

Belgin AKIN<sup>1</sup>  
Oya N. EMİROĞLU<sup>2</sup>

**EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA  
MOBİLİTEDE YETİYİTİMİ VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ**

**MOBILITY RELATED DISABILITY AND  
ASSOCIATED FACTORS IN THE  
ELDERLY LIVING AT HOME**

**ÖZET**

Evde yaşayan yaşlılarda mobilite yetisindeki bozulma Günlük Yaşam Aktivitelerinde (GYA) bağımlılıktan daha erken başlamakta, ilerleyici ve yaygın bir özellik göstermektedir. Araştırmanın amacı evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yetiyitimi durumunu saptama, etkileyen faktörler ve bu durumun yol açtığı sorunların incelenmesidir. Bu çalışma tanımlayıcı türdedir. 245 yaşlı (65+) ile yapılan bu çalışmada mobilitede yetiyitiminin değerlendirilmesinde Rivermead Mobilite İndeksi (RMI), fiziksel-sosyal yetiyitiminin değerlendirilmesinde Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) kullanılmıştır. Mobilitede yetiyitimi ile çeşitli özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesinde  $X^2$ , Fisher kesin  $X^2$ , Mann Whitney U ve Anova (F) önemlilik testleri kullanılmıştır. Çalışma grubundaki yaşlıların % 68.6' sının mobilitede yetiyitimi bulunduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, yalnız yaşama, sürekli aylık gelir, postürel hipotansiyon, kronik hastalık ve sayısı, hipertansiyon, kalp yetmezliği, osteoartrit-romatoid artrit, iştme bozukluğu, ilaç kullanma ve sayısı, antihipertansifler mobilitede yetiyitimi ile ilişkili iken bakıcısı olma, sağlık güvencesi, dispne, bronşit, kronik eklem ve sırt ağrısı, diyabet, görme bozukluğu ve diüretiklerin ilişkili olmadığı saptanmıştır. Ayrıca mobilitede yetiyitimi olanlar daha fazla fiziksel sosyal yetiyitimi yaşamakta ancak mobilite puanı (RMI) 10-14 puan arasında olanlar daha az fiziksel sosyal yetiyitimi yapmaktadırlar. Bu bulgulara dayanarak mobilitede yetiyitiminin ölçülmesi ve risk faktörlerinin dikkate alınmasının mobilitede yetiyitimi ve aynı zamanda fiziksel-sosyal yetiyitiminin önlenmesine katkıda bulunabileceği söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin yaşlı izleminde RMI' yi kullanmaları önerilmiştir. Böylece hemşirelerin yaşlılarda mobilitede yetiyitimini erken tanıyabileceği ve risk faktörlerini de göz önünde bulundurarak yetiyitiminin önenebileceği vurgulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler** : Evde yaşayan yaşlılar, yetiyitimi, mobilite, risk faktörleri, koruyucu bakım.

**ABSTRACT**

The loss of mobility occurs earlier than the dependency in Activities of Daily Living (ADL) in the elderly living home, also, it is progressive and a prevalent problem. The aims of this study are to examine mobility related disability, influencing factors and associated problems in the elderly living home. This is a descriptive study. Two hundred and forty five elderly (65+) person included in the study. Rivermead Mobility Index (RMI) and Brief Disability Questionnaire (BDQ) were used to assess mobility related and physical-social disability, respectively.  $X^2$ , fisher exact tests, Mann Whitney U and One-Way Anova tests were used for the associations between mobility related disability and some characteristics. 68.6 % of the study population have mobility related disability. It has been found that age, gender, education, marital status, living alone, having continuous income, postural hypotension, having chronic conditions, number of chronic conditions, and also hypertension, hearth failure, osteoarthritis or rheumatoid arthritis, hearing impairment, use medication, number of drugs used and using antihypertensives were associated with mobility-related disability, whilst having care provider, health insurance, dyspnea, bronchitis, chronic joint and back pain, diabetes, visual impairment and using diuretic were not. The elders who have mobility-related disability were more physically and socially disabled, but those who have mobility score (RMI). between 10-14 were less physically and socially disabled. Based on these findings, it has been said that measures of mobility-related disability and considering risk factors may serve to prevention efforts for mobility-related disability and also physical-social disability. So, it has been suggested that RMI may be used by nurses in the observation of elderly populations and emphasized that nurses will have opportunity for recognizing mobility related disability at early stage and considering risk factors. In this way, it's possible to prevent disabilities.

**Keywords**: Community-dwelling elders, disability, mobility, risk factors, preventive care.

Geliş: 06.01.2003

Kabul: 28.04.2003

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Öğr. Gör. Dr., <sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Doç. Dr.

İletişim: Belgin AKIN, Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Tel: 0 (332) 350 24 57

Fax: 0 (332) 350 77 00

e-mail: belak1@hotmail.com

Bu çalışma, Konya İli Selçuk İlçesi I Nolu Merkez Sağlık Ocağı'nda yapılmıştır.

## GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerde (1) ve ülkemizde de (2) yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yaşlanma süreci ve sonuçta ortaya çıkabilen yetiyitimi tüm dünyada birey, aile ve toplumu pek çok yönden etkilemekte, sosyal ve ekonomik açıdan yüksek maliyetlere neden olmaktadır (3). Ülkemizdeki yaşlıların çoğunluğunda bulunan kronik durumların yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan değişikliklerle birlikte yetiyitimine neden olduğu ve ilerleyen yaşla birlikte yetiyitiminin arttığı bildirilmektedir (4,5,6).

Yetiyitimi temel fiziksel, ruhsal ve mental fonksiyonlardaki kısıtlamaların bir sonucudur ve yetiyitiminin ortaya çıkmasında bu fonksiyonların herbiri ayrı önem taşımaktadır (7). Hareket etme ile ilgili olan mobilite fiziksel fonksiyonların önemli bir unsurudur ve bağımsız bir yaşam için gereklidir. Bazı çalışmalarda yaşlıların önemli bir bölümünün ilerleyen yaşla birlikte mobilitede bir düşüş yaşadığı (8,9) ve mobilitede yetiyitiminin GYA' da bağımlılıktan daha yaygın olduğu bildirilmektedir (8). Yaşlılarda mobilite ile ilgili bir çalışmada (10) mobilitede yetiyitimi olanlarda daha ileri düzeyde yetiyitimi gelişme olasılığının arttığı ve mobilite durumunun değerlendirilmesinin yetiyitiminin preklirik evresindeki kişilerin belirlenmesinde önemli olduğu söylenmektedir (11). Bunun yanında yetiyitiminin erken evrelerinin kalıcı özellik göstermediği, tam fonksiyonelliğe ya da yetiyitimine geçişin olası olduğu da (12) bildirilmekte ve yetiyitiminin erken evrelerindeki yaşlılara yönelik girişimlerin yetiyitimi prevelansını azaltabileceği görüşü ileri sürülmektedir (13). Ülkemizdeki bazı çalışmalarda da yaşlılarda en fazla zorluk yaşanan günlük yaşam aktivitelerinin yürüme, ev dışına çıkma, merdiven çıkma, alışveriş yapma, ulaşım gibi mobilite yetisine bağlı aktiviteler olduğu bildirilmektedir (6,14,15).

Yaşlılarda yaygın olarak bulunan kronik hastalıklar ve benzer kronik durumlar -yaşlanmaya bağlı değişiklikler ve yetiyitimi- tedavi edilebilir değil ancak hafifletilebilen, yavaşlatılabilen, birlikte yaşanması ve baş edilmesi gereken durumlardır ve bu sorunlara sahip olan ya da risk altında olan yaşlıların doğrudan akut bakımdan ziyade koruyucu ve uzun süreli bakıma gereksinim duymaları nedeni ile kendi yaşam alanlarında bulunmaları söz konusudur. Bu nedenle de çeşitli düzeylerde bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik ve koordinasyon gibi hemşirelik girişimleri tedaviden daha fazla ön plana çıkmaktadır. Dolayısıyla birinci basamak hizmetler ve özellikle halk sağlığı hemşireliği hizmetleri önem kazanmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi yaşlıyı her yönüyle değerlendirerek mobilite sorunlarını saptama, gereğinde sevk ve danışmanlık hizmeti vererek bakımın sorumluluğunu üstlenme ve organize etmede anahtar bir konumdadır (16).

Genel olarak yetiyitimine yol açan faktörler konusunda çalışmalar olmakla birlikte (4,6,14,15,17,18) yetiyitiminin önemli bir kısmını oluşturan mobilitede yetiyitimine özgü bilgiler nisbeten sınırlıdır. Elde edilecek bilgiler, evinde yaşayan yaşlılarda mobiliteye bağlı yetiyitiminin önlemeye ve azaltmaya yönelik koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerin seçilebilmesi, yaşlı

sağlığının geliştirilmesi ve hemşirenin bu alanda daha etkin olmasına yardımcı olabilecektir. Çalışmanın amacı evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yetiyitimi durumunu saptamak, mobilitede yetiyitimi olanlarda bu durumu etkileyen faktörleri ve yol açtığı sorunları incelemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Evren ve Örneklem: Tanımlayıcı türdeki araştırmanın evrenini Konya merkez Selçuklu ilçesi 1 no lu merkez sağlık ocağı bölgesinde evinde yaşayan ve 2000 yılına göre toplam sayısı 3452 olan 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemede  $n = N.t^2.p.q / d^2.(N-1) + t^2.p.q$  formülünden (19) yararlanılmış ve 245 yaşlı saptanmıştır. Örneklem seçiminde de yaşlıların bulunduğu Ev halkı Tesbit Fişleri (ETF) birer dosya olarak kabul edilerek rastgele bir seçme yöntemi olan Sistemik Örneklem Yöntemi (SOY) kullanılmıştır. 65 yaşın üzerinde, verilerin toplanmasını engelleyebilecek iletişim sorunu (ağır işitme bozukluğu ya da mental bozukluk) olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 245 yaşlı araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Veri Toplama Şekli ve Araçları: Veriler eğitilmiş 6 hemşire ve araştırmacı tarafından 15 Haziran- 10 Temmuz 2001 tarihleri arasında ev ziyaretleri ile, yaşlılarla tek tek yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Yaşlıların sosyodemografik, sosyoekonomik ve sağlıkla ilgili verilerini toplamak için bir bilgi formu kullanılmıştır. Yaşlıların mobilitede yetiyitimi değerlendirme amacı ile ülkemizde geçerlilik güvenilirliği incelenmiş olan Rivermead Mobilite İndeksi (RMİ) (20), fiziksel-sosyal yetiyitimi değerlendirmek için Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) (21), mobilite yönünden ev içi özelliklerini değerlendirmek amacı ile araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan "mobilite yönünden ev içi özellikleri kontrol listesi" kullanılmış ve ev içi özelliklerinin mobilite yönünden uygunluk ölçüleri (basamak yüksekliği, kapı genişliği vs.) ve incelenecek ev içi özellikleri literatüre dayanarak belirlenmiştir (22,23). Mobilite yönünden ev içi özellikleri olarak; zemin, merdivenler, mutfak, banyo/tuvalet ile mimari ve mobilyalar değerlendirilmiştir. RMİ' den "0"- "15" puan arasında alınabilmektedir. 15 puan (tam puan) altında almak "sorun var" olarak kabul edilmiştir. KYA' dan "0" - "22" arasında puan alınabilmektedir, Yetiyitimi puanları 0-4 puan= yetiyitimi yok, 5-7 puan=hafif, 8-12 puan=orta ve 13 puan ve üstü ağır yetiyitimi olarak değerlendirilmektedir. Boy ve ağırlık ölçümleri görüşmeciler tarafından yapılmış ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) =  $kg / m^2$  olarak ifade edilmiştir. BKİ' nin değerlendirilmesinde 18.4 ve altı düşük, 18.5-24.9 arası normal ve 25 ve üstü yüksek değerleri kullanılmıştır (24). Postürel Hipotansiyon' u değerlendirmek için yaşlıların karı basıncı önce otururken sonra hemen arkasından ayakta olmak üzere görüşmeciler tarafından ölçülmüştür. Sistolik kan basıncının ayakta iken 20 mmHg ya da daha fazla düşmesi ya da 90 mmHg' mn altına düşmesi postürel hipotansiyon (25) olarak kabul edilmiştir. Düşme durumunun değerlendirilmesi son 1 yıl içinde ev içinde, çevresinde ya da uzağında herhangi bir hafif ya

da ağır düşme olayı yaşanıp yaşanmadığı sorusuna yaşlı ve yakınlarının verdiği bilgilere dayalıdır. Yaşlılarda kronik hastalık/durum varlığı ve türü yaşlı ve yakınlarının öz-bildirimine dayalıdır ancak tanının bir hekim tarafından doğrulanma durumu göz önünde bulundurulmuştur. Kullandığı ilaçların sayısı ve türü tüm ilaçlar görüşmeciler tarafından görülerek bizzat değerlendirilmiştir. Kullanılan ilaç sayısı değerlendirilirken, yaşlıların reçeteli ya da reçetesiz en az 7-10 gündür aldığı ilaçlar dikkate alınmıştır. Algılanan fiziksel ve zihinsel-duygusal sağlık yaşlıların "kendi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna verdikleri yanıtı dayanarak üç kategoride (çok iyi/ iyi, orta ve kötü/ çok kötü) değerlendirilmiştir. Geçen yıla göre fiziksel aktivite durumu yaşlıların "fiziksel aktivite durumunuzu geçen yıla göre nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna verdikleri yanıtı dayanarak üç kategoride (çok azalmış, azalmış ve aynı) değerlendirilmiştir.

**Değişkenler:** Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, kiminle yaşadığı, bakacak kimsesi olma, sürekli aylık geliri ve sağlık güvencesi olma, BKİ, postürel hipotansiyon, kronik hastalık/duruma sahip olma, kronik hastalık/durum sayısı, bazı kronik hastalık/durum türleri, ilaç kullanma, kullanılan ilaç sayısı, bazı ilaç türleri, mobilite yönünden ev içi özellikleri mobilitede yetiyitimi ile ilişkili bağımsız değişkenler olarak incelenmiştir. Kendi sağlığını algılama (fiziksel, zihinsel-duygusal), son bir yıl içinde hastaneye yatma, bir yıl öncekine göre fiziksel aktivite durumu, son bir yıl içinde düşme, sayısı ve yeri ve fiziksel-sosyal yetiyitimi durumu mobilitede yetiyitimi ile ilişkili bağımlı değişkenler olarak incelenmiştir.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** İstatistiksel analizler SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. Mobiliteye bağlı yetiyitimi durumunun çeşitli sosyodemografik özellikler, sağlık özellikleri, mobilite yönünden ev içi özellikleri, düşme durumu ve fiziksel -sosyal yetiyitimi ile ilişkisinin incelenmesinde X ya da Fisher kesin X<sup>2</sup> önemlilik testi, Mann-Whitney U önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) (F) kullanılmıştır. Varyans analizi sonucu gruplar arasındaki fark önemli bulunduğu hangi grup ya da grupların farklı olduğunu incelemeye tukey yöntemi (Tukey's HSD testi) kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sonucu elde edilen sonuçların önem kontrolünde çift yönlü p değeri kullanılmış ve p değeri 0.05' in altında ise anlamlı kabul edilmiştir.

**Sınırlılıklar** \*Araştırmamızın sonuçları yalnızca incelemenin yapıldığı sağlık ocağı bölgesi için geçerlidir topluma genellenemez. \*Kronik hastalık varlığı, türü ve sayısı konusunda elde edilen bilgiler yaşlı ve yakınlarının öz bildirimine dayalı bilgilerle sınırlıdır. Ancak tanının bir hekim tarafından doğrulanıp doğrulanmadığı sorulmuştur. \*Düşme durumunun değerlendirilmesinde son bir yıl içinde düşme olup olmadığı konusunda alınan bilgiler de yaşlı ve yakınlarının öz bildirimine dayalı bilgilerle sınırlıdır ve unutmaya söz konusu olabilir.

## BULGULAR

Sağlık ocağı bölgesinde evinde yaşayan toplam 245 yaşlının

ele alındığı bu çalışmada; yaşlıların çoğunluğu (% 64.1) 70 yaşın üzerinde yer almaktadır, % 51.0' i erkektir, % 43.3' ü ilk okul mezunudur, % 73.1' i evlidir, % 51.0' i eşi ile yaşamaktadır, % 95.1' inin bakımını üstlenecek kişi aile üyelerinden birisidir, % 93.5' inin sürekli bir aylık geliri ve % 91.4' ünün sağlık güvencesi vardır (Tablo 1). Bunun yanında Tablo 2' de gördüğü gibi % 47.8' i fiziksel sağlığını % 46.7' si de zihinsel-duygusal sağlığını orta

**Tablo 1. Yaşlıların bazı sosyo-demografik özellikleri ne göre dağılımları.**

Yaş Grupları	Sayı	%
65-69	88	35.9
70-74	86	35.1
75-79	41	16.8
80+	30	12.2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	120	49.0
Erkek	125	51.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
O.Y. D.	82	33.5
O.Y. okula gitmemiş	26	10.6
İlkokul	106	43.3
Ortaokul ve üzeri*	31	12.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evlü	179	73.1
Dul ya da boşanmış**	66	26.9
<b>Kiminle Yaşadığı</b>		
Yalnız	25	10.2
Eşi ile	125	51.0
Çocukları ile***	91	37.2
Akrabaları/Arkadaşı ile	4	1.6
<b>Bakımı Üstlenebilecek Kişi</b>		
Yok	6	2.4
Aile üyeleri (eşi, kızı, oğlu)****	233	95.2
Aile üyeleri dışında (akrabası, arkadaşı, komşusu)	6	2.4
<b>Sürekli Aylık Gelir Durumu</b>		
Sürekli aylık geliri yok	16	6.5
Sürekli aylık geliri var	229	93.5
<b>Sağlık Güvencesi Durumu</b>		
Sağlık güvencesi yok	21	8.6
Sağlık güvencesi var*****	224	91.4
<b>Toplam</b>	<b>245</b>	<b>100.0</b>

\* 10 (%4.1) kişi ortaokul, 13 (%5.3) kişi lise ve 8 (%3.3) kişi üniversite mezunu

\*\* Yalnızca 1 (%0.4) kişi boşanmıştır

\*\*\* 52 (%21.2) kişi eşi ve çocukları ile ve 39 (%15.9) kişi yalnız çocukları ile

\*\*\*\* 145 (%59.2) kişinin eşi, 28 (%11.4) kişinin kızı ve 60 (%24.5) kişinin oğlu

\*\*\*\*\*92 (%37.6) kişi SSK, 50 (%20.4) kişi emekli sandığı, 67 (%27.3) kişi bağkur ve 15 (%6.1) kişi yeşil kart

derecede algılanmaktadır, % 81.2'si son bir yıl içinde hastaneye yatmıştır, % 51.0'i fiziksel aktivitesini biraz azalmış değerlendirmektedir, % 74.6' sının BKİ' si yüksektir ve % 23.8'inin postürel hipotansiyonu vardır. Yaşlıların % 29.8' inde fiziksel-sosyal yetiyitimi bulunmamakta iken % 9.4' ünde hafif, % 31.4' ünde orta ve % 29.4' ünde ağır derecede fiziksel-sosyal yetiyitimi bulunmaktadır. Bunun yanında son bir ay içinde günlük işlerini ortalama 5.8 gün (Standart sapma (SS) 9.7) aksatmışlar ve ortalama 2.3 (SS 5.7) günlerini hastalık ya da yaralanma nedeni ile yatakta geçirmişlerdir. Yaşlıların 168' inde (% 68.6) mobilitede yetiyitimi bulunmaktadır. Mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların mobilite pu-

**Tablo 2.** Yaşlıların algılanan fiziksel ve zihinsel-duygusal sağlık, hastaneye yama, fiziksel aktivite, Bkl ve postürel hipotansiyon durumlarına göre dağılımları.

Algılanan Fiziksel Sağlık Durumu	Sayı	%
Çok iyi	8	3.3
İyi	65	26.5
Orta	117	47.8
Kötü	46	18.8
Çok kötü	9	3.6
Algılanan Zihinsel ve Duygusal Sağlık Durumu		
Çok iyi	10	4.1
İyi	63	25.7
Orta	113	46.1
Kötü	47	19.2
Çok kötü	12	4.9
Hastanede Yatma Durumu (son 1 yıl içinde)		
Yatan	52	21.2
Fiziksel Aktivite Durumu (1 yıl önceğine göre)		
Aynı		
Biraz azalmış	95	38.8
Çok azalmış	125	51.0
Bkl Durumu *		
Düşük (18.4 altı)		
Normal (18.5-24.9)	1	0.4
Yüksek (25 üstü)	61	25.0
Postürel Hipotansiyon Durumu *		
Var		
Toplam	186	76.2
	245	100.0

\*Yatalak olması nedeni ile bir yaşlının Bkl ve postürel hipotansiyon durumu değerlendirilemediğinden n=245 dir

alarına göre dağılımı incelenmiş ve yaşlıların % 85.7' sinin 10-14 puan, % 8.9' unun 5-9 puan ve % 5.5' inin 0-4 puan arasında yer aldığı saptanmıştır. Mobilitede yetiyitimi olan yaşlılarda en fazla sorun yaşanan mobilite etkinlikleri ise RMI' nin ikinci yarısında yer alan koşma ya da hızlı yürüme (% 96.4), dışarıda düzgün olmayan zeminlerde yürüme (% 68.5), dört basamak inip-çıkma (% 46.4) gibi daha zor mobilite etkinlikleridir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların mobilite etkinliklerinde (RMI) sorun yaşama durumuna göre dağılımı, n=168\*.

Mobilite Etkinlikleri	Sorun Yaşama Durumu	
	Sayı	%
Yatak içinde dönme	2	1.2
Yatar pozisyonundan oturur pozisyona geçme	3	1.8
Oturma dengesi	1	0.6
Oturur pozisyonundan ayağa kalkma	14	8.3
Desteksiz ayakta durma	18	10.7
Yer değiştirme	12	7.1
İçeride yürüme (gerekliyse yardımcıyla)	8	4.8
Merdiven çıkma	26	15.5
Dışarıda yürüme (düzgün zeminde)	26	15.5
İçeride yürüme (yardımsız)	25	14.9
Yerden bir şey alma	28	16.7
Dışarıda yürüme (düzgün olmayan zeminde)	115	68.5
Banyo yapma	21	12.5
Dört basamak inip-çıkma	78	46.4
Koşma ya da hızlı yürüme	162	96.4

Satır yüzdeleri alınmıştır

\*Yaşlılarda birden fazla mobilite etkinliğinde sorun olabilir olduğundan n=168' in üzerinde dir.

Mobilitede yetiyitimi etkileyen durumlar olarak bazı sosyo-demografik, sosyoekonomik özellikler incelenmiştir (Tablo 4). 75 ve üzerindeki yaş grubunda yer alanların (% 93.0), kadınların (% 83.3), okur-yazar olmayan (% 87.8) ve okur-yazar ancak okula

**Tablo 4.** Yaşlılarda mobilitede yetiyitimi durumunu etkileyen kişisel ve sağlıkla ilgili bazı faktörlerin mobilitede yetiyitimi durumuna göre dağılımı.

	Mobilitede yetiyitimi		Önemlilik değerleri
	Var n=168	Yok n=77	
Yaş			
65-69	46 (52.3)	42 (47.7)	$X^2=31.870$ $p=0.000^*$
70-74	56 (65.1)	30 (34.9)	
75+	66 (93.0)	5 (7.0)	
Cinsiyet			
Kadın	100 (83.3)	20 (16.7)	$X^2=23.782$ $p=0.000^*$
Erkek	68 (54.4)	57 (45.6)	
Eğitim Durumu			
O.Y. D.	72 (87.8)	10 (12.2)	$X^2=35.006$ $p=0.000^*$
O.Y. Okula gitmemiş	22 (84.6)	4 (15.4)	
İlkokul	62 (58.5)	44 (41.5)	
Ortaokul ve ↑	12 (38.7)	19 (61.3)	
Medeni Durumu			
Evli	112 (62.6)	67 (37.4)	$X^2=11.106$ $p=0.001^{**}$
Dul/Boşanmış	56 (84.8)	10 (15.2)	
Kiminle Yaşadığı			
Yalnız	22 (88.0)	3 (12.0)	$X^2=10.376$ $p=0.016^{***}$
Eşi ile	76 (60.8)	49 (39.2)	
Çocukları ile	66 (72.5)	25 (27.5)	
Akraba/Arkadaş ile	4 (100.0)		
Bakımını Üstlenecek Kişi			
Yok	5 (83.3)	1 (16.7)	****
Aile üyeleri	157 (67.4)	76 (32.6)	
Aile üyeleri dışı	6 (100.0)		
Sürekli Aylık Gelir			
Yok	12 (70.5)	5 (29.5)	$X^2=33.259$ $p=0.000^*$
Var	156 (68.5)	72 (31.5)	
Sağlık Güvencesi			
Yok	17 (81.0)	4 (19.0)	$X^2=1.634$ $p=0.201$
Var	151 (67.4)	73 (32.6)	
Bkl' e			
Normal (18.5-24.9)	38 (61.3)	24 (38.7)	$X^2=1.969$ $p=0.161$
Yüksek (25 ve üstü)	129 (70.9)	53 (29.1)	
Postürel Hipotansiyon e			
Var	47 (81.0)	11 (19.0)	$X^2=5.585$ $P=0.018^{***}$
Yok	120 (64.5)	66 (35.5)	

Satır yüzdeleri alınmıştır. \* Yaşlılarda 1 kişi boşanmıştır.

66 Yaşlılık olması nedeni ile bir yaşlıda Bkl ve postürel hipotansiyon durumu değerlendirilemediğinden n=167 dir

66 Bkl düşük (18.1) olan bir kişi bu gruba dahil edilmiştir.

\* p<0.001, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.05.

\*\*\*\*Dağılımın yetersizliği nedeni ile istatistiksel analiz yapılmamıştır

gitmemiş olanların (% 84.6), dul/boşanmış olanların (% 84.8), yalnız yaşayanların (% 88.0), sürekli bir aylık geliri olmayanların (% 70.5) ve postürel hipotansiyonu olan yaşlıların (% 81.0) çoğunluğunun mobilitede yetiyitimi vardır. Tablo 4'de görüldüğü gibi yapılan istatistiksel analizde yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, yalnız yaşama, sürekli aylık gelir ve postürel hipotansiyon ile mobilitede yetiyitiminin ilişkisinin önemli olduğu saptanmıştır (p<0.05). Gereksinim halinde bakımını üstlenecek birisi olmayanların (% 83.3), sağlık güvencesi olmayanların (% 81.0) ve Bkl' si yüksek olanların da (% 70.9) çoğunluğunun mobilitede yetiyitimi bulunmaktadır. Ancak dağılımın yetersizliği nedeni ile gereksinim halinde bakımını üstlenecek kişi ile ilgili istatistiksel inceleme yapılamamış, diğer özelliklerle ilgili yapılan istatistiksel incelemede bu durumların mobilitede yetiyitimi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Mobilitede yetiyitimi etkileyen durumlar olarak kronik has-

talik/durum ve ilaç kullanımı ile ilgili bazı özellikler incelenmiştir (Tablo 5). Tabloda görüldüğü gibi kronik hastalık/durumu olanların (% 84.5), 3 adet (% 77.8) ve 4 (% 84.5) ya da daha fazla

**Tablo 5.** Mobilitede yetiyitiminin kronik hastalık/durum varlığı, sayısı ve türü ile ilaç kullanımı, sayısı ve türüne göre dağılımı.

Kronik hastalık/durum	Mobilitede yetiyitimi		Önemlilik değerleri
	Var n=168 Sayı (%)	Yok n=77 Sayı (%)	
Yok	3 (16.7)	15 (83.3)	$\chi^2 = 24.286, p=0.000^*$
Var	165 (72.7)	62 (27.3)	
Kronik hastalık/durum sayısı	Var n=165	Yok n=62	
1	23 (53.5)	20 (46.5)	$\chi^2 = 15.948, p=0.001^{**}$
2	36 (65.5)	19 (34.5)	
3	35 (77.8)	10 (22.2)	
4+	70 (84.5)	13 (15.5)	
<b>Kronik hastalık/durum türü</b>			
Hipertansiyon	91 (85.8)	15 (14.2)	$\chi^2 = 25.880, p=0.000^*$
Kalp yetmezliği	40 (85.1)	7 (14.9)	$\chi^2 = 7.378, p=0.001^{**}$
Dispne	30 (78.9)	8 (21.1)	$\chi^2 = 2.247, p=0.134$
Bronşit	44 (74.6)	15 (25.4)	$\chi^2 = 1.300, p=0.254$
Felç/inme	9 (100.0)	0	***
Osteoartrit ve Romatoid artrit	99 (81.8)	22 (18.2)	$\chi^2 = 19.466, p=0.000^*$
Kronik eklem ve sırt ağrısı	55 (73.3)	20 (26.7)	$\chi^2 = 1.137, p=0.286$
Diyabet	27 (79.4)	7 (20.6)	$\chi^2 = 2.153, p=0.142$
Görme sorunu	77 (72.6)	29 (27.4)	$\chi^2 = 1.436, p=0.231$
İşitme sorunu	65 (80.2)	16 (19.8)	$\chi^2 = 7.654, p=0.001^{**}$
<b>İlaç kullanımı</b>			
Kullanmayan	29 (44.0)	37 (56.0)	$\chi^2 = 26.342, p=0.000^*$
Kullanan	139 (77.7)	40 (22.3)	
Kullanan ilaç sayısı	n=139	n=40	
1	21 (58.3)	15 (41.7)	$\chi^2 = 11.922, p=0.018^{***}$
2	34 (77.3)	10 (22.7)	
3	30 (83.3)	6 (16.7)	
4	13 (76.5)	4 (23.5)	
5+	41 (89.1)	5 (10.9)	
<b>Kullandığı ilaç türü</b>			
Düretikler	24 (77.4)	7 (22.6)	$\chi^2 = 1.289, p=0.256$
Antihipertansifler	38 (90.5)	4 (9.5)	$\chi^2 = 11.286, p=0.001^{**}$

Sırt yüzdeleri alınmıştır.  
\*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001. \*\*\*\*Dağılımı yetersizliği nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır.

la kronik duruma sahip olanların, hipertansiyonu (% 85.8), kalp yetmezliği (% 85.1), felç/inme durumu (% 100.0), osteoartrit ve romatoid artrit (% 81.8) ve işitme sorunu (% 80.2) olan yaşlıların, ilaç kullananların (% 77.7), 2 ilaç (% 77.8) ya da daha fazla ilaç kullananların ve antihipertansif ilaç kullanan yaşlıların (% 90.5) çoğunluğunun mobilitede yetiyitimi bulunmaktadır. Yapılan istatistiksel incelemede mobilitede yetiyitimi olanlar ile olmayanların yukarıdaki özellikler yönünden farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Felç/inme durumunda yetersiz dağılım nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır. Tabloda görüldüğü gibi dispne sorunu (% 78.9), bronşiti (% 74.6), kronik eklem ve sırt ağrısı (% 73.3), diyabeti (% 79.4) ve görme sorunu olan (% 72.6) ve diüretik kullanan (% 77.4) yaşlıların çoğunluğunun da mobilitede yetiyitimi vardır. Ancak yapılan istatistiksel incelemede bu sorunların mobilitede yetiyitimi ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Mobiliteyi sınırlandırabileceği düşüncesi ile bazı ev içi özellikleri incelenmiştir. Zeminle ilgili özelliklerde; halı ve kilimlerin kaymasını önleyici (% 69.1) ve yürürken takılmaya neden olabilecek durumlar için önlem almayanların (% 69.1), kaymayacak türde bir zemine sahip olmayanların (% 67.2) ve elektrik kordonlarını yürüme yolu dışında sabitlememiş olanların (% 78.4) ço-

ğunluğunu mobilitede yetiyitimi olan yaşlılar oluşturmaktadır. Ev dışında merdiveni olan 206 yaşlının; ev dışı merdivenlerin alt ve üst bölümünde elektrik düğmesi bulunmayanların (% 69.5), merdiven basamakları sağlam ve onarılmış olmayanların (% 79.3), merdiven basamakları uygun yükseklikte olmayanların (% 69.1) da çoğunluğunun mobilitede yetiyitimi vardır. Ev içinde merdiveni olan 18 yaşlının; ev içi merdivenlerin alt ve üst bölümünde elektrik düğmesi (% 71.4), iki taraflı trabzanı (% 100.0) bulunmayanların, merdiven basamakları sağlam ve onarılmış (% 75.0), basamakları uygun yükseklikte olmayanların (% 100.0), basamak derinliğini belirginleştirici önlem almayanların (% 100.0) çoğunluğunun mobilitede yetiyitimi vardır. Mutfak özelliklerinde; mutfaktaki malzemelerini uygun yükseklikte yerleştirmeyenlerin (% 63.2), yüksekteki malzemelere ulaşmak için sağlam tabureleri olmayanların (% 69.7) çoğunluğunu ve banyosu olan 242 yaşlıdan; küvet, banyo ve tuvalette tutunma barları olmayanların (%67.0), küvet ya da banyo tabanında kaymayı önleyici önlemler almamış olanların (% 68.2) çoğunluğunun ve bunun yanında evinde klozeti bulunan 208 yaşlıdan klozet yüksekliği uygun olmayanların % 68.2' sinin mobilitede yetiyitimi bulunmaktadır. Mimari ve mobilya özelliklerinde; yatak yüksekliği uygun olmayan (% 68.7), kapı genişliği uygun olmayan (% 69.2), iç kapı eşikleri bulunan (% 74.0) yaşlıların ve bunun yanında evinde sandalyesi bulunan 216 yaşlıdan sandalye yüksekliği uygun olmayanların da %72.8'inin mobilitede yetiyitimi vardır. Görüldüğü gibi ev içi özellikleri uygun bulunmayan yaşlıların çoğunluğunun mobilitede yetiyitimi bulunmaktadır ancak istatistiksel incelemeler ev içi özellikleri bakımından gruplar arasındaki farkın önemli olmadığını göstermiştir (P>0.05). Ev içi merdiven özelliklerinde dağılımın yetersiz olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Mobilitede yetiyitimi durumunun yol açtığı sorunlara ilişkin bazı özellikler incelenmiştir (Tablo 6). Mobilitede yetiyitimi olanlarda sağlığını kötü ya da çok kötü algılayanların (fiziksel - % 29.8 ve zihinsel,duygusal - %30.4), son bir yıl içinde hastaneye yatanların (% 26.8), fiziksel aktivite durumunu çok azalmış değerlendirenlerin (% 41.7), son bir yıl içinde 1 ya da daha fazla düşme olayı yaşayanların (% 49.7) ve ev içinde düşenlerin (% 45.8) oranı mobilitede yetiyitimi olmayanlara göre daha yüksektir. Tabloda 6' da görüldüğü gibi yapılan incelemede mobilitede yetiyitimi olan ve olmayan iki grubun sağlığını algılama, hastaneye yatma, fiziksel aktivite, düşme ve düşmenin yeri yönünden istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların % 39.8' i 3 ya da daha fazla düşerken, mobilitede yetiyitimi olmayanların % 61.1' i 1 kez düşmüştür. Ancak yapılan istatistiksel incelemede mobilitede yetiyitimi olan ve olmayan iki grubun düşme sayısı bakımından farklı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 7' de görüldüğü gibi mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların % 11.3' ünde fiziksel-sosyal yetiyitimi yok iken mobilitede yetiyitimi olmayan yaşlılarda fiziksel-sosyal yetiyitimi olmayan-

**Tablo 6.** Yaşlılarda mobilitede yetiyitiminin yol açtığı durumlar olarak incelenen özelliklerin mobilitede yetiyitimi durumuna göre dağılımı.

	Mobilitede yetiyitimi		Önemlilik değerleri
	Var n=168 Sayı (%)	Yok n=77 Sayı (%)	
<b>Algılanan Fiziksel Sağlık</b>			
Çok iyi/ İyi	37 (22.0)	36 (46.8)	$\chi^2 = 23.595$ $p = 0.000^{**}$
Orta	81 (48.2)	36 (46.8)	
Kötü/Çok kötü	50 (29.8)	5 (6.5)	
<b>Algılanan Zihinsel-Duyusal Sağlık</b>			
Çok iyi/ İyi	35 (20.8)	38 (49.4)	$\chi^2 = 23.990$ $p = 0.000^{**}$
Orta	82 (48.8)	31 (40.3)	
Kötü/Çok kötü	51 (30.4)	8 (10.4)	
<b>Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumu</b>			
Yatan	43 (26.8)	7 (9.1)	$\chi^2 = 9.888$ $p = 0.002^{***}$
Yatmayan	123 (70.2)	70 (90.9)	
<b>Bir Yıl Önceki Gbce Fiziksel Aktivite Durumu</b>			
Az	22 (13.1)	3 (3.9)	$\chi^2 = 8.437$ $p = 0.015^{***}$
Biraz azalmış	76 (45.2)	49 (63.6)	
Çok azalmış	70 (41.7)	25 (32.5)	
<b>Son Bir Yıl İçinde Düşme Durumu</b>			
Düştü	83 (49.7)	18 (23.4)	$\chi^2 = 15.054$ $p = 0.000^{**}$
Düşmeyen	84 (50.3)	59 (76.6)	
<b>Düşme Sayısı</b>			
1	29 (34.9)	11 (14.1)	$\chi^2 = 4.264$ $p = 0.119$
2	21 (25.3)	3 (3.9)	
3+	33 (39.8)	4 (5.2)	
<b>Düşmenin Yeri</b>			
Ev içi	38 (45.8)	31 (40.3)	$\chi^2 = 12.993$ $p = 0.002$
Ev dışı	31 (37.4)	15 (19.5)	
Her ikisi	14 (16.9)	8 (10.4)	

Sınıf sınırları ayrıdır. \*Statistik olarak anlamlıdır. \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001.

ların oranı % 70.1' dir. Yapılan incelemede mobilitede yetiyitimi olan ve olmayan yaşlıların fiziksel-sosyal yetiyitimi yönünden istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Fiziksel-sosyal yetiyitimi durumunun mobilite puanına göre değişebileceği düşüncesi ile mobilite sorunu olan yaşlıların fiziksel-sosyal yetiyitimi durumunun mobilite puanı durumuna göre dağılımı incelenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi mobilite puanı 0-4 puan arasında olanların % 88.9' unda, 5-9 puan alanların % 93.3' ünde ağır yetiyitimi bulunmaktadır. Mobilite puanı 10-14 puan arasında olanların ise yalnızca % 33.3' ünde ağır yetiyitimi bulunmaktadır. Ancak dağılımın yetersiz olması nedeni ile istatistiksel inceleme yapılamamıştır.

Tablo 8' de görüldüğü gibi mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların fiziksel-sosyal yetiyitimi puanı ortalaması (11.54), son bir ay içinde günlük işlerini aksattıkları ortalama gün sayısı (8.0 gün), son bir ay içinde yatakta geçirdikleri ortalama gün sayısı (3.3 gün) daha olumsuz yöndedir. İstatistiki incelemede mobilitede yetiyitimi ile bu özellikler arasında ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Tabloda mobilite puanı 10-14 p. arasında olan grubun fiziksel-sosyal yetiyitimi puanı ortalamasının daha olumlu yönde (10.3 puan) olduğu, son bir ay içinde günlük işlerini daha az aksattıkları (6.2 gün) ve daha az günlerini (2.1 gün) yatakta geçirdikleri görülmektedir. Yapılan istatistiksel incelemede mobilite puanına göre grupların yukarıdaki özellikler yönünden farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Tukey testi ile yapılan incelemede de 10-14 puan arasında olan grubun fiziksel-sosyal yetiyitimi puanı, son bir ay içinde günlük işlerini aksattıkları ve yatakta geçirdikleri gün sayısı yönünden her iki gruptan da farklı olduğu (p=0.000, p<0.001) saptanmıştır.

**Tablo 7.** Yaşlıların fiziksel-sosyal yetiyitimi durumunun mobilitede yetiyitimi durumuna ve mobilite puanına (RMİ) göre dağılımı.

Mobilitede yetiyitimi	Fiziksel-Sosyal Yetiyitimi				Önemlilik değerleri
	Yok	Hafif	Orta	Ağır	
Var n=168	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	$\chi^2 = 107$
	19 (11.3)	11 (6.5)	68 (40.5)	70 (41.7)	51.
Yok n=77	54 (70.1)	12 (15.6)	9 (11.7)	2 (2.6)	$p = 0.000, p < 0.001$
<b>Mobilite</b>					
<b>Puan Durumu</b>					
10-14 puan n=144	19 (11.3)	11 (7.6)	66 (45.8)	48 (33.3)	*
5-9 puan n=15	..	..	1 (6.7)	14 (93.3)	
0-4 puan n=9	..	..	1 (11.1)	8 (88.9)	

Sayı yazılmamıştır. \*Dağılımı yetersiz olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Yaşlıların % 68,6' sının mobilitede yetiyitimi bulunmaktadır. Bir çalışmada (26) yürüme ve denge sorunu olan yaşlı oranının % 63.4 olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmanın sonucu çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Ülke dışındaki çalışmalara bakıldığında yaşlılarda mobilitede yetiyitimi oranının % 32.6-40 (19) ve % 31.2 (11,27) olduğu bildirilmektedirler. Çalışmamızda saptanan mobilitede yetiyitimi oranının (% 68.6) bu iki çalışmada bildirilen oranlardan yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu çalışmalarda bulunan mobilitede yetiyitimi oranının bizim çalışmamızda bulunandan daha düşük olması ülkemiz yaşlılarının daha fazla mobilitede yetiyitimi yaşadığı böylece fiziksel-sosyal yetiyitimi ve benzer sorunlar bakımından daha fazla risk altında olduğu yönünde değerlendirilebilir. Bunun yanında farklılığın mobilitede yetiyitimi tanımlamadaki farklılıktan da kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çünkü çalışmamızdaki mobilitede yetiyitimi yatak içinde dönmeden koşmaya kadar bir dizi mobilite etkinliğinin (RMİ) herhangi birinde sorun olması olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla hafiften ağıra her tür mobilite sorunu olan yaşlıları kapsamaktadır. Diğer çalışmalarda (11,27,28) ise mobilitede yetiyitimi yalnızca birkaç soru ile değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra yaşlıların çoğunluğunun (% 85.7) 10-14 puan arasında yer alması mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların çoğunluğunun mobilitede yetiyitiminin hafif düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Çünkü RMİ kolaydan zora hiyerarşik bir yapı oluşturmaktadır ve düşük puanlar daha kolay etkinliklerde sorun yaşandığını gösterirken, 15 puana yaklaşıldıkça daha zor etkinliklerde sorun yaşandığını göstermektedir. Araştırma grubundaki yaşlılar da çoğunlukla RMİ' nin ikinci yarısında yer alan etkinliklerde sorun yaşamaktadırlar (Tablo 3). Yaşlılarda mobilite sorunlarının yavaş gelişen ve ilerleyen bir özellik gösterdiği (9,17) bildirilmektedir. Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda yaşlıların büyük çoğunluğunun (% 85.7) başlangıç düzeyinde mobilitede yetiyitimi-ne sahip olduğunu düşünebiliriz.

Mobilitede yetiyitimi durumunun yaş (8,10,12,29,30,31), cinsiyet (8,10,12,29,31), eğitim (10,12,31), medeni durum (32), aylık gelir (10,12) ve postürel hipotansiyon (25,33) ile ilişkili olduğu yönündeki bulgumuz pek çok çalışma ile benzerlik göstermek-

**Tablo 8.** Yaşlıların fiziksel-sosyal yetiyitimi puanı (KYA), son bir ay içinde günlük işlerini aksatmaları ve yatağa geçirdikleri gün sayısı ortalamalarının mobilitede yetiyitimi durumu ve mobilite puanına (RMI) göre dağılımı.

Mobilitede yetiyitimi	Fiziksel-Sosyal yetiyitimi puanı	Son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı gün sayısı	Son bir ay içinde yatağa geçirilen gün sayısı
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)
Var	11.54 (5.16)	8.0 (10.8)	3.3 (6.6)
Yok	3.44 (3.56)	0.9 (3.3)	0.3 (1.3)
Önemlilik değerleri	U= 16.003, p= 0.000*	U= 7.089, p= 0.000*	U= 5.416, p= 0.000*
<b>Mobilite Puanı Durumu</b>			
0-4 puan	19.6 (3.67)	16.6 (13.3)	8.8 (12.2)
5-9 puan	18.3 (2.96)	20.4 (13.5)	11.0 (12.4)
10-14 puan	10.3 (4.36)	6.2 (9.1)	2.1 (4.3)
Önemlilik değerleri	F= 41.945, p= 0.000*	F= 28.663, p= 0.000*	F= 23.744, p= 0.000*

tedir. Çalışmamızda BKİ' nin mobilitede yetiyitimi ile ilişkili bulunmaması başka bir çalışmanın (27) bulgusu ile ters düşmektedir. Örneklemimizde BKİ'li düşük olan bir kişi bulunmaktadır. Bu araştırma bulgumuzu sınırlandıran bir durum olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında yaşlılardaki yüksek (% 70.9) BKİ' nin (Bkz. Tablo 2) yol açabileceği başka sağlık sorunları yönünden önemli olabileceği söylenebilir. Bu bulgular ileri yaşta olanların, kadınların, düşük eğitim düzeyindeki kişilerin, dul olanların, yalnız yaşayan, sürekli bir aylık geliri olmayan yaşlıların mobilitede yetiyitimi yönünden daha fazla risk altında olduğunu ve bunun yanında postürel hipotansiyonun mobilitede yetiyitimi yönünden bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir.

Kronik hastalık/duruma sahip olma ve sayısı (10,31), hipertansiyon (10), kalp yetmezliği (8,10,34,35), felç/inme (8,10,33,34,35), osteoartrit ve romatoid artrit (8,10,33), ve işitme sorunu (9), ilaç kullanma ve kullanılan ilaç sayısı (31) ve antihipertansif ilaç kullanmanın mobilitede yetiyitimi ile ilişkisi olduğu yönündeki bulgumuz başka çalışmaların bulguları ile uyumludur. Bu bulgulara dayanarak kronik hastalığı sahip olma ve sayısının, hipertansiyon, kalp yetmezliği, felç-inme, osteoartrit ve romatoid artrit ve işitme sorununun, ilaç kullanma, 2 ya da daha fazla ilaç kullanma ve antihipertansif ilaç kullanmanın mobilitede yetiyitimi yönünden risk faktörleri olduğunu söyleyebiliriz.

Ev içindeki bazı özelliklerin düşmelere neden olduğu (23) ve bazı özelliklerinde bağımsızca hareket etmede önemli olduğundan (22) söz edilmektedir. Söz konusu özelliklerin bulunmamasının yaşlının bağımsızca hareket etmesini engellemesi ve kendini güvensiz hissetmesine yol açması nedeni ile mobiliteyi sınırlandırabileceği düşüncesi ile bazı ev içi özellikleri incelenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde incelenen ev içi özelliklerinin mobilitede yetiyitimi ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu bulgulara dayanarak ev içi özelliklerin yaşlının mobilite yetisini sınırlandırmada önemli olmadığı söylenebilir. Yaşlıların ev ortamlarını kendi hareket yetisine uygun biçimde düzenlemiş olabileceğini düşünebiliriz.

Sağlığını algılama (30), hastaneye yatma ve fiziksel aktivitenin (27,33) mobilitede yetiyitimi ile ilişkili olduğu yönündeki bulgumuz bazı çalışmaların bulguları ile benzerdir. Bu bulgulara dayanarak mobilitede yetiyitimi olanlarda sağlık durumunun olumsuz yönde değiştiğini, II. Basamak tedavi hizmetlerine daha fazla gereksinim duyduğunu ve dolayısıyla mobilitede yetiyitiminin yaşlıların sağlık hizmetlerinde maliyeti artırıcı bir unsur olabileceği söylenebilir. Bunun yanında düşmelerin ve evde düşmenin (26,36) mobilitede yetiyitimi ile ilişkili olduğu yönündeki bulgumuz da iki çalışmanın bulguları ile uyumludur. Mobilitede yetiyitiminin düşme riskini artıran bir durum olduğu ve mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların ev içi düşmeler yönünden daha fazla risk altında olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda mobilitede yetiyitiminin fiziksel-sosyal yetiyitimi, son bir ay içinde günlük işlerini aksatma ve gününü yatağa geçirme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Van Heuvelen ve ark. (37)' nin mobilite yetisindeki bozulmanın yaşlılardaki yetiyitiminin en önemli belirleyicisi olduğu yönündeki bulgusu çalışmamızın bu bulgusu ile benzerdir. Guralnik ve ark. (10) da mobilitede yetiyitimi olanlarda GYA' da bağımlılık prevalansının yüksek olduğunu bildirmektedirler. Başka bir çalışmada (11) fiziksel yetiyitiminin GYA' da bağımlılıktan daha yaygın olduğunu bildirmektedirler. Diğer bir çalışmada da (26) belirli mobilite etkinliklerinde sorunu olan yaşlıların ileri düzeyde yetiyitimi geliştirme olasılığının önemli oranda arttığı bildirilmiştir. Bu bulgular mobilitede yetiyitiminin fiziksel-sosyal tüm yetiyitimi alanları için önemli olduğunu düşündürmektedir.

Mobilite puanına göre grupların yetiyitimi özellikleri yönünden farklı olduğu ve 10-14 puan arasında alanların yetiyitimi yönünden daha olumlu özelliklere sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgular RMI' den alınan mobilite puanının fiziksel sosyal yetiyitimi yönünden önem taşıdığını ve 10-14 puan arasında alan yaşlıların diğer gruplardan farklı olarak yetiyitimi yönünden daha hafif durumları da kapsadığını düşündürmektedir. Beland ve Zunzunegui (12) fonksiyonel sınırlılıktaki stabilitenin tam bağımlılık durumlarındaki stabiliteden daha düşük olduğu ve tam fonksiyonelliğe ve yetiyitimine geçişin aynı hızda olduğunu bildirmektedirler. Başka bir çalışmada (11) ise yine mobilite yetilerinde sorunu olanların 4 yıl sonra daha ileri yetiyitimi ya da GYA' da bağımlılık geliştirme olasılığının sorunu olmayanlara göre önemli oranda arttığını bildirmişlerdir. Bu bulgular RMI' den 10-14 p. arasında alan ve mobilitede yetiyitimi olan yaşlıların çoğunluğunu (% 85.7) oluşturan bu yaşlı grubunun yetiyitiminin prelinik evresinde olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulguya dayanarak evde yaşayan sağlıklı ya da hasta yaşlı bireylerin mobilite durumunun dikkate alınması ve mobilitede yetiyitimi sorunu olan yaşlıların daha ileri yetiyitimi yönünden risk grubu olduklarının göz önünde bulundurulmasının yaşlılarda yetiyitimi sorununun çözümüne önemli katkıları olabileceği, mobilite puanı 10-14 puan arasında olan yaşlıların yetiyitimi yönünden bir risk grubu olabileceği ve koruyucu programlardan yararlanma şanslarının yüksek olabileceği söylenebilir.

## ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda: 1. Yaşlıların sağlık değerlendirilmesinde mobilitede yetiyitiminin saptanmasında RMI' nin hemşireler tarafından kullanılması, değerlendirmede postürel hipotansiyon, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu, fiziksel aktivite durumu ve düşme riski durumunun ve ev ortamının düşme riski yönünden değerlendirilmesi, 2. Mobilitede yetiyitiminden koruma ve kontrolüne yönelik çabalarda ileri yaştakilerin, kadınların, okur-yazar olmayanların, dulların, yalnız yaşayan ve sürekli bir aylık geliri olmayanların, postürel hipotansiyonu, kronik hastalık/durumu olan, kronik hastalık sayısı fazla olanların, hipertansiyonu, kalp yetmezliği, osteoartrit-romatoid artrit, felç-inme durumu ve işitme sorunu olan, ilaç kullanan ve kullandığı ilaç sayısı fazla olanların ve antihipertansif ilaç kullananların bir risk grubu olarak öncelikle ele alınması, RMI' den 10-14 puan arasında alanların yetiyitiminden koruma programlarından yararlanma olasılığı olan bir grup olarak özellikle izlenmesi, 3. Farklı bölgelerde yaşayan daha fazla sayıda yaşlıda mobilitede yetiyitimi durumuna ilişkin analitik ve deneysel araştırmalar ve ayrıca RMI' den 10-14 p. arasında alan yaşlıların GYA' da bağımlılık bakımından daha fazla risk altında olup olmadığına ilişkin ileriye yönelik araştırmalar yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu, 21. Yüzyılda Yaşara - Herkes İçin Bir Vizyon. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre,1998.
2. DPT. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı - Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. No DPT: 2561- ÖİK: p:577, Ankara ,2001.
3. Richards T. Ageing cost. British Medical Journal. 1995; 347 (3): 896.
4. Çivi S, Tanrıkulu Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalık prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma, Geriatri. 2000; 3(3): 85-90.
5. Toros A, Özbek Z. (Ed.). Health Services Utilization Survey in Turkey. Health Project General Coordination Unit, Ministry of Health, Ankara-Turkey, 1995.
6. Yardımcı E. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi. İstanbul Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995.
7. ICIDH-2. International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Full Version, World Health Organization, Geneva, 1999.
8. Lundgren-Lindquist B, Jette AM. Mobility disability among elderly men and women in Sweden. International Disability Studies, 1990;12 (1): 1-5.
9. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. Journal of American Geriatric Society. 1986;34 (2): 119-126.
10. Guralnik, JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA, Wallace RB. Maintaining mobility in late life: I Demog-

- raphic characteristics and chronic conditions. American Journal of Epidemiology. 1993; 137: 845-57.
11. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-ekstremiti fonksiyonu in persons over the age 70 years as a predictor of subsequent disability. The New England Journal of Medicine, 1995;333 (9): 556-61.
12. Beland F, Zunzunegui MV. Predictors of functional status in older people living at home. Age and Aging 1999; 28: 153-9.
13. Svanborg A, Selker L. Postponement of aging- related disability, World Health Forum. 1993; 14: 150-7.
14. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. Geriatri 2001; 4(3): 106-102.
15. Kılıç Z. Yalnız ya da Aile Bireyleri ile Yaşamlarını Sürdüren 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Günlük Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2000.
16. Staab AS, Hodges LC. Problems with mobility, In: " Essentials of Gerontological Nursing", Lippincott, Philadelphia-New York. 1996; SI- 65.
17. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. Geriatri, 1999; 2 (3): 103-14.
18. Stuck A. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. Social Science & Medicine. 1999; 48 (4): 445-69.
19. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Örnekleme. İn: "Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri", 2. Baskı , Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 1998; pp:46-67.
20. Akın B, Emiroğlu ON. Rivermead Mobilite İndeksi' nin (RMI) Türkçe adaptasyonunun yaşlılarda geçerlilik güvenilirliği. I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı 2002: p:165-166.
21. Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 1995; 6 (3): 169-79.
22. Müslümanoğlu L. İş ve uğraşı tedavisi. "In:Tıbbi Rehabilitasyon", Ed. H. Oğuz, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1995.
23. Northridge ME, Nevitt MC, Kelsey JL, Link B. Home hazards and falls in the elderly: The role of health and functional status. American Journal of Public Health. 1995; 85 (4): 509-14.
24. WHO. Obesity-Preventing and managing the global epidemic, Report of Who Consultation on Obesity. WHO/ NUT/ NCD/98.1, Geneva, 1998.
25. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI. A multifactoriel intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. New England Journal of Medicine. 1994; 331 (13): 821-7.
26. Gemalmaz A, Dişçigil G, Başak O. Huzurevi sakinlerinin yürüme ve denge durumunun değerlendirilmesi. I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı. Belek, Antalya, 2002: p: 169.
27. LaCroix AZ, Guralnik JM, Berkman LF, Wallace RB, Satterfield S. Maintaining mobility in late life: II Smoking, alcohol consumption,



- physical activity and BMI. *American Journal of Epidemiology*. 1993; 137: 858-69.
28. Langlois JA, Maggi S, Harris T, Simonsick EM, Ferrucci L, Pavan M, Sartori L, Enzi G. Self-report of difficulty in performing functional activities identifies a broad range of disability in old age. *Journal of American Geriatric Society*. 1996; 44: 1421-28.
  29. Jette AM, Branch LG. The Framingham disability study: II. Physical disability among the aging. *American Journal of Public Health*, 1981; 71 (11): 1211-16.
  30. March LM, Brnabic AJM, Skinner JC, Schwarz JM, Finnegan T, Druce J, Brooks PM. Musculoskeletal disability among elderly people in the community. *Medical Journal of Australia*. 1998; 168; 439-42.
  31. Rozzini R, Frisoni GB, Bianchetti A, Zanetti O, Trabucchi M. Physical Performance Test and activities of daily living scales in the assessment of health status in elderly people. *Journal of American Geriatric Society*. 1993; 41 (10): 1109-13.
  32. Verbrugge LM, Gates DM, Ike RW. Risk factors for disability among US adults with arthritis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1991; 44 (2): 167-82.
  33. Ensrud KE, Nevitt MC, Yunis C, Cauley JA, Seeley DG, Fox KM, Cummings SR. Correlates of impaired function in older women. *Journal of American Geriatric Society*. 1994; 42 (5): 481-89.
  34. Guccione AA, Anderson JJ, Anthony .M, Zhang Y, Wilson PWF, Kelly-Hayes M, Wolf PA, Kreger BE, Kannel WP. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of older Framingham study. *American Journal of Public Health*. 1994; 84 (3): 351-8.
  35. Sauvaget C, Tsuji I, Aonuma T, Hisamichi S. Healthy-life expectancy according to various functional levels. *Journal of American Geriatric Society*. 1999; 47(11): 1326-31.
  36. Studenski S, Duncan PW, Chandler J, Samsa G, Prescott B, Hogue C, Bearon LB. Predicting falls: The role of mobility and nonphysical factors. *Journal of American Geriatric Society*, 1994; 42 (3): 297-302.
  37. Van Heuvelen MJG, Kempen GUM, Brouwer WH, De Greef MHG. Physical fitness related to disability in older persons. *Gerontology-Behavioural Science Section*. 2000; 46: 333-41.