

# Geronemniyet ve hemşirelik

## Geronsafety and nursing

 Yağmur Akbal<sup>1</sup>,  Sevilay Hintistan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Anestezi Bölümü, Rize,

<sup>2</sup>Türkiye Karadeniz Teknik Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Trabzon, Türkiye

Cite this article as / Bu makaleye atf için: Akbal Y, Hintistan S. Geronemniyet ve hemşirelik. Anatolian Curr Med J 2020; 2(4): 136-141.

### ÖZ

Yaşamın doğal ve kaçınılmaz bir evresi olan yaşlılık; fiziksel, sosyal, ekonomik ve bilişsel kayıpların olduğu, günlük yaşam aktivitelerinde kaza risklerinin arttığı ve bireylerin yaşamlarının güçleştiği bir dönemdir. Sağlık alanında geronemniyet; yaşlıların çoklu kronik hastalıkları ve buna bağlı çoklu ilaç kullanımını; yeti yitimi ve yeti yitimine bağlı düşme ev kazalarını, yaşlı yalnızlığını, görme, duyma gibi duyu organlarının işlev bozukluğundan kaynaklanan beslenme, barınma, ekonomik sorunları, ihmal ve istismarı kapsamaktadır. Multidisipliner bir anlayışla yaşlılıkla birlikte artan hastalıkların, günlük yaşam aktivitelerindeki güçlüklerin ve olası kaza risklerinin önlenmesi için yaşlılara yönelik politikalar değişmekte ve yaşam kalitesini artırıcı çalışmalar yapılmaktadır. Ancak geronemniyet kavramının sağlık alanına istenilen düzeyde yansımadağı görülmektedir. Bu nedenle sağlık alanında yaşlılar için bu güvenliğin sağlanmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu çalışmada; yaşlı bireylerde sağlık hizmetlerinde oluşturulabilecek emniyet konuları ile bu konularda hemşirelerin yaşlı bireyin bakım ve izleminde geliştirebileceği bilgiler ve öneriler yer almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Emniyet, gerontoloji, hemşirelik, yaşlılık

### ABSTRACT

Old age that is a natural and inevitable stage of life is a period in life of individuals which physical, social, economic and cognitive deficits, increases in the risk of accidents in daily life activities, and become more difficult. Geronsafety in the field of health includes multiple chronic diseases of the elderly and associated multiple drug use; disability and falling and home accidents due to disability, elderly loneliness, nutrition, accommodation, economic problems due to problems caused by dysfunction of sensory organs such as vision, hearing, neglect and abuse. In a multidisciplinary approach, elderly policies are changing and studies are carried out to improve the quality of life for the elderly for the prevention of diseases that increase with age, the difficulties in daily living activities and the risk of possible accidents. However, it is seen that the concept of geronsafety does not reflect to the health field at the desired level. Therefore, nurses have important responsibilities in providing this safety for the elderly in the field of health. In this study; safety issues that can be created in health services in elderly individuals and information and suggestions that nurses can develop in care and monitoring of elderly people are taken place.

**Keywords:** Safety, gerontology, nursing, elderly

### GİRİŞ

Genel tanımı ile yaşlanma; psikolojik, emosyonel, bilişsel ve sosyal alanlarda fizyolojik fonksiyonları azaltan ve sınırlandıran evrensel bir süreçtir (1). Günümüzde yaşam koşullarının iyileşmesi, sağlık ve teknolojik alandaki hızlı gelişmeler, koruyucu sağlık önlemleri ile sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitelere yönelik programların artırılması beklenen yaşam süresini artırmıştır. Dünya yaşlı nüfus oranına baktığımızda 2019 yılında bu veri 703 milyon olarak bildirilmektedir (2). Yaşlanma hızının önceki yıllara göre çok daha hızlı bir süreçte olduğu

2050 yılında her beş kişiden birinin 60 yaş ve üzerinde olacağı ve yaşlı nüfusun iki milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (3).

Bireyler yaşlandıkça fonksiyonel yetersizlikle birlikte multimorbidite olasılığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 yılı hastalık yükü verilerine göre, 60 yaş ve üstü bireylerde görülen hastalıklar; duyuusal bozukluklar, sırt boyun ağrıları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon, düşme, diyabet ve kas-iskelet sistemi hastalıkları şeklinde sıralanmaktadır

**Corresponding Author / Sorumlu Yazar:** Yağmur AKBAL, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Anestezi Bölümü, Rize, Türkiye  
**E-mail / E-posta:** yağmur.akbal@erdogan.edu.tr  
**Received / Geliş:** 18.08.2020 **Accepted / Kabul:** 03.09.2020



(4). Birden fazla kronik hastalık varlığı, mobilite azlığı, yeti yitimi ve mental bozuklukların artması yaşının yaşam kalitesini azaltmaktadır. Ayrıca, yaşının fiziksel fonksiyonlarındaki azalmayla birlikte kaza riskinin artması ve günlük yaşam aktivitelerinde güçlük yaşaması nedeniyle çevresel birçok etkenin yaşlı için birer tehdit haline dönüşmesi, beslenme, barınma, ekonomi gibi alanlarda güvenlik kavramını ortaya çıkarmaktadır (3).

Geronemniyet sosyal alanda, “yaşlı bireylerin günlük faaliyetleri için gerekli olan fiziksel, zihinsel, sağlık ve diğer yaşam alanlarını emniyet açısından güvenli kılan ve bu emniyet alanlarında yapılan araştırma, geliştirme ve değerlendirmeler” şeklinde tanımlanmaktadır (5). Sağlık alanında geronemniyet, yaşlıların birçok kronik hastalık sonucu çoklu ilaç kullanımı; yeti yitimlerinin yol açtığı düşme, ev kazaları, yalnız yaşama; görme, duyma gibi duyu organlarının işlev bozukluğundan kaynaklanan beslenme sorunları ile istismar ve ihmal gibi birçok güvenlik önlemlerini kapsamaktadır. Artan yaşla birlikte fiziksel, duygusal ve zihinsel fonksiyonlarda yetersizlikler meydana gelmektedir. Bu yetersizlikler, yaşının sağlık, sosyal ve diğer yaşam alanlarında karşılaşılabilecekleri risk faktörlerini artırmaktadır (6).

## GERONEMNİYETTE HEMŞİRELERİN DİKKAT ETMESİ GEREKEN ALANLAR

Geronemniyet; hemşirelik alanı için yaşlıların ilaç kullanımını, ev kazaları ve düşmeleri, istismar ve ihmali, beslenme, barınma ve ekonomik sorunları içermektedir.

### 1. İlaç Kullanımı

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlılarda çoklu kronik hastalıkların bir arada bulunması ve uzun süreli bakım süreçleri ilaç kullanımını beraberinde getirmektedir (7). Yaşlılık döneminde kullanılan ilaç miktarının artması, yaşlanmanın getirdiği algılamada azalma, dikkatsizlik, yakın bellekte bozulma, duyu kayıplar ve kronik hastalıkların ilaçla kontrol altına alınması gibi faktörler yaşlılarda bazı tehlikelere ve tehditlere yol açmaktadır (8,9). Birden çok ilaç kullanımını olarak bilinen polifarmasi, yaşlılıkta güvenlik açısından risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (10). Polifarmasiye neden olan faktörler arasında yaşının bilişsel, duyu ve fonksiyonel bozuklukları ile eğitim düzeyindeki düşüklük ve bakım verenlerle ilgili sorunlar yer almaktadır (11). Avustralya’da polifarmasi oranı %37,7’dir, Amerika’da ise 1999 yılından 2012 yılına kadar polifarmasi oranı %24’ten %39’a çıkmıştır. İsveç’te ölen 500.000 kişiden fazlasının bir yıldır reçetelerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların yarısından fazlasının 10 ve üzeri ilaç kullanımının olduğu belirlenmiştir (12-14). Öztürk’ün yaptığı çalışmada 65 yaş üstü hastalarda %38 ‘i 5 ve üzeri ilaç kullanırken bu oran kadınlarda

erkeklere kıyasla daha fazla olduğu belirtilmiştir (15). Yapılan bir çalışmada yaşlıların %91’inin son bir aydır üç ve üzeri ilaç kullandığı tespit edilmiştir (16). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada yaşlılarda en sık rastlanan ilaç uyumsuzluğunun ilaç almayı unutma olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada ilaç almayı unutma ve kendilerini iyi hissettiklerinde doktora sormadan ilacı bırakma davranışları önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir (17).

Yaşlanmayla birlikte komorbidite artmakta, ilaç emilimi, dağılımı, metabolizasyonu ve atılımıyla ilgili değişiklikler olmaktadır. Bu nedenle yaşlıya ilaç reçete edilirken, mümkün olan en düşük dozda ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi dikkate alınarak en az sayıda ilaç yazımına önem verilmelidir (10). Yapılan araştırmalarda, yaşlılarda çoklu ilaç kullanım oranlarının yüksek olduğu ve yaşlılığın getirdiği fonksiyonel yetersizliklerin ilaç kullanımında güçlükler yaşanmasına neden olduğu belirtilmektedir (13,14, 18). Çoklu ilaç kullanımının yaşlılarda düşme gibi riskleri arttırdığı görülmektedir (19). Kronik hastalığı olan ve çoklu ilaç kullanan yaşlı bireylerin takip ve kontrollerinin yapılması, ilaçlar hakkında eğitimlerin verilmesi ve yaşam alanlarında düşmeye neden olabilecek risk faktörlerinin düzenlenmesi, kontrol altına alınması sağlanmalıdır. Hemşirelerin yaşlılarda ilaç kullanımının güvenliğini sağlayabilmesi için öncelikle yaşlılara eğitim verilmesi, yaşlıların ilaç kullanımına uyumunun sağlanması ve takip edilmesi önemlidir (9). Yaşlılarda ilaç kullanımını birçok risk faktörlerini beraberinde getirdiği için yaşının emniyetli bir şekilde tedavisinin sürdürülmesi sağlanmalıdır.

### 2. Ev Kazaları ve Düşmeler

Yaşlılar ev kazaları ve düşmeleri özellikle sinir sistemi hastalıkları, duyu fonksiyon bozuklukları, kardiyovasküler sistem bozuklukları, kullanılan ilaçların yan etkileri ve çevresel faktörler nedeniyle sıklıkla yaşamaktadır (20). Çevresel ve bireysel olarak değerlendirilen ev kazalarında çevresel faktörleri; ıslak zemin, yatak odası ve mutfak gibi kapıların genişliği, yetersiz aydınlatma, sabit olmayan eşyalar, elektrik sisteminde sorunlar, merdiven ve kotların yüksekliği oluştururken; bireysel faktörleri denge bozuklukları, yetersiz beslenme, hipertansiyon, ilaç kullanımı, korku, görme ve uyku sorunları oluşturmaktadır (21). Ev kazaları mutfak, yatak odası, banyo gibi alanlarda daha sıklıkla yaşanmaktadır (22). Yaşlılarda sıklıkla ev kazalarında deneyimlenen düşmeler ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Yaşlılarda düşmeler aynı zamanda beşinci ölüm nedenidir (23, 24). Avrupa Birliği’nde yapılan istatistiklere göre, 60 yaş ve üzeri bireylerin her yıl yaklaşık 6,7 milyonu düşme nedeni ile hastanelerde tedavi edilmektedir (25). Türkiye’de ise yaşlıların %32,8’inin son bir yıl içinde düşme öyküsünün olduğu bildirilmiştir

(26). Yaşlılarda kadınların erkeklere oranla daha fazla düşme öyküsüne sahip olduğu ve düşme sonrası komplikasyonları daha ağır yaşadığı belirtilmekte, bunun nedeni olarak da kemik mineral dansitesinin düşüklüğü gösterilmektedir (27). Yaşlılarda yüksek oranda ve sıklıkla görülen düşmeler kırıkla, beyin hasarıyla, hatta büyük oranda ölümle sonuçlanabilmektedir (24,26-28).

Yaşlılarda önemli mortalite ve morbidite sorunlarına neden olan düşmeler ülkelere tıbbi maliyet yükü de getirmektedir (29). Yaşlılarda düşmeye yönelik yapılan izlem süreçlerinin sağlık bakım maliyetinin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (30). Yapılan çalışmalarda ev güvenliğinin artırılmasının, ev ortamının yaşlıya uygun modifiye edilmesinin, yaşlılara uygulanan fiziksel egzersizlerin, yaşlıda duyma ve görme yetisinin iyileştirilmesinin düşme riskini azalttığı bildirilmektedir (31,32). Ev kazalarına yönelik uygulanacak hemşirelik girişimleri ile yaşlı izlemlerinin yapılması, ev kazalarının getireceği olumsuz sağlık sorunlarını azaltabilecek ve sağlık hizmetlerindeki maliyet yükünü de düşürecektir. Aynı zamanda yaşlı bireylerin korkusu olan ev kazalarında yaşlı bireyi emniyetli bir bakıma dâhil etmek yaşlıların yaşam kalitesini artıracaktır (20).

### 3. İstismar ve İhmal

Yaşlanmayla birlikte fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşlı bireyleri bağımlı hale getirmektedir. Günümüzde son zamanlarda artan göç olayları, geleneksel aile yapısının değişime uğraması, yaşının statü kaybı ve yaşlıya bakım verenin sağlık sorunlarının olması gibi faktörler yaşlıda istismar ve ihmal kavramlarını ortaya çıkarmaktadır (33). DSÖ, Toronto Deklarasyonu'nda yaşlı istismarını; "yaşlıda güven ilişkisini zedeleyen, yaşlıyı strese sokan, zarar veren, bir kez ya da tekrarlayan davranışların tümü" olarak tanımlamıştır (34). Yaşlı ihmali ise "yaşlının ailesi, bakım veren kişi, devletin ve kaldığı kurumların yaşlının kendisi ile ilgili kararlarda yaşlıyı seçimlerden yoksun bırakması, tıbbi ve yasal haklarını ihlal etmesi" olarak tanımlanmaktadır (35). Yapılan birçok çalışmada, yaşlı istismar oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir (36-38). DSÖ son verilerinde, 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin istismar oranı %15,7 olarak tahmin edilmektedir. Türkiye verilerine bakıldığında, kadın ve erkek cinsiyette fiziksel istismarın en yüksek oranda olduğu görülmektedir (38,39). Yaşlıların ihmali durumu incelendiğinde ise yaşlıların en çok aileleri ve bakım verenleri tarafından ihmali edildikleri belirlenmiştir (38). Ancak yaşlının istismar ve ihmalinin tanınmasında bazı güçlükler yaşanmaktadır. Özellikle aile içinde görülen yaşlı istismarında halen günümüzde aile kavramı saygınlığının olması, yaşlının kaygıları, kurumların itibarı, yaşlının istismar ve ihmali fark etmemesi tanılamayı güçleştirmektedir (39). Yaşlıda istismar ve ihmalle ilgili yapılan çalışmalarda,

multidisipliner bir yaklaşımla toplumda farkındalığın ve bilinçliliğin artırılması, düzenli eğitim programlarının planlanması gerektiği belirtilmektedir (40). Yaşlıların sağlık kontrollerinde ve takiplerinde bu konuda politikalarla izlemlerin oluşturulması ve yaşlıların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden güvenlik altına alınması sağlanmalıdır (38).

### 4. Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme sadece yaşlılıkta değil, insanların tüm yaşamları boyunca sağlığın korunması ve hastalık durumunda tedavi sürecinin etkinliğinin sağlanmasında temel koşuldur. Ancak yaşlı bireyler organ rezervlerinde azalma, homeostatik dengede bozulma, birçok fonksiyon kaybı, psikolojik sorunlar, besinleri hazırlayamama, sürekli ilaç kullanma ve alışveriş yapamama gibi nedenlerle toplumda öncelikli grup olarak risk taşıyan kişiler arasındadır. Yaşlanmayla birlikte besin alımında fizyolojik düşüş, diş kayıpları, emilim ve boşaltım gibi sağlık sorunları, tat, koku alma duyusunda azalma, psikolojik sorunlar gibi nedenlerle yaşlılarda yetersiz beslenme görülmektedir (41). Yetersiz beslenme yaşlıların hastane başvurularında artışa, enfeksiyonlara, iyileşmeyen yaralara, düşmelere, yaşam kalitesinde bozulmaya hatta ölümlere neden olmaktadır (42).

Yetersiz, dengesiz ve aşırı beslenme gibi kavramları içine alan malnütrisyon oranına bakıldığında, yaşlının fiziksel durumuna ve kaldığı ortama göre değişiklik gösterdiği görülmektedir. Evde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon oranı %5, bakım evinde yaşayanlarda %20, hastanede bulunanlarda ise %30-50 arasındadır (43, 44). On iki ülkedeki yaşlıların malnütrisyon durumunu değerlendiren bir çalışmada, yaşlıların %23'ünün malnütrisyon tanısının olduğu ve en çok bakım evinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (45). Yaşlılarda beslenme yetersizliğinin tanımlanmasında multidisipliner sağlık yaklaşımı gereklidir. Yaşlılar düzenli kontrollerle, beslenme sorunları geliştiğinde başvuracağı birimlerle irtibat halinde bulunmalı, bu konuda hemşireler yaşlılarda eğitim ve takiplerle farkındalık oluşturmalıdır. Ayrıca yaşlıların bakımını üstlenen bireylerin beslenme konusunda bilgi düzeylerinin artırılması ile yaşlıların evde, kurumda, hastanede periyodik takiplerinin yapılması beslenmeye bağlı gelişebilecek mortalite ve morbidite riskini azaltabilecektir (42).

### 5. Barınma

Yaşam boyunca barınılan çevre, insanların fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamakta ve yaşam kaliteleri için de önemli olmaktadır (46). Yaşlı bireyler bilişsel, nörolojik, kardiyovasküler ve diyabet gibi kronik hastalıklarla birlikte yaşamlarını idame ettirmekte güçlük yaşamaktadır (47). Ayrıca kronik

hastalıklara ek olarak ekonomik yönden kısıtlanma, iş yaşamından ayrılma, sosyal ortamlardan izole olma gibi nedenlerle diğer bireylere bağımlı hale gelmeleri yaşam faaliyetlerini yerine getirmede de güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (48). Yaşlıların barındıkları ortamlarda psikolojik, sosyal ve fiziksel düzenlemeler yaşlıların sağlığı için önemli değişimlerdir (49). DSÖ 2010 verilerine göre, konut ve konutlara bağlı ortaya çıkan yaralanma oranları, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların oranlarıyla neredeyse aynı düzeydedir (50).

Bireyler için özerklik ve bağımsızlığın önemli bir göstergesi olan ev ortamı, yaşlılar için kendilerini güvenli hissettikleri ortamlardır (51). Yaşlılarda konutlara ilişkin kazaları önlemeye yönelik konut iyileştirme politikaları, elektrik sistemine ait düzenlemeler, yangına ait düzenlemeler, çarpma ve düşmelere yönelik düzenlemeler, yaşlılara ulaşımdaki teknolojik düzenlemeler ve konut içi tasarımların yeniden düzenlenmesi gibi uygulamaları içermektedir (52). Yaşlının alışlagelmiş konut ve çevrede sağlıklı yaşlanması sadece yaşlanan bireyi değil, yaşlının çevresinde bulunan diğer bireyleri olumlu etkileyerek yaşlanmayla beraber oluşan değişimlerde gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı olacak, güvenlik sistemini artıracak ve yaşlanmayı kolaylaştıracaktır (48).

## 6. Ekonomi

Yaşlı sağlığını etkileyen önemli etmenlerden biri gelir düzeyidir. Bireyin gelir düzeyi; eğitim, sağlık, yeme-içme, barınma, giyinme gibi yaşam koşullarını şekillendirmektedir (53). Sosyal politikalarla birlikte oluşturulan ekonomik düzenlemeler sağlıkta iyileşmeleri artırmaktadır. Yaşlılarda cinsiyete göre gelir düzeyinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla ekonomik düzeylerinin daha düşük, sağlık durumlarının ise daha kötü olduğu vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalarda, ekonomik yetersizlik özellikle yaşlı bireyleri olumsuz etkilemektedir (54-56). Gelir düzeyi düşük yaşlılarda malnütrisyon, ağız sağlığında bozulma, enfeksiyon ve kronik hastalık gelişimi daha yaygındır (54,57). Yaşlılarda ekonomik düzeyin düşük olması bağımsızlık fonksiyonlarını azaltarak yaşlıları başka bireylere bağımlı bakıma yöneltmektedir. Bunun sonucunda yaşlı bireylerin aile içindeki rolü ve yaşam biçiminin değişmesi yaşlı ve aile bireyleri arasında iletişim sorunlarına neden olmaktadır (55). Atmış beş yaş üstü yaşlı bireylerle ekonomik istismara yönelik yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %63,1'i ekonomik istismara maruz kaldığı ve bu istismarın en çok oğlu, kızı ve eşi tarafından olduğu saptanmıştır (58). Yaşlılara sosyoekonomik destek sağlanması durumunda ise tedavinin daha başarılı olduğu ve depresyonun daha az oranda görüldüğü belirlenmiştir (56).

Geçmiş yıllarda kayıt dışı (sigortasız) çalışan yaşlıların gelecek dönemde sosyal yardımdan yoksun kalması,

eşi vefat etmiş ve ekonomik güvencesi olmayan yaşlı kadınların varlığı, yaşlı aylıklarının yetersiz olması yaşlı yoksulluğuna neden olmaktadır. Yaşlı güvenliğinin artırılması için ekonomik anlamda politik düzenlemeler yapılmasının, sağlık hizmetlerinden düzenli bir şekilde yararlanma olanağı sağlanmasının, beslenme durumunun takip edilmesinin, güvenceli iş istihdamı olanağı sunulmasının, yaşlı kadınların ekonomik olarak daha çok desteklenmesinin ve bu yönde denetim mekanizmaları geliştirilmesinin faydalı olduğu belirtilmektedir (59). Ayrıca yaşlıların ekonomik istismar yönünden takip edilmesi, başvurması gereken kuruluşların bilgisinin verilmesi ekonomik özgürlüklerinin artırılmasını sağlayacaktır.

## SONUÇ

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılık döneminde duysal sorunlar, eylemsel zayıflıklar, kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlükler ortaya çıkarmakta ve kaza risklerinin artmasına neden olmaktadır. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bu sorunlarda sosyal, emniyet, sağlık hizmetleri alanlarında yaşlılara yönelik politikalar geliştirilmektedir. Güvenli ortamın sağlanması yaşlının hem sosyal hem sağlık açısından yaşam kalitesini artırmada önemlidir. Sağlık disiplinleri arasında hemşirelik bakımı, yaşlanmanın getirdiği sorunların çözümlenmesinde, yaşlının bakımında ve takibinde önemlidir. Yaşlıların tüm bu takiplerinde ilaç, ev kazaları, düşmeler, beslenme, istismar ve ihmal, barınma, ekonomi gibi durumlarda güvenli alanlar oluşturmak ve riskleri ortadan kaldırmak için gereklidir. Geronemniyet, yaşlının günlük faaliyetleri için gerekli olan fiziksel, zihinsel, sağlık ve diğer yaşam alanlarını emniyete alması ve bu alanlarda araştırma, değerlendirme ve takiplerinin yapılmasıdır. Geronemniyet sağlık alanına entegre edildiğinde yaşlı bireyin vücut bütünlüğünü korumak açısından birçok başlık altında genişletilebilir ve gelecek çalışmalarda sağlık alanında ölçeklerle, klinik çalışmalarla, kurumlarda protokol olarak yaşlı takiplerinde kullanılabilir. Yaşlıların yaşamını sürdürdüğü tüm alanlarda hemşirelerin bakımı, eğitimi, takibi ve tedavisi yaşlıların kendilerini fiziksel, sosyal, ekonomik ve bilişsel olarak güven içinde hissetmelerini sağlayacaktır.

## ETİK BEYANLAR

**Hakem Değerlendirme Süreci:** Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

**Çıkar Çatışması Durumu:** Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Yazar Katkıları:** Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Çağlar T. Yaşlılık ve sosyal hizmet: yaşam destek merkezi örneği. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Derg 2014; 25: 145-162.
2. United Nations, <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf> (Erişim Tarihi; 23.04.2020).
3. Şentürk S. Avrupa Birliği ve Türkiye'nin sorunu yaşlılık. Ayrıntı Derg 2017; 5: 45-50.
4. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2012; 2: 19-23.
5. Hazer O, Özsungur F. Gerontolojide kişisel emniyet çözümleri. Sosyal Politika Çalışmaları Derg 2017; 17: 97-117.
6. Tekin ÇS, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Derg 2016; 3: 219-29.
7. Lopes LM, Figueiredo TP, Costa SC, Reis AM. Use of potentially inappropriate medications by the elderly at home. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. Cien Saude Colet 2016; 21: 3429-38.
8. Kim H, Kim HS, Ko H, Choi J, Cho NH. Analysis of inappropriate medication use and drug interactions in older people in South Korea. Int J Clin Pharmacol Ther 2017; 55: 847-52.
9. Mohammed HB, Ibrahim D, Cavus N. Mobile device based smart medication reminder for older people with disabilities. Appl Syst Innov 2018; 1-14.
10. Yıldırım AB, Kılınç AY. Yaşlı hastalarda polifarmasi ve ilaç etkileşimi. Turk Kardiyol Dern Ars 2017; 45: 17-21.
11. Misha' Aly A. Drug prescribing to the elderly patients. IJHHS 2018; 1: 65-9.
12. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. Clin Pharmacol Ther 2012; 91: 521-8.
13. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999-2012. JAMA 2015; 314: 1818-30.
14. Morin L, Vetrano DL, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Fastbom J, Johnell K. Choosing wisely measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide, Longitudinal cohort study. Am J Med 2017; 130: 927-36.
15. Öztürk Z, Uğraş KG. Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Derg 2017; 27: 103-108.
16. Şayir ÇT, Toprak DE, Karaoğlu SA. Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Derg 2014; 18: 35-41.
17. Öztaş Ö, Aslan GK. Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 2019; 6: 132-141.
18. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. Bakırköy Tıp Derg 2016; 12: 195-201.
19. Solmaz T, Altay B. Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı Ve Düşmeye Neden Olan Faktörlerin Belirlenmesi. Balıkesir Sag Bil Derg 2019; 8:129-134.
20. Çınarlı T, Koç Z. 65 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Gumushane University J Health Sci 2015; 4: 660-79.
21. Tamil V, Çetinkaya Y, Sayer V, Avşar D, İskit Y. Düşme riskinin değerlendirilmesi. Sağlık Akademisyenleri Derg 2014; 1: 21-6.
22. Şahin H, Erkal S. Evaluation of the elderly' falls efficacy by their status of having a home accident and daily life activities. J Human Sci 2017; 14: 2308-16.
23. Kibar E, Aslan D, Karakoç Y, Kutsal YG. Ankara'da bir kurumda yaşayan yaşlılar arasında düşme sağlığı, risk faktörleri ve korunmaya ilişkin yaklaşımlar. TAF Prevent Med Bull 2015; 14: 23-32.
24. Naharci MI, Doruk H. Approach to fall in elderly population. TAF Prevent Med Bull 2009; 8: 437-44.
25. Rogmans WHJ. Joint action on monitoring injuries in Europe (Jamie). Arch Public Health 2012; 70: 2-5.
26. Beyazay S, Durna Z, Akın S. Yaşlı bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014; 6: 1-12.
27. Daly RM, Rosengren BE, Alwis G, Ahlberg HG, Sernbo I, Karlsson MK. Gender specific age-related changes in bone density, muscle strength and functional performance in the elderly: A-10 year prospective population-based study. BMC Geriatr 2013; 13: 2-9.
28. Ambrose AF, Cruz L, Paul G. Falls and fractures: A systematic approach to screening and prevention. Maturitas 2015; 82: 85-93.
29. Burns ER, Stevens JA, Lee R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults-United States. J Safety Res 2016; 58: 99-103.
30. Carande-Kulis V, Stevens JA, Florence CS, Beattie BL, Arias I. A cost-benefit analysis of three older adult fall prevention interventions. J Saf Res 2015; 52: 65-70.
31. Haanes GG, Kirkevold M, Hofoss D, Horgen G, Eilertsen G. An intervention designed to improve sensory impairments in the elderly and in door lighting in their homes: An exploratory randomized controlled trial. J Multidiscip Healthc 2015; 8: 11-20.
32. El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2013; 347: 1-13.
33. Gökçe N. Yaşlı istismarı ve ihlali. Sağlık Akademisi Kastamonu 2017; 2: 100-11.
34. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet 2002; 360: 1083-8.
35. Kalaycı I, Yazıcı SÖ, Şenkaynağı A. Yaşlı yakınlarının şiddet algısı: Süleyman Demirel Hastanesi örneği. YSAD 2015; 1: 22-33.
36. Fraga S, Lindert J, Barros H, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. Prev Med 2014; 61: 42-7.
37. Mahtab AK, Farshad S, Hossain SZ, Fakhrazadeh H, Salimi Z. Elder abuse: risk factors of abuse in elderly community dwelling Iranians. Educ Gerontol 2014; 40: 543-54.
38. Lök N. Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistematiik derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015; 7: 149-56.
39. Yeşil P, Taşcı S, Öztunç G. Yaşlı istismarı ve ihmali. DÜ Sağlık Bil Enst Derg 2016; 6: 128-34.
40. Arpacı F, Bakır B. Yaşlı istismarı ve ihlali. Türkiye Sosyal Araştırmalar Derg 2017; 3: 692-703.

41. Hastaoğlu F, Hastaoğlu E. Yaşlılıkta güncel sorun: Yetersiz beslenme. *JoCReHeS* 2018; 8: 89-94.
42. Baz S, Ardahan M. Yaşlılarda malnütrisyon ve hemşirelik yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2016; 5: 147-51.
43. Volkert D. Malnutrition in older adults-urgent need for action: A plea for improving the nutritional situation of older adults. *Gerontology* 2013; 59: 328-33.
44. Cabré M, Ferreira C, Arus M, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M. Evaluation of conut for clinical malnutrition detection and short-term prognostic assessment in hospitalized elderly people. *J Nutr Health Aging* 2015; 19: 729-33.
45. Kaiser MJ, Bauer JM, Rāmsch C, et al. Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1734-8.
46. Kerbler B, Sendi R, Fılipovič Hrast M. The relationship of the elderly toward their home and living environment. *Urbani Izziv* 2017; 28: 96-109.
47. Basanta H, Huang YP, Lee TT. Using voice and gesture to control living space for the elderly people. *ICSSE* 2017: 20-3.
48. Aksoy AD, Günay G. Yaşlıların barınma ihtiyacına alternatif olarak sürdürülebilir yaşlı köyleri. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg* 2017; 7: 1-19.
49. Feng I, Chen JH, Zhu BW, Xiong L. Assessment of and improvement strategies for the housing of healthy elderly: Improving quality of life. *Sustainability* 2018; 10: 1-32.
50. Lawrence RJ. Constancy and change: Key issues in housing and health research, 1987-2017. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 2-7.
51. Fänge A, Ivanoff SD. The home is the hub of health in very old age: Findings from the enable-age project. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 48: 340-5.
52. Nriagu J, Smith P, Socier DA. Rating scale for housing-based health hazards. *Sci Total Environ* 2011; 409: 5423-31.
53. Saito M, Kondo N, Kondo K, Ojima T, Hirai H. Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older japanese: Ages cohort study. *Soc Sci Med* 2012; 75: 940-5.
54. Wang L, Cheng L, Yuan B, Hong X, Hu T. Association between socio-economic status and dental caries in elderly people in sichuan province, China: A cross-sectional study. *BMJ Open* 2017; 7: 1-10.
55. Şahbaz M. Yaşlıların ekonomik durumu: İstanbul Avcılar Örneği. 10. Ulusal Yaşlılık Kongresi. 25-27 Nisan 2019 Denizli. 21-6.
56. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS One* 2013; 8: 1-10.
57. Lashkarboloki F, Aryaei M, Djazayeri A, Eftekhar-Ardebily H, Minaei M. Association of demographic, socio-economic features and some health problems with nutritional status in elderly. *Iranian Journal of Nutrition Sciences and Food Technology* 2015; 9: 27-34.
58. Ünlü D. Yaşlıların ekonomik istismara maruz kalma durumlarının incelenmesi: İstanbul Bahçelievler örneği (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 2019.
59. Karadeniz O, Öztepe ND. Türkiye'de yaşlı yoksulluğu. *Çalışma ve Toplum* 2013; 38: 77-102.