

Yaşlılıkta Mobiliteye Bağlı Yetiyitimi ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları**Mobility-Related Disability in Age and Responssibilities of the Public Health Nursing****Serap CANLI¹****ÖZ**

Dünyada yaşlı nüfus her geçen yıl artmaktadır. Yaşlılık biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleriyle değişim ve sorunların görüldüğü bir yaşam sürecidir. Bu süreçte yaşanan kronik hastalıklar ve yetiyitimi yaşam kalitesinde bozulmaya, bakım ile ilgili yetersizliklere ve ciddi boyutlara varan ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Çoğu kronik hastalığa bağlı, mobilite ile ilişkilendirilebilen yetiyitimi koruyucu önlem ve müdahaleler ile azaltılabilir. Sağlık profesyonelleri içerisinde yer alan halk sağlığı hemşirelerinin artan yaşlı nüfusun mobilite ve yetiyitimi ile ilgili sağlık sorunlarına yönelik 'Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinde' edindiği rol yadsınamaz konumdadır. Ancak en önemli sorun halk sağlığı hemşirelerinin yaşlıların yetiyitimi, mobilite sorunları ve bu sorunlara yaklaşımları konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır. Bu çalışmada, ülkemizde yaşayan yaşlılarda yetiyitimi, mobilite ve özellikleri hakkında bilgi vermek, mobiliteye bağlı yetiyitiminin değerlendirilmesi ve geciktirilmesinde, dolayısıyla 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında halk sağlığı hemşirelerinin sorumluluklarının neler olduğu konusuna rehber oluşturarak katkı sağlayabilmek amaçlanmıştır. Halk sağlığı hemşirelerinin bu amaç doğrultusunda mobiliteye bağlı yetiyitimli yaşlı bireyleri izleyerek değerlendirmeleri ve uygun girişimleri planlamaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Mobilite, Yaşlı, Yetiyitimi

ABSTRACT

The elderly population is increasing every year in the world. Old age with its biological, psychological and sociological aspects is a process which has its own unique transformations and problems. Chronic diseases and disability in this process cause deterioration in quality of life, inadequacies regarding care, and economic loss at substantial levels. Disability, which are mostly due to chronic diseases and can be linked to mobility, can be reduced by protective measures and interventions. The role of public health nurses, one of the health professional group, in 'Elderly Health Services' towards health problems related to mobility and disability in the elderly population growing, is undeniable. However, most important problem is that public health nurses do not have sufficient knowledge about disability and mobility problems of elderly people and their approaches to these problems. In this study, it is aimed to provide information about the disability, mobility and characteristics of elderly people living in our country, and to contribute by presenting a guidance on the responsibilities of public health nurses in evaluating and delaying mobility-related disability thus improving the quality of life for people aged 65 and over. It is recommended that public health nurses follow up elderly people with mobility related disability and plan appropriate interventions in accordance with this purpose.

Keywords: Nursing, Mobility, Aged, Disability

Geliş Tarihi/Received: 23.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 04.12.2018

¹ Ankara Üniversitesi, Haymana Meslek Yüksekokulu, ORCID:0000-0002-7759-5650

Sorumlu yazar / correspondence: Serap CANLI, Öğr.Gör.Dr., Ankara Üniversitesi, Haymana MYO, Yaşlı Bakım Programı, Yenimahalle Ankara Caddesi Haymana/ANKARA, seunal@ankara.edu.tr

Giriş

Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması ile hastalıkların önlenmesi, bunun yanında eğitimdeki ilerlemelere paralel olarak yaşam standartları yükselmiş, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi ortalama ömre olumlu olarak yansiyarak, yaşlı nüfusta artış olmuştur (1,2). Birleşmiş Milletler (BM)'in yayınladığı "Dünya Nüfus Tahminleri Raporu"na göre, 2017 yılı yaşlı nüfus oranı %13'e yükselmiştir. 2050 yılında Afrika hariç tüm bölgelerde bu nüfusun yüzde 25'i aşacağı öngörülmektedir (3). Ülkemiz yaşlanma ile ilgili sürecin hızlı olduğu ülkelerden biridir ve dünya ülkelerine benzer yaşlanma oranlarına sahiptir (1,2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) raporuna göre ülkemizde yaşlı nüfus oranı 2016 yılında %8,2'dir (4). TÜİK 2013-2075 nüfus projeksiyonuna göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10'un, 2050'de ise %20'nin üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir (5). 20. yüzyılın başlarından itibaren başlayan ve 21. yüzyılda daha görünür hale gelen nüfus yaşlanması çözümlenmesi gereken pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir (6). Yaşlanma ile birlikte biyolojik, fizyolojik ve psikolojik işlevlerde değişim ve gerilemeler ile vücut fonksiyonlarında ileri derecede yetersizlik ve günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasında güçlükler yaşanmaktadır (7). Yaş ilerledikçe bilişsel işlevlerde yıkım, kronik hastalıkların artışı ve yetiyitimi ile ilişkili olarak fiziksel aktiviteler yavaşlamakta, yaşam kalitesi bozulmakta (8) ve uzun süreli bakım gereksinimi doğmaktadır (9).

Yetiyitimi, vücut fonksiyonlarındaki yetersizlik (impairment), günlük yaşam ve aktiviteye katılım ile (10), ayrıca bir aktiviteyi yapabilmeye yeti kısıtlanması ya da kaybı olarak tanımlanan çok boyutlu ve oldukça karmaşık bir kavramdır (10,11). Yaşlılarda yetiyitimi bireysel ve toplumsal etmenlerden kaynaklanmakta olup; yetiyitim derecesinin belirlenmesinde vücut fonksiyonlarındaki gerilemeler ve kronik hastalıklar etkili olmaktadır. Yetiyitiminin ortaya çıkmasında, duyuşsal, bilişsel ve ruhsal sorunlar, kronik hastalıkların tedavisinin yetersiz olması, uygun olmayan beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol gibi zararlı madde kullanımı, sedanter yaşam ile sosyal desteklerden yoksun olma temel belirleyicilerdir (10). İşlevsel kayıpların meydana gelmesine yol açan yetiyitimi (12), yaşlının sadece

günlük yaşam aktivitelerini ve bağımsızlığını azaltmaz aynı zamanda yaşlının iş/toplumsal rollerinin ve sosyal ilişkilerinin de bozulmasına yol açarak yaşlıyı ve çevresini etkileyebilir (5).

Yaşlı bireylerde yetiyitiminin gelişmesine neden olan bazı kronik hastalıkların sıklığına bakıldığında hipertansiyonun %68, diyabetin %24, kan kolesterol-lipit yüksekliğinin %50,8, metabolik sendromun %48'lerde olduğu görülmektedir (13). Yaşlanma ile kronik hastalıklar ve yetiyitimi artarken aynı zamanda yetiyitimi derecesinde de artış olmaktadır. 2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı "Dünya Sağlık Araştırması"nda (14) 60 yaş ve üzeri kadınların %19,2'sinin, erkeklerin %12'sinin yetiyitimli olduğu, tüm yaşlıların ise %9,8'inin ağır derecede yetiyitimine sahip olduğu bildirilmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre yetiyitim oranına bakıldığında, gelişmiş ülkelerde %29,5 olan bu oranın gelişmekte olan ülkelerde %43,4 olduğu belirlenmiştir. Aynı raporda kadınlarda erkeklerden altı kat daha fazla olan yetiyitiminin 2040 yılında ise yaklaşık 5 kat artacağı tahmin edilmektedir (12). Ülkemizde ise her 10 kişiden biri yetiyitimine sahiptir ve yaşlanmanın sonucu olarak yetiyitimi derecesinde artış olmaktadır (6,13).

Yetiyitimine neden olan fonksiyonel yetersizliklerin önemli bir kısmı kas gücünde azalma ve mobilite yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır (14). Tüm dünyada 70 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin beşte biri, 85 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin ise yarısı yetiyitimi nedeniyle (yemek yeme, giyinme, banyo yapma vb. gibi) temel gereksinimlerini karşılayamamaktadır (6,14). Ülkemizde bu oran 65 yaş ve üzeri yaşlılarda %11,5'dir (14). Yine dünya genelinde yaşlıların dörtte biri herhangi bir yardım almadan dışarı çıkamazken aynı zorluklar telefon etme, parasal işlemler gibi entrümental günlük yaşam aktivitelerinde de görülmektedir (14).

Yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunları önlenebilir ya da olumlu yönde değiştirilebilir (8). Yaşlılarda yaygın olarak bulunan yetiyitimi bakım, koruyucu programlar, eğitim ve danışmanlık gibi girişimlerle ilerlemesi yavaşlatılabilen bir durumdur (15) ve bu girişimler yetiyitimi olan yaşlılarda tedaviden daha fazla ön plana çıkmaktadır (16). Bu, bir bakım disiplini olan hemşireliğin fonksiyonlarının yaşlı

hizmetlerinde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Yaşlıların özellikle uzun süreli bakım ile koruyucu hizmetlere olan gereksinimi birinci basamak sağlık hizmetlerinin dolayısıyla halk sağlığı hemşireliğinin önemini ortaya koymaktadır. Yaşlı bireyi tüm yönleriyle değerlendirip, mobilite ile ilgili sorunları belirleme, bu sorunların çözümüne yönelik sevk ve danışmanlık hizmetlerini yerine getirmede ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlamasında halk sağlığı hemşireleri anahtar konumdadır (15,17,18).

Bu çalışma ile yaşlı bireylerde mobiliteye bağlı oluşabilecek yetiyitiminin önlenmesi ve azaltılmasına ilişkin uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenebilmesi ve halk sağlığı hemşirelerinin mobilite sorunlarına yönelik daha etkin rol üstlenebilmesine yardımcı olunması için rehber olmak amaçlanmıştır. Çalışmanın halk sağlığı hemşireleri için yaşlılarda yetiyimi ve mobilite konularında eğitim, danışmanlık ve egzersiz gibi girişimlerde sorumluluklarının neler olduğu konusunda yol gösterici olacağı düşüncesindeyiz.

Yetiyitimi Sınıflandırması

Yetiyitimi “yaşam boyu yetiyitim” ve “ileri yaş yetiyitim” başlıkları altında ikiye ayrılabilir. “Yaşam boyu yetiyitim” ciddi bir kronik hastalıkların çocukluk ya da gençlik çağında başlayıp devam ettiğini ifade etmektedir. “İleri yaş yetiyitimi” ise bu sorunun orta ve ileri yaşlarda sonradan başladığını ifade etmektedir. İleri yaş yetiyitiminin doğal başlangıcı orta ya da ileri yaşlarda olan kronik hastalıklardır. Başlangıçta birkaç aktivite alanını sınırlandırır ancak müdahale edilmediğinde ilerleyicidir (12).

İnsanın işlevselliği ve kısıtlılıklar ile ilgili durumların tanımını sağlayan, sağlık ve sosyal bilim alanında çalışan grupların yetiyitimi konusunu farklı yönleri ile ele aldığı sınıflandırma şekli Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Diseases-ICD)’dir. DSÖ tarafından koordine edilen sistematik ve uluslararası çalışmalardan sonra 22 Mayıs 2001’de 54. Dünya Sağlık Toplantısı’nda bireylerin sağlık durumu ile çevresi arasındaki ilişkiye göre düzenlenmiş bu sınıflandırma uluslararası kullanım için onaylanmıştır. ICF’in sağlıkla ilgili alanları: Vücut İşlevleri, Etkinlik ve Katılımdır (19).

DSÖ tarafından 2001 yılında oluşturulan bu sınıflandırma sistemi, ülkemizde ilk olarak 2006 yılında, son olarak 2013 yılında Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmeliğin hazırlanmasında esas alınmıştır (20).

Yaşlanma ve Yetiyitimi

Yaşlıların tamamının bir sağlık sorunu olmakla birlikte yaşlılık sürecinde biyopsikososyal değişiklikler ile yetiyitimi ortaya çıkabilmekte, kişi ya da çevresinden kaynaklanan çeşitli faktörler de süreci hızlandırıp yavaşlatabilmektedir (9). Hastalık Yükü Ağrı Projesi (Burden of Disease Network Project) sonuç raporuna göre yaşlıda yetiyitiminde yaş, cinsiyet, genetik gibi değiştirilemeyen risklerle birlikte, erken müdahale programları ile kontrol altına alınabilen sağlıksız beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam ile sosyal destek sistemlerinin yokluğu, kültürel ve sosyal engeller rol oynamaktadır (21).

Ülkemizde yetiyitimi ile ilgili yeterli ve güncel veri bulunmamaktadır. Ancak en kapsamlı çalışma 2002 yılında “Türkiye Özürlüler Araştırması” adı altında yapılmıştır. Araştırma-ya göre özürlü nüfus oranı %12,3’dür ve 60-69 yaş arasında %37; 70 yaş üzerinde %44 olan özürlü oranı kadınlarda fazladır. Yaşlı bireylerde görme, işitme ve ortopedik özürlü diğer yaş gruplarına göre daha fazladır (14,22). Bu araştırmanın 2006 yılında yapılan ikincil analizi sonuçlarına göre 65 yaş üstü grupta özürlü oranı %35,9 iken bu oran 85 yaş ve üzeri grupta %47,2’dir. Rapora göre hareketsiz yaşam, sağlıksız beslenme, kronik hastalık sıklığının fazla, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, olumsuz çevresel faktörlerin bulunması ve ileri yaş ülkemiz için yetiyitiminin artışı beraberinde getiren risk faktörleridir (14,23). Ülkemizde Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması raporunda ise, 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların %15,2’sinin herhangi bir özürlüye sahipken, aynı yaş grubunda görme özürlü olanların oranının %15,8, ortopedik özürlü olanların oranının %16,7, süregen hastalığa sahip olanların oranının %25,9 ve çoklu özürlülük oranının %26,5 olduğu bildirilmiştir (24). Yaşlanma süreci sonucu ortaya çıkabilen yetiyitimi sosyal ve ekonomik açıdan yüksek maliyetlere (9), bakım hizmetinin yetersizliğine neden olabilir (25). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yetiyitimi olan yaşlı bireylere sunulan

(yemek yedirme, ilaç uygulama, fizik tedavi gibi) bakım hizmetleri yetersiz düzeydedir (12). Oysa DSÖ yetiyitiminin yaşlanmanın doğal bir sonucu olmadığını, yaşlılarda koruma ve tedavideki gelişmelere paralel olarak erken dönemde yapılan girişimlerin yetiyitimi oranlarını azalabileceğini bildirilmektedir (25).

Yaşlı Bireylerde Mobiliteyi Etkileyen Faktörler
Yaşlanma ile birlikte gerilemenin görüldüğü alanlardan biri de sinir sisteminin kontrol ettiği, gövde, kol ve bacak hareketlerinin (26) yer aldığı aynı zamanda hareket yeteneği olarak tanımlanan mobilitedir. Mobilite denge, güç, koordinasyon ve oryantasyon gibi çok sayıda fiziksel yetiyi gerektirir (27).

Mobilite 2'ye ayrılır. Bunlardan biri bireyin seçmediği, kültürel ve sosyal farklılıklara göre değişmeyen, (yatağa yatma/kalkma, evde ve dışarıda yürüme, bir yere oturma ve bir yerden kalkma gibi) günlük yaşam aktivitelerini içeren *Temel Mobilite*, diğeri günlük ev ve bahçe işlerini yapma, toplu taşıma araçlarını kullanma ile ilgili genellikle dış mekan etkinliklerini içeren *Seçime Dayalı Mobilite*'dir (28).

Mobilite; yaş, bilişsel durum, görme, düşme korkusu, algısal ve psikolojik değişkenler, çevreyi tanıma-farkında olma, aktif olmama gibi pek çok faktörden etkilenir. Ayrıca renk, kontrast ve çevredeki nesnelere birbirine göre hareketi, ışık kalitesi, mimari yapı gibi çevresel faktörler de mobilite fonksiyonunu etkileyebilir. Yaşlılarda kronik hastalıklar ve ilişkili yetiyitimi, dejeneratif bozukluklar, uzun süreli istirahat, bazı ilaçlar, ayak sorunları, kötü motivasyon ve postür hipotansiyon mobilite sorunlarına neden olabilir (29). Yaşlı kişilerin büyük ölçüde pasif ve sınırlı davranışlar sergilemesi yönünde olan toplumsal beklenti, sosyalleşme sürecinde erkeğin daha dışa dönük ve hareketli, kadının ise daha içe dönük ve hareketsiz olması da mobilite düzeyini etkileyebilir (30).

Yapılan çalışmalarda ilerleyen yaş ile birlikte mobilitede azalma olduğu, 65 yaş üzeri bireylerde %7,7 oranında mobilite bozuklukları görülürken 80 yaş ve üzerine çıkıldığında bu oranın %35'lere yükseldiği görülmektedir. Yürüme hızı tipik olarak 63 yaşına kadar her yıl %0,2 oranında azalırken, 63 yaşından sonra yaşlı erişkinlerde her yıl %1,6 oranında azalmaktadır. Hareket kısıtlılıkları yaşlıların %25'inden fazlasını

etkiler ve büyük oranda ileride yetiyitimi ve mortalite ile sonuçlanır (30).

Mobilite ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin geliştirilmesinde, gereksinimlerine yönelik bir bakımla desteklenmeleri önemlidir. Bu nedenle yaşlı bireylerin sorun ve gereksinimlerinin saptanması ile bunlara yönelik uygun hemşirelik bakımının sağlanmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır (31).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlarda, bakım ve huzurevleri ile hastaneler ve geriatri üniteleri gibi kurumlarda ya da ev ziyaretleri sırasında yaşlının yaşadığı mekanlarda yapılacak geriatik değerlendirme henüz tanımlanmamış olan problemlerin ortaya çıkarılmasında ve yüksek riskli bireylerin saptanmasında yardımcı olacaktır (32).

Mobilite ile ilgili pek çok sorun çoğunlukla yaşlı ve ailesi tarafından yaşlılığa bağlanarak önemsenmez ve özellikle sorulmadıkça bildirilmez. Hemşire bu nedenle dikkatli bir gözlem ve değerlendirme yaparak mobilite sorunlarını tespit etmelidir. Sorunun varlığı saptandıktan sonra daha ayrıntılı bir değerlendirme ile sorunun kaynağı ve yol açabileceği olası sorunlar gözden geçirilmelidir. Mobilite durumunun değerlendirilmesinde amaç aktivitelerin güvenli ve bağımsız bir biçimde yapılıp yapılamadığı ve sınırlılıklardan kaynaklanan bir komplikasyon riski olup olmadığını tespit etmektir. Ayrıntılı mobilite değerlendirmesinin; egzersiz (yoğunluk, sıklık), postür, bağımlılık, kas gücü ve koordinasyon, oturma, ayağa kalkma, dengede durma, yatar pozisyondan kalkma ve yürüme gibi bazı manevralar yönünden değerlendirmeyi içermesi gerekir (33). Bunun için çeşitli ölçekler ve testler kullanılabilir (34). Bu değerlendirmenin ardından kas-iskelet sisteminin eklem ve çevre dokularının gözlem ve palpasyonla muayenesi ile şişlik, kızarıklık, hassasiyet, ağrı, sıcaklık, asimetri ve düşme riski gibi faktörler gözden geçirilir. Düşme riski değerlendirmesinde; düşme hikayesi, fiziksel durum (baş dönmesi, görme bozukluğu, yürüme bozukluğu vs.), mental durum (anlama, hatırlama ve oryantasyon güçlüğü vs.) ve ilaç kullanım durumunun (anhipertansifler, psikotropik ilaçlar vs.) sorgulanması gerekir (33). Bireylerin ev içinde herhangi bir destek almaksızın hareket etmesinde ev içindeki bazı özelliklerin önemli bir yeri olduğu ve ev içi

özelliklerin yaşlı bireyin hareketini engellerebileceği ve mobilitesini sınırlandırabileceği düşünülerek incelenmesi (35) önerilmektedir.

Yaşlının duygularını ifade etmesini, kendi kararlarını vermesini, becerilerini sergilemesini destekleyerek, bağımsız hareket etmesine yardımcı olunmalıdır (33).

Yaşlı bireylerde mobilitenin artırılması, inaktivitenin engellenmesi, fiziksel aktivite ve egzersiz, rehabilitasyonun özünü teşkil etmektedir. Düzenli fiziksel aktivite sadece kas gücünü artırarak ve postüral dengeyi geliştirerek mobilitiyi artırmaz, düşmeleri ve kırıkları önleyerek de mobilitiyi artırmış olur (34). Artan mobilite yaşlılarda fonksiyonel bağımsızlığı geliştirir (36).

Düzenli fiziksel aktivite hemşirelik literatüründe 1960'lı yıllara kadar egzersiz olarak ifade edilmiştir. O yıllarda hastalıkları önleme davranışı olan egzersiz üzerine fazla çalışma yapılmamıştır. Ancak düzenli egzersizin faydaları hemşireler tarafından bilinmektedir. Diğer taraftan halk sağlığı ile ilgilenen hemşirelerin hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme kavramlarını sıkça kullandıkları dikkat çekmektedir. Hemşirelerin kullandığı kavramın egzersiz olmasına rağmen, fiziksel aktivite, 1900'lü yıllardan bu yana sağlığı koruyan, geliştiren ve hastalıkları önleyen davranış olarak değerlendirilmiştir (37).

Hemşireler birey, aile ve toplumun sedanter yaşam şeklini değiştirme ve fiziksel aktivite ile ilgili danışmanlık yapmada eşsiz bir konuma sahiptir (37). 2011 tarihli "Hemşirelik Yönetmeliği"nde birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirlenmesi ve yerine getirilmesini sağlama sorumluluğu tanımlanmıştır. Bu madde aktivite ve egzersiz yönetimine de uyarlanarak tek başına ve/veya hekimle birlikte yapabileceği işlemler arasında sayılabilir (38).

Yaşlı bireyi fiziksel aktivite ve egzersiz konusunda destekleyecek olan hemşireler, egzersiz programını düzenlerken yaşlıları 1996'da DSÖ tarafından önerilen aşağıdaki gruplara göre değerlendirmelidir:

Grup 1: Bu grupta fiziksel aktivite yapması uygun, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan yaşlı bireyler yer alır. Fiziksel aktivitenin yaşlılar tarafından hastalıklardan korunmak için yapılması önemlidir.

Grup 2: Bu grupta kronik hastalığı bulunan, kas iskelet sistemine özgü sorunları olan, bağımsız yaşlı bireyler yer alır.

Grup 3: Bu grupta kronik hastalığı bulunan, günlük işler için başkalarının yardımına gereksinim duyan yaşlılar yer alır (39,40).

"Amerikan Diyabet Birliği" (41), DSÖ "Sağlık İçin Fiziksel Aktivitede Küresel Öneriler" (42) klavuzu, "Egzersiz Uygulanırken Göz Önünde Tutulacak Genel Prensipler"e (43) göre de egzersizi planlamalıdır. Buna göre;

- Amaçları iyi saptamalı,
- Kişinin kapasitesine uygun ve özelleştirilebilir olmasını sağlamalı,
- Şiddet, süre, sıklık, ısınma ve soğuma periyotlarını ayarlamalı,
- Kişinin sağlık durumu, istekleri, yaşam koşulları göz önüne alınmalı,
- Yaralanma ihtimaline karşı güvenlik önlemleri almalı,
- Yüksek seviyelere kademeli ilerleme ile geçilmeli,
- Hastaların ilaç kullanımına dikkat etmeleri gerektiği hatırlatılmalı,
- Ani başlayan göğüs ağrısı, çarpıntı, solunum güçlüğü olup olmadığına dikkat edilmeli,
- Teri absorbe eden uygun giysiler ve ayakkabılar giyilmesi sağlanmalı,
- Egzersizden önce yeterince ve aralıklı sıvı alınması sağlanmalı,
- Aktiviteler zevkli, kolay uygulanabilir olmalı, düzenli ve sürekli uygulanmalı,
- Aktiviteler dinlenme, gevşeme safhaları bırakacak şekilde ritmik olmalı,
- Yaşlılar egzersiz için cesaretlendirmelidir (40-42).

Mobiliteye bağlı yetiyitimi olan ya da mobilite durumu bozulma riski taşıyan yaşlılarda genel hemşirelik girişimleri kısaca; yaşlının değerlendirilmesi, hareketsizlikten kaçınmaya, beden mekaniklerini doğru kullanmaya ve uygun postürü sürdürmeye yönelik girişimler, fiziksel

aktiviteyi arttırmaya yönelik egzersiz planlama, bir işi en az enerji harcayarak yapmaya yönelik eğitim, motivasyonu geliştirmeye yönelik danışmanlık, yardımcı araçların uygun kullanımı, transfer beceri eğitim ve uygulamalarıdır. Yaşlı bireye özgü olarak seçilebilecek bu girişimler mobilite sorunlarının etkili biçimde ele alınmasında hemşireye rehber olacaktır (33). Bunların yanı sıra hemşirelerin özellikle yaşlı bakımı ile ilgili alanlarda görev alanların, yaşlı bireyleri ilgilendiren ulusal ve uluslararası tüm konularda güncel bilgiye sahibi olması (14) ve gelişmeleri takip etmesi de gereklidir (44).

Sonuç

Yaşlanma ile birlikte gerilemenin görüldüğü alanlardan biri de hareket yeteneği olarak tanımlanan mobilitedir (29). Mobilite düzeyi, yaşlı bireyin yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli bir ölçüttür (29,30). Bu nedenle de yaşlı bireylerin düzenli aralıklarla mobilite düzeyleri değerlendirilmeli ve mobiliteye ilişkin gerekli önlemler alınmalıdır.

Yaşamın her döneminde bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde görev alan hemşireler, yaşlı birey ile yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini korumak ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamakta çeşitli sorumluluklar üstlenerek yer almalıdır. Yaşlı bireylerde mobiliteye bağlı yetiyitimiye yönelik yaşlı ile ev ya da kurumda karşılaşan halk sağlığı hemşireleri sorumlulukları ise şu şekilde özetlenebilir;

- Halk sağlığı hemşireleri mobiliteye bağlı sorun ve gereksinimleri belirlemek için yaşlı bireyi fiziksel, sosyal ve ruhsal yönleriyle bir bütün olarak değerlendirmelidir.
- Aktivitelerin yapılması ile ilgili sınırlılık ve engellerin olup olmadığını belirlemek için fiziksel test ve/veya aktivite değerlendirme materyalleri kullanarak ayrıntılı mobilite değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Mobilitiyi sınırlandırabileceği göz önünde bulundurularak *Ulaşılabilirlik ve Engelliler İçin Evrensel Standartlar* gibi kılavuz kaynakları kullanarak ev ya da kurumda iç mekan düzenlemesini değerlendirmelidir.

- Halk sağlığı hemşireleri yetiyitimi ile ilişkili olabilecek kronik hastalıklar konusunda gelişmeleri yakından takip etmelidir.
- Yaşlılarda mobilitiyi artırıcı egzersiz ve danışmanlık programlarına dahil olmalı, yaşlıyı bu programlara dahil etmeli ve bu konuda devamlılık sağlamalıdır.
- Halk sağlığı hemşireleri yaşlıların mobilite sorunları ve çözüm önerilerine yönelik daha fazla araştırma yapmalıdır.

Ülkemizdeki yaşlılara hizmet sunan ya da sunacak olan halk sağlığı hemşirelerinin mobilite ve yetiyitimi konusunda sahip olması gereken sorumluluklarının neler olduğunun tartışılarak farkındalık yaratılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Bahar A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
2. Kutsal YG. Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2003; 24(3): 1-6.
3. BM (Birleşmiş Milletler). BM'nin Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Dünya Nüfus Tahminleri Raporu [Erişim tarihi: 13 Aralık 2017]. Erişim adresi: <http://www.un.org.tr/tr/dunya-nufustahminleri&submit=Search>.
4. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). İstatistiklerle Yaşlı Nüfus 2016 [Erişim tarihi: 2 Aralık 2017]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı (2015-2020). ISBN: 978-975-590-520-4. Ankara: Anıl Matbaa; 2015. s. 3-30.
6. WHO (World Health Organisation). World Population Prospects The 2015 Revision [Cited: 2017 Jul 9]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects2015revision.html>.
7. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life

- in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health. 2008; 22(8): 323.
8. WHO (World Health Organization). Active Aging: A Policy Framework Madrid 2002 [Cited: 2017 December 08]. Available from: [https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active - Ageing-Framework .pdf](https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf).
 9. Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on U.S. adult's activity levels and use of medical services. Am J Public Health. 1995; 85(2): 173-82.
 10. Keskinoglu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Türk Geriatri Dergisi. 2003; 6(1): 27-30.
 11. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ünal B. Ergör G, editörler. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909. Ankara: Anıl Matbaa; 2013.
 12. WHO (World Health Organization). World report on disability. WHO Library Cataloguing in Publication Data 2011 [Cited: 2017 January 26]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
 13. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Türkiye İstatistik Yıllığı Sağlık İstatistikleri 2013 [Erişim tarihi: 5 Ocak 2018]. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1.
 14. Keskinoglu, P. Yaşlılık ve yetiyitimi. İçerisinde: Aslan D. Ertem M, editörler. Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. HASUDER. Palme Yayıncılık; 2012. s. 75-80.
 15. Staab AS, Hodges LC. Problems with mobility. In: Essentials of gerontological nursing. Lippincott, New York: Philadelphia; 1996. p. 65.
 16. Mollaoglu, M. Disability, activities of daily living and self efficacy in dialysis patients. TAF Prev Med Bull. 2011; 10(2): 181.
 17. Maslow K, Mezey M. Recognition of dementia in hospitalized older adults. Am J Nurs. 2008; 108(1): 40-9.
 18. Foster C, Porcari JP, Battista RA, Udermann B, Wright G, Lucia A. The risk in exercise training. Am J Lifestyle Med. 2008; 2(4): 279-84.
 19. WHO (World Health Organization). Çev. Kabakçı, E. Gögüs AE. WHO Library cataloguing in publication data. Bilge Matbaacılık; 2004. s. 3-4.
 20. T.C. Başbakanlık Özürlüler Dairesi Başkanlığı. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik [Erişim tarihi: 19 Nisan 2016]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>.
 21. Balzi D, Lauretani F, Barchielli A. Risk factors for disability in older persons over 3 year follow up. Age and Ageing. 2010; 39(1): 92-98.
 22. T.C. Başbakanlık Özürlüler Dairesi Başkanlığı. Türkiye Özürlüler Araştırması [Erişim tarihi: 31 Ocak 2017]. Erişim adresi: http://engelli.eyh.gov.tr/odes/odes_2015/menu=dosya&sayfa=Arastirma.
 23. TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi [Erişim tarihi: 17 Nisan 2017]. Erişim adresi: <http://www.eyh.gov.tr/tr/8399/Turkiye-Engelliler-Arastirmasi-ileri-AnalizRaporu-Ocak2006>.
 24. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010 Raporu [Erişim tarihi: 12 Ocak 2017]. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do.metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=244.
 25. WHO (World Health Organization). Dünya sağlık raporu 21. yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon. Cenevre: 1998. s. 62.
 26. Soyuer F, Şenol V, Elmalı F. Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstündeki bireylerin, fiziksel aktivite, denge ve mobilite fonksiyonları. Van Tıp Dergisi. 2012; 19(3): 116-21.
 27. Me Peak LE. Psychiatric history and examination. In: Braddom, RL, editor. Physical medicine and rehabilitation. Second ed. WB Saunders Company; 2000. p. 5-11.
 28. Hong CZ, Tobis JS. Psychiatric rehabilitation and maintenance of geriatric patients. In: Lehmann JF, editor. Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation. 4th ed. WB Saunders; 1990.

29. Leat SJ, Lovie-Kitchin JE. Measuring mobility performance: experience gained in designing a mobility course. *Clin Exp Optom*. 2006; 89(4): 215-28.
30. Suri P, Kiely DK, Leveille SG, Frontera WR, Bean JF. Trunk muscle attributes are associated with balance and mobility in older adults: a pilot study. *PM&R*. 2009; 1(10): 916-24.
31. Kulakçı H, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [İnternet]*. 2011 [Erişim tarihi: 16 Nisan 2017]; 4: [25-33 s.]. Erişim adresi: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4579/253_3_Kulakci.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
32. Halil MG. Geriatrik medikal değerlendirme. İçinde: Arioğul S, editör. *Geriatri ve geontoloji*. Ankara: MN Medical & Nobel; 2006. s. 137-147.
33. Carpenito LJ. *Handbook of nursing diagnosis*. Hemşirelik tanıları el kitabı. 13th ed. Erdemir F. (Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010. s. 224.
34. Wieland D, Hirty V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control*. 2003; 10(6): 454-62.
35. Northridge ME, Nevitt MC, Kelsey JL, Link B. Home hazards and falls in the elderly: The role of health and functional status. *Am J Public Health*. 1995; 85(4): 509-14.
36. Hardman AE, Stensel DJ. *Exercise and aging, in physical activity and health: The evidence explained*. London: Taylor and Francis Group; 2003. p. 189-203.
37. Özcan A. *Hemşire hasta ilişkisi ve iletişim*. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Yayıncılık; 2006. s. 4-31.
38. THD (Türk Hemşireler Derneği). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik* [Erişim tarihi: 31 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklikyapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>.
39. ADA (American Diabetes Association). *What we recommend? 2015* [Cited: 2016 January 16]. Available from: <http://www.diabetes.org/food-and-fitness/types-of-activity/what-we-recommend.html>.
40. Lamb SE. *Exercise and lifestyle*. Oxford textbook of geriatric medicine. 2nd revised ed. Newyork: Oxford University Press; 2000.
41. WHO (World Health Organisation). *Global recommendations on physical activity for health*. WHO Library cataloguing in publication data. 2010. p. 6-30.
42. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. *Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine*. *JAMA*. 1995; 273: 402-407.
43. Berkman LF. The role of social relation in health promotion. *Psychosom Med*. 1995; 57(3): 245-54.
44. Philipose V, Tate J, Jacops S. Review of nursing literature: evolution of gerontological education in nursing. *Nurs Health Care*. 1999; 12(10): 524-30.