağlık davranışları (%23.9), psikososyal (%16.5) ve çevresel (%1.3) alanlarda belirlenmiştir. Farklı iki model kullanılarak, benzer örneklerde yapılan bu iki çalışmanın sonuçlarına göre, her iki modelin de bireyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeyi hedeflediği, bununla birlikte yaşlılardaki hemşirelik tanılarının bazı yönlerden benzerlik gösterirken, bazı yönlerden farklılaştığı görülmüştür. Kulakçı ve Emiroğlu'nun (2011) çalışmasında bulantı/kusma, çiğneme/yutma/sindirim güçlüğü, hazımsızlık, iştahsızlık, dudak çatlaması/ağız kuruluğu sık konan hemşirelik tanıları olarak bizim çalışmamızla farklılık gösterirken, kişilerarası ilişkiler, kişisel bakım, ağrı, mental sağlık alanındaki hemşirelik tanıları sık konan hemşirelik tanıları olarak benzerlik göstermektedir.

Yaşlılarda belirlediğimiz hemşirelik tanıları, yurt dışında yaşlılarla yapılan çalışmalarla^[12,13] karşılaştırıldığında da, bazı tanıların benzer, bazı tanıların farklı oranlarda tanılandığı görülmüştür. Enfeksiyon riski, bizim çalışmamızda düşük bir oranda tanılanırken, Sakano ve Yoshitome (2010) tarafından bir üniversite hastanesinin geriatri biriminde yapılan çalışmada yaşlıların tümünde tanılanmıştır. Yine aynı çalışmada uyku örüntüsünde rahatsızlık tanısı çok düşük bir oranda tanılanırken^[12] bizim çalışma grubumuzu oluşturan yaşlılarda en yaygın belirlenen hemşirelik tanısı olmuştur. Sonuçlar arasındaki en çarpıcı farklılıklardan bir diğeri, bizim çalışmamızda en yaygın belirlenen sosyal etkileşimde bozulma ve yalnızlık tanısının Sakano ve Yoshitome (2010) tarafından yapılan çalışmada hiç tanılanmamış olmasıdır. Sonuçlar arasındaki bu farklılıkların araştırmaların farklı yerlerde ve farklı özelliklere sahip yaşlılarla yapılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Belirlenen hemşirelik tanılarına diğer çalışmalarla benzerlikler açısından bakıldığında, ağrı tanısının Marin ve ark.'nın

Tablo 2. Yaşlılarda Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre belirlenen hemşirelik tanıları

	Sayı	Yüzde*
Sağlığı geliştirme		
Sağlığı sürdürmede etkisizlik	19	28.8
Terapötik rejimi sürdürmede etkisizlik	16	24.2
Beslenme		
Beslenmede dengesizlik: gereksinimden az	19	28.8
Sıvı volüm eksikliği	6	9.1
Beslenmede dengesizlik: gereksinimden fazla	3	4.5
Eliminasyon		
Konstipasyon/konstipasyon riski	16	24.2
Üriner boşaltımda bozulma	7	10.6
Aktivite-Dinlenme		
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	40	60.6
Yorgunluk	36	54.5
Öz bakım eksikliği sendromu	33	50.0
Aktivite intoleransı/aktivite intoleransı riski	22	33.3
Etkisiz solunum örüntüsü	8	12.1
Bilişsel-algısal		
Bellekte bozulma	20	30.3
Duyusal algılamada bozulma	17	25.8
Sözel iletişimde bozulma	7	10.6
Kendini algılama		
Yalnızlık riski	35	53.0
Ümitsizlik	19	28.8
Benlik saygısında azalma	17	25.8
Rol ilişkileri		
Sosyal etkileşimde bozulma	40	60.6
Baş etme-stres toleransı		
Anksiyete	27	40.9
Etkisiz bireysel baş etme	24	36.4
Keder	17	25.8
Öfke	11	16.6
Ölüm korkusu	3	4.5
Uzamış yas	2	3.0
Değer-inanç		
Spiritual distres	3	4.5
Güvenlik-korunma		
Yaralanma riski	22	33.3
Enfeksiyon riski	10	15.2
Deri bütünlüğünde bozulma	6	9.1
Rahatlık		
Ağrı	33	50.0
Büyüme-gelişme		
Yetişkin tip iyileşmede yetersizlik	10	15.2

*Satır yüzdesi

(2007) çalışmasında (%59.7) ve bizim çalışmamızda en sık belirlenen hemşirelik tanılarından biri olduğu görülmüştür. Yaşlılarda en sık görülen yakınmalardan biri olan ağrı, yaşlılarda yaşamsal aktivitelerde (fiziksel aktivite, öz bakım, pasif bilgi işleme, aktif bilgi işleme, sosyal aktivite) en fazla zorlanmaya neden olan sorunların başında gelmektedir.^[4,13,23] Benzer şekilde yapılan bir başka çalışmada, kronik ağrının toplumda yaşayan yaşlıların %50'sinden fazlasını, bakımev-

lerinde yaşayan yaşlıların ise %80'inden fazlasını etkilediği belirtilmiştir.^[24] Özellikle yaşlılarda sık görülen osteoartrit, postherpetik nöralji, spinal kanal stenozu, kanser, fibromiyalji, inme sonrası ağrı, diyabetik nöropati ağrıları gibi kronik ağrılar yaşının yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Tedavi edilmeyen ağrı ise depresyon, anksiyete, kognitif bozulma, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, kilo kaybı, hareket bozuklukları, fonksiyonellikte kısıtlanma gibi yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen pek çok ek soruna neden olabilmektedir.^[24,25] Bu nedenle ağrının yaşlılarda çok yönlü olarak değerlendirilmesi gereken hemşirelik tanılarından biri olduğu söylenebilir.

Günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız bir şekilde gerçekleştirilmesi, sağlıklı yaşlılığın göstergelerinden biridir. Yaşla birlikte kardiyovasküler, nöromusküler, kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler, yaşının yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken zorlanmasına neden olmaktadır. Sıklıkla ilerleyen yaşla birlikte artış gösteren kronik yorgunluk, depresif duygu durum, umutsuzluk, keder, çaresizlik, iştahsızlık semptomlarına komorbid gelişebilir. Depresif durumu belirgin olan bireylerde uyku düzensizlikleri ve artralji de yorgunluğu ağırlaştırmaktadır. Yorgunluk beceri isteyen işlerde yavaşlama, planlama, organizasyon ve problem çözme gibi yeteneklerde gerileme, dikkat kusuru, konsantrasyon düşüklüğü, aktivite intoleransı ile kendini gösteren bir durumdur.^[26] Bizim çalışmamızda yaşlılara yorgunluk tanısı daha sık olmak üzere aktivite intoleransı/aktivite intoleransı riski tanıları sık olarak konmuştur. Sakano ve Yoshitome'nin (2007) çalışmasında ise yaşlılarda aktivite intoleransı tanısına yer verilirken, yorgunluk tanısına yer verilmemiştir. Bu farklılığın nedeni araştırmaların farklı yerlerde yapılması ve yaşlıların farklı özelliklere sahip olması olabilir. Bunun yanı sıra aktivite intoleransı ve yorgunluk tanıları birbirine benzeyen fakat farklı tanılardır. Aktivite intoleransı tanısı bireyin istenen yada gereken düzeyde aktiviteye dayanma ile ilgili fizyolojik kapasitesinde bir azalma olmasıdır ve bu tanıyı tanımlayan özellikler daha çok fizyolojik durumla ilişkilidir. Yorgunluk ise dinlenme ile geçmeyen, sürekli ve bunaltıcı bir bitkin olma hissi yaşayan ve fiziksel ve mental olarak çalışma kapasitesinde azalma olan bireydeki kendi kendini tanımlama durumudur.^[14] Birbiriyle ilişkili olması bakımından, bizim çalışmamızda yorgunluk ve psikososyal alanla ilgili hemşirelik tanılarının daha sık konduğu, Sakano ve Yoshitome'nin (2007) çalışmasında ise aktivite intoleransı ve fizyolojik alanla ilgili hemşirelik tanılarının daha sık konduğu görülmüştür.

İlerleyen yaş ile birlikte uyku örüntüsünde bozuklukların yaygınlığı artmaktadır.^[27] Marin ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada, yaşlıların %23.8'inde uyku örüntüsünde rahatsızlık tanısı bildirmişlerdir. Bununla birlikte uyku medikal bozukluklardan etkilenmektedir.^[27] Kronikleşen ağrının uyku kalitesini bozduğu, düşük uyku kalitesinin ise ağrılı sendromun

prognozunu olumsuz etkilediği bildirilmiştir.^[24] Özellikle ağrı yakınması olan hastalarda sekonder insomnia gelişimine sık rastlanmaktadır.^[27] Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin birbiri ile ilişkili ve birbirine bağımlı örüntülerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda, literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda da uyku örüntüsünde rahatsızlık ve ağrı yaşlılarda en yaygın belirlediğimiz hemşirelik tanıları olmuştur.

Öz-bakımı yeterince gerçekleştirebilmenin birey için bir sağlıklılık göstergesi olduğu bilinmektedir.^[28] İnsan fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olup, bireyin öz-bakımı çocukluktan ileri yaşlara doğru gelişim göstererek değişir ve her insanda farklı seviyelerde bulunur. Öz-bakım bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik halini sürdürmek için gerçekleştirdiği etkinlikleri içermekte olup, bireyin yaşam kalitesiyle de yakından ilişkilidir.^[29] Bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi ve iyilik halini sürdürebilmesi için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekmektedir. Orem'in genel hemşirelik kuramının ana kavramlarından biri olan öz-bakım, "bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen faaliyetleri yapmaları" olarak tanımlanmaktadır.^[30,31] Bireysel öz-bakım birçok faktörden etkilenmekte, bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde öz-bakımlarını yerine getirirken zorlanmakta, yeni doğanlar, çocuklar, adölesanlar, yaşlılar, hastalar öz-bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar.^[32] Yapılan çalışmalar yaşlıların öz-bakımla ilgili bakım gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.^[10,12] Bizim çalışma grubumuzda da yaşlıların yarısına öz-bakım eksikliği sendromu tanısı konmuş, yaşlıların bu konuda önemli gereksinimlerinin olduğu görülmüştür.

Yaşlılarda çoğu zaman fiziksel bir hastalık gibi düşünülen somatik yakınmalar ön plandadır ve öfke ile ajitasyonun birlikte görüldüğü yaygın anksiyete bozukluğu oldukça sık görülmektedir.^[33] Çalışmamıza göre yaşlıların bir kısmına öfke tanısı konmuştur. Yaşlı popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada, anksiyete bozukluklarının depresyon ya da diğer psikiyatrik bozukluklara komorbid olarak özellikle yaşlı kadın hastaların %10-20'sinde geliştiği bildirilmiştir.^[34] Yaşlıların ölümüne yaklaşma düşüncesi, eşini ve yakınlarını kaybetme korkusu, maddî ve sosyal yetersizlikler anksiyete insidansını arttırmaktadır.^[35] Bizim çalışmamızda yaşlıların önemli bir kısmına (%40.9) anksiyete tanısı konmuş ve anksiyeteyi azaltan ve önleyen girişimlere gereksinim duydukları belirlenmiştir. Sakano ve Yoshitome (2010) tarafından yapılan çalışmada ise bizim çalışmamıza göre daha düşük oranda (%11.9) anksiyete tanısı bildirilmiştir. Bu farklılığın çalışma yerlerinin farklı olmasından ve çalışma gruplarını oluşturan yaşlıların farklı özelliklere sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Yaşlılık nedeniyle yaşam koşullarındaki değişiklikler, fiziksel sağlık sorunlarının gelişimi ve yaşanan kayıplarda artış yaşlıda yalnızlık hissinin oluşmasına neden olabilir. Uzun

süren yalnızlık hissi, yaşlı bireyin mental iyilik halini tehdit edebilir, bireyde benliğe yönelik yıkıcı dürtülerin gelişimine neden olabilir. Diğer insanlara duyulan güvende azalma, parasal desteğin giderek azalması, öfke, gerginlik, şiddete maruz kalma korkusu gibi nedenler yaşlıyı toplumdan izole hale getirmekte ve yalnızlaştırmaktadır.^[36] Morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik durumu olarak nitelendirilebilen yaşlılık, kognitif ve yeti yitiminin getirdiği çaresizlik duygusuyla birlikte yalnızlık ve ölüm korkusunun en sık yaşandığı dönemdir.^[37] Literatürde yalnızlığın sosyal ortam özelliklerinden ve arkadaşlık ilişkilerinin sayısından çok, bireyin ilişkilerinin kalitesinden kaynaklandığı, yaşla bozulan kognüsyonla birlikte sosyal etkileşimin bozulduğu, ilişki kalitesinin düştüğü ve yalnızlığın daha fazla hissedildiği bildirilmiştir.^[38] Bizim çalışma grubumuzu oluşturan yaşlılara da bu doğrultuda hemşirelik tanıları konmuş ve yaşlıların önemli bir kısmının yalnızlık hissettiği ve sosyal etkileşiminin bozulduğu saptanmıştır. Sakano ve Yoshitome (2010) tarafından yapılan çalışmada ise yaşlılara bu yönde tanılar konmadığı görülmüş, bunun nedeninin bizim çalışmamızın bir huzurevinde diğer çalışmanın bir hastanenin geriatrik biriminde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Carstensen'in Duygu Düzenleme Teorisine göre, duygu yönetiminde yaşa göre farklılıklar olduğu, yaşlı bireylerin duygularını gençlere oranla daha fazla kontrol altında tuttukları bildirilmiştir.^[39] Özellikle yaşlı kadınların öfke, keder gibi duyguları üzerinde duygu kontrolü yüksek bulunmuş, yaşlı bireylerin öfkeli durumu ortadan kaldırabilmek için pasif duygu düzenleme stratejilerini kullandıkları, herhangi bir çatışma, endişe durumunda olumlu yönde, yeniden düşünmeye sevk etmede daha başarılı oldukları saptanmıştır.^[40] Yaşlandıkça bireylerin ölüm hakkındaki farkındalıklarının da arttığı, yaşamın kırılğan ve sonlu olduğu düşüncesinin yaşlı tarafından sık deneyimlendiği ve duygusal problemlerle daha kolay baş edildiği bildirilmiştir.^[39] Bizim çalışma grubumuzu oluşturan yaşlılarda ölüm korkusu oldukça düşük bir oranda tanılanırken, öfke, keder, umutsuzluk ve etkisiz bireysel baş etme tanıları ölüm korkusuna göre daha yüksek oranlarda tanılanmıştır. Marin ve ark. (2010) yaşlıların %35.8'inde kronik üzüntü bildirmişlerdir. Korkmaz Aslan (2010) tarafından Klinik Bakım Sınıflama Sistemi kullanılarak yapılan çalışmada ise yaşlılarda davranışsal (sağlık davranışı, tıbbi tedavi, güvenlik), fizyolojik (bağırsak, kardiyak, metabolik, fiziksel düzenleme, solunum, deri bütünlüğü, doku perfüzyonu, üriner boşaltım) ve fonksiyonel (aktivite, beslenme, özbakım ve duygusal) alanlara göre psikolojik bakım alanında (bilişsel, baş etme ve benlik kavramı) daha az oranda sorun tespit edilmiştir.^[41]

Çalışmamızda yaygın olarak belirlediğimiz sorun alanlarından bir diğeri bilişsel-algısal alandır ve bu doğrultu-

da yaşlılara bellekte, duyuşal algılamada ve sözel iletişimde bozulma tanıları konmuştur. Bu tanıların yanı sıra çalışma grubumuzu oluşturan bazı yaşlılara yetişkin tip iyileşmede yetersizlik tanısı konmuştur. Belirlediğimiz hemşirelik tanılarını literatürün de desteklediği; yaşlanmayla birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama, duyuşal algılamada bozulma, yakın bellekte bozulma, benlik saygısında azalma, değersizlik, bilişsel düzeyde bozulma ve iletişim kurmada güçlükler görüldüğü bildirilmiştir.^[34]

Sağlığın korunmasında en etkili faktörlerin başında yaşlanmanın beslenme düzenin sağlanması gelmektedir.^[42] Ancak yaşlanma ile birlikte organ fonksiyonlarında ve besin gereksinimlerinde değışiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılıkta kronik hastalıklar ve malignitelerin görölme sıklığında belirgin artışa kognitif yeti yitimleri de eklenince öğün atlama ve yetersiz beslenme sorunları ile karşılaşmakta ve bu tablo yaşlıyı malnütrisyona hatta ölüme kadar götürebilmektedir.^[43] Yapılan çalışmalar yaşlıların beslenme alanında bakım gereksinimlerinin olduğunu göstermiştir. Sakano ve Yoshitome (2007) tarafından yapılan çalışmada, yaşlıların %44.7'sinde beden gereksiniminden daha az olmak üzere beslenmede dengesizlik tanısı bildirilmiştir. Marin ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada ise yaşlıların %13.4'üne beden gereksiniminden daha az, %47.7'sine beden gereksiniminden daha fazla olmak üzere beslenmede dengesizlik tanıları konulduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise yaşlıların %28.8'ine gereksinimden daha az olmak üzere beslenmede dengesizlik tanısı konmuştur. Bu sonuçlar yaşlılarda beslenme sorunlarının farklı şekillerde görüldüğünü ve yaşlıların beslenme özelliklerinin hemşireler tarafından ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda güvenlik-korunma alanında yaşlıların üçte birine yaralanma riski tanısı konmuştur. Ekçi ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşlılarda yaralanma oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu^[44] Korkmaz Aslan (2010) tarafından Klinik Bakım Sınıflama Sistemi kullanılarak yapılan çalışmada da yaşlıların yaşadıkları sorunlar içinde güvenliğin üst sıralarda yer aldığı bildirilmiştir.^[41] Yaşlanma ile birlikte alt ekstremitelelerdeki kas gücünde meydana gelen azalmalar, yaşlanın bağımsızlık düzeyini sınırlamaktadır. Bireyin kas gücündeki azalma sonrası meydana gelen künt travma sonucu morbidite ve mortalite gençlere oranla yaşlılarda daha sıktır. Yaşlı bireylerin yaşadıkları fiziksel kısıtlılıklara rağmen daha aktif bir yaşam sürmeye çalışmaları, yaralanma nedenlerinin başında gelen düşmelerle daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır.^[4,44] Düşmeler hafiften (kesik, sıyrık gibi) ciddi yaralanmalara (kalça kırığı gibi) kadar giden çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bunların yanı sıra kullanılan ilaçlar, azalmış görme, uyku bozuklukları, yürüme zorluğu, denge bozukluğu ve dış faktörler (kaygan zemin, gevşek halı, merdivenler,

yetersiz ayakkabı gibi) nedeniyle de yaşlılarda düşme riski artmaktadır.^[13] Bu doğrultuda yaşlıları yaralanmalardan koruyacak güvenlik önlemlerine hemşirelik uygulamalarında mutlaka yer verilmelidir.

Yaşlılarda güvenlik-korunma alanında belirlediğimiz diğer hemşirelik tanıları enfeksiyon riski (%15.2) ve deri bütünlüğünde bozulmadır (%9.1). Sakano ve Yoshitome (2007) tarafından yapılan çalışmada, yaşlıların %100'üne enfeksiyon riski, %41.8'ine deri bütünlüğünde bozulma tanısı konulmuştur. Marin ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada ise yaşlıların %2.9'una deri bütünlüğünde bozulma tanısı konmuştur. Yaşlanma ile beraber derinin epidermis tabakasında hücre sayısının azalmasıyla birlikte, dermisin yüzeysel yağ tabakasında, hidrasyonunda, elastitesinde ve kalınlığında da azalma olmakta, epidermis ile dermis arasındaki bağlantı zayıflamakta ve iletişim zarar görmektedir. Bu olay yaşlıların cildinde minör travmalar sonrasında abrazyonların gelişme riskini arttırmaktadır. Cilt birim alanına düşen enzimatik olarak aktif melanosit sayısının azalması ve keratinositlere pigment transferindeki bozukluk, düzensiz pigmentasyona ve UV ışınlarına karşı bariyerin azalmasına neden olmaktadır.^[45] Özellikle 70 yaşından sonra kişide en az bir dermatolojik hastalık saptandığı bildirilmiştir.^[46]

Yaşlanmayla birlikte inkontinans ve konstipasyon görölme riski artmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, yaşlılarda konstipasyon görölme oranı %13.4-%22.4 arasında, inkontinans görölme oranı %8.9-%14.9 arasında değışmektedir.^[12,13] Klinik Bakım Sınıflama Sistemi kullanılarak yapılan bir çalışmaya göre, fizyolojik bakım alanı içinde bağırsak ve üriner boşaltım sorunları yaşlılarda problem yaşanan alanlardan biri olarak değerlendirilmiştir.^[41] Benzer şekilde çalışma grubumuzu oluşturan yaşlılara da eliminasyon alanında konstipasyon/konstipasyon riski ve üriner boşaltımda bozulma tanıları konmuştur.

Yaşlılarda problem belirlediğimiz bir diğer alan sağlığı geliştirmedir. Bu doğrultuda yaşlılara sağlığı sürdürmede etkisizlik (%28.8) ve terapötik rejimi sürdürmede etkisizlik (%24.2) tanıları konmuş ve yaşlıların olumlu sağlık davranışları kazanmaya gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Marin ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada da, terapötik rejimi sürdürmede etkisizlik tanısının yaşlılarda sık olarak tanılandığı (%47.7) görülmüştür.

Bu sonuçlara ek olarak, çalışmamıza katılan yaşlılara sadece cinsellik-üreme alanında hemşirelik tanısı konmamıştır. Hemşirelik tanılarının incelendiği çalışmalardan elde edilen sonuçlara bakıldığında, cinsellik-üreme alanı hemşirelerin en az veri topladıkları alanların başında gelmektedir.^[10,16] Çalışma grubunun ileri yaştaki bireylerden oluşması ve yaşlıların bu alanla ilgili sorun belirtmemeleri bu alanda tanı belirlenmemesinde etkili olmuştur.

Sonuç

Çalışmamızda yaşlılarda biyopsikososyal boyutta birçok hemşirelik tanısı belirlenmiş, belirlediğimiz hemşirelik tanıların yaşlılarda sık olarak bildirilen sorunlarla^[1-7] uyumlu olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin yaşlı bireylerin ayrıntılı, sistematik ve bütüncül olarak değerlendirilmesinde ve bakım gereksinimlerinin saptanmasında yararlı ve etkin bir model olduğu sonucuna varılmıştır.

Ülkemizde yaşlıların bakım gereksinimlerini hemşirelik modelleri ile değerlendiren çalışmalar yetersiz olduğundan, hemşire araştırmacıların bundan sonraki çalışmalarda bütüncül yaklaşımı temel alan diğer hemşirelik modellerinin etkinliğini daha geniş örneklemelerde ve evde yaşayan yaşlıları da kapsayacak şekilde değerlendirmeleri yararlı olacaktır.

Teşekkür

Bu çalışmada veri toplama sürecine katkılarından dolayı öğrencilerimize teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;12:177-83.
2. Bölükbaş N, Arslan H. Huzurevinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. Düşünen Adam 2003;16:235-39.
3. Katula JA, Rejeski WJ, Marsh AP. Enhancing quality of life in older adults: A comparison of muscular strength and power training. Health Qual Life Outcomes 2008;6:45-51.
4. Ün Yıldırım N, Özen N, Çınar Özdemir Ö, Gökdoğan F. Yaşlı bireylerde fonksiyonellik, performans ve reaksiyon zamanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Türk Geriatri Dergisi 2011;14: 68-74.
5. Erel S, Uygur F. Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Fizyoterapi Rehabilitasyon 2010;21:35-42.
6. Cangöz B. 50 Yaş ve üstü yetişkinlerde günlük hayat aktiviteleri ile bazı psikolojik /bilişsel faktörlerin ilişkisi. GeroBilim 2007;1:61-74.
7. Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. Türk Geriatri Dergisi 2005;8:78-83.
8. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012. (Erişim tarihi: 6 Ağustos 2012) <http://europa.eu/ey2012/ey-2012main.jsp?catId=971&langId=en>.
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (Ekim - Aralık 2008). 17 Temmuz 2012, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf.
10. Kulakçı H, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4: 25-33.
11. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. Int J Nurs Terminol Classif 2009;20:9-15.
12. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnosis and nursing interventions on elderly inpatients. Acta Paul Enferm 2007;20:495-8.
13. Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecilio LCO. Nursing diagnoses of elderly patients using multiple drugs. Rev Esc Enferm USP 2010;44:46-51.
14. Carpenito-Moyet JL. Hemşirelik tanıları el kitabı. Erdemir F (Çeviri Editörü), Türkçeleştirilmiş İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
15. Yılmaz M, Çifçi ES. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım ge-

reksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2010;18:183-9.

16. Sabancıoğulları S, Ata E, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2:117-22.
17. Gürler H, Yılmaz M. Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. Fırat Tıp Dergisi 2011;16:141-6.
18. Aydemir Ö, Köroğlu E, (Editörler). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. He-kimler Yayın Birliği; 2006.
19. Birol L. Hemşirelik süreci. 3. Baskı, İzmir: 1997.
20. Kaya N. NANDA hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları (NOC) ve hemşirelik girişimleri (NIC) sınıflama sistemlerinin ilişkilendirilmesi. İstanbul Üniversitesi FNHYO Hemşirelik Dergisi 2004;13:121-32.
21. Killen MB, King IM. Viewpoint: Use of King's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2007;18:51-7.
22. Hakverdioğlu Yönt G, Khorshid Eşer I. Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2009;20:162-8.
23. Brody EM, Kleban MH. Day-to-day mental and physical health symptoms of older people: A report on health logs. Gerontologist 1983;23:75-85.
24. Bahat Öztürk G, Karan MA. Yaşlıda ağrıya yaklaşım. Akad Geriatri 2009;1:31-44.
25. Karşı B, Akdeniz M. Birinci basamakta yaşlı hastalarda ağrı yönetimi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2011;2:48-56.
26. Durmuş D, Bölükbaş N. Kronik yorgunluk sendromuna güncel bir bakış. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2007;53:69-73.
27. Tuncel D, Orhan FÖ. Geriatric problems: sleep disorders. GeroFam 2010;1:1-24.
28. Ünal D, Şenol V, Öztürk A. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin öz-bakım gücü düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;13:95-102.
29. Ünal Avdal E, Kızılcı S. Diyabet ve öz bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram Analizi. DEUHYO ED 2010;3:164-8.
30. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1995.
31. Karaca Saydam B, Demirel Bozkurt Ö, Pelik Hadımlı A, Öztürk H, ve ark. Riskli gebelerde öz-bakım gücünün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2007;15: 131-139.
32. Altay B, Aydın Avcı İ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Tıp Derg 2009;36:275-82.
33. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğanşün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. Yeni Symposium 2004;42:168-76.
34. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:227-39.
35. van Balkom AJ, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, et al. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand 2000;101:37-45.
36. Hacıhasanoğlu A, Yıldırım P, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. Arch Gerontol Geriatr 2011;41:223-33.
37. Ünal G, Bilge A. İleri yaş grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005;8:89-3.
38. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14:135-44.
39. Carstensen LL, Pasupathi M, Mayr U, Nesselroade J. Emotional experience in everyday life across the adult life span. Journal of Personality and Social Psychology 2000;79:644-55.

40. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers* 2004;72:1301-33.
41. Korkmaz Aslan G. Klinik bakım sınıflama sisteminin huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
42. Haklı G, Çakıroğlu FP. Kalp hastası kadın ve erkek yaşlıların beslenme alışkanlıkları ve kan bulgularının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011;14:54-62.
43. Saka B, Özkulluk H. İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nütresyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50:151-7.
44. Ekçi B, Aktaş C, Eren ŞH, Sarıkaya S. 65 yaş ve üzeri ile altı hastalarda düşük enerjili düşmelerin etkileri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010;13:185-90.
45. Yılmaz B, Eskiöğlü F. Yaşlanma ile birlikte deride gözlenen makroskopik ve histopatolojik değişiklikler. *T Kin J Kozmetoloji* 1998;1:4-9.
46. Demirseren DD, Emre S, Ateşkan Ü, Metin A. Geriatri poliklinik hastalarında saptanan deri bulgularının prospektif analizi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010;13:87-91.