

Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi*

Hülya Kulakçı ** Oya Nuran Emiroğlu***

Özet

Giriş: Hem dünyada hem de ülkemizdeki yaşlı nüfus oranındaki artışlar beraberinde yaşlıların bakım sorununu gündeme getirmektedir. **Amaç:** Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimlerinin belirlenmesinde ve yaşlılara verilen hemşirelik bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma sürecinde, Ankara İli'nde Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu'nda yaşayan 30 yaşlı 09.06.2008 - 25.07.2008 tarihleri arasında izlenmiş olup, bu yaşlılara Omaha Sistemi kullanılarak hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Yaşlı sağlığını değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen "yaşlı değerlendirme formu" kullanılmıştır. Yapılan bu değerlendirme sonuçlarına göre belirlenen hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve uygulanan hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde Omaha Sistemi kullanılmıştır. **Bulgular:** Problem Sınıflama Listesi'ne göre; en fazla fizyolojik en az çevresel alana yönelik hemşirelik tanısı kodlanmıştır. Çalışma süresince 1067 hemşirelik girişi uygulanmış olup, en fazla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık (%27.8) en az ise vaka yönetimi (%22.2) kategorileri kullanılmıştır. **Sonuç:** Omaha Sistemi yaşlı sağlığı hizmetlerinde kullanılabilir olmakla birlikte, bazı tanı etiyojileri (yetersiz aydınlatma, beden imajı, gözde kaşıntı/çapaklanma, ağız içinde yara, ortostatik hipotansiyon, diyetini bilmeme, uykuya dalmada güçlük, uyku ve dinlenmede düzensizlik, perine hijyenini yanlış yapma) hemşirelik tanılarına eklenmelidir. **Anahtar Kelimeler:** Omaha Sistemi, Yaşlı, Huzurevi.

Evaluation of the Usability of the Omaha System in the Care of Elderly People Live in Residential Home

Background: Increases in the rate of elderly population both in the world and in our country raises the problem of elderly care. **Aim:** This study was carried out to evaluate the usability of the Omaha System in determining the health needs of elderly and in the nursing care provided to the elderly living in residential home provided in the context of elderly health services. **Methods:** This research was a descriptive study. During the study process, 30 elderly people living in the Keçiören Residential Home and Social Welfare Institution, in Ankara followed between 9 June – 25 July 2008 and nursing care implemented by using Omaha System. "Elderly assessment form" designed by the researchers was used for assessment of elders' health status. Omaha System was used to the determination of the nursing diagnoses and interventions and to the evaluation of the results of nursing interventions implemented. **Findings:** According to the Problem Classification Scheme, the most frequently nursing diagnosis coded in physiological domain and the least frequently nursing diagnosis coded in environmental domain. During the study, a total of 1067 nursing interventions were implemented, and health teaching, guidance and counseling (27.8%) was the most and case management (22.2%) was the least category used. **Conclusion:** Omaha System has been found useful in elderly health care and some diagnosis ethiology such as inadequate lighting, body image, eye itching/gum, wound in the mouth, orthostatic hypotension, not knowing his/her diet, difficulty falling asleep, irregularities in sleep and rest and making the wrong perineum hygiene should be added in nursing diagnoses.

Key Words: Omaha System, Elder, Residential Home.

Geliş tarihi:08.01.2010 Kabul tarihi:01.01.2011

Son yüzyıla kadar bilimsel çalışmalarda yaşlanma konusu önceliği olan çalışma alanı olarak yer almaz iken, 21. yüzyıla birlikte yaşlı popülasyonun genel nüfus içindeki payının artması ile önemli sağlık konularından biri haline gelmiştir (Demiroğlu, Bozdağ, Kart ve Gürkan, 2006). Bugün dünya nüfusu 6 milyarı geçmiş olup, bu nüfusun 385 milyonu 65 yaş ve üzerindedir (%6.5) (Bilir ve Subaşı, 2006). Yaşlı bireylerin nüfus içindeki oranları gelişmiş ülkelerde daha fazla olmasına rağmen (World Population Data Sheet, 2008), yaşlı nüfusun gelişmiş ülkelerde yılda %2.0, gelişmekte olan ülkelerde ise yılda %3.0 dolayında artış göstereceği belirtilmektedir (Bilir ve Subaşı, 2006). Türkiye'de yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakta olup (Vefikuluçay, 2008), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TN-SA], 2008 sonuçlarına göre ülkemiz nüfusunun %6.8'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır.

Hem dünyada hem de ülkemizdeki yaşlı nüfus oranındaki artışlar beraberinde yaşlıların bakım sorununu gündeme getirmektedir (Kılıç, 2000). Bu nedenle, yaşlılara sunulan hizmetlerin toplumun gereksinimlerine, evrensel ve bilimsel gerçeklere dayalı olarak planlanması, sunulması ve geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu alanda hizmet veren hemşirelerin ve diğer profesyonellerin amaca uygun bir hizmet sunabilmeleri de ancak yaşlıların gereksinimlerinin doğru bir biçimde belirlenebilmesi ile sağlanabilir.

Özellikle yaşlı sağlığı alanında hizmet veren hemşirelere yaşlıların gereksinimlerinin belirlenmesinde ve belirlenen gereksinimlere yönelik hemşirelik bakımının sağlanmasında büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle, bu alanda çalışan hemşirelerden iyi bir klinik bilgisine sahip olmaları yanında, danışman, vaka yöneticisi ve sağlık eğitimsi gibi birbirini tamamlayan rolleri yerine getirmeleri ve bu rollerini yerine getirirken öncelikle yaşlıların sağlık gereksinimlerini belirlemeleri ve bu doğrultuda planlama yapmaları beklenmektedir (Allender ve Spradley, 2001). Hemşirelerin bu beklentileri karşılayabilmeleri için de düzenli ve güvenilir bir kayıt sisteminin olması gereklidir. Ancak, her alanda olduğu gibi yaşlı bireylere yönelik hizmet sunumunda da hemşirelik kayıtlarının yetersiz olması ya da var olan kayıtlarda aynı durumun farklı biçimlerde ifade edilmiş olması bu alanda verilen hizmet-

*15-17 Ekim 2009 tarihlerinde düzenlenen "1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice in Thessaloniki, Greece" kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur. ** Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, E-Mail: hulyakulak@yahoo.com, hulyakul@hacettepe.edu.tr *** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

lerin etkinliğini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (Ay, 2008; Özdemir, Akdemir ve Akyar, 2005). Bu nedenle, düzenli ve güvenilir bir kayıt sisteminin olması için mesleğin evrensel niteliğini ön plana çıkaran sınıflandırma sistemlerinin kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Ay, 2008; Clark ve Lang, 1992; Erdoğan, 2003).

Çalışma süresince, yaşlıların gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirelik sürecinin uygulanması aşamasında kullanılan Omaha Sistemi (OS), Amerikan Hemşireler Birliği tarafından kabul edilmiş ve yaygın olarak bilinen sekiz sınıflandırma sisteminden biridir (Canham, Mao, Yoder, Connolly ve Dietz, 2008; Erdoğan, 2000). OS'nin bireylerin sağlık sorunlarını tanılamada ve hemşirelik sürecinin devam ettirilmesinde yarar sağladığı birçok çalışma tarafından vurgulanmakla birlikte (Barrera, Machanga, Connolly ve Yoder, 2003; Gür ve ark., 2009; Maggs ve Abedi, 1997; Tanrıverdi, Yalçın ve Vurur, 2009; Yılmaz, 2007; Yoo Young, Cho Jung, Mi Chae ve Mi Kim, 2004) OS'nin genel popülasyonlar kadar özel grupların sağlık gereksinimlerini de belirlemede iyi bir sınıflama sistemi olduğu belirtilmektedir (Maggs ve Abedi, 1997). Yurt dışı literatür incelendiğinde, OS'nin yaşlı sağlığı alanında kullanımının değerlendirildiği bir çok çalışma bulunmaktadır (Bowles, 1996; Hur, Park, Kim ve Storey 2005; Maggs ve Abedi, 1997; Plowfield, Hayes ve Hall-Long 2005). Ülkemizde ise, bu alana yönelik yapılmış sadece iki çalışma bulunmaktadır. Yılmaz (2007) tarafından bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmada OS'nin etkinliği değerlendirilmiş olup; Tanrıverdi ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada ise, evlerinde yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimleri bu sistem kullanılarak belirlenmiştir.

Ülkemizdeki yaşlı bakımı açısından tercihler incelendiğinde, yaşlılar ev ortamını tercih etmekle birlikte, günümüzdeki sosyoekonomik ve kültürel değişimler huzurevlerinin kullanılabilirliğini artırmaktadır (Atila, 2006; Üresin, 2005). Bu nedenle, huzurevlerinde yaşayan yaşlıları bütüncül olarak değerlendirecek, huzurevlerinde verilen hemşirelik bakımını yansıtabilecek ya da hemşirelik bakımına yön verebilecek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimlerinin belirlenmesinde ve yaşlılara yaşlı sağlığı hizmeti kapsamında verilen hemşirelik bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimlerinin belirlenmesinde ve hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanıp sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan Omaha Sistemi'nin değerlendirilmesi amacıyla elde edilen hemşirelik kayıtlarına dayalı tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Çalışma, Ankara İli'nde Keçiören Belediyesi'ne bağlı Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu'nda yürütülmüştür. Çalışmanın yapıldığı 09.06.2008 - 25.07.2008 tarihleri arasında huzurevinde yaşayan 100 yaşlı çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde, iletişime engel oluşturabilecek ileri derecede işitme, konuşma ve algılama güçlüğü olmama ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede tam bağımlı olmama kriterleri esas alınmıştır. Bu kriterler doğrultusunda, kurum hekimi, hemşiresi ve psikoloğu ile yapılan görüşmeler sonunda

çalışmaya katılabileceği uygun görülen 35 yaşlı belirlenmiştir. Çalışmaya 35 yaşlı ile başlanmış olup, beş yaşlının araştırmaya devam etmeyi istememesinden dolayı çalışma 30 gönüllü yaşlı ile yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilen ve yaşlıyı kapsamlı olarak değerlendiren yaşlı değerlendirme formu kullanılmıştır. Yaşlı değerlendirme formu ile yaşlılara ait genel bilgiler (cinsiyeti, yaşı, doğum yeri, kuruma gelmeden önce yaşadığı şehir, sosyal güvence durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, huzurevinde kalma süresi, huzurevinde kalma nedeni, kurum hakkındaki düşüncesi); yaşlıların aile ve yakınları ile ilişkisi (yaşayan yakını olup olmadığı, aile ve yakınları tarafından ziyaret edilme/telefonla aranma, aile ve yakınlarını ziyaret etme/telefonla arama...); yaşlıların sağlık öyküsü, (soygeçmişi, özgeçmişi, şu anki sağlık sorunu, ilaç kullanma durumu, sağlık algısı...); yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri (aktivite durumu, uyku durumu, boş zaman aktivitesi/sosyal faaliyetleri, beslenmesi...); yaşlıların fizyolojik durumları (işitme-görme durumu, tat alma durumu, koku alma durumu, dokunma duyusu deri bütünlüğü, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, meme, ürogenital sistem, sindirim ve boşaltım sistemi, kas/iskelet sistemi, sinir sistemi) ve yaşlıların kaldığı odaya ilişkin özellikler değerlendirilmiştir.

Hemşirelik tanılarının ve girişimlerinin belirlenmesinde ve uygulanan hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde Omaha Sistemi kullanılmıştır. Omaha Sistemi, Problem Sınıflama Listesi, Hemşirelik Girişim Şeması ve Problem Değerlendirme Ölçeği olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (Erdoğan, 2000; The Omaha System, 2009):

Problem Sınıflama Listesi; hemşirelik tanısını (problem/birey-hasta gereksinimi) belirleyen 4 problem alanı, 42 problem ve her probleme ilişkin sağlığı geliştirme / potansiyel risk/aktüel belirti bulgu tanımlamaları içermektedir. Problemler çevresel alan (birey/ailenin yakın ve uzak çevresi ile ilgili fiziksel özellikleri tanımlar), psikososyal alan (davranış, duygu, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri tanımlar), fizyolojik alan (yaşamı sürdüren fonksiyonları tanımlar) ve sağlık davranışları alanı (sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktiviteleri tanımlar) kapsamında ele alınmaktadır.

Hemşirelik Girişim Şeması; hemşirelik girişimleri listesidir. Hemşirenin problem sınıflama listesinde tanımladığı bireye özgü problemlere göre düzenlenir. Bakım planları bu şemanın girişim kategorileri doğrultusunda düzenlenir. Girişim kategorileri dört bölümden oluşmaktadır: Sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık (bireylerin bilgilendirilmesini, özbakım ve başa çıkma konusunda sorumluluk almasını sağlayan girişimleri içerir), Tedavi ve işlem (risk faktörlerini ve belirti/bulguları erken dönemde tanınması, önlenmesi, azaltılması ve hafifletilmesi için uygulanan teknik girişimleri içerir), Vaka yönetimi (bireylerin sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlar ile iletişim kurması, sağlık bakımı alma haklarını savunması ve bireyin uygun toplumsal kaynakları kullanması için rehberlik etmeye yönelik girişimleri içerir) ve Sürveyans (mevcut problem ile ilişkili olarak periyodik gözlem yapma, veri toplama, analiz ve değerlendirme yapma, kontrol altında tutma ve izlem yapmaya yönelik girişimleri içerir).

Problem Değerlendirme Ölçeği; problemin düzeyini ve bakım sonuçlarını değerlendiren bir ölçme aracıdır. Bire-

yin problemi "bilgi", "davranış" ve "durum" boyutları ile 1'den 5'e kadar tek bir puanla değerlendirilir.

Erdoğan tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ve halk sağlığı hemşireliği eğitiminde ve Türk toplumunda kullanılabilir olduğu belirtilen Omaha Sistemi'nin, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Erdoğan ve Esin (2006) tarafından yapılmıştır.

Verilerin Toplanması ve Hemşirelik Girişimlerinin Uygulanması

Ankara İli'nde Keçiören Belediyesi'ne bağlı Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu'nda 9 Haziran – 25 Temmuz 2008 tarihleri arasında, hafta içi hergün 8:30 - 17:00 saatleri arasında birinci yazar tarafından yaşlılar izlenerek yürütülen bu çalışma üç aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama (Birinci İzlem): 9 Haziran 2008 – 13 Haziran 2008 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme tekniği, anamnez ve gözlem yoluyla yaşlılara yönelik veriler toplanmıştır. Veri toplamak amacıyla yaşlı değerlendirme formu kullanılmıştır. Birinci aşama her bir yaşlı için ortalama 60 dakika sürmüştür. Belirlenen sorunlar Problem Sınıflama Listesi kullanılarak tanılanmıştır. Tanılar Hemşirelik Girişim Şeması'na işlenmiş, Problem Değerlendirme Ölçeği ile de sorunların düzeyi 1'den 5'e kadar puanlanarak değerlendirilmiştir. Bu aşamada, hemşirelik girişimleri (Omaha Sistemi'ne göre belirlenen tanılara yönelik hemşirelik uygulamaları) açısından her bir yaşlı için uygulama planı oluşturulmuş olup, bazı uygulamalar açısından ortak sorunu olan yaşlılara yönelik grup eğitimleri planlanmıştır.

İkinci Aşama (Uygulama): 16 Haziran 2008 – 18 Temmuz 2008 tarihleri arasında, Omaha Sistemi'ne göre belirlenen tanılar doğrultusunda her bir yaşlı için oluşturulan uygulama planı bireysel görüşmelerle gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada ayrıca bazı uygulamalar açısından ortak sorunu olan yaşlılara grup eğitimleri verilmiştir.

Üçüncü Aşama (İkinci İzlem): 21 Temmuz 2008 – 25 Temmuz 2008 tarihleri arasında, hemşirelik girişimleri sonucunda kişinin sağlık sorunlarındaki değişim Problem

Değerlendirme Ölçeği'ne göre yapılmıştır. Değerlendirme sürecinde yaşlılarla bireysel görüşmeler yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 11.5 istatistik programında değerlendirilmiş olup, istatistiksel değerlendirmeler için ortalama, yüzde ve paired t – testi analizinden yararlanılmıştır.

Çalışmanın Etik Yönü

Bu çalışma için Keçiören Belediyesi'nden gerekli yazılı izin (kurumda araştırma, gözlem ve inceleme yapabilmek üzere) ve araştırmaya katılan yaşlılardan araştırma hakkında açıklamalar yapıldıktan sonra sözel onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın 30 yaşlı ile yürütülmesi ve süresinin yedi haftayla sınırlı olması Omaha Sistemi'nin gerçek etkinliğini göstermek açısından önemli bir sınırlılıktır.

Bulgular

Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 76.6 ± 5.3 olup, %73.3'ü (n = 22) 75 yaş ve üzeri gruptadır, %60.0'ı (n=18) kadındır. Yaşlıların %73.3'ü (n=22) duldur %40.0'ı (n = 12) okur yazar değildir; %66.7'si (n=20) en az bir çocuğa sahiptir.

Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Belirlenen Hemşirelik Tanıları

PSL'de yer alan çevresel (%1.3), psikososyal (%16.5), fizyolojik (%58.3) ve sağlık davranışları (%23.9) alanlarında toplam 297 (kişi başına ortalama 9.9 hemşirelik tanısı) hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Araştırma süresince PSL'ye göre belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır. Yaşlı değerlendirme formuna göre belirlenen yaşlı gereksinimlerinin bazıları PSL'de karşılık bulamaması nedeniyle tanı alanlarında diğer başlığı altında kodlanmıştır. Bunlar; yetersiz aydınlatma, beden imajı, gözde kaşıntı/çapaklanma, ağız içinde yara, ortostatik hipotansiyon, diyetini bilmeme, uykuya dalmada güçlük, uyku ve dinlenme düzensizliği ve perine hijyenini yanlış yapmadır (Tablo 1).

Tablo 1. Problem Sınıflama Listesi'ne Göre Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Tanı Alanları ve Hemşirelik Tanıları	Belirti ve Bulgular	Sayı	%
01. Çevresel Alan			
03. Konut	07. güvenli olmayan halı/ paspaslar 15. diğer (yetersiz aydınlatma)	4	1.3
Toplam		4	1.3
02. Psikososyal Alan			
07. Rol değişimi	02. yeni role uyumsuzluk 03. rol kaybı	1	0.3
08. Kişiler arası ilişkiler	02. paylaşılan aktivitelerin az olması 03. değerler/amaçlar/beklentiler/programlarda uyumsuzluk 09. diğer (beden imajı)	21	7.1●●
09. İnanç	04. tıbbi / sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması	3	1.0●●●
11. Mental sağlık	01. üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven 08. stres yönetiminde güçlük	24	8.1●
Toplam		49	16.5
03. Fizyolojik Alan			
17. İşitme	01. normal konuşma ses tonunu duymada güçlük 06. kulakta çınlama	6	2.0
18. Görme	01. küçük karakterli yazıları görmeye güçlük	6	2.0

20. Ağız Sağlığı	02. uzaktaki cisimleri görmeye güçlük 06. şaşılık/göz kırpma/gözlerde sulanma/bulanık görme 09. diğer (gözde kaşıntı/çapaklanma) 02. çürükler 06. iyi oturmeyen / eksik takma dişler 08. diğer (ağızda yara)	8	2.7
21. Algılama	09. tekrarlayan konuşmalar /davranışlar	1	0.3
22. Ağrı	01. rahatsızlık/ağrı ifade etme	18	6.0
24. Deri	01. lezyon / bası yarası 10. yara iyileşmesinde gecikme	11	3.7
25. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	01. hareketlerde sınırlılık 02. kas gücünde azalma 03. koordinasyonda azalma 04. kas tonüsünde azalma 08. dengede bozukluk 09. yürüme / hareket etme güçlüğü	23	7.8••
26. Solunum	03. öksürme 04. öksürememe/bağımsız olarak balgam çıkaramama 07. sesli solunum	11	3.7
27. Dolaşım	01. ödem 06. damarlarda varis oluşması 08. anormal kan basıncı ölçümleri 11. kalp hızında aşırı artış 17. diğer (ortostatik hipotansiyon)	20	6.8
28. Sindirim- Hidrasyon	01. bulantı /kusma 02. çiğneme/ yutma/ sindirim güçlüğü / yapamama 03. hazımsızlık 05. iştahsızlık 10. dudak çatlaması/ ağız kuruluğu	26	8.8•
29. Bağırsak Fonksiyonu	01. defekasyon sıklığında/ dışkı kıvamında anormallik	25	8.5•••
30. Üriner Fonksiyon	01. idrar yaparken yanma ağrı 02. idrar kaçırma 03. sıkışma hissi/sık idrara gitme 04. idrar yapmada güçlük	18	6.0
Toplam		173	58.3
04. Sağlık Davranışları Alanı			
35. Beslenme	01. fazla kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. persentil ve üzerinde olması) 03. günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması 07. önerilen beslenme programını sürdürmememe 12. diğer (diyetini bilmeme)	11	3.7•••
36. Uyku ve Dinlenme Düzeni	04. uykusuzluk 09. diğer (uykuya dalmada zorluk) 09. diğer (uyku ve dinlenme düzensizliği)	11	3.7•••
37. Fiziksel Aktivite	01. sedanter yaşam biçimi 02. yetersiz / düzensiz egzersiz	16	5.4••
38. Kişisel Bakım	02. banyo yapmada güçlük 08. ağız bakımı/ diş fırçalama/ diş ipi kullanmada güçlük 09. bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/ yapmayı istememe/yapamama 10. diğer (perine hijyenini yanlış yapma)	23	7.8•
39. Madde Kullanımı	04. sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı	4	1.3
42. Tedavi Rejimi	01. önerilen doz/ tedavi programına uymama 05. biten ilaçların yerine konmaması	6	2.0
Toplam		71	23.9
GENEL TOPLAM		297	100.0

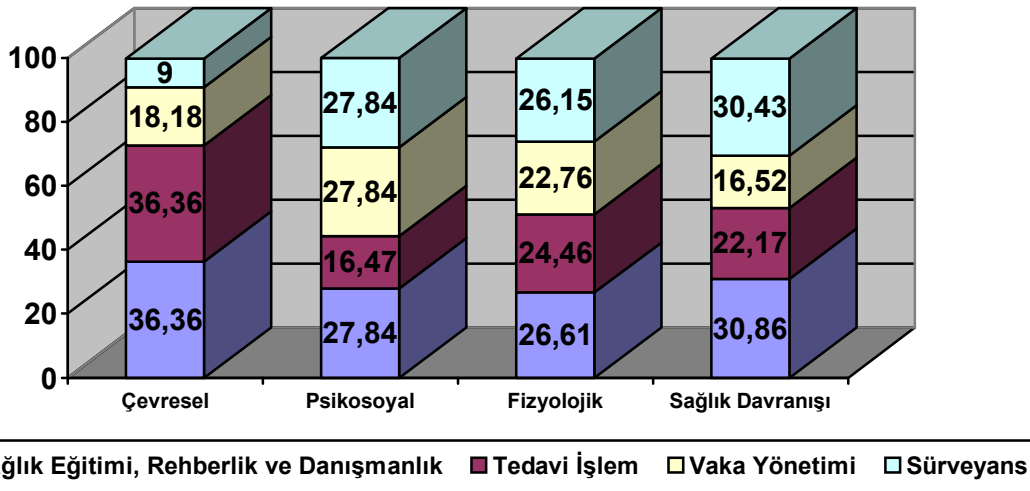
• : Tanı alanlarında 1. sırada yer alan hemşirelik tanısı, •• : Tanı alanlarında 2. sırada yer alan hemşirelik tanısı, ••• : Tanı alanlarında 3. sırada yer alan hemşirelik tanısı,

Hemşirelik Girişim Kategorilerinin Tanı Alanlarına Göre Dağılımı

Hemşirelik Girişim Şeması (HGŞ)'na göre belirlenen 1067 hemşirelik girişiminin %1.0'ı çevresel, %16.5'i psikososyal, %60.9'u fizyolojik ve %21.6'sı ise sağlık davranışları tanı alanına yöneliktir. Belirlenen 1067 hemşirelik girişimini

kategorilere göre incelediğimizde ise, 1. sırada sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık (%27.8), 2. sırada survekans (%27.2), 3. sırada tedavi ve işlem (%22.8), 4. sırada ise vaka yönetimi (%22.2) yer almaktadır. Hemşirelik girişim kategorilerinin tanı alanlarına göre dağılımı Grafik 1'de yer almaktadır. Grafik 1 incelendiğinde, tüm tanı

alanlarında sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin önceliği oluşturduğu görülmektedir

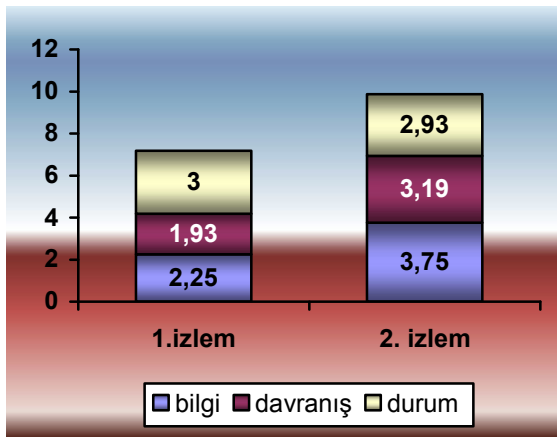


Grafik 1. Hemşirelik Girişim Kategorilerinin Tanı Alanlarına Göre Dağılımı

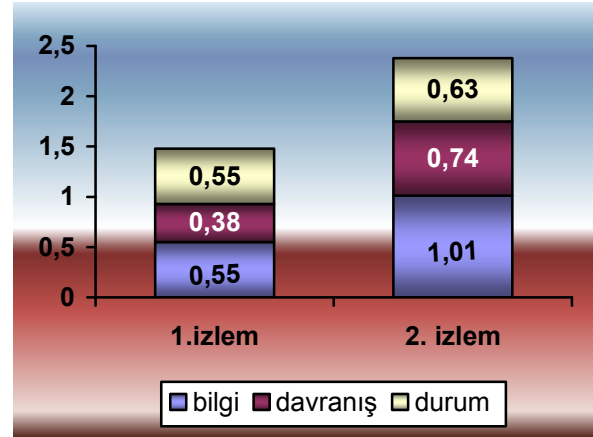
Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ)'ne Göre Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

PDÖ ile birinci izlemde sorunların düzeyi 1'den 5'e kadar puanlanarak değerlendirilmiş olup, ikinci izlemde ise PDÖ ile hemşirelik girişimleri sonucunda yaşlıların sağlık sorunlarındaki değişim 1'den 5'e kadar puanlanarak değerlendirilmiştir. Buna göre; psikosoyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanında yapılan hemşirelik girişimlerinin yaşlıların hem **bilgi** (psikosoyal alan için $p = .000$, fizyolojik alan için $p = .000$, sağlık davranışları alanı için $p = .000$), hem **davranış** (psikosoyal alan için $p = .000$, fizyolojik alan için $p = .000$, sağlık davranışları alanı için $p = .000$) hem de **durum** (psikosoyal alan için $p = .000$, fizyolojik alan için $p = .000$, sağlık davranışları alanı için $p = .000$) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik oluşturduğu görülmektedir. Çevresel alanda yapılan hemşirelik girişimlerinin ise yaşlıların **bilgi** ($p=.014$) düzeyinde anlamlı bir fark oluşturduğu ancak **davranış** ($p = .058$) ve **durum** ($p=.182$) düzeyinde bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir (Grafik 2 - 5).

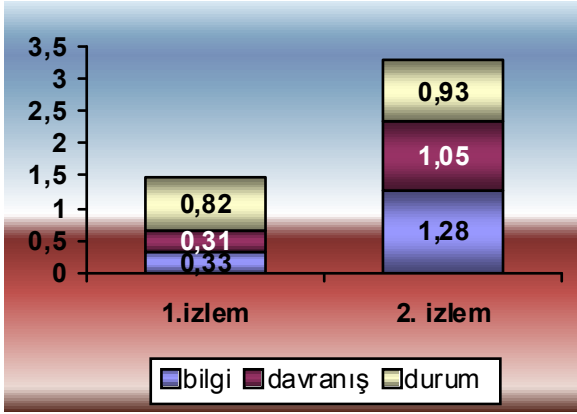
= .000), hem **davranış** (psikosoyal alan için $p = .000$, fizyolojik alan için $p = .000$, sağlık davranışları alanı için $p = .000$) hem de **durum** (psikosoyal alan için $p = .000$, fizyolojik alan için $p = .000$, sağlık davranışları alanı için $p = .000$) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik oluşturduğu görülmektedir. Çevresel alanda yapılan hemşirelik girişimlerinin ise yaşlıların **bilgi** ($p=.014$) düzeyinde anlamlı bir fark oluşturduğu ancak **davranış** ($p = .058$) ve **durum** ($p=.182$) düzeyinde bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir (Grafik 2 - 5).



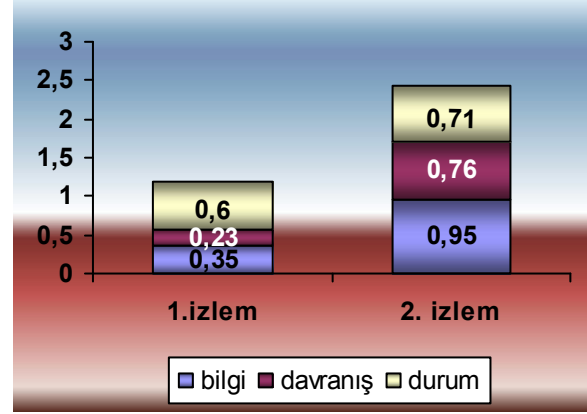
Grafik 2. Yaşlıların Çevresel Alandaki Sağlık Sorunlarındaki Değişimin Problem Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi



Grafik 3. Yaşlıların Psikosoyal Alandaki Sağlık Sorunlarındaki Değişimin Problem Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi



Grafik 4. Yaşlıların Fizyolojik Alandaki Sağlık Sorunlarındaki Değişimin Problem Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi



Grafik 5. Yaşlıların Sağlık Davranışları Alanındaki Sağlık Sorunlarındaki Değişimin Problem Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi

Tartışma

Bu çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimlerinin belirlenmesinde ve yaşlılara verilen hemşirelik bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliği değerlendirilmiştir. Yaşlı gereksinimlerinin tanılanması amacıyla kullanılan PSL'de en sık fizyolojik alana yönelik hemşirelik tanısı kodlanmış olup, bunu sırasıyla sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alan izlemiştir (Tablo 1). Çalışma bulgumuz Yun (2005)'ün çalışma bulgusu ile benzerlik göstermekle birlikte; Yılmaz (2007)'in çalışmasında, bu sıralama fizyolojik alan, psikososyal alan, çevresel alan ve sağlık davranışları alanı iken; Brooten ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında da, sağlık davranışları alanı, fizyolojik alan, psikososyal alan ve çevresel alan şeklinde belirlenmiştir. Yaşlı bakımında Klinik Bakım Sınıflama Sistemi'nin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, yaşlı bireylerin sağlık sorunları en fazla davranışsal bakım alanında (sağlık davranışı, tıbbi tedavi, güvenlik) yer alırken, bunu sırasıyla fizyolojik (bağır sak, kardiyak, metabolik, fiziksel düzenleme, solunum, deri bütünlüğü, doku perfüzyonu ve üriner boşaltım), fonksiyonel (aktivite, beslenme, özbakım ve duyuşsal) ve psikolojik (bilişsel, baş etme ve benlik kavramı) bakım alanları izlemiştir (Korkmaz Aslan 2010). Bu alanda yapılan çalışmaların önemli bir kısmı, fizyolojik sağlık sorunları kadar sağlık davranışları alanındaki sorunları da öncelikli sağlık sorunu olarak tanımlamaktadır.

PSL'ye göre fizyolojik alanla ilgili en sık kullanılan hemşirelik tanıları sırasıyla, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu ve sinir-kas-iskelet fonksiyonudur (Tablo 1). Yun (2005)'ün çalışmasında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, ağrı, dolaşım ve sindirim-hidrasyon tanıları sırasıyla fizyolojik alanda en sık kullanılan tanımlar arasında yer alırken; Yılmaz (2007)'in çalışmasında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, solunum ve sindirim-hidrasyon; Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında, sinir-kas-iskelet fonksiyonu ve ağrı; Yoo Young ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında ağrı ve solunum; Brooten ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında, dolaşım, sinir-kas-iskelet fonksiyonu ve deri; Bowles (1996)'in çalışmasında dolaşım, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, ağrı ve solunum tanıları bu alanda en sık kullanılan tanımları oluşturmuştur. Korkmaz-Aslan (2010)'ün çalışmasında da, fizyolojik bakım alanına ilişkin, en fazla kardiyak,

bağırsak ve üriner sisteme ait sorunlar belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda fizyolojik alana yönelik en sık kullanılan hemşirelik tanıları arasında benzerlikler ve farklılıklar bulunmakla birlikte; çalışmalarda özellikle sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanısının daha yaygın kullanıldığı görülmektedir.

Yaşlıların fizyolojik gereksinimlerine ait bazı belirtiler bu alanda karşılığını bulamaması nedeni ile; yaşlıların gözünde kaşıntı, çapaklanma olması "18. Görme" tanısının 09. diğer (gözde kaşıntı/çapaklanma); ağız içinde yara olması "20. Ağız Sağlığı" tanısının 08. diğer (ağız içinde yara) ve ani hareket değişikliğine bağlı baş dönmesi "27. Dolaşım" tanısının 17. diğer (ortostatik hipotansiyon) başlığı altında ele alınmıştır (Tablo 1). Ağız içinde yara olması, "24. Deri, 01. lezyon/bası yarası" olarak düşünülebilir, fakat, ağız içinde yara olması bulgusunu bu tanıya uyumlandırmak yerine bu bulgunun 20. Ağız Sağlığının 08. diğer başlığı altında yer almasının, durumun daha iyi tanımlanabilmesine ve bu soruna yönelik ortak uygulamaların planlanmasına ve uygulanmasına imkan sağlayabilir.

Hemşirelik tanılarının en sık kodlandığı ikinci alan sağlık davranışları alanı olup, bu alanla ilgili en fazla kullanılan hemşirelik tanıları; kişisel bakım, fiziksel aktivite, uyku ve dinlenme düzeni, beslenme şeklinde sıralanmıştır (Tablo 1). Konuyla ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde ise; Yılmaz (2007)'in çalışmasında, beslenme, fiziksel aktivite, önerilen tedavi rejimi, uyku ve dinlenme; Yun (2005)'ün çalışmasında, fiziksel aktivite, sağlık bakım denetimi, önerilen tedavi rejimi ve beslenme; Bowles (1996)'in çalışmasında diğer sağlık davranışları ve önerilen tedavi rejimi; Brooten ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında, sağlık bakım denetimi ve diğer sağlık davranışları tanıları sırasıyla bu alanda en sık kullanılan tanımları oluşturmuştur. Korkmaz Aslan (2010)'ün çalışmasında da, davranışsal bakım alanı kapsamında en fazla sağlık davranışı sorunun olduğu belirlenmiştir. Sağlık davranışı, sağlığı sürdüren, yeniden yapılandıran ve geliştiren bireysel inanç, beklenti, değer, algı, bilişsel öğeler, kişilik özellikleri, duygulanım durumu, alışkanlıklar ve eylemlerle ilişkili olup, tüm bu özellikler bireyin sağlığını korumasında, düzenlemesinde ve geliştirmesinde etkilidir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002). Çalışma sürecinde, bu alana yönelik belirlenen hemşirelik tanıları da, araştırmaya katılan yaşlıların olumlu sağlık davranışları kazanmaya gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

Yaşlıların sağlık davranışlarına ait bazı belirti-bulgular bu alanda karşılığını bulamaması nedeni ile; yaşlıların diyetini bilmemesi (35. Beslenme), gece yattığında düşüncelerini durduramamaya bağlı uykuya dalmada güçlük yaşamaması, gün içinde uyuması (36. Uyku ve Dinlenme Düzeni) ve kadınların taharetlenmeyi yanlış yapması (38. Kişisel Bakım) bu alanda "diğer" başlığı altında kodlanan belirti-bulgulardır (Tablo 1). Yaşlılık döneminde çoklu ve süregelen hastalık oranı diğer yaş gruplarına oranla daha fazla olduğu için hem kronik hastalıkların kontrolünün sağlanabilmesi, hem de oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi adına yaşlıların beslenme özelliğinin hemşire tarafından ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca, yaşlıların kendi sağlıklarını kontrol edebilmeleri ve bakım sürecine katılabilmeleri için de özellikle hem hastalıklarına hem de yaş dönemlerine özel beslenme içeriği konusunda bilgilendirilmeleri bir diğer önemli husustur. Bu nedenle, bu gereksinimin beslenme tanısı altında ayrı bir belirti-bulgu olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Yaşlılık döneminde görülen önemli sorun alanlarından biri de uyku sorunudur. OS'de uyku ayrı bir başlık altında alınmış olmasına rağmen etiyolojik faktör açısından ele alındığında bu gereksinimin ayrı bir belirti-bulgu olarak kodlanması daha uygun olabilir. Bazı yaşlı kadınlarda, "Taharetlenme" olgusuna yönelik olarak yanlış uygulamalar olduğu tespit edilmiştir. "Taharetlenme" olgusu kültürel bir örüntü olduğu için PSL'de karşılığı bulunmamış olup, özellikle perine hijyeni açısından kültürel özelliklerimiz de düşünülüğünde ayrı bir belirti-bulgu olarak alınması önerilir.

Psikososyal alan hemşirelik tanılarının en sık kodlandığı üçüncü alan olmakla birlikte, mental sağlık ve kişilerarası ilişkiler tanıları bu alanda en sık kullanılan tanılardır (Tablo 1). Yılmaz (2007)'in çalışmasında, duygusal denge, toplum kaynakları ile iletişim ve sosyal ilişkiler; Yun (2005)'un çalışmasında, maneviyat, sosyal ilişkiler, duygusal denge ve üzüntü/suçluluk; Brooten (2003)'in çalışmasında, bakım verme/ebeveynlik ve duygusal denge; Bowles (1996)'ın çalışmasında ise duygusal denge bu alanda en sık kullanılan hemşirelik tanıları arasında yer almıştır. Korkmaz Aslan (2010)'ın çalışmasında da psikolojik bakım alanına yönelik bilişsel, baş etme ve benlik kavramı ile ilgili sorunlar belirlenmiştir. Her canlı için anne karnında başlayıp ölüme kadar devam eden, önüne geçilmesi ve geri dönüşü mümkün olmayan yaşlanma; fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bir takım değişikliklerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [TSHGM], 2002). Bu nedenle, yaşlı sağlığı hizmetleri kapsamında, yaşlıların psikososyal sorunlarının da ele alınması önemlidir. Yaşlanma ile beden görüntüsünün değişmesi, kişiden kişiye değişik anlamlar taşıyabilir ve yaşlı bireyin kişilik yapısı, beden imgesi, fiziksel görünümü kabul ediş biçimi ve yorumu, kişilerarası ilişkiler kurmasına engel olabilir (TSHGM, 2002). Çalışma sürecinde yaşlıların beden imajından dolayı iletişim kurmaması belirti-bulgusu da "08. Kişiler arası ilişkiler" tanısının 09. diğer (beden imajı) başlığı altında ele alınmıştır.

Çalışmada en az hemşirelik tanısının kodlandığı alan çevresel alan olup, "03. Konut" tanısı bu alanda kullanılan tek tanıyı oluşturmaktadır. "Yetersiz aydınlatma" da "03. Konut" tanısının 15. diğer (yetersiz aydınlatma) başlığı altında ele alınmıştır (Tablo 1). Çevresel alana yönelik, Yılmaz (2007)'in çalışmasında, konut, gelir, yaşam çevresi ve sanitasyon; Brooten ve arkadaşlarının (2003)

çalışmalarında konut ve gelir; Yun (2005)'un çalışmasında ise, sanitasyon, konut ve yaşam çevresi/iş ortamı güvenliği tanıları sırasıyla bu alanda en sık kullanılan tanılardır. Çalışmada, çevresel alanın diğer alanlara göre daha az kullanılması nedeni, kurumsal düzeyde ele alınması ve değiştirilmesi gereken sorunlar yerine araştırmacının daha çok yaşlıların odasına yönelik olan ve müdahalede bulunulabileceği sorunları ele almasından kaynaklanmaktadır. Çevresel alana yönelik belirlenen bu hemşirelik tanısı özellikle, yaşlılara yönelik kurum hizmetleri planlanırken yaşlı güvenliği açısından risk oluşturabilecek durumların göz önüne alınması gerektiğini ve özellikle yaşlılık döneminde görülebilecek düşme riskinin önlenmesinde önemli bir etken olabileceğini ortaya koymaktadır.

OS'nin ikinci bölümünü oluşturan Hemşirelik Girişim Şeması (HGŞ)'na göre en fazla fizyolojik alana yönelik hemşirelik girişimi belirlenmiştir. Bunu sırasıyla, sağlık davranışları alanı, psikososyal alan ve çevresel alan izlemiştir. Ayrıca, çalışma sürecinde en fazla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlığa yönelik girişimler uygulanırken bunu sırasıyla sürveyans, tedavi ve işlem, vaka yönetimi izlemiştir (Grafik 1). Yılmaz (2007)'in çalışmasında da, en fazla fizyolojik alana yönelik hemşirelik girişimleri uygulanırken, bunu sırasıyla psikososyal alan, sağlık davranışları alanı ve çevresel alan izlemiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar, hemşirelik girişim kategorilerinin kullanım sıklığı açısından incelendiğinde; Bowles (2000)'in çalışmasında, sırasıyla sürveyans, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi; Yun (2005)'un çalışmasında, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, sürveyans, tedavi ve işlem, vaka yönetimi; Brooten ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, sürveyans, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, vaka yönetimi, tedavi ve işlem; Plowfield ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, sürveyans, vaka yönetimi, tedavi ve işlem girişimlerinin uygulandığı görülmektedir. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında, en fazla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile sürveyansa yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmış olup; Yılmaz (2007)'in çalışmasında ise diğer çalışma bulgularından farklı olarak, en fazla vaka yönetimine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmış, bunu sırasıyla sürveyans, tedavi ve işlem, sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık izlemiştir. Çalışmaların önemli bir kısmı, yaşlı bakımda sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile sürveyansa yönelik hemşirelik girişimlerinin öncelikli uygulamalar olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin huzurevlerinde pratikte hangi görevleri üstlendiğine bakıldığında ise, hemşirelerin daha çok yaşlıya klinik müdahalede bulunduğu ve bu kapsamda tansiyon takibi, ilaç uygulaması, yara bakımı gibi teknik işlemler yaptıkları görülmektedir. Bu nedenle, özellikle bu tür sınıflama sistemleri sayesinde yaşlılık döneminde sadece tedavi ve işleme yönelik uygulamaların değil, aynı zamanda sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile sürveyans gibi yaşlıların bundan sonraki yaşamlarında sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri ve sağlık durumlarını kontrol edebilmeleri için kurumda çalışan hemşirelerin yaşlılara yönelik bu tür girişimlerde bulunmalarını da gerekli kılmaktadır. Çalışmada kullanılan OS Hemşirelik Girişim Şeması hemşirelik uygulamalarına yön vermede önemli katkı sağlamıştır.

OS'nin üçüncü bölümünü oluşturan Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ)'ne göre, yaşlıların psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanında yer alan

sorunlarına yönelik hem bilgi, hem davranış hem de durum düzeyinde anlamlı değişimler yaşanmıştır (Grafik 2-5). Yılmaz (2007)'ın çalışmasında da, ev ziyaretleri ile uygulanan hemşirelik girişimleri doğrultusunda yaşlıların hem bilgi, hem davranış hem de durum düzeylerinde olumlu anlamda değişimler yaşanmıştır. Korkmaz Aslan (2010)'ın çalışmasında ise, hemşirelik bakımı sonrasında, yaşlıların aktivite, sindirim, kardiyak, bilişsel, sağlık davranışı, tıbbi tedavi, metabolik, beslenme, güvenlik, duyuşsal, deri bütünlüğü ve üriner boşaltımla ilgili sorunlarında anlamlı düzeyde azalma yaşandığı belirlenmiştir. Genelde yaşlı bireyler, üretken olmamaları, artan sağlık problemleri, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaları ve hareket kısıtlılıkları nedeniyle içinde yaşadıkları toplum tarafından bağımlı bir grup ve topluma yük olarak görül- mekte, ayrıca bu dönemde herhangi bir değişimin yapıla- mayacağı düşünülmektedir (Gething ve ark., 2004; Par- sons, 1993). Fakat çalışma bulguları, yaşlılara yönelik sorunların bütüncül açıdan ele alındığında ve bu doğrul- tuda uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulandı- ğında, bu grupta olumlu değişimlerin olabileceğini göstermiştir. Ayrıca, PDÖ ile hemşirenin verdiği bakım doğrultusunda bakım verdiği kişide ne tür değişimler yapabildiğinin belirlenebilmesi de bu sistemin yaşlı sağlığı alanında kullanılabilir olduğunu göstermiştir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırmadan elde edilen bulgular; OS'nin huzurevinde çalışan hemşireye yaşlıların gereksinimlerini belirlemede, gereksinimi olan yaşlılara hemşirelik süreci doğrultusunda uygun hemşirelik bakımının verilmesinde ve sürecin de- ğerlendirmesini sağlamada yararlı olduğunu; ancak bazı tam etiyojilerinin (diğer başlığı altında kodlanan yetersiz aydınlatma, beden imajı, gözde kaşını/çapaklanma, ağız içinde yara, ortostatik hipotansiyon, diyetini bilmeme, uykuya dalmada güçlük, uyku ve dinlenmede düzensizlik, perine hijyenini yanlış yapma) dikkatle ele alınarak hemşirelik tanılarının yeniden uygulamalarda sınanmasının gerektiği söylenebilir. Bu nedenle, OS'ni bu alanda değerlendiren çalışmaların uzun süreli ve büyük örneklem gruplarında sürdürülmesi ve kontrol gruplu çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

Allender, J. A., & Spradley, B. W. (2001). Promoting and protecting the health of the older adult population. In *community health nursing concepts and practice* (pp.600-623). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Atila, S. (2006). Toplumsal değişimin aile ve yaşlılar üzerine etkisi (İstanbul'daki beş huzurevinde inceleme). Sosyoloji Bölümü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, Türkiye.

Ay, F. (2008). Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. *Türkiye Klinikleri*, 28, 555-561.

Barrera, C., Machanga, M., Connolly, P. M., & Yoder, M. (2003). Nursing care makes a difference: application of the omaha system. *Outcomes Management*, 7 (4), 181-185.

Bilir, N., & Subaşı, N. P. (2006). Yaşlılık sorunları. İçinde Ç. Güler, L. Akın (Eds), *Halk sağlığı temel bilgileri* (sy. 1020-1043). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Bowles, K. H. (1996). An evaluation of the omaha classification system in the hospital care of the elderly. Department of Nursing Doctoral Thesis, Pennsylvania University, Pennsylvania, USA.

Bowles, K. H. (2000). Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 29-41.

Brooten, D., Youngblut, A. M., Deatrick, J., Naylor, M., & York R. (2003). Patient problems, advanced practice nurse (APN) interventions, time and contacts among five patient groups. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 73-79.

Canham, D., Mao, C. L., Yoder, M., Connolly, P., & Dietz, E. (2008). The Omaha System and quality measurement in academic nurse-managed centers: ten steps for implementation. *Journal of Nursing Education*, 47 (3), 105-110.

Clark, J., & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: an international classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39 (4), 109-112.

Demiroğlu, A., Bozdağ, G., Kart, C., & Gürkan, T. (2006). Yaşlanma fizyolojisi ve olası teoriler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (4), 250-255.

Erdoğan, S. (Ed.), (2000). *Omaha sistemi: halk sağlığı hemşireliği uygulama rehberi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, Rektörlük Yayın No: 4213 İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:3, AB Ofset.

Erdoğan, S. (2003). Standart ve ortak dil kullanmak hemşireliğin geleceği için fırsat mı? *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, XIII (50), 1-13.

Erdoğan, S., & Esin, M. N. (2006). The Turkish version of the omaha system: its use in practice-based family nursing education. *Nurse Education Today*, 26, 396-402.

Gething, L., Fethney, J., McKee, K., Persson, L. O., Goff, M., Churchward, M., et al. (2004). Validation of the reactions to ageing questionnaire: assessing similarities across several countries. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (9), 47-54.

Glanz K., Rimer B.K., & Lewis F.M. (2002). Health behaviors and health education: theory, research and practice. (3rd ed.) . US: Jossey-Bass.

Gür, K., Ergün, A., Yıldız, A., Kadioğlu, H., Erol, S., Kolaç, N., et al. (2009). Bir ilköğretim okulunda omaha problem sınıflandırma listesine göre öğrencilerin sağlık problemleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10 (3), 1-14.

Hur, H. K., Park, S., Kim, S., & Storey, M. (2005). Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16 (3-4), 47-53.

Kılıç, Z. (2000). Yalnız ya da aile bireyleri ile yaşamlarını sürdüren 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

Korkmaz Aslan, G. (2010). Klinik bakım sınıflama sisteminin huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

Maggs, C., & Abedi, H. A. (1997). Identifying the health needs of elderly people using the omaha classification scheme. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 698-703.

Özdemir, L., Akdemir, N., & Akyar, İ. (2005). Hemşireler için geliştirilen yaşlı değerlendirme formu ve geriatrik sorunlar. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8 (2), 94- 100.

Parsons, A. (1993). Attitudes to the elderly. Nursing Monograph Series 1993. Erişim: 01.02.2009. <http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1993/a06.html>

Plowfield, L. A., Hayes, E. R., & Hall-Long, B. (2005). Using the omaha system to document the wellness needs of the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 40 (4), 817-829.

Tarıverdi, G., Yalçın, M., & Vurur, S. (2009). Use of omaha model in care of the elderly. 12th World Congress on Public Health. İstanbul. 27 Mayıs-1 Nisan.

The omaha system: solving the clinical data-information puzzle. (01.02.2009). Erişim: 05.04.2009. <http://www.omahasystem.org/overview.html>

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). Erişim: 30.04.2010 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf

- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2002). Yaşlı sağlığı. Ankara, Pelin Ofset.
- Üresin, Ş. (2005). Yaşlıların bakım ve barınma ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik mekansal organizasyonlarda “ev” ortamının sağlanması: 75. yıl dinlenme ve bakımevi örneği. Mimarlık Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Vefikuluçay, D. (2008). Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- World Population Data Sheet. (September 2008). Erişim: 05.04.2009. <http://www.prb.org/pdf08/63.3highlights.pdf>
- Yılmaz, M.C. (2007). Neuman ve omaha hemşirelik sistem modellerinin bakımın sürekliliğinin sağlanmasında kullanımının değerlendirilmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Yoo Young, I., Cho Jung, W., Mi Chae, S., & Mi Kim, J. (2004). Community health service needs assessment in Korea using omaha classification system. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 697-702.
- Yun, L.K. (2005). Health problems and nursing interventions records of elderly with hypertension, high blood sugar, and high cholesterol levels in Taiwan. Department of Health Services Policy and Management Doctoral Thesis, Arnold School of Public Health University. Taiwan, South Carolina.