



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**65 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ
SAĞLIK SORUNLARI VE KONSÜLTASYON
NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Alper ARI

Antalya, 2016



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**65 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ
SAĞLIK SORUNLARI VE KONSÜLTASYON
NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Alper ARI

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hakan YAMAN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2016

TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve raporlandırılması aşamasında her kademede gösterdiği desteklerinden dolayı değerli hocam Prof. Dr. Hakan YAMAN'a çok teşekkür ederim.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bana her aşamada yardımcı olan, bilgi ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. Hakan YAMAN ve Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e teşekkür ederim.

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan yardımlarını ve katkılarını her aşamada gösteren Dr.Nedim OĞUZ, Dr.H.Tülin AKGÜN'e, tezimin bilgi girilmesi aşamasında yardımcı olan Oğuzhan YAĞMUR ve Dyt. Zeynep ERTURUL'a, tezimin istatistik kısmındaki yardımları için Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı araştırma görevlisi Selen BOZKURT'a;

Birlikte çalıştığım Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma; rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Ayrıca bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde anlayış ve destek gösteren, bana her açıdan fırsatlar yaratan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim omuzlarımdaki iki meleğe; annem ve babama çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	vi
Şekiller Dizini	vii
Çizelgeler Dizini	viii- ix
1. GİRİŞ ve AMAÇLAR	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amaçları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık	3
2.1.1 Dünyada yaşlılık	3
2.1.2 Ülkemizde yaşlılık	3
2.2. Yaşlılığın Genel Sorunları	4
2.2.1 Geriyatrik Sendromlar	5
2.3. Yaşlılığın Genel Sorunlarının Değerlendirilmesi	6
2.4. Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirmede Kullanılan Enstrumanlar	9
2.4.1 Kognitif Durum	9
2.4.2 İnkontinans	10
2.4.3 Duygudurum	11
2.4.4 Bedensel İşlev Kapasitesi	12
2.4.5 Düşme	13
2.4.6 Beslenme	14
2.4.7 İşitme	15
2.4.8 Görme	15
2.4.9 Ağız/Diş Sağlığı	15
2.4.10 İlaç Kullanımı	16
2.4.11 Sosyal İletişim/Ağ	17

2.5. Karşılanmamış Sağlık Gereksinimleri	17
2.6. Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti ve Ekleri	18
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
3.1. Araştırma Projesi	20
3.2. Araştırma Bölgesi	20
3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması	20
3.3.1. Araştırma Evreni	20
3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri	20
3.3.3. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri	21
3.4. Araştırmanın Tipi	21
3.5. Araştırmaya Alınan Veri Kaynakları	21
3.5.1. Demografik Anket ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (LSNS-R)	22
3.5.2. Karşılanmamış Sağlık Sorunları Anketi ve Tıbbi Öykü Anketi	23
3.5.3. Yaşlı Dostu ASM 10 Dakikalık Kapsamlı Tarama Testi	23
3.5.4. Saat Çizme Testi (SÇT)	24
3.5.5. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi	24
3.5.6. İlaç Kullanım (Raporlu Hastalıklar ve İlaçlar) Anketi	25
3.5.7. Ağız Diş Sağlığı Ölçeği (D-E-N-T-A-L)	25
3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	25
3.7. İstatistiksel İncelemeler	25
4. BULGULAR	27
4.1. Demografik Özellikleri	27
4.2. Tıbbi Öykü-Multimorbidite Durumu	37
4.3. Karşılanmamış Sağlık Sorunları	40
4.4. Uygulanan Ölçeklerin Bulguları	41
4.4.1. Yaşlı Dostu ASM 10 Dakikalık Kapsamlı Tarama Testi	41
4.4.2. Saat Çizme Testi	47
4.4.3. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi	49
4.4.4. İlaç kullanım (Raporlu Hastalıklar ve İlaçlar) Bulguları	51
4.4.5. Ağız Diş Sağlığı Ölçeği (D-E-N-T-A-L)	52
4.4.6. Sosyal Ağ Ölçeği (LSNS-R) Değerlendirme Bulguları	54

5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇLAR	64
7. ÖZET	66
8. ABSTRACT	67
9. KAYNAKLAR	68
10.EKLER	74
- Etik Kurulu Formu (Ek 1)	74
- Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 2)	75
-Yemin Metni (Ek 3)	77
- Demografik Anket ve Lubben Sosyal Ağ Değerlendirme Ölçeği (LSNS-R)(Ek 4)	78
- Karşılanmamış Sağlık Sorunları Anketi ve Tıbbi Öykü Anketi (Ek 5)	79
- Yaşlı Dostu ASM 10 Dakikalık Tarama Enstrümanı (Ek 6)	80
- Saat Çizme Testi (Ek 7)	81
- Mini Nutrisyonel Değerlendirme - MNA Testi (Ek 8)	82
- İlaç Kullanım (Raporlu Hastalıklar ve İlaçlar) Anketi (Ek 9)	83
- Ağız Diş Sağlığı Ölçeği D-E-N-T-A-L (Ek 10)	83

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADL	Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (Activities of Daily Living)
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AÜTF	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
BM	Birleşmiş Milletler
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DM	Diyabetes Mellitus
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri (Activities of Daily Living)
IGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (Instrumental Activities of Daily Living)
LSNS	Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (Lubben Social Network Scale)
MMSE	Mini Mental Skor İncelemesi
MNA	Mini Nutrisyonel Değerlendirme (Mini Nutritional Assessment)
SÇT	Saat Çizme Testi
SLE	Sistemik Lupus Eritematozus
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Yaşlıların Cinsiyete Göre Dağılımı	27
4.2. 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşa Göre Dağılımları	28
4.3. 65 Yaş Üstü Bireylerin Medeni Duruma Göre Dağılımları	28
4.4. 65 Yaş Üstü Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımları	29
4.5. 65 Yaş Üstü Yaşlı Bireylerin Oturdukları Kat'a Göre Dağılımı	31
4.6. Yaşlılara Bakım Veren Bireylerin Dağılım Grafiği	32
4.7. Yaşlıların Ekonomik Duruma Döre Dağılım Grafiği	33
4.8. 65 Yaş Üstü Yaşlıların Hane Halkının Mutluluk Düzeyleri ve Genel Mutluluk Düzeylerine Göre Dağılım Grafiği	33
4.9. Yaşlıların BKİ Dağılımları Grafiği	35
4.10. Multimorbidite Durumuna İlişkin Dağılım Grafiği	38
4.11. Yaşlıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Puanlarının Dağılımları	40
4.12. 10 Dakikalık Tarama Testi Toplam Konsültasyon Önerisi Dağılımları	45
4.13. Saat Çizme Testi Puan Dağılımları Grafiği	48
4.14. Yaşlıların Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği Skor Dağılımları Grafiği	53
4.15. Yaşlıların Akraba Sosyal Ağ Ölçeği Skor Dağılımları	56
4.16. Yaşlıların Arkadaş Sosyal Ağ Ölçeği Skor Dağılımları	56

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirmenin Temel Bileşenleri	8
2.2. DİAPPERS Mnemoniğinin Açılımı	11
2.3. Temel ve Enstrümental GYA Listesi	13
4.1. Cinsiyete Göre Eğitim Düzeyi Dağılım Durumu	30
4.2. Hastaların Kilo, Boy ve BKİ Değerlerinin Dağılımları	34
4.3. Yaşlıların BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımları	34
4.4. Yaşlıların BKİ Sınıflamasının Cinsiyete Göre Dağılımı	35
4.5. Katılımcılardan Sigara Kullananların Paket/Yıl Değerleri	36
4.6. Yaşlıların Kullandıkları Yardımcı Araçların Dağılımları	36
4.7. Yaşlıların Beyanındaki Kronik Hastalıkların Dağılımları	38
4.8. Yaşlıların Beyan Ettiği Toplam Hastalık Sayıları	39
4.9. Cinsiyete Göre Multiborbidite Durumunun Dağılımı	40
4.10. Kognitif Değerlendirme	41
4.11. İnkontinans değerlendirme	42
4.12. Depresyon Değerlendirme	42
4.13. Bedensel İşlev Durumu Değerlendirme	42
4.14. Düşme Değerlendirme	43
4.15. Beslenme Değerlendirme	43
4.16. İşitme Değerlendirme	44
4.17. Görme Değerlendirme	44
4.18. 10 Dakikalık Tarama Testi Toplam Konsültasyon Sayısı İle Cinsiyet, Multimorbidite Durumunun Karşılaştırması	45
4.19. 10 Dakikalık Tarama Testindeki Bedensel İşlev Değerlendirmesi (İmmobilité)'nin BKİ ile Karşılaştırılması	46

ÇİZELGELER DİZİNİ DEVAMI

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.20. 10 Dakikalık Tarama Testinde Değerlendirilen Yaşlı Problemleri Sonuçlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	47
4.21. Saat Çizme Testi Puan Analiz çizelgesi	48
4.22. SCT'nin 10 dakikalık Tarama Testindeki Bellek Değerlendirmesi İle Karşılaştırılması	49
4.23. MNA Tarama ve Değerlendirme Bölümü Analiz Çizelgesi	50
4.24. MNA Tarama ve Değerlendirme Sonuçlarının 10 dakikalık Tarama Testi İçerisinde Beslenme Değerlendirme Sonuçları İle Karşılaştırılması	50
4.25. Yaşlıların Raporlu Hastalık ve İlaç Sayıları Dağılım Çizelgesi	51
4.26. Yaşlıların Raporlu hastalık ve İlaç Sayılarının Multimorbidite Durumuna Göre Karşılaştırılması	51
4.27. Yaşlıların Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği Skor Dağılımları	52
4.28. Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği ile Cinsiyet ve Multimorbidite Durumunun Karşılaştırması	53
4.29. Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeğinin MNA Tarama-Değerlendirme Anketi ve 10 Dakikalık Tarama Testi Beslenme Değerlendirmesi ile Karşılaştırma Çizelgesi	54
4.30. Cinsiyete Göre Lubben Toplam Skoru Dağılımları Çizelgesi	55
4.31. Lubben Toplam Skorunun Mululuk Düzeyi ve Ekonomik Durum ile Karşılaştırılması	57
4.32. Lubben Toplam Skorunun 10 dakikalık Tarama Ölçeğindeki Depresyon Değerlendirmesi İle Karşılaştırılması	57

1. GİRİŞ ve AMAÇLAR

1.1 Giriş

Tüm dünyada neredeyse her ülkede 60 yaş ve üstü bireylerin sayıları diğer tüm yaş gruplarına göre hızlı bir artış arz etmektedir. Bu artışa doğuştan yaşam beklentisi ve fertilitedeki azalma neden olarak gösterilmektedir. Bu gelişme sağlık politikalarının ve sosyoekonomik gelişimin olumlu yansımaları olarak algılanmakla birlikte, yaşlanmayla birlikte bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi, işlevselliklerinin korunması, sosyal katılımlarının sağlanması ve güvenlikleri önem arz etmektedir (1).

Yaşlanmayla gelişen fizyolojik ve hastalıklara bağlı değişiklikler yaşlı bireylerin bağımsız kalmalarını ve toplumda etkin olmalarını zorlaştırmaktadır. Giderek artan sosyal izolasyonları kendilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına dahi engel olmaktadır ve bu çerçevede özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar (2). Bu durum mevcut hastalıkların ilerlemelerine, yeni oluşan hastalıkların tanılarının gecikmelerine, mortalite ve morbiditede yükselmelere sebebiyet vermektedir (1,3).

Bu çerçevede yaşlanan bireyin tek boyutu olarak, sağlıkları bakımından ele alınmaları yeterli kalmamaktadır. İnsanların duygu ve düşünceleri olan sosyal varlıklar olduğunu da kabul edecek olursak, biyopsikososyal bir yaklaşımın da önemli olduğunu söyleyebiliriz. Aile hekimliği bu yaklaşımı tanımda tarif edilen temel yeterliliği nedeniyle bunu sergileyebilecek nitelikte olan bir tıp uzmanlığıdır (4).

Yaşlanmanın getirdiği sorunların çözümüne katkıda bulunmak için, sağlıklı yaşlanma konsepti gündeme alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı son raporunda dört öncelikli alan belirlemiştir: hizmet ettikleri yaşlı nüfusa sağlık sisteminin uyarlanması, uzun erimli bakımın geliştirilmesi, yaşlı-dostu çevrelerin geliştirilmesi ve bu konuyla ilgili ölçüm, takip ve anlayışın geliştirilmesi (5).

Aile hekimliği ya da birincil bakım, sağlık sisteminin önemli bir basamağıdır. Birçok hasta ve sağlıklı birey için sağlık sistemine girişin ilk noktasıdır ve kimileri için ise tek başvuru noktasıdır. Aile Sağlığı Merkezleri'nin (ASM) toplum içinde eşsiz konumları nedeniyle de sağlık hizmetlerine erişimlerini

kolaylaştırmaktadırlar. Burada yapılacak bir “yaşlı dostu” müdahale ve iyileştirme şüphesiz yaşlı bireylerin koruyucu sağlık ve tedavi edici hizmetlerine önemli katkıları olacaktır. DSÖ tarafından geliştirilen “Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti” bu çerçevede bu amaç için tasarımılanmıştır (2).

1.2 Araştırmanın Amaçları

Bu araştırmamızda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği araştırma görevlileri tarafından araştırmaya kabul ve hariç tutulma kriterleri göz önüne alınarak erişilebilen 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylere “Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti”nde bulunan “10 Dakikalık Kapsamlı Tarama Testi” yanı sıra, “MNA (Mini Nutritional Assessment)”, “Saat Çizme Testi (SÇT)”, “Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği (DENTAL)” ve “Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (LSNS-R)” ölçekleri ile birlikte demografik, tıbbi öykü, karşılanmamış sağlık sorunları ve ilaç kullanım anketleri uygulanarak yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarının, karşılanmamış sağlık sorunlarının ve gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yaşlılık

DSÖ 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak kabul etmekle birlikte; 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş ve üzerini ileri yaşlı (ihtiyarlık) olarak kabul etmektedirler (6). Yaşlılığın kronolojik olarak sınıflanmasında olduğu gibi yaşlılığın tanımının da literatürde farklı açılardan değerlendirildiği görülmüştür: Biyolojik yaşlılık, fizyolojik yaşlılık, duygusal yaşlılık ve fonksiyonel yaşlılık (2).

2.1.1 Dünyada Yaşlılık

Dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte yaşlı kişilerin problemleri çok daha önemli hale gelmiştir (1). Yaşlı bireylere tıbbi bakım hizmeti veren personel için yaşlı hasta grubunun sorunlarının doğru ve hızlı şekilde belirlenmesi ya da bu sorunlarının oluşmasının önlenmesi daha fazla önem kazanmıştır (7).

Birleşmiş Milletler (BM) 2010 yılı raporuna göre 65 yaş üstü bireylerin, dünya nüfusunun %11'ini oluşturduğu, 2050 yılında ise bu oranın %26'ya yükseleceği ön görülmektedir (3). DSÖ 2025 yılında dünyada 1.2 milyar insanın 60 yaş ve üzerinde olacağını belirtmektedir (8). Böylece 400 milyon yaşlının gelişmiş ülkelerde, 1.5 milyar yaşlının ise daha az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (3).

DSÖ yayınladığı raporunda yaşlı nüfusun artması ile beraber bu hasta grubunun kapsamlı sağlık bakımı isteği ve problemleri için acil şekilde harekete geçmek gerektiğini vurgulamıştır. Yine DSÖ özellikle yaşlı kişilere yapılan sağlık harcamalarının gider olarak değil uzun vadede getirileri olacak yatırım olarak görülmesi gerektiğini belirtmiştir (5).

2.1.2 Ülkemizde Yaşlılık

TÜİK 2014 raporunda 65 yaş ve üzeri nüfusun, toplam nüfusa oranı %8 iken 2023 yılında %10.2'ye ve 2050 yılında %20.8'e yükseleceği belirtilmektedir. Bu durumda 6.193.000 yaşlı birey sayısının 2023 yılında 8.624.000 ve 2050 yılında da 19.485.000 olacağı tahmin edildiği gösterilmiştir (9). Bu değişim ile birlikte kamunun tasarruf oranının düşmesi, sağlık ve emeklilik ücretleri gibi harcamaların ise ciddi ölçüde artması beklenmektedir. Bu özel nüfusun artışı sosyal güvenlik

sistemleri açısından da çok önemli bir sorun olarak görülmektedir (3). Ayrıca ülkemizde ve dünyamızda yaşlı nüfusunun artmasıyla beraber yaşlı bakımı sorunu da ortaya çıkmıştır. Ülkemizde yaşlı bakımı büyük oranda aileler tarafından verilmektedir (10).

2.2 Yaşlılığın Genel Sorunları

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlanma için tipik olan ve “geriyatrik sendromlar” olarak adlandırılan hastalıklar, düşkünlük sorunları ve bunların yönetimi daha fazla önem kazanmıştır (6). Yaşlı hastaların %80’inden fazlası günlük ayaktan bakım ve tedavi gerektiren kronik tıbbi hastalıklara sahip olduğu belirtilmiştir (11). Yaşlı hasta nüfusunun yarısına kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite ve solunum yolu hastalıkları gibi kronik sorunların en az iki tanesinin tanı konulduğu belirlenmiş ve bu gibi sürekli bakım gerektiren kronik hastalıkların önemli ekonomik etkileri de gösterilmiştir (11,12).

DSÖ’ye göre en çok erken ölüme sebep olan hastalıklar arasında iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstruktif akciğer hastalıkları ve alt solunum yolu hastalıkları bulunmaktadır. Erken ölüme yol açan bu hastalıkların düşük ve orta gelirli ülkelerde çok daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (13). Ayrıca DSÖ tarafından yaşlılarda Düşkünlüğe (Kırılganlık) sebep olan en sık sorunlar görme sorunları, demans, işitme sorunları, osteoartrit, iskemik kalp hastalığı ve kronik obstruktif akciğer hastalığı olarak sıralanmıştır (13).

Boongird ve ark. yaptığı çalışmada yaşlılarda en çok görülen üç sorunun sırasıyla görme sorunları (%81.5), ilaca bağlı sorunlar (%67.8), diş sorunları (%30.5), en çok görülen geriyatrik sendrom ise sırasıyla demans/orta kognitif bozukluk (% 60.4), yürüme sorunları (%30.5) ve depresyon (%29.9) olarak bulunmuştur (14).

Birincil koruma ve hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyak iskemik hastalıklar gibi kronik hastalıkların tanı, tedavisi ve yönetimi birinci basamakta rutin olarak çoğunlukla yeterli şekilde yapılmasına rağmen geriyatrik sendromun yönetimi sıklıkla yetersiz şekilde yapıldığı belirtilmiştir (15).

Senn ve arkadaşlarının (15) yaptığı çalışmada da geriyatrik sendrom olarak sıklıkla kognitif bozukluk, bası ülserleri, inkontinans, düşme, işlevsel kayıp ve deliriyum ifade edilirken; duygudurum bozuklukları, görme/işitme bozuklukları ve

malnütrisyon da buna ilave edilmektedir ve daha az sıklıkla ise yeme ve beslenme bozuklukları, uyku bozuklukları, baş dönmesi ve senkop, yaşlı istismarı ve ihmeline de geriyatrik sendromlar arasında yer verilmektedir.

Düşkünlüğün de bu sendromlar arasında yer aldığı ve düşkünlüğün bir alt boyutu olan sarkopeninin dahi yaşlı bireylerin sağlığını önemli etkilediği kanaati mevcuttur (16).

2.2.1 Geriyatrik Sendromlar

Sendromlar klinik anlamda özel ve normal olmayan bir duruma bağlı gelişen bir grup yakınmaların oluşturdukları yakınma ve bulgular bütünü oluşturarak bir klinik tablo olarak ifade edilmektedir. Yaşlı bireylerde ise farklı klinik sorunların tek bir yakınmaya neden olmasından dolayı sendromun alışılmış tanımı ile açıklamak olanaklı görülmemektedir. Yaşlı hastalarda çoğunlukla kendini atipik yakınmalarla gösteren ve hastalık tanımlarının tam olarak açıklamadığı klinik durumlar ve yakınmaları ifade etmek için geriyatrik sendrom terimi kullanılmaktadır (17). Geriyatrik sendrom diğer bir tanım ile, yaşla ilişkili fizyolojik değişikliklerin, kronik hastalıkların ve işlevsel baskıların birbiri arasındaki karmaşık etkileşim bütünü olarak kabul edilmektedir (18).

Leiber ve arkadaşlarının hastalık, sendrom ve geriyatrik sendromun imgesel sunumunda etyoloji, patogeneze ve prezente edilen semptomlarını dikkate almışlardır. Bir hastalıkta etyoloji ve patogeneze bilinmekle birlikte buna bağlı ortaya çıkan yakınmalar değişken de olsa bilinmektedirler. Sendromlarda ise etyoloji ve patogeneze bilinmezken belirli sayıda belirti tanımlanmıştır. Geriyatrik sendromda ise çoklu etyolojik etmen, birbiriyle etkileşen patojenetik yollar bulunur ve hepsi kendisini tek bir yakınma ile ifade ederler (19). Bu çerçevede düşmeler, inkontinans ve baş dönmesi örnekleri kendilerini tek bir yakınma ile gösteren geriyatrik sendromlar olarak gösterilebilir, ancak kalp yetersizliği, deliryum ve demans çoklu yakınmaya sahip olsalar da bir geriyatrik sendrom olarak itibara alınırlar (20). Geriyatrik sendromların açıklanabilmesi ve daha iyi tanımlanabilmesi için tek bir yakınmaya neden olan tek bir hastalığın (20) ve/veya risk etmenlerinin araştırılarak değerlendirilmesi çok önemli bir yere sahiptir (17,19,21). Geriyatrik sendromların ortak patogenezininde çoklu organ yetmezliği, yangı, sarkopeni ve ateroskleroz olabileceğini belirtmektedirler (17,21).

Araştırmalarda sık karşılaşılan geriyatrik sendromlar malnütrisyon, immobilizasyon, inkontinans, depresyon, deliryum, demans, düşme, yürüme bozuklukları, ağrı, bası yaraları olarak belirtilmiştir ve bunların dışında instabilite, entelektüel kayıp, enfeksiyon, polifarmasi, görme ve işitmede yetersizlik, iyatrojenik hastalıklar, insomni, immün yetmezlik ve fakirlik de geriyatrik sendrom olarak kabul edilmektedir (17,21).

Geriyatrik sendromların başındaki “I” harfi de dikkate alınarak, geriyatrik sendromlar hareketsizlik (Immobility), dengesizlik (Instability), inkontinans (Incontinance), entellektüel azalma (Intellectual impairment), enfeksiyon (Infection), görme ve işitmede bozulma (Impairment of vision and hearing), irritabl barsak (Irritabl colon), izolasyon (Isolation, depression), beslenme bozukluğu (Inanition, malnutrition), yoksulluk (Inpecunity), iyatrojenezis (Iatrogenesis), uykusuzluk (Insomnia), immün yetmezlik (Immune defiency) ve impotans (Impotance) olarak ifade edilmektedirler (17,21,22).

Amerikan Geriyatri Topluluğu ise mezuniyet öncesi eğitimlerinde en sık görülen 13 geriyatrik sendromunda müfredatta yer verilmesini önermektedir (23). Bunlar; demans, uygun olmayan ilaç reçeteleme, inkontinans, depresyon, deliryum, iyatrojenik sorunlar, düşmeler, osteoporoz, duyuusal değişimler (işitme ve görme ve kaybı), büyüme geriliği (failure to thrive), imobilit  ve yürüme bozuklukları, bası ülserleri ve uyku bozuklarıdır.

Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti ise yukarıda ifade edilen, toplumda sık görülen ve nispeten kolay taranabilen geriyatrik sendromlardan bazılarını kapsamaktadır (24).

2.3 Yaşlılığın Genel Sorunlarının Değerlendirilmesi

Kapsamlı yaşlı değerlendirmesi yaşlı bireydeki bedensel, kognitif, psikolojik ve sosyal alanlarda yapılan çok yönlü bir işlemdir ve bu işlemin kritik basamağı geriyatrik sendromun taranması ve değerlendirilmesidir (18). Kapsamlı geriyatrik değerlendirme, yaşlı bireyin genel olarak değerlendirmesidir ve interdisipliner bir işlemdir (8). Kapsamlı geriyatrik değerlendirme, yaşlı bireyin sadece hastalıklarını ve problemlerini değerlendiren geleneksel değerlendirmeden farklı olarak risk etmenlerini de koordineli multidisipliner ekip ile değerlendirerek hastalığı ya da komplikasyonları engellemeyi, yaşlının mümkün olduğuunca bağımsız olarak

yaşamasını ve yaşam kalitesini yükseltmesini amaçlamaktadır (7). Ayrıca bu değerlendirmede, hastalıkları belirlemek, işlev kayıplarını ve yetmezlikleri ortaya çıkarmak dışında yaşlı birey için koruyucu önlemler almak, gündelik etkinliklerini arttırmak ya da engelliliklerini ortadan kaldırmak, yönetimi zor olan takipsiz hasta için sağlık ve bakım planı oluşturmak, tanı koymak, tedavisini koordine etmek ve alınan bakım hizmetinin niteliğini değerlendirmek gibi hedefleri de bulunmaktadır (8).

Öykü ve fizik muayene basamakları sonrasında bireyin işlevsel kapasitesi, bedensel, ruhsal, sosyal, finansal, çevresel ve spiritüel ihtiyaçları da göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir (8).

Yaşlı bireylerin öykü ve fizik muayenesi erişkin bireylerden farklılık göstermemektedir. Yaşlılığa bağlı daha sık görülmesi nedeniyle bazı ek muayeneler ve soruların eklenmesi mümkündür (25).

Bireyde sağlık defisitleri mevcut ise buna bağlı risk etmenlerini kapsamlı yaşlı değerlendirmesi ile (8), koruyucu sağlık hizmetleri ve periyodik sağlık muayeneleri çerçevesinde tespit etmek mümkündür (2,12,26,27). Kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin içeriğine ilişkin farklı öneriler bulunmakla birlikte (2,7,8,25,27,28,29), bazı temel bileşenleri çizelge 2.1’de gösterilmiştir. Görüldüğü üzere birçok ana değerlendirme içerisinde sık saptanan hastalıklar ve problemlerin değerlendirmesi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra diğer değerlendirmeler multidisipliner bir ekip çalışması çerçevesinde yapılmalıdır. Hekimin muayene sırasındaki süresinin kısıtlı olması yanı sıra kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin de uzun süreceği olması, değerlendirmenin bazı parçalara bölünüp, farklı günlerde tamamlanmasını ya da hastanın servise yatırılarak yatışı sırasında değerlendirilmesini zaruri kılmaktadır (8). Aile hekimliği ortamında ise değerlendirmenin özeti niteliğinde bir değerlendirme enstrümanının kullanılması uygun olmaktadır (2,30,31)

Çizelge 2.1. Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirmenin Temel Bileşenleri

Bileşenler	Elementler
Tıbbi Değerlendirme	Öykü
	Fizik Muayene
	Sistem Sorgusu
	Komorbid Durum
	İlaçlar ve Aşılar
	Beslenme
	Ağız-Diş Sağlığı
	İşitme-Görme
	Ağrı
	Üriner/ Fekal İnkontinans Cinsel Sağlık
Psikolojik Değerlendirme	Mental Durum/ Kognitif Durum
	Deliryum
	Duygu durum
	Davranış Sorunları
İşlevselliğin Değerlendirilmesi	Günlük yaşam aktiviteleri (ADL)
	Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (IADL)
	Bedensel Etkinlik Durumu
	Düşme
	Kondisyonel Testler (Kalk Yürü Testi, Tandem Testleri vb.)
	Ergoterapi Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi
Sosyal Değerlendirme	Sosyal Ağ
	İnformel Bakımvereninin Sağlığı
	Bakım Gereksinimleri
	Maddi/ Finansal Durum
	Diğer Sosyal Hizmet Gereksinimleri Suistimal/ Örselenme Güvenlik Endişesinin
Çevresel Değerlendirme	Ev İçi ve Ev Dışı Güvenliği
	Ulaşım Gereksinimleri
	Telesağlık Gereksinimleri
	Hukuk Danışmanlığı Gereksinimi
Bakım	Bakım Tercihleri
	İleri Talimat

2.4. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirmede Kullanılan Enstrümanlar

Kapsamlı geriatrik değerlendirme üç bölüme ayrılabilir. Birinci evrede geriatrik değerlendirmenin faydasının görebilecek yaşlı hastanın seçimidir. İkinci evrede hastanın değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme ortama, kuruma ve ekibe bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Değerlendirme bölümü içinde uygun enstrümanlar kullanılabilir. Üçüncü evrede ise değerlendirme sonucunda ortaya çıkan veriler ile sağlık ve bakım planı oluşturularak öneriler verilebilir (8).

2.4.1 Kognitif Durum

Yaşlı bireyin bilişsel değerlendirmesinde özellikle demans ve deliryum önemlidir (30). Değerlendirmede farklı kognitif durum değerlendirme testleri önerilmektedir. Standardize mini mental durum değerlendirme testi (MMSE) dünyada en sık kullanılan testlerden birisidir (29). MMSE testinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliği 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (32). MMSE testi en az beş yıl eğitim almış bireylere uygulanmaktadır. Eğitimsiz ya da az eğitilmiş popülasyonun bilişsel değerlendirmeleri de önem arz etmektedir ve tarama için fazla seçenek bulunmamaktadır. Eğitimsiz hastaların bilişsel fonksiyonlarının taranması için MMSE-E testinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliği 2015 yılında yayınlanmıştır (33). MMSE, Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti'nin 2. Aşama değerlendirilmelerinde kognitif ölçek olarak önerilmektedir (2,8).

Hızlı taramalarda saat çizme testi (SÇT) ve 3 madde hatırlama testleri önerilmektedir. Örneğin Mini-Cog testi bu çerçevede oldukça yaygın uygulanmaktadır (34). Ancak Mini-Cog testinin Türkçe uyarlanması bulunmamaktadır. SÇT erken demansın tespitinde yararlı olan bir testtir. Yapısal praksi, anlama ve planlama gibi bazı kognitif yetiyi ölçmektedir (35). SÇT ise sıklıkla müstakil ya da başka testlerle kombinasyon olarak kullanılmaktadır. SÇT, hastaların entelektüel ve algısal becerileri hakkında bilgi edinilebilmemizi sağlayan, sağlıklı yetişkinleri bilişsel bozukluğu olanlardan (Alzheimer tipi demans ve diğer demans) ayırt edebilmemizi sağlayan, depresyon ve kaygı bozukluğu olan hastalarda da kullanılabilen bir tarama testi olduğu belirtilmektedir (36). SÇT kısa sürede uygulanabilen, hastalar tarafından kabul gören, puanlaması kolay, görece olarak kültür, dil ve eğitimden bağımsız olan, test-retest güvenirliği

yüksek olan ve duyarlılığı, seçiciliği yüksek olan ideale yakın bir testtir (36). Saat çizme testinin uygulanmasına ve skorlamasına ilişkin farklı yöntemler tarif edilmiş olsa da yaşlı bireylerin katılımı ile yapılan bir çalışmada CAMCOG SÇT'i, Shulman SÇT'i ve Freedman SÇT'i karşılaştırılmış ve bu SÇT'i bulguları MMSE ve CAMCOG puanları ile anlamlı olarak korelasyon gösterdiği belirtilmiştir. (36, 37). Farklı SÇT'lerin farklı versiyonları olsa da bu versiyonlarda kullanılan yönergeler ve puanlamalar arasında ciddi farklılıklar bulunmadığı görülmektedir (36).

Deliryum (akut konfüzyonel durum) akut veya subakut gelişen, bilişsel fonksiyonlarda dalgalanma ile seyreden, bozulmuş dikkat ve bilinç düzeyi ile giden, acile sık başvuru nedenleri arasında olan bir durumdur ve bu durum altta yatan nedenlerden dolayı (sıklıkla demans, inme, TİA gibi nörolojik sorunların varlığında) gözden kaçabilmektedir (30). Deliryum'un psikometrik değerlendirmesinde ise konfüzyon değerlendirme yöntemi [confusion assessment method (CAM)] en sık kullanılan yöntemdir. Ayrıca deliryumun dışlanmasında kısa dikkat testi (100'den yedişer şekilde geri sayma ya da haftanın günlerini geri sayma) de faydalı olabilmektedir (30).

2.4.2 İnkontinans

Üriner inkontinans hastalar ve sağlık personeli tarafından farklı nedenlerle göz ardı edilebilmekle birlikte inkontinansın medikal, psikolojik ve sosyal boyutları ile komplikasyonları bulunabilir (38). Medikal açıdan enfeksiyonlar, psikolojik açıdan depresyon, sosyal açıdan sosyal aktivitelerde azalma, sosyal izolasyon ve tüm bunların sonucunda kişinin yaşam kalitesinin azalmasına yol açan önemli sorunlardandır (38). İnkontinans öncelikle kadın ve yaşlı bireylerde sık görülür. Hastane yatışları, kontakt dermatiti, idrar yolları enfeksiyonu ve düşmelerle ilintili bulunmuştur. Artmış parite, yüksek beden kütle indeksi ve obezite ve histerektom diğer risk etmenleri arasında sayılmaktadır. Hastaların birçoğu geriyatrik sendrom olan bu sorununu hekimine bildirmemektedirler (39). Bu çerçevede hekimin bu konuda proaktif davranıp, Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti "10 dakikalık tarama formu"nda bulunan iki soru ile durumu açığa kavuşturmalıdır (2, 30). Geriyatrik değerlendirme çerçevesinde geçici inkontinansın ve inkontinans türlerinin ortaya çıkarılmaya çalışılabilir. Komplike olan durumlar ortaya çıkarılıp ilgili yere sevk

edilir. Bu çerçevede değerlendirme yapılırken inkontinansın yeni başlangıçlı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Toplumda yaşayan yaşlı bireylerin üçte birinde inkontinans yeni başlangıçlıdır (39). Ayrıca inkontinans neden olan durumlar da sorgulanmalıdır. Bunun için DİAPPERS mnemoniği ile ifade edilen (40) sorunlar ve hastalıklar sorgulanabilir (Çizelge 2.2.).

Çizelge 2.2. DİAPPERS Mnemoniğinin Açılımı

DİAPPERS	Sorun/ Hastalık
Delirium	Deliryum, Demans, Konfüzyonel Durum
Infection	İnfeksiyon, İdrar ve Solunum Yolu İnfeksiyonu
Atrophic Reasons	Atrofik Vajinit, Labiyal Aglütinasyon
Psychologic Reasons	Psikolojik Nedenler: Depresyon, Çaresizlik
Pharmacologic	Farmakolojik: alfa blokerler, östrojenler, sedatifler/hipnotikler, narkotikler, diüretikler
Endocrinological	Endokrin Bozukluklar: Hiperglisemi, Hiperkalsemi, Aşırı İdrar Çıktısı, Aşırı Sıvı Alımı
Restricted Mobility	Kısıtlı Mobilité: Bedensel Sınırlamalar Çevresel Engeller, Tuvalet için Bakım Veren Desteginin Eksikliği
Stool Impaction	Gayta İmpaksiyonu, Kronik Konstipasyon

Geçici inkontinans nedenleri arasından idrar yolu infeksiyonunu mutlaka ekarte etmek gerekir. Erkeklerde prostat muayenesi ve kadınlarda ürojinekolojik muayenesi yapılmalıdır. Üriner inkontinans için 1-3 gün boyunca tutulan mesane günlüğü ile birlikte 24 saatlik sıvı alım çizelgesi en objektif/subjektif değerlendirme olarak tanısal işlemlere yardımcı olabileceği gibi, sorunun takibinde de yararlı bir yöntemdir. Ayrıca idrar kaçırma için ped testi de kullanılmaktadır (39, 41) Fekal inkontinans da yaşlılarda özellikle demansı olan hastalarda akla gelmesi gereken nedenler arasındadır (25).

2.4.3 Duygudurum

Depresyonun özellikle yaşlı bireylerde fiziksel hastalıklar ve kısıtlılıklar ile birliktelik göstermekte olduğu, morbidite ve mortalite ile ilişkili önemli psikolojik hastalıklar arasında bulunduğu belirtilmektedir (42). Depresyonun yaşlıda görülme

sıklığının komorbid hastalıkların seyri sırasındaki çeşitli semptomlarla arasında korelasyon olduğu belirtilmekte ve en çok santral sinir sistemi hastalıkları (Beyin tümörleri, Parkinson hastalığı, Multiple Skleroz, Alzheimer Hastalığı, Huntington hastalığı), endokrin hastalıkları (Hipo-Hiper tiroidizm, Hiperparatiroidizm, Diyabetes Mellitus, Cushing hastalığı, Addison hastalığı), kollajen doku hastalıkları (Temporal artrit, Romatoid artrit, SLE), kanser, kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve kronik enfeksiyonların depresyona yol açtığı belirtilmektedir (42). Özellikle depresyon tanısı koyarken Hamilton depresyon ölçeği ya da Beck depresyon ölçeği gibi ölçeklerin yaşlı hastalıkları ile depresyonun belirtilerinin karışabileceği gösterilmiştir (41). Bundan dolayı Yesavage Geriyatrik Depresyon Skalası ya da kısaca Geriyatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) yaşlılarda depresyon tanısında kullanılmaktadır (41,43). GDÖ'nün 30, 15 ve 5 soruluk versiyonu mevcuttur. GDÖ'nün 30 maddelik formunun Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (44).

2.4.4. Bedensel İşlev Kapasitesi

Bedensel işlev kapasitesi yaşlı bireyin bağımsız olarak Temel Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitelerini (IGYA) yapabilme kabiliyetidir (41). Kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin önemli bir parçasıdır (25). Bu değerlendirme Temel GYA, Enstrümental GYA, İleri GYA olarak üç bölümde ele alınmaktadır.

Katz ve arkadaşları (15) tarafından geliştirilmiş olan Temel GYA yaşlının bağımsız yaşaması için gereksinim duyduğu temel ama tamamen yeterli olmayan ihtiyaçları karşılamak amacıyla yapılan aktiviteleri içermektedir. Enstrümental GYA bireyin hayatında gerekli biraz daha karmaşık aktiviteleri içermekte ve ileri GYA ise çalışma, sosyalleşme, toplumsal etkinliklere katılım ve hobileri devam ettirme gibi en üst düzeyde aktiviteleri içermektedir ve sağlık durumundaki değişikliklere oldukça hassastır (25).

Çizelge 2.3'de Temel GYA, Enstrümental GYA ve İleri GYA'lar gösterilmektedir.

Yaşlı bireylerde bedensel işlev kapasitesinin durumu için Katz ve Bartel'in GYA ölçeği Temel GYA değerlendirmesinde, Lawton Broody ölçeği ise Enstrümental GYA değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (11,45).

Çizelge 2.3. Temel ve Enstrümental GYA Listesi (25,46,47)

Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (ADL)	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (IADL)	İleri Günlük Yaşam Aktiviteleri (AADL)
• Giyinme	• Yemek Hazırlama	• Verimli İş Hayatı
• Beslenme	• Alışveriş Yapma	• Hobilere Sahip Olmak
• Transfer	• Telefon Kullanma	• Sosyalleşebilmek
• Tuvalet Kullanma	• İlaçlarını Alma	• Toplumsal Duyarlılığa Sahip Olmak
• Kontinans	• Transport	
	• Ev Koruması	
	• Finans	

2.4.5. Düşme

Düşme yaşlılarda sıktır ve genellikle düşkünlüğün ilk sinyali olarak ortaya çıkan, yaşlı bireylerde yeni sağlık sorunlarına, bakıma muhtaçlığa, var olan sorunların şiddetlenmesine ya da ölüme neden olan tıbbi bir durumdur. Birçok düşme riski taraması ve değerlendirmesi için enstrüman geliştirilmiştir (48,49).

Toplumda yaşayan 65 yaş üstü yaşlıların üçte biri her yıl, bunların yarısı da tekrar tekrar düşmektedir (49). Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti düşmeyi yaşlılık döneminin dört dev sorunundan biri olarak kabul etmektedir (2).

Düşmenin birçok risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörlerin arasında sosyodemografik faktörler (ileri yaş, kadın cinsiyet, önceki düşmeler), tıbbi durumlar (yürüme ve denge bozuklukları, akut hastalık, bacak kaslarında güçsüzlük, çoklu tıbbi durumlar, görmede yetersizlik, üriner inkontinans, artrit, Parkinson hastalığı, ayak problemleri), ilaç kullanımları (polifarmasi, psikoaktif ilaçlar), akıl sağlığı (depresyon, kognitif bozukluk, anksiyete), çevresel faktörler (evdeki tehlikeler, baston ya da yürüteç kullanımı), yaşam tarzı faktörleri (zayıf sosyal ağ, düşük kilolu ya da malnütrisyon durumu, bir ya da daha fazla günlük yaşam aktivitesi için yardıma ihtiyacı olmak) bulunmaktadır. Önceki düşme öyküsü, gelecekteki düşmeler için en önemli risk faktörüdür (48). Düşmenin değerlendirilmesinde ilk ve en önemli basamak yaşlı bireylere düzenli olarak düşme ile ilgili ya da yürüme ve denge zorluğu ile ilgili soru sormaktır. Eğer bu soruya

olumlu yanıt alınır ise değerlendirme detaylanmalıdır, multifaktöriyel açıdan düşmenin değerlendirilmesi etiyolojiyi belirlemek için ilk basamak olmalıdır.

Yürüme ve denge değerlendirmesinde “sürekli kalk yürü testi” uygulanabilmektedir. Düşme değerlendirme sonrasını öneriler ve girişimler izlemelidir (2,49). 65 yaş üstü bireylere yılda en az bir kez düşme hikayesi ile ilgili soru sorulması önerilmektedir (49).

2.4.6. Beslenme

Yaşlılarda beslenme bozukluğunda diğer yaş gruplarında olduğu gibi yetersiz (malnütrisyon) beslenme veya dengesiz (şişmanlık) beslenme durumları görülmekle birlikte bu durumlara neden olan birçok risk faktörü de bulunmaktadır (50). Malnütrisyon bir geriyatrik sendrom olarak kabul edilmekte ve kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin içinde mutlaka değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir (51).

Yaşlı bireyin beslenme alanındaki risk faktörlerini ve sorunlarını değerlendirmek zor bir süreç olsa da öncelikle öyküde yirmi dört saatlik besin tüketimi, gıda öyküsü, planlı olmayan kilo kaybı veya kilo artışı sorgulanmalıdır (50). Bunların dışında besin kayıt yöntemi, gıda tüketim sıklığı anketi veya mini nütrisyonel değerlendirme (MNA) kullanılabilir (25,50). Klinik Beslenme ve Metabolizma Avrupa Birliği (ESPEN) MNA’yı yaşlılar için bir tetkik aracı olarak uygulanmasını önermektedir (51). Fizik muayenede ise hastanın kilosu, BKİ ve antropometrik ölçümler beslenme değerlendirmesi açısından önemli bilgiler vermektedir (25). Yatağa bağlı ya da kifoz oluşan yaşlı bireylerde BKİ yerine diz boyu ölçümü, üst kol çevresi, baldır çevresi ve subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümlerinin kullanılması önerilmektedir (50). Diğer Antropometrik ölçümlerden bel ve kalça çevresi ölçümleri de önemlidir ve bel çevresinin kadınlarda 88 cm’yi; erkeklerde 102 cm’yi geçmesi, bel kalça oranının erkeklerde 1’i; kadınlarda 0.8’i geçmesi risk olarak değerlendirilmektedir (50).

BKİ’nin azalması yaşlı bireylerde yüksek mortalite riski ile birliktelik gösterdiği, hatta yaşlı bireylerdeki yüksek mortalite riskinin neredeyse hepsinin kilo kaybı ile birlikte olduğu gösterilmiştir (52). Özellikle BKİ’nin 22’nin altında olması 65 yaş ve üzeri erkeklerde mortalite riskini %20 ve kadınlarda %40 arttırdığı belirtilmiştir (52).

2.4.7. İşitme

Yaşlı bireylerde işitme azlığı sosyal ve emosyonel izolasyon, depresyon ve aktivitelerde azalmaya sebep olması açısından önemli bir sorundur ve işitme bozukluklarının prevalansında demografik değişim ile birlikte 2020 yılına kadar %25'e varan artış beklenmektedir (53). İşitme azlığında en önemli faktör yaştır ve özellikle genç bireylerde işitme azlığı için en önemli önlenabilir faktör gürültüdür (53). İşitme değerlendirmesinin klinik değerlendirme içinde mutlaka yapılması gerekmektedir (25, 53). İşitmenin değerlendirilmesinde uygulaması kolay, sensitivite ve spesifitesi yüksek olan fısıltı testi uygulanabilir (54).

2.4.8. Görme

İleri yaşta görme sorunlarına beş büyük neden yol açmaktadır: katarakt, kırılma kusurları, maküler dejenerasyon, glokom ve diyabetik retinopati. Bunlardan kırılma kusurları ve katarakt sorunları daha çok geri dönüşümlü görme sorunlarına sebep olurken; diyabetik retinopati, glokom ve yaşla ilişkili maküler dejenerasyon ise sıklıkla geri dönüşümsüz görme bozukluğuna sebep olmaktadır (55). Yaşlanma ile santral ve periferik görme keskinliği, akomodasyon, görme alanı, kontrast hassasiyeti ve renkli görme azalmaktadır (54).

Görme bozukluğu, yaşlı bireylerde işlevsel kapasiteye negatif etkiye, mobilitede ve kognitif durumda azalmaya yol açması sebebiyle önemli bir sorundur (55).

Yaşlı hastanın yılda en az bir kez görme değerlendirmesinden geçmesi ve özellikle diyabetli ve glokom hastalıkları olan yaşlılarda periyodik aralıklarla göz hastalıkları uzmanı tarafından muayene edilmesi önerilmektedir (36). Tarama yöntemlerinden yakın görme için Jaeger Kartı ve uzak görme için Snellen Görme Eşeli kullanılabilmektedir (25,41,54).

2.4.9. Ağız-Diş Sağlığı

Ağız diş sağlığının yaş ile yüksek oranda orantılı olduğu görülmüştür. Cinsiyet, sosyal sınıf, yaşam yeri, etnik özellikler, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, diş bakımı, çiğneme ve yutma bozuklukları gibi fiziksel etmenler ağız diş sağlığı için önemli olup, ayrıca psikolojik ve sosyal etmenler de beslenmeyi etkileyerek ağız diş sağlığı için önemli faktörler arasındadır (56, 57). Fakat dişlerde, gingivada, oral

mukozada, ağızda, tükürük bezlerinde sadece yaş ile olan değişikliklerin işlevsel problemlere yol açmadığı belirtilmiştir (56).

Ağız ve diş sağlığını belirlemek özellikle malnütrisyonun önlenmesi ve beslenme durumunun öğrenilmesi açısından önemlidir ve aralarındaki ilişkiyi göstermek açısından birçok çalışma yapılmıştır (25,41,58). Özellikle MNA çalışmalarında diş sayısı, takma dişler, tükürük salgısı, işlevsel diş sayısı, posterior oklüzyon, diş çürüklerinin durumu, periodontal durum ve çiğneme ölçümleri ağız diş sağlığını belirlemek için kullanılan klinik kriterlerdir. Ayrıca MNA çalışmalarında ağız ve diş sağlığını sübjektif olarak gösteren ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri ya da ağız diş problemlerini ve kserostomiye belirlemek için yapılandırılmış ölçekler kullanılabilir (58). Bush ve arkadaşlarının 1996'da geliştirdiği ağız ve diş sağlığını hızlı şekilde taramak için altı sorudan oluşan DENTAL enstrümanı da birinci basamakta kullanılabilen ve konsültasyon gerekliliğini gösteren etkili bir ölçektir ve iki ve daha fazla puan alan bireyleri yani ileri değerlendirme ihtiyacı olan hastaları ağız ve diş sağlığı merkezine yönlendirilmesi önerilmektedir (25,41,59).

2.4.10. İlaç Kullanımı

Uygunsuz ilaç kullanımı ve polifarmasi özellikle yaşlılarda sık görülen ve önemli sorunlar arasındadır ve birçok durumda ilaç kullanımı uygunsuz olarak kabul edilebilir (60). Örneğin ilaç, kabul edilemez yan etki profiline sahip ise, yakın takip gerektiriyorsa, kullanılan diğer ilaçlar ile etkileşimi varsa ya da daha iyi bir alternatifi varsa ya da endikasyon dışı kullanılıyor ise ilaç kullanımının uygunsuz olduğu ifade edilir (60).

Polifarmasi tanımında kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır ve literatürde birçok tanımla bulunmakla birlikte birden fazla endikasyon ile çok sayıda ilaç kullanımı olarak açıklanabilmektedir (61). Türkiye'de yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üstü yaşlıların yarısından fazlasının sürekli ilaç kullandığı ve bu popülasyonda kadınlarda çoklu ilaç kullanımının daha fazla olduğu ve reçete doğrultusunda ve doktor önerisi ile ilaç kullanımının yine kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (62).

Bugüne kadar yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımını belirlemek amacıyla birçok kılavuz yayınlanmıştır. İlaç yükü endeksi (A Drug Burden Index), IPET (Improved

Prescribing in Elderly Tool) ve Beer's kriterleri bunlardan bazılarıdır ayrıca uygunsuz ilaç kullanımını azaltmak için 65 kriter içeren STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescription) adı verilen yeni bir kılavuz geliştirilmiştir (61). START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment) kılavuzu da uygunsuz ilaç kullanımını önlemek için kullanılan ve 22 kriter içeren diğer bir kılavuzdur ve 65 yaş üstü hastalarda hekimin hangi hastalıkta hangi ilaç grubunu kullanacağını önermektedir (61).

2.4.11. Sosyal İletişim/Ağ

DSÖ yaşlı bireyin sağlığının sadece bedenen ve ruhen sağlıklı olmak değil, aynı zamanda sosyal yönden de tam bir iyilik hali olduğunu belirtmektedir ve yaşlı bireyin değerlendirmesinde sosyal çevresinin ve sosyal desteğin göz önüne alınması gerektiği ve yaşlı sağlığını önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir (2).

T.C. Sağlık Bakanlığının da yayınlamış olduğu 2015-2020 sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programında yaşlılara yönelik hizmet sunumunda kalitenin artırılması ve sağlığın korunması ile beraber sosyal hizmetler ile entegrasyonun güçlendirilmesi, sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Yaşlılık döneminde sosyal çevre ve sosyal etkinliklerin sürdürülmesinin önemi vurgulanmaktadır (63).

Yaşlılarda sosyal durumlarının değerlendirilmesi sosyal hizmet uzmanları dışında ölçekler ile de olmaktadır ve bunun için geliştirilmiş ölçeklerden biri Lubben sosyal ağ değerlendirme ölçeğidir (8, 65). Lubben ölçeği 1988'de 10 soru olarak oluşturulmuş, 2002 senesinde revize edilerek 12 soru şeklinde düzenlenmiş ve bu ölçeğin 6 sorudan oluşan kısa formu ve 18 sorudan oluşan uzun formu da oluşturulmuştur (65). Bu ölçek sayesinde aile ve arkadaş bağları hakkında kantitatif bilgi elde edilebilmekte ve sosyal izolasyon riski olan yaşlı bireyleri saptayarak gerekli öneri ve girişimler yapılabilmektedir (65).

2.5. Karşılanmamış Sağlık Gereksinimleri

Karşılanmamış sağlık gereksinimleri, belirli bir sağlık sorunu ortaya çıktığında gerekli sağlık hizmetlerinin alınması ile alınan gerçek hizmetler arasındaki farklılık ile sağlık hizmetlerine erişimin ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (66). Karşılanmamış sağlık gereksinimleri sağlık hizmetleri sistemine (hizmetlerin

mevcutluğu, bakım verilmesi öncesi bekleme zamanı, vb.) ve bakım arayan bireylerin belirli durumlarına (sosyoekonomik durum, zaman kısıtlılığı, vb.) bağlıdır (66). Kanada ulusal nüfus ve sağlık araştırmasında uzun bekleme süreleri ve hizmet verilememesi karşılanmamış sağlık gereksinimlerine yol açan en sık sebepler arasında olduğu ayrıca bireye bağlı durumlar arasından en sık etraflarında sağlık hizmet sunucusu olmaması ve çok kalabalık olması bildirilmiştir (67).

2.6. Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti ve Ekleri

DSÖ'nün “Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti”nde yaşlı bireylerde sık görülen sorunlar ele alınmaya çalışılmıştır. DSÖ'nün davet etmiş olduğu uzmanlar paneli ile bu enstrüman geliştirilmiştir. Birincil amacı, özellikle kaynaktan yoksun bölgelerde yaşlı bireylerin taranmalarını sağlamak, önleyici tedbirler konusunda danışmanlık vermek ve olanaklıysa seçilmiş bazı kronik hastalıkların yönetiminde algoritmalar aracılığıyla yardımcı olmaktır. Enstrüman seti'ne ilişkin DSÖ hala geçerliliğini korumaktadır. Enstrüman bu çerçevede geriyatrinin dört devri olarak adlandırılan bilişsel bozulma, depresyon, üriner inkontinans ve düşme/immobilitenin taranmasını önceleyip, müspet çıkan bir tarama durumu neticesinde algoritma çerçevesinde bazı ileri değerlendirmeler ve tedaviler önermektedir. Bunun yanı sıra hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların yönetimine ilişkin önerilerde bulunmaktadır. Kırılma kusuru, işitme kaybı ve kilo kaybını ele almaktadır. Periyodik sağlık muayenesini teşvik etmekte ve sigara bıraktırma, uygun beslenme ve bedensel etkinlik konusunda önerilere yer vermektedir (2).

Daha önce yapılmış olan çalışmalardaki deneyimlere dayanılarak geliştirilebilir yönleri de bulunmaktadır (12, 26). Standartize Mini Mental Testi tarama testi olarak önerilmekle birlikte (30, 32) aile hekimliği pratiğinde yeterince uygulama bulmamaktadır. “Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti”nde yer alan “10 dakikalık tarama testi” temelde muayene önce aile sağlığı elemanı tarafından uygulanıp, müspet çıkan sonuçların hekim tarafından değerlendirilmesi ve gerekirse ileri değerlendirmelere yer vermesi beklenmektedir (2).

Bizim uygulamamızda ise taramanın tek elden ve olanaklıysa hekim tarafından yapılması hedeflenmiştir. Bu çerçevede bu tarama formuna ilavelerde bulunularak, tarama formunun güçlendirilmesi olası görülmektedir. Örneğin 3 kelime hatırlama testine bir saat çizme testinin; kilo kaybına ilişkin soruya, MNA'nın tarama bölümünün; tarama sorusunda bulunmayan bir ağız dış tarama formunun, sosyal ağı incelemek için Lubben Sosyal Ağ ölçeğinin ya da polifarmasi ve multimorbiditeyi saptamak için ilave soruların eklenmesi gibi.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Projesi

Bu tez projesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından 13/05/2015 tarih ve 70904504/205 sayılı karar ile (Ek 1) bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp kabul edilmiştir.

3.2. Araştırma Bölgesi

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmüş olup, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlileri tarafından araştırmaya kabul kriterleri ve araştırmadan hariç tutulma kriterleri göz önüne alınarak erişilebilen 65 yaş üstü bireyler çalışmaya alınmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

3.3.1. Araştırma Evreni

Araştırma için Mayıs 2015 – Aralık 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlilerinin erişebildiği 65 yaş üstü 400 bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu örneklem sayısı diyagnostik çalışmalara yönelik geliştirilen örneklem hesaplama nomogramına göre tespit edilmiştir (82). Ancak çalışmanın ağırlıklı yaz döneme denk gelmesi olması ve hedef kitlenin Antalya'dan geçici olarak ayrılması, geriyatrik (yaşlı) değerlendirmesinin ayakta muayene koşulları altında uzun sürüyor olması ve hedef kitlenin katılımının sağlanmasındaki zorluklar nedeniyle çalışma 380 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri

Araştırmaya; herhangi bir sebep ile 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlilerinin erişebildiği, 65 yaş ve üstü, iletişim kurabilen, bilişsel olarak uygulanan anketleri ve ölçekleri dolduracak ve yanıt verebilecek durumda olan bireyler kabul edilmiştir.

65 yaş ve üstü bireylerde aynı durumları değerlendirmesi olası farklı ölçekler ve testler uygulanmıştır (Örn. SMMT ve MOCA ya da Saat Çizme ve 3 Kelime Hatırlama ya da GPCOG ya da MiniCOG gibi). Bazı katılımcıların testlerin

tamamını dolduramadıkları müşahade edilmiştir. Bu çerçevede çalışmaya en fazla bir ölçeği eksik dolduran katılımcılar dahil edilmişlerdir.

3.3.3. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

Araştırmadan gönüllü olmayan, aydınlatılmış onam (Ek 2) vermeyen, 65 yaşın altında olan, iletişim kuramayan, akut ve labil ruh sağlığı sorunları olan, deliryumda olan, ileri derecede defansif olan ve yatağa tam bağımlı olan bireyler hariç tutulmuştur. Ayrıca ankete katılıp herhangi bir sebep ile yarıda bırakan ya da 65 yaş ve üstü bireylerde aynı durumları değerlendiren ölçekler içinden birden fazla ölçeği tamamlamayan bireyler de çalışma dışına alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, gözlemsel-kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.5. Araştırmaya Alınan Veri Kaynakları

Bu araştırma anketlerin oluşturulması, anket sıralarının belirlenmesi ve 65 yaş ve üstü olan beş hastaya pilot uygulamanın yapılması ile başlanılmıştır. Pilot çalışma ile toplam anket süresi, anket uygulama hataları, anket uygulama sırasındaki hastaların görüşleri ve önerileri de dikkate alınarak anketin tekrar düzenlenmesi gibi ön hazırlıklar yapılmıştır.

Pilot çalışmada hastaya kapsamlı geriyatrik değerlendirme uygulanmıştır. Bu tez çalışmasını oluşturan veriler, kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin bir parçasından elde edilmiştir. Geriyatrik değerlendirmenin süresi ortalama 55-60 dakika olarak ölçülmüş, ancak araştırmacının tecrübe kazanması ile uygulama süresi kişi başı ortalama 45 dakika olarak değerlendirilmiştir. Bu tez çalışmasını oluşturan anket ve ölçeklere ilişkin uygulama süreleri ise ortalama 25 dakika olmuştur. Katılımcılara anket uygulama öncesinde ortalama uygulama süresi hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 65 yaş üstü tüm hastalara çeşitli anketler ve ölçekler uygulanmıştır. Aşağıdaki anket ve ölçekler bu çalışma için değerlendirmeye alınmıştır:

- Demografik Anket ve Lubben Sosyal Ağ Değerlendirme Ölçeği (LSNS-R) (Ek 4)
- Karşılanmamış Sağlık Sorunları Anketi ve Tıbbi Öykü Anketi (Ek 5)

- Yaşlı Dostu ASM 10 Dakikalık Tarama Enstrümanı (Ek 6)
- Saat Çizme Testi (Ek 7)
- Mini Nutrisyonel Değerlendirme - MNA Testi (Ek 8)
- İlaç Kullanım (Raporlu Hastalıklar ve İlaçlar) Anketi (Ek 9)
- Ağız Diş Sağlığı Ölçeği D-E-N-T-A-L (Ek 10)

3.5.1. Demografik Anket ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (LSNS-R) (Ek 4)

Araştırmamızda 65 yaş üstü hastaların öncelikle genel bilgilerine (ad, soyad, cinsiyet, doğum tarihi, yaş, adres, telefon, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek) yer verilmiştir. Diğer taraftan düzenli aylık gelirlerinin bulunup bulunmadığı, sosyal güvencelerinin durumu, Antalya’da kaç yıldır yaşadıkları, kaç yıldır aynı konutta oturdukları, hangi konut tipinde yaşadıkları (müstakil, apartman, diğer), kaçınca katta yaşadıkları, yaşadıkları konutun kendilerinin olup olmadığı, binalarında asansör olup olmadığı, kendilerine özel telefonları olup olmadığı, alışverişlerini kimlerin yaptığı, ulaşımını kimlerin sağladığı, dolmuş durağının uzaklığı, kiminle ya da kimlerle birlikte yaşadıkları (eşi, çocukları, diğer akrabalar, ücretli bakıcı, diğer kişiler), kendilerine kimin baktığı, mutluluk kaynağı olan kişilerin kimler olduğu açık uçlu olarak sorulmuştur. Ayrıca kendilerinin ekonomik durumunu nasıl değerlendirdikleri çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü seçenekleri belirtilerek sorulmuş, ayrıca genel mutluluk düzeyleri ve hane halkının mutluluk düzeyleri yine likert tipi şeklinde 0 ile 9 puan arasında puanlanması istenerek hastalara sorulmuştur (Ek 4).

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (Lubben Social Network Scale), Lubben J. ve Gironda M. tarafından 10 soru şeklinde 1988’de geliştirilmiş, 2002’de 12 soru şeklinde revize (LSNS-R) edilmiştir (64). Lubben sosyal ağ ölçeğinin 6 soru içeren kısa formu (LSNS-6) ve 18 soru içeren geniş formu (LSNS-18) bulunmaktadır (65). Lubben sosyal ağ ölçeği hastanın sosyal ağ temasının boyutu, yakınlığı ve sıklığını ölçmek için kullanılmaktadır. Araştırmamızda kullandığımız revize edilmiş 12 soruluk (LSNS-R) formu 6 soru akraba, 6 soru arkadaş ile ilgili sosyal ağ temasını ölçen sorulardan oluşmaktadır. Sorulara hastanın 0 ile 9 arasında puan vermesi istenir. Değerlendirmede her sorudaki puanlar 0 ile 5 arasındaki puanlara dönüştürülür (0=yok, 1=bir, 2=iki, 3=üç ve dört, 4=beşten sekize kadar, 5=dokuz

ve fazlası) ve bu puanlar toplanır. Her katılımcının 0 ile 60 arasında değişen Lubben sosyal ağ ölçeği skoru elde edilmiş olur (65,68). (Ek 4)

LSNS-R'nin Türkçe versiyonuna ulaşılammıştır. Bu nedenle ilgili yazarlarından kullanma izni alınarak Türkçe çevirisi gerçekleştirilmiştir. Bunun için ölçek önce iki çevirmen tarafından Türkçeye çevirisi yapılmıştır. İki çeviri birleştirildikten sonra, oluşan tek metin, 2 çevirmen tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Geri tercümelemler yeniden tek metin olarak birleştirilmiş ve orjinal ölçek ile karşılaştırılmıştır. Nihayetlenen çeviri sonrası beş gönüllü katılımcı üzerinde ölçek uygulanıp, son hali verilmiştir.

3.5.2. Karşılanmamış Sağlık Sorunları Anketi ve Tıbbi Öykü Anketi(Ek 5)

Araştırmamızdaki yaşlıların karşılanmamış sağlık gereksinimlerine ilişkin anket sağlık hizmetlerine erişimlerinin nasıl olduğu (likert tipi), son 1 ayda herhangi bir yakınmalarının olup olmadığı, oldu ise hangi yakınmalarının olduğu ve bu yakınmalarını gidermek için ne yaptıklarına ilişkin (tedaviler ya da başvurduğu merkezler) sorulardan oluşmaktadır (Ek 5).

Tıbbi öykü anketinde hastaya tek tek belirli hastalıkların olup olmadığı sorulmuştur. Hastanın beyan ettiği diğer hastalıklar, alkol ve sigara kullanım öyküsü, yardımcı araç kullanıp kullanmadığı, kullanıyor ise hangi yardımcı araçları kullandığı, boy, kilo açık uçlu olarak sorulmuştur. Hastaların beden kütle indeksleri (BKİ) de kilo ve boylarından hesaplanarak yazılmıştır (Ek 5).

3.5.3. Yaşlı Dostu ASM 10 Dakikalık Kapsamlı Tarama Testi (Ek 6)

Yaşlı dostu ASM *10 dakikalık kapsamlı tarama testi* 2007 yılında DSÖ tarafından yaşlıların genel problemlerini taramak amacıyla geliştirilen ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlılara uygulanması önerilen bir tarama testidir (2).

10 dakikalık kapsamlı tarama testi yaşlı sağlığını kapsamlı şekilde değerlendirmek için kullanılan ve birçok değerlendirme bölümü içeren bir testtir. Bellek, inkontinans, depresif duygudurumu, bedensel işlev kapasitesi, düşme , beslenme, işitme ve görmeyi değerlendiren 8 bölümden oluşmaktadır.

Bellek için 2 soru, inkontinans için 2 soru, depresyon için 1 soru, bedensel işlev kapasitesi için 6 soru, düşme için 1 soru ve 1 sandalye testi, beslenme için 3 soru, ısıtma için 1 soru ve 2 test, görme için 1 soru ve 1 test olmak üzere toplamda 17 soru, 4 testten oluşan bir değerlendirme anketidir. (Ek 6)

3.5.4. Saat Çizme Testi (Ek 7)

Saat çizme testi sağlıklı kişileri bilişsel bozukluğu olan kişilerden ayırmamıza yardımcı olan ve 50 yaş ve üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemini üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir testtir (36). Saat çizme testi, eğitilmiş (ilkokul 5 eğitim düzeyi ve üstü) katılımcılara uygulanmıştır ve Shulman puanlama sistemine göre test değerlendirmesi yapılmıştır (0-5 puan) (Kognitif bozukluk için sensitivitesi %83 ve spesifitesi %72) (69). Katılımcılara boş bir A4 kağıdı verilmiştir ve tam bir saat çizmeleri söylenmiştir, saatin rakamları ve kollarını yerleştirmeleri ve saatin 11'i 10 geçeyi (11.10) göstermesi istenmiştir. Üç veya altı puan alan katılımcıların bilişsel bozukluk/demans açısından ileri değerlendirmeye tabi tutulması gerektiği belirtilmiştir (69). (Ek 7)

3.5.5. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi (Ek 8)

MNA, altı tarama sorusu ile başlar (sorular A-F) ve tarama sorularının olduğu bölüme MNA tarama bölümü ya da MNA kısa form (MNA-SF) olarak isimlendirilmektedir. Tarama bölümü en yüksek toplam on dört puan üzerinden değerlendirilir. Bu bölümden 12-14 puan alınması normal nutrisyonel durumu, 8-11 puan alınması malnütrisyon riski altındaki durumu ve 0-7 puan alınması ise malnütrisyon durumunu göstermektedir (51). MNA-SF'in sensitivitesi %97.9 ve spesifitesi %100 olarak belirlenmiştir (70). Türkiye'de yapılan çalışmada ise sensitivitesi %94 ve spesifitesi %81 olarak bulunmuştur. Uzun formunun ise sensitivitesi %92 ve spesifitesi %86 olarak hesaplanmıştır (71). MNA kısa formunda (MNA_SF) 12'den az puan alan bireyler için MNA testinin 2. bölümü doldurulur (sorular G-R). Toplam MNA skoru 24-30 arası olan bireyler normal nutrisyonel durum, 17-23.5 arası skoru olan bireyler malnütrisyon riski altında ve 17'de az skoru olan bireyler malnütrisyon olarak değerlendirilmektedir (51). (Ek 8)

3.5.6. İlaç kullanım (Raporlu Hastalıklar ve İlaçlar) Anketi (Ek 9)

Hastaların raporlu kullandığı ilaç sayıları ve raporlu hastalık sayıları sosyal güvenlik kurumu internet sitesi'nde öğrenilmiştir (<https://medeczane.sgk.gov.tr/doktor/login.jsp>). Böylece katılımcıların kronik olarak kullandığı raporlu ilaç sayıları ve raporlu hastalık sayıları elde edilmiştir. Bu işlemten önce bu bilgilere ulaşmak için katılımcıların onayları alınmıştır (Ek 9).

3.5.7. Ağız Diş Sağlığı Ölçeği D-E-N-T-A-L (Ek 10)

Ağız diş sağlığı ölçeği (DENTAL) 6 sorudan oluşan bir ölçektir. Bu soruların yanıtına göre 0-1-2 arası skor verilmektedir. Ölçek sonu toplam skoru 2 veya daha fazla olan hastaların diş hekimi tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir (59). DENTAL Ölçeğinin sensitivitesi %82 ve spesifitesi %90 olarak değerlendirilmiştir (59) (Ek 10).

3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Anket Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli 6 araştırma görevlisi tarafından hastalar ile birebir yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Araştırmamızda 525 katılımcıya ulaşılmıştır. Yüz sekiz hasta anketlerin uygulanmasını herhangi bir sebep ile reddetmiştir. dört yüz on yedi hastadan anketlerin uygulanması için aydınlatılmış onam alınmıştır. Anket uygulanması esnasında 37 hasta anket süresinin uzunluğu, sıkılmaları, başka işinin olması vb. gibi sebepler ile anketi yarıda bırakmışlardır ve bireylerin aynı fonksiyonlarını değerlendiren anketlerden birden fazla ölçeği eksik uygulanması ile neticelenmesi sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya toplam 65 yaş ve üstü 380 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.7. İstatistiksel İncelemeler

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) istatistik paket programı ile analiz edilmiştir.

İstatistiksel analizlerden önce örnekleme tanımlamak için ortalama, ortanca, standart sapma, minimum-maksimum değerleri, sıklık ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımı için Kolmogorov Smirnov

Testi uygulanmış ve verilerde varyansların homojenliği varsayımı için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır.

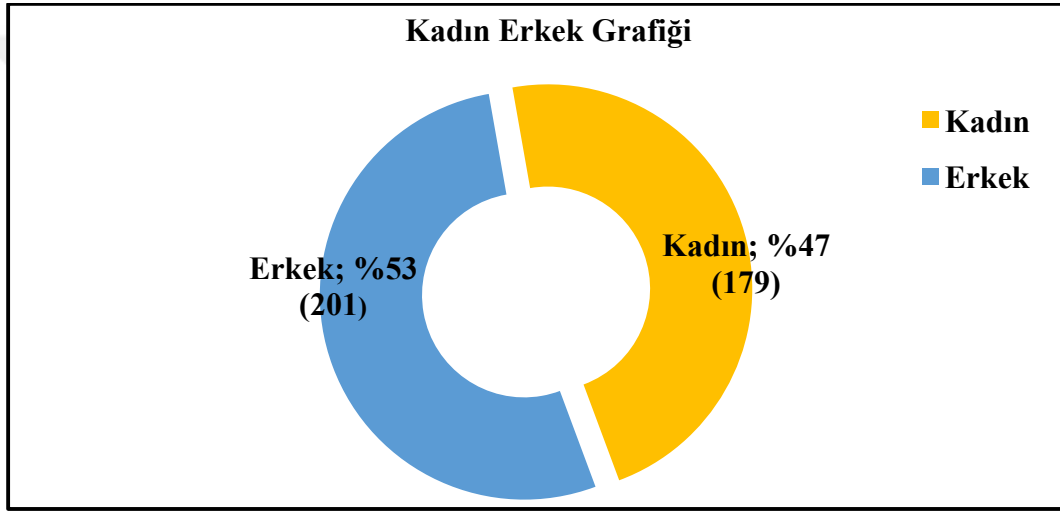
Parametrik varsayımların yerine geldiği dağılımlarda “t-Testi” ve “Pearson Korelasyon Analizi” uygulanmıştır. Parametrik varsayımların gerçekleşmediği durumlarda ise “Mann-Whitney U Testi”, “Ki-Kare Testi” ve “Spearman Korelasyon Analizi” kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

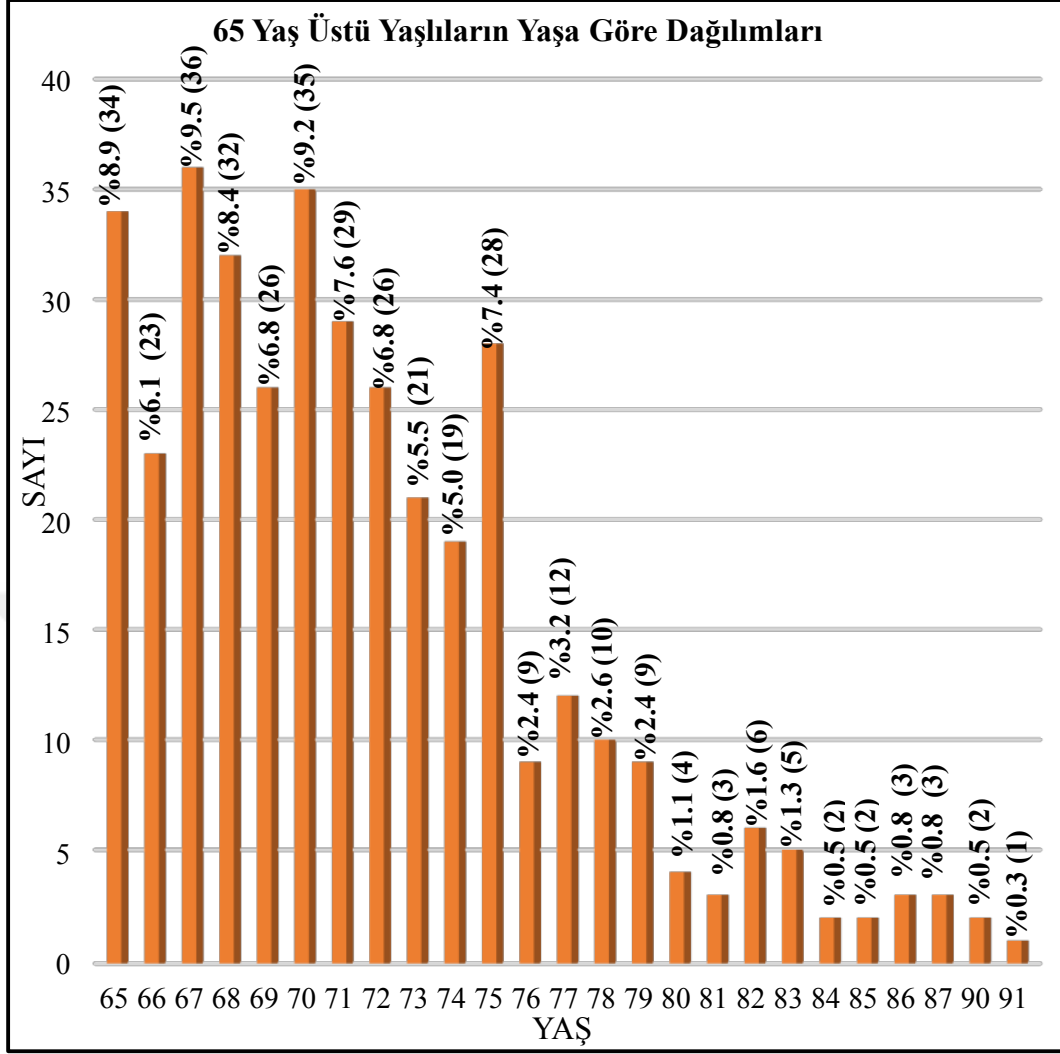
4.1 Demografik Özellikler

Araştırmamıza katılan 65 yaş üstü toplam 380 hastanın %53'ü (201) erkek; %47'si (179) kadındır. Katılımcılar 65-91 yaş aralığındadır ve toplam yaşlıların ortalama yaşı 71,65 (SS= 5.25; min-maks=65-91)'dir. Erkeklerin yaş ortalaması 71.8, kadınların yaş ortalaması 71.4 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların yaş grubunun daha çok 65-75 arasında yığıldığı görülmektedir. Şekil 4.1 ve Şekil 4.2'de sırasıyla 65 yaş üstü yaşlıların cinsiyete göre dağılımları ve yaşa göre dağılımları gösterilmiştir.

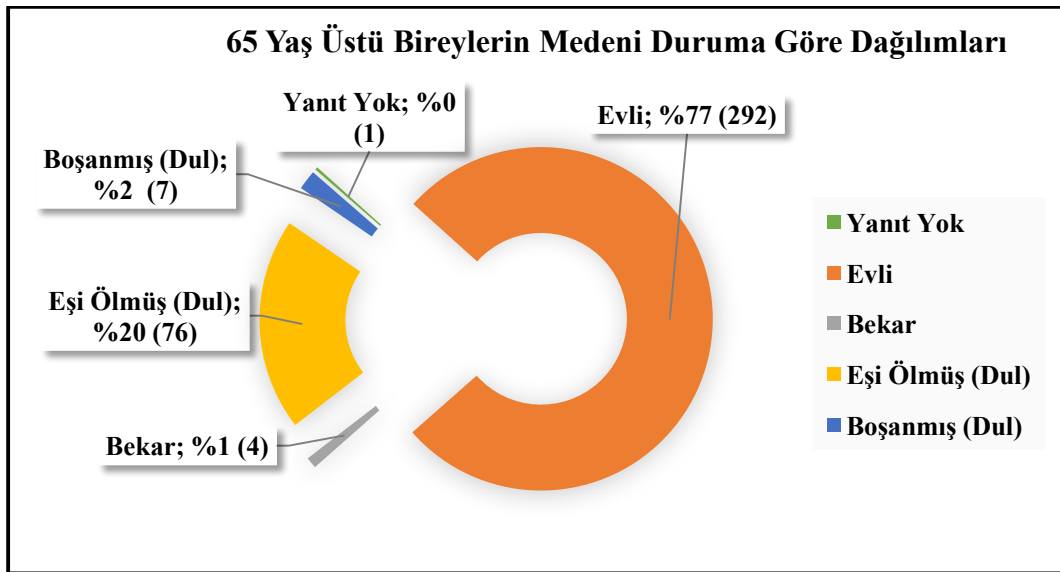


Şekil 4.1. Yaşlıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Araştırmamızdaki yaşlılar medeni durum açısından da değerlendirildiğinde %77'sinin (292) evli, %20.0'sinin (76) eşi ölmüş, %2'sinin (7) boşanmış, %1'inin (4) bekar durumda olduğu görülmüştür. Bireylerin medeni duruma göre dağılımları yer almaktadır. Buradan evli olan grubun yüksek oranda (%77), bekar grubun ve boşanmış grubun katılımcılarımız arasında en az oranda bulunduğu görülmektedir (Şekil 4.3).

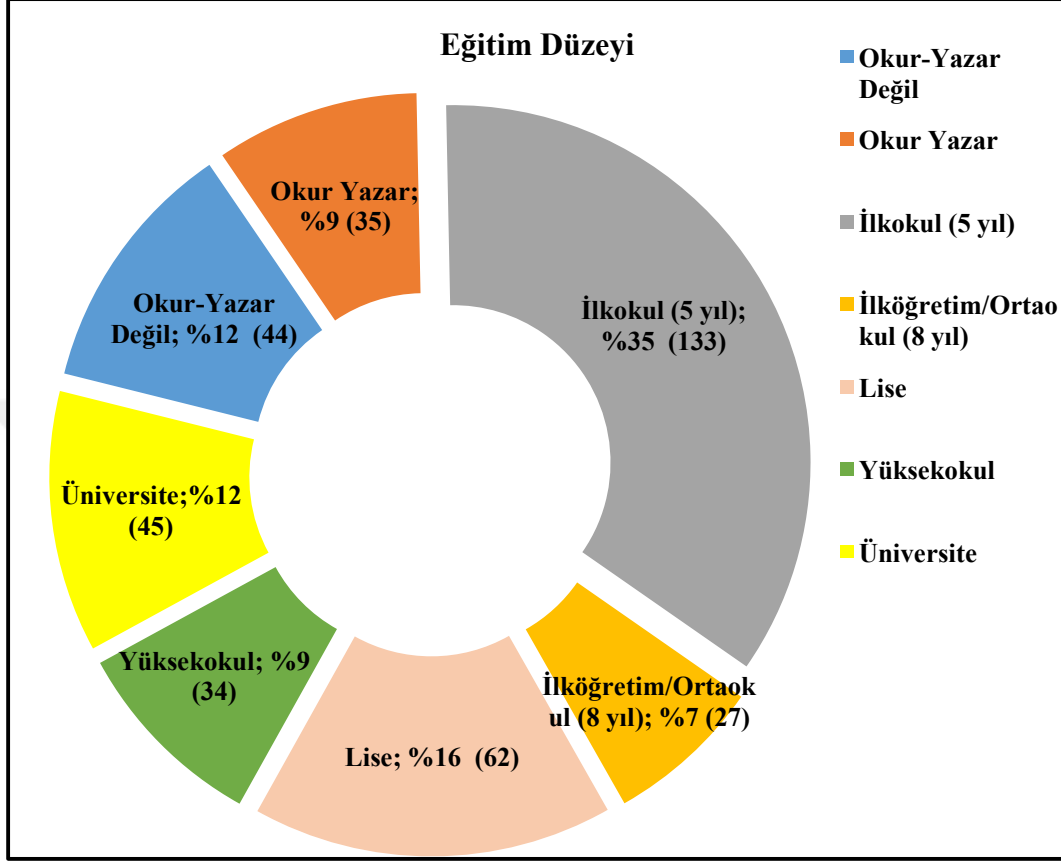


Şekil 4.2. 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşa Göre Dağılımları



Şekil 4.3. 65 Yaş Üstü Bireylerin Medeni Duruma Göre Dağılımları

Araştırmamızdaki yaşlılara eğitim düzeyleri açısından bakıldığında en yüksek oranı ile ilkokul mezunları oluşturmaktadır. Şekil 4.4’de 65 yaş ve üstü bireylerin eğitim düzeyine göre dağılımları yer almaktadır.



Şekil 4.4. 65 Yaş Üstü Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımları

Katılımcıların cinsiyete göre eğitim düzeyleri çizelge 4.1’de gösterilmiştir. Çizelgeye bakıldığında erkeklerin kadınlara göre eğitim düzeyinin yüksekliği göze çarpmaktadır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Ayrıca kadınlarda okur yazar olmama oranı (%10.7) erkeklerdeki okur yazar olmama oranı (%0.8) ile karşılaştırıldığında kadınlarda bu oranın çok yüksek olduğu, aynı şekilde üniversite mezunu olma oranlarının kadınlarda (%1.5), erkeklere (%10.2) göre düşük kaldığı görülmektedir.

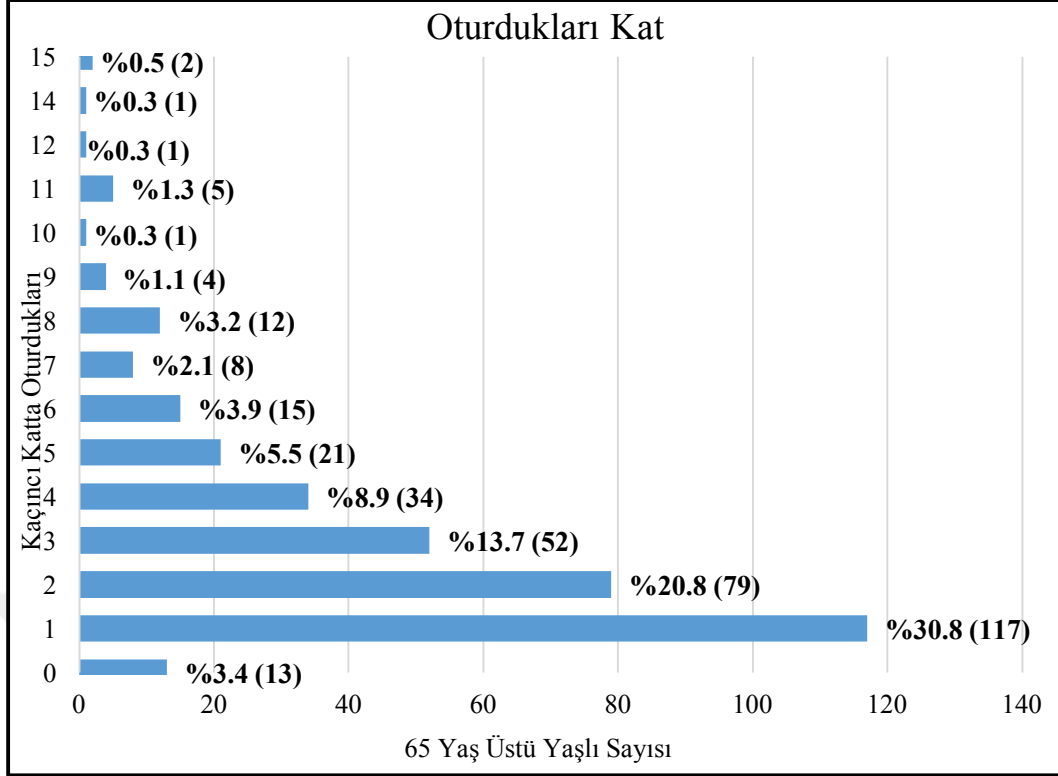
Çizelge 4.1. Cinsiyete Göre Eğitim Düzeyi Dağılımı

Cinsiyet	Eğitim Düzeyi							Total
	Okur Yazar Değil	Okur Yazar	İlkokul (5 yıl)	İlköğretim/ Ortaokul (8 yıl)	Lise	Yükse kokul	Üniver site	
Kadın	%10.7 (41)	%5.3 (20)	%16.3 (62)	%3.2 (12)	%5.7 (22)	%4.2 (16)	%1.5 (6)	%47.1 (179)
Erkek	%0.8 (3)	%3.9 (15)	%18.7 (71)	%3.9 (15)	%10.5 (40)	%4.7 (18)	%10.2 (39)	%52.8 (201)
Total	%11.5 (44)	%9.2 (35)	%35.0 (133)	%7.1 (27)	%16.3 (62)	%8.9 (34)	%11.8 (45)	%100 (380)

Araştırmamızdaki katılımcıların %89.7'sinin (341) düzenli aylık geliri bulunmakta, %7.3'ünün (28) düzenli aylık geliri bulunmamaktadır ve %2.9 (11) yaşlı ise bu soruya cevap vermek istememiştir. Araştırmamızdaki yaşlıların %5.2'si (20) halen çalışmakta ve %94.7'si (360) ise çalışmamaktadır. Ayrıca Sosyal Güvence açısından katılımcılar incelendiğinde %92.3 (351) yaşlının SGK, %3.9 (15) yaşlının yeşil kart, %0.5 (2) yaşlının özel sigorta, %0.5 (2) yaşlının ise yurtdışı sigortası gibi Sosyal Güvenceleri bulunmakta ve %2.6 (10) yaşlının ise herhangi bir Sosyal Güvencesi bulunmamaktadır.

Üç yüz seksen hastadan %... (337) birey 36.89 yıldır Antalyada yaşamaktadır. Üç yüz altmış yedi birey ise yaklaşık 19.84 yıldır aynı evlerinde yaşamaktadır. Katılımcıların yaşadıkları konut tipi incelendiğinde 376 yaşlı bireyden 98'i (%...) müstakil konutta ve %... (278)'i apartmanda yaşamaktadır. Araştırmamızdaki yaşlıların zemin kat ile 15. Kat arasında değişen katlarda oturduğu; daha çok 1. ve 2. Katlarda oturduğu ve ortalama olarak da 2.93 katta oturduğu görülmüştür. Şekil 4.5'de 65 yaş ve üstü bireylerin oturdukları kata göre dağılım gösterilmiştir.

Araştırmamızdaki yaşlılarımızın %52.3'ünün (199) oturduğu binada asansör olmadığı ve %47.6'sının (181) oturduğu binada asansör olduğu izlenmiştir. Ayrıca araştırmamızdaki yaşlı bireylerin %87.1'inin (331) telefonu olduğu, %12.3 (47) yaşlı bireyin telefonu olmadığı, %82.1 (312) yaşlı bireyin alışverişini kendi sağlarken ve %17.8 (68) yaşlının alışverişinin eşi, çocukları, gelini ve komşular tarafından sağlandığı tespit edilmiştir.



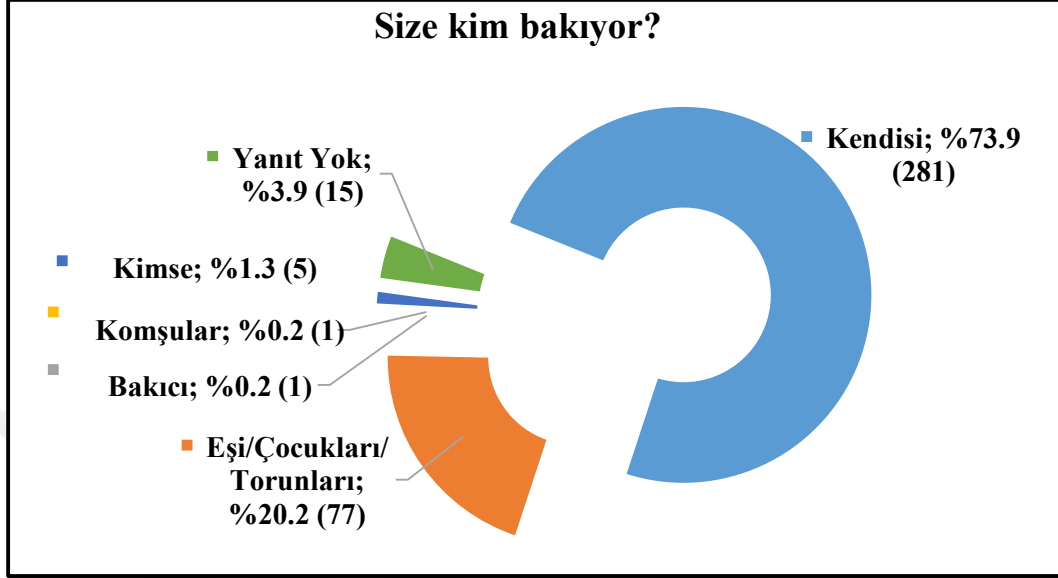
Şekil 4.5. 65 Yaş Üstü Yaşlı Bireylerin Oturdıkları Kat’a Göre Dağılımı

Araştırmamızdaki yaşlı bireylerin %66.0’ı (251) ulaşımını kendi sağlarken, %33.1’inin (126) ulaşımının eşi, çocukları ve akrabalar tarafından sağlandığı belirtilmiştir.

Araştırmamıza katılan yaşlılardan %58.4’ü (222) otobüs, dolmuş durağının yakın ve %25.0’ı (95) orta uzaklıkta, %6.0’ı (23) uzak olduğunu belirtmiştir. Yaşlılardan %10.5’i (40) bu soruyu cevaplamamıştır.

Araştırmamıza katılan yaşlıların %13.2’i (50) yalnız yaşamakta, %86.8’i (330) eşi, çocukları veya akrabaları ile birlikte yaşamaktadır. Yaşlılara “size kim bakıyor?” sorusu yöneltildiğinde %73.9’unun (281) kendisine bakabildiği, %20.2’sinin (77) eşi, çocukları ve torunları tarafından bakıldığı, %0.2 (1) yaşlının bakıcı tarafından bakıldığı, %0.2 (1) yaşlının komşular tarafından bakıldığı, %1.3 (5) yaşlının kimse tarafından bakılmadığı yanıtları alınmıştır ve %0.2 (1) yaşlının bu soruya cevap vermediği gözlenmiştir. Şekil 4.6’de 65 yaş üstü yaşlılara bakım veren bireylerin dağılımı gösterilmiştir.

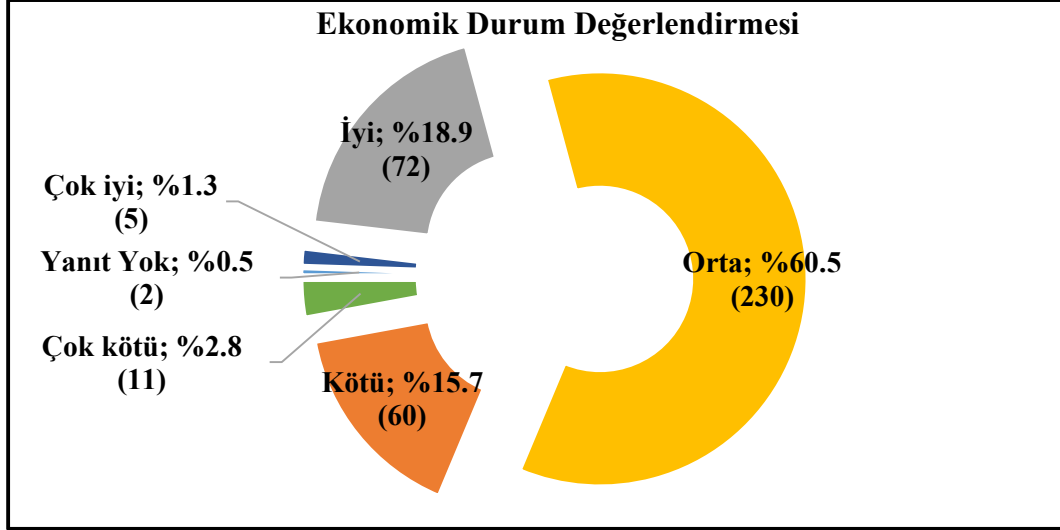
Katılımcılarımıza “sizin için mutluluk kaynağı olan kişiler kimlerdir?” sorusu yöneltildiğinde yaşlıların mutluluk kaynağının en çok ailesi, çocukları ve torunları olduğu belirlenmiştir.



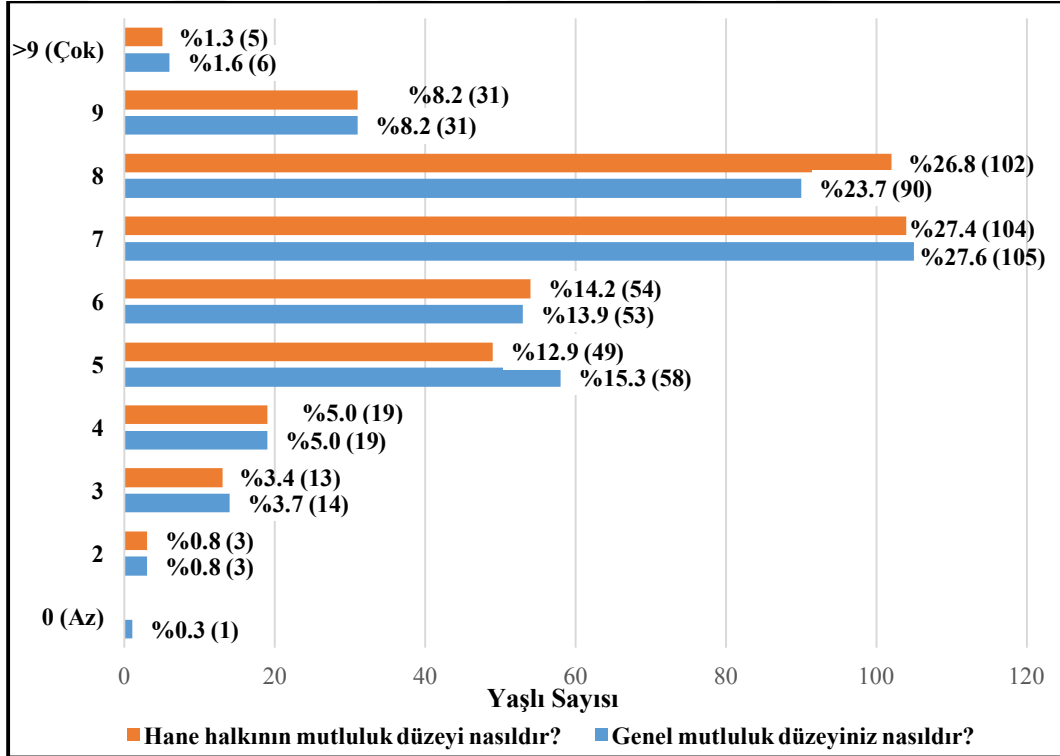
Şekil 4.6. Yaşlılara Bakım Veren Bireylerin Dağılımı

Araştırmamıza katılan yaşlıların ekonomik durumu sorulduğunda %1.3’ünün (5) çok iyi, %18.9’unun (72) iyi, %60.5’inin (230) orta, %15.7’sinin (60) kötü, %2.8’inin (11) çok kötü olarak cevap verdiği görülmüştür ve %0.5 (2) yaşlı bu soruya cevap vermek istememiştir. Şekil 4.7’de 65 yaş üstü yaşlıların ekonomik durumunlarına göre dağılımları gösterilmiştir.

Araştırmamızdaki yaşlılara hane halkı mutluluk ve genel mutluluk düzeyleri sorulup 0 ile 9 puan arasında puanlaması istenmiştir ve bu puanlar analiz edildiğinde hane halkı mutluluk ve genel mutluluk düzeyleri sırasıyla ortalama skorlarının 6.6 (SS=1.58; min-maks=2-10) ve 6.7 (SS=1.64; min-maks=0-10) şeklinde olduğu ve her iki düzeyin birbiri ile bağlantılı olduğu anlaşılmıştır ($p<0.01$). Şekil 4.8’de yaşlıların hane halkı mutluluk düzeyleri ve genel mutluluk düzeylerine göre dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Yaşlıların Ekonomik Duruma Döre Dağılımları



Şekil 4.8. 65 Yaş ve Üstü Yaşlıların Hane Halkının Mutluluk Düzeyleri ve Genel Mutluluk Düzeylerine Göre Dağılımları

Araştırmamıza katılan 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin kilo ve boyları ölçülmüş ve beden kütle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hastaların Kilo, Boy ve BKİ Değerlerinin Dağılımları

	Hasta Sayısı (n)	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
Vücut Ağırlığı (kg)	380	74.19	12.122	40	110
Boy (cm)	380	163.13	8.848	130	185
BKİ (kg/m2)	380	27.83	4.310	20.06	44.30

Araştırmamıza katılan yaşlıların BKİ'leri, DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre gruplanmıştır. Bu sınıflama ile gösterilen BKİ değerlerinin dağılımları Çizelge 4.3'de ve Şekil 4.9'da, cinsiyete göre BKİ sınıflamasının dağılımları ise Çizelge 4.4'de gösterilmiştir.

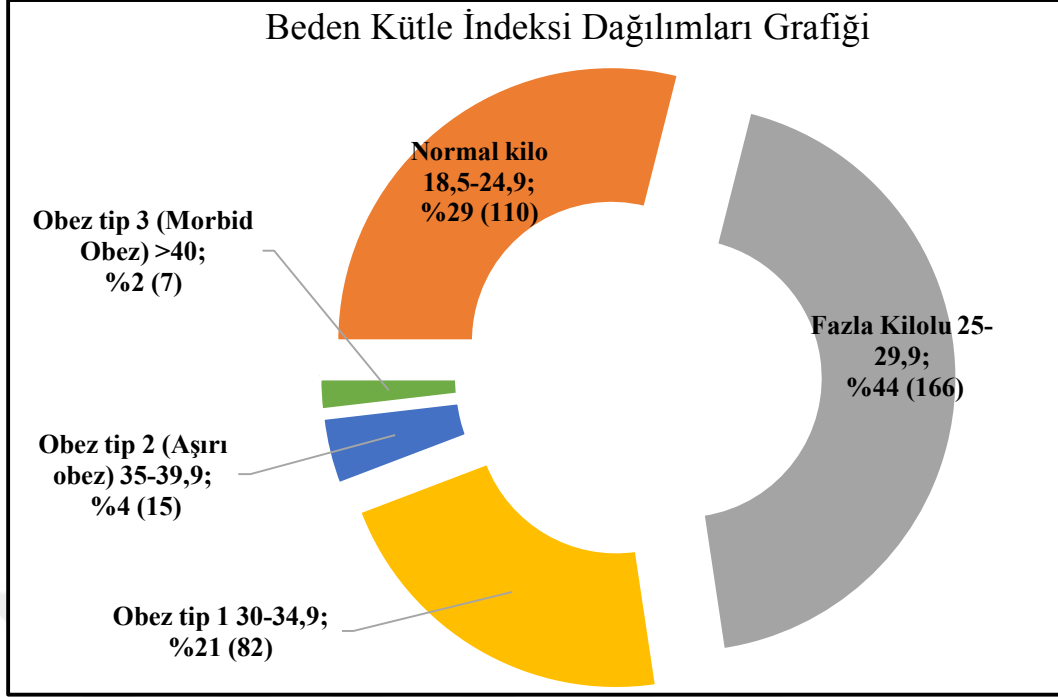
Çizelge 4.3. Yaşlıların BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımları

SINIFLAMA		BMI(kg/m2)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde%
Düşük Kilolu <18.50	Düşük Kilolu Ağır Derece	<16.00	0	0%
	Düşük Kilolu Orta Derece	16.00 - 16.99	0	0%
	Düşük Kilolu Hafif Derece	17.00 - 18.49	0	0%
Normal Aralık		18.50 - 24.99	110	%28.9
Fazla Kilolu		25.00-29.99	166	%43.7
Obez ≥ 30.00	Obezite Sınıf 1	30.00 - 34.99	82	%21.6
	Obezite Sınıf 2	35.00 - 39.99	15	%3.9
	Obezite Sınıf 3	≥ 40.00	7	%1.8

Araştırmamıza katılan yaşlılarda DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre düşük kilolu grup bulunmadığı görülmüştür. Yani malnütrisyon ya da yetersiz beslenme bulunmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların çizelgede görüldüğü gibi fazla kilolu ve obezite ile ilgili sorunları bulunmaktadır. Araştırmamızdaki katılımcıların %71.0 (270)'inin fazla kilo problemi vardı ve bunların %27.3'ü (104) obezite sınıfına girmektedir.

Cinsiyete göre BKİ değerlerine bakıldığında ise kadınların daha yüksek oranda obezite problemlerinin olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak incelendiğinde ise kadınlarda obezitenin erkeklere oranla daha yüksek olduğu anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$).



Şekil 4.9 Yaşlıların BKİ Dağılımları Grafiği

Ayrıca genel olarak katılımcıların BKİ dağılımlarına bakıldığında en yüksek oran olan %44 (166) ile fazla kilolu grubun olduğu, ikinci olarak %29 (n=?) ile normal kilolu grubun, üçüncü olarak da %21 (82) ile obez tip 1 grubunun olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.4. Yaşlıların BKİ sınıflamasının cinsiyete göre dağılımı

	BKİ (kg/m ²) Sınıflama					Total
	Normal Aralık	Fazla Kilolu	Obezite Sınıf 1	Obezite Sınıf 2	Obezite Sınıf 3	
Kadın	%11.5 (44)	%16.8 (64)	%14.4 (55)	%2.3 (9)	%1.8 (7)	%47.1 (179)
Erkek	%17.3 (66)	%26.8 (102)	%7.1 (27)	%1.5 (6)	%0 (0)	%52.9 (201)

Bireylere sigara kullanımı sorulmuştur. Hiç sigara kullanmayan %48.9 (186), sigara öyküsü olup bırakan %40.0 (152) ve halen aktif sigara kullanan %9.5 (36) yaşlı bulunmuştur. Yaşlılardan %1.5'i (6) bu soruya cevap vermemiştir. Sigara öyküsü olan ve aktif sigara kullananlara (%21.0; n=80) kaç paket ve kaç yıldır sigara kullandığı sorulduğunda çizelge 4.4'deki yanıtlara ulaşılmıştır.

Çizelge 4.5. Katılımcılardan Sigara Kullananların Paket/Yıl Değerleri

Sigara (.... paket/yıl)	Sigara öyküsü olan hasta sayısı (n)	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
	%21.0 (80)	24.8250	22.18779	1.00	120.00

Alkol kullanım açısından da katılımcıların %66.8'si (254) hiç alkol almamış, %26.3'ü (100) ayda bir ya da daha nadir, %2.1'i (8) ayda birden fazla, %1.5'i (6) haftada birden fazla ve %0.5'i (2) hergün alkol kullanmakta olduğu görülmüştür. Katılımcıların %2.6'sı (10) alkol kullanma sorusuna yanıt vermemiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların yardımcı cihaz kullanımları sorgulandığında en çok yardımcı cihaz kullanımının %58.7 (223) ile gözlük kullanımı geldiği görülmüştür. Detaylı olarak çizelge 4.5'de hastaların yardımcı araç kullanımlarının dağılımları gösterilmiştir.

Çizelge 4.6 Yaşlıların Kullandıkları Yardımcı Araçların Dağılımları

	Yaşlı Sayısı (n)	Yüzde (%)
Gözlük	223	%58.7
İşitme Cihazı	5	%1.3
Baston	16	%4.2
Gözde Mercek	2	%0.5
Tekerlekli Sandalye	1	%0.3
Gözlük + Baston	19	%5.0
Gözlük + İşitme Cihazı	5	%1.3
İşitme Cihazı + Baston	1	%0.3
Gözlük + İşitme Cihazı + Baston	4	%1.1
Kullanmayanlar	104	%27.4
Total	380	%100.0

4.2. Tıbbi Öykü-Multimorbidite Durumu

Yaşlılara uygulanan tıbbi öykü anketinde yaşlılara kronik hastalıkları sorulmuştur. Yaşlıların beyanı ile alınan kronik hastalıklar sıklık sırasıyla Çizelge 4.6'da gösterilmiştir. Bu bilgiler ışığında yaşlılarda en çok görülen hastalık %60 sıklık ile hipertansiyondur. Sonrasında sırayla DM, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı ve artrit/artroz gelmektedir.

Çizelgede görülen diğer hastalıklar seçeneği açık uçlu olarak yaşlılar tarafından belirtilmiştir. Bunlar yaşlılarda daha az görülen kronik hastalıklardır ve bu grupta ürtiker, uyku apnesi, hipertiroidizm, psöriazis, hepatit B ve C taşıyıcılığı, esansiyel trombositoz gibi hastalıklar ve akciğer kanseri, meme kanseri gibi kanserler beyan edilmiştir. Araştırmamızdaki yaşlılar hastalık sayısı bakımından irdelendiğinde Çizelge 4.7'de görülen "Toplam Hastalık Sayısının" 0 ile 12 arasında değiştiği ve ortalama her yaşlının ortalama 3.69 sayıda (SS=2.28; min-maks=0-12) hastalığa sahip olduğu görülmüştür.

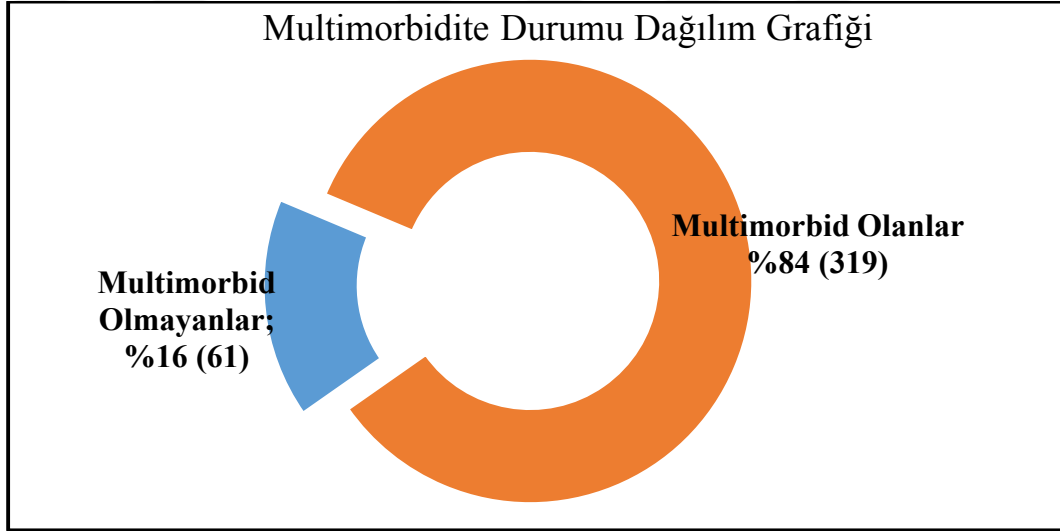
Çizelge 4.7. Yaşlıların Beyanındaki Kronik Hastalıkların Dağılımları

Hastalıklar		n =Hasta sayısı	Yüzdesi (%)
1)	Esansiyel (Primer) Hipertansiyon (I10)	228	60,00%
2)	İnsüline Bağımlı Diyabetes Mellitus (E10)	123	32,37%
3)	Hiperlipidemi (E78.5)	113	29,74%
4)	Kronik İskemik Kalp Hastalığı (I25)	99	26,05%
5)	Poliartrit/Poliartroz (M13,M15)	83	21,84%
6)	Diğer Hastalıklar	77	20,26%
7)	Benign Prostat Hiperplazisi (N40)	68	17,89%
8)	Üriner İnkontinans (R32)	50	13,16%
9)	Osteoporoz, kırıksız (M81)	48	12,63%
10)	Gastroözefageal Reflü Hastalığı (K21)	43	11,32%
11)	Depresif Nöbet (F32)	37	9,74%
12)	Atrial Fibrilasyon (I48)	36	9,47%
13)	Konstipasyon (K59.0)	34	8,95%
14)	Refraksiyon Bozukluğu (H53)	29	7,63%
15)	Akut Miyokard Enfarktüsü (I21)	27	7,11%
16)	Hipoglisemi (E16.2)	25	6,58%
17)	Kronik Böbrek Yetmezliği (N18)	23	6,05%
18)	Kronik Böbrek Hastalığı (N00-17)	21	5,53%
19)	Peptik Ülser (K27)	20	5,26%
20)	Astım (J45)	20	5,26%
21)	Vertigo (R42)	17	4,47%
22)	Serebrovasküler Olay (G46)	16	4,21%
23)	Hipotiroidizm (E03)	14	3,68%
24)	Metabolik Sendrom (E88.8)	13	3,42%
25)	Romatoid Artrit (M05-06)	12	3,16%
26)	KOAH (J41-44)	10	2,63%
27)	Polinöropati (G62-63)	10	2,63%
28)	Katarakt (H25-26)	10	2,63%
29)	Ortostatik Hipotansiyon (I95.1)	8	2,11%
30)	Demans/Alzheimer (F00,01,03)	8	2,11%
31)	Koagülasyon Bozukluğu (D68)	7	1,84%
32)	Kalp Yetmezliği (I50)	7	1,84%
33)	Nefropati (E14.2, I12.9)	6	1,58%
34)	Parkinson (G20)	5	1,32%
35)	İnflamatuvar Barsak Hastalığı (K50-51)	4	1,05%
36)	GİS Kanama (K92.0-92.2)	4	1,05%
37)	Pulmoner Emboli (26)	4	1,05%
38)	Periferik Vasküler Hastalıkları (I73)	3	0,79%
39)	Diyare (K58)	2	0,53%
40)	Gut (M10)	2	0,53%
41)	Venöz Tromboemboli (I82)	1	0,26%
42)	Karaciğer Hastalığı (K70-77)	1	0,26%
43)	Epilepsi (G40)	1	0,26%

Çizelge 4.8. Yaşlıların Beyan Ettiği Toplam Hastalık Sayıları

	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
Multimorbidite (Total Komorbid Hastalık Sayısı)	3.69	2.29	0	12

Katılımcılar beyan ettikleri kronik hastalık sayısına göre hastalığı olmayan ve 1 adet kronik hastalığı olan bireyleri multimorbid olmayanlar grubu, 2 ya da daha fazla kronik hastalığı olan bireyleri multimorbid olanlar grubu olarak 2 gruba ayrılmıştır. Şekil 4.10’da katılımcılarımızın multimorbidite durumuna ilişkin dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 4.10. Multimorbidite Durumuna İlişkin Dağılım Grafiği

Cinsiyete göre multimorbidite dağılımına bakıldığında kadınlarda multimorbid olmayan 19 (%5.0) kişiye karşılık erkeklerde 42 (%11.0) kişi bulunmaktadır. Yaşlıların cinsiyete göre multimorbidite durumunun dağılımı çizelge 4.8’de gösterilmiştir. Bu dağılıma göre kadınlarda multimorbidite durumunun erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliği dikkat çekmektedir ($p<0.05$). Katılımcılarımızda yaş ile birlikte multimorbidite durumunun arttığı istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

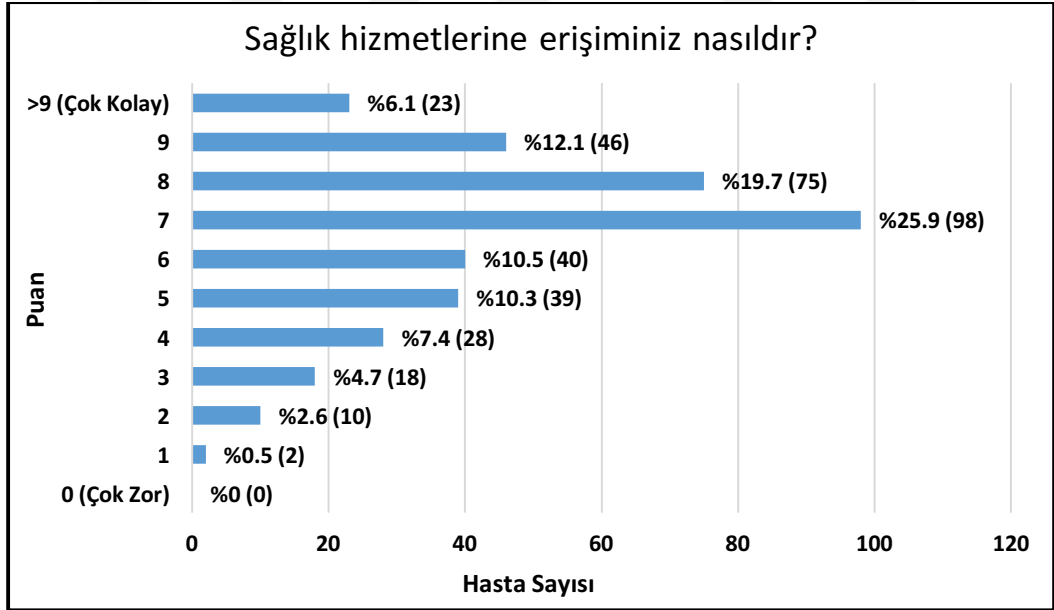
Çizelge 4.9. Cinsiyete Göre Multimorbidite Durumunun Dağılımı

	Multimorbid Olmayanlar	Multimorbid Olanlar	Toplam	p
Kadın	%5.0 (19)	%42.1 (160)	%47.1 (179)	p<0.05
Erkek	%11.0 (42)	%41.8 (159)	%52.8 (201)	

Ayrıca genel mutluluk düzeyleri ile multimorbidite durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda multimorbiditesi olmayan yaşlıların genel mutluluk düzeylerinin yüksekliği anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($p<0.05$).

4.3 Karşılanmamış Sağlık Sorunları

Araştırmamızdaki yaşlılara “Sağlık hizmetlerine erişiminiz nasıldır?” Sorusu likert tipi şeklinde (0 ile 9 üstü puan) sorulmuş ve 379 katılımcıdan yanıt alınmıştır. Ortalama 6.73 puana (SS=1.99 min-maks=1-10) tekabül eden bir yanıt alındığı anlaşılmıştır (Şekil 4.11).



Şeki 4.11 Yaşlıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Puanları

Ayrıca “Son 1 ayda herhangi bir yakınmanız oldu mu?” sorusuna 137 (%36.1) katılımcı evet ve 243 (%63.9) hayır cevabı vermiştir. Sonrasında “Yakınmanız oldu ise son 1 ayda ne gibi yakınmalarınız oldu?” sorusu yöneltilmiş ve yaşlılar en çok

öksürük, diz ağrısı, bel ağrısı, görme problemleri, karın ağrısı, yan ağrısı, çarpıntı ve kan basıncı düzensizliği yanıtını vermişlerdir. Daha sonra “Bu yakınmalarınızı gidermek için neler yaptınız?” sorusu yöneltilmiş ve %48.2 (66) yaşlı eğitim araştırma hastanesine ya da üniversite hastanesine, %21.9 (30) yaşlı aile sağlığı merkezlerine, %15.3 (21) devlet hastanesine, %5.1 (7) hastanın diğer sağlık merkezlerine başvurduğu, %3.6 (5) hastanın ilaç kullandığı, %1.5 (2) hastanın ilaç dışı (bitkisel karışımlar, masaj, akupunktur vb) kullandığı ve %4.4 (6) hastanın herhangi bir şey yapmadığı belirlenmiştir.

4.4 Uygulanan Ölçeklerin Bulguları

4.4.1 Yaşlı Dostu ASM 10 dakikalık Kapsamlı Tarama Testi

65 yaş ve üstü yaşlılara *yaşlı dostu aile sağlığı merkezi enstüman setinin* 10 dakikalık kapsamlı tarama testi uygulanması sonucunda kognitif, inkontinans, depresyon, bedensel işlev durumu, düşme, beslenme değerlendirmeleri için ileri tetkik gerektirecek veya konsültasyon gerektirecek yaşlı bireylerin sayıları ve oranları sırasıyla çizelge 4.9, çizelge 4.10, çizelge 4.11 çizelge 4.12, çizelge 4.13, çizelge 4.14’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.10. Kognitif Değerlendirme

Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
Kognitif/Bellek-1			%73.9 n=281 Psikiyatrist veya Nörolog ile Konsültasyon önerildi.
1) 3 kelime hatırlama (3 kelimenin hepsi söylendi mi ?)	Evet	%96.3 (366)	
	Hayır	%3.7 (14)	
Kognitif/Bellek-2			
1) Hasta kendisine daha önce söylenen 3 kelimeyi hatırlayabildi mi?	0 Kelime	%12.1 (46)	
	1 Kelime	%26.8 (102)	
	2 Kelime	%35.0 (133)	
	3 Kelime	%26.1 (99)	

Çizelge 4.11. İnkontinans Değerlendirme

Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
İdrar İnkontinans			
1) “Geçen yıl içerisinde idrarınızı kaçırıp altınızı ıslattınız mı?”	Evet	%22.3 (85)	%16.3 n=62 Üroloji ile konsültasyon (yanıtsız=1) önerildi.
	Hayır	%77.4 (294)	
2) Yanıtınız Evet ise, “Geçen hafta içerisinde idrar kaçırdınız mı?”	Evet	%16.5 (63)	
	Hayır	%80.5 (306)	

Çizelge 4.12. Depresyon Değerlendirme

Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
Depresyon			
1) “Kendinizi sık sık üzgün veya kederli hissediyormusunuz?”	Evet	%21.0 (80)	%21.1 n=80 Psikiyatri ile konsültasyon önerildi.
	Hayır	%79.0 (300)	

Çizelge 4.13. Bedensel İşlev Durumu Değerlendirme

Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
Bedensel İşlev Durumu (IADL / ADL)			
IADL			
1) “Hızlı yürüme ya da bisiklete binme gibi şiddetli etkinliklerde bulunuyor musunuz?”	Evet	%23.4 (89)	%82.1 n=312 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR), Fizyoterapi, Okupasyonel Terapist konsültasyonu önerildi.
	Hayır	%76.6 (291)	
2) “Cam,duvar ya da yerleri silme gibi ağır ev işi yapabiliyor musunuz?”	Evet	%38.7 (147)	
	Hayır	%61.3 (233)	
3) “Gıda ya da giyim için alışverişe çıkabiliyor musunuz?”	Evet	%88.4 (336)	
	Hayır	%11.6 (44)	
4) “Yürüme mesafesi dışında bulunan yerlere gidebiliyor musunuz?”	Evet	%78.1 (297)	
	Hayır	%21.9 (83)	
ADL			
1) “Duşta ya da küvette yıkanıp, liflenebiliyor musunuz?”	Evet	%98.4 (374)	
	Hayır	%1.6 (6)	
2) “Gömlek giyip, düğmelerini ilikleyip, fermuarınızı çekebiliyor musunuz ya da ayakkabılarınızı giyebiliyor musunuz?”	Evet	%97.8 (372)	
	Hayır	%1.6 (6)	

Çizelge 4.14. Düşme Değerlendirme

Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
Düşme			
1) "Geçen 12 ay içerisinde 2 ya da daha fazla kez düştünüz mü?"	Evet	%10.0 (38)	%22.4 n=85 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) konsültasyonu önerildi. (Yanıt yok=3)
	Hayır	%90.0 (342)	
2) Yanıtınız hayır ise, "Sandalyeden kalk ve ona tutunmadan etrafında yürü testini yapamıyor mu?"	Evet	%3.9 (15)	
	Hayır	94.5 (359)	
3) "Düzensiz yapıyor"	Evet	%13.4 (51)	
	Hayır	%85.0 (323)	

Çizelge 4.15. Beslenme Değerlendirme

Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
Beslenme			
1) "Geçmiş 6 ay içerisinde beden ağırlığınız ile ilgili bir değişiklik farkettiler mi?"	Evet	%16.3 (62)	%8.2 n=31 Beslenme danışmanlığı ve Diyetisyen görüşü önerildi. (Yanıt yok=1)
	Hayır	%83.4 (317)	
2) Vücut ağırlığı değişikliği	4,5'kg dan fazla artma veya azalma	%7.9 (30)	
3) Vücut ağırlığınız	<45kg	%0.3 (1)	
	45-69	%35.2 (134)	
	70-89	%53.2 (202)	
	90-110	%11.3 (43)	

10 dakikalık kapsamlı tarama testinde değerlendirilen modüllerden, çizelgelerden de görüldüğü gibi en yüksek konsültasyon önerisi bedensel işlevsel durumun değerlendirilmesi sonucu ortaya çıktı (n=281,%82.1) ve ikinci sırada ise kognitif değerlendirme (n=281, %73.9) olmuştur. İşitme ve görme değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar ise sırasıyla çizelge 4.15 ve çizelge 4.16'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.16. İşitme Değerlendirme

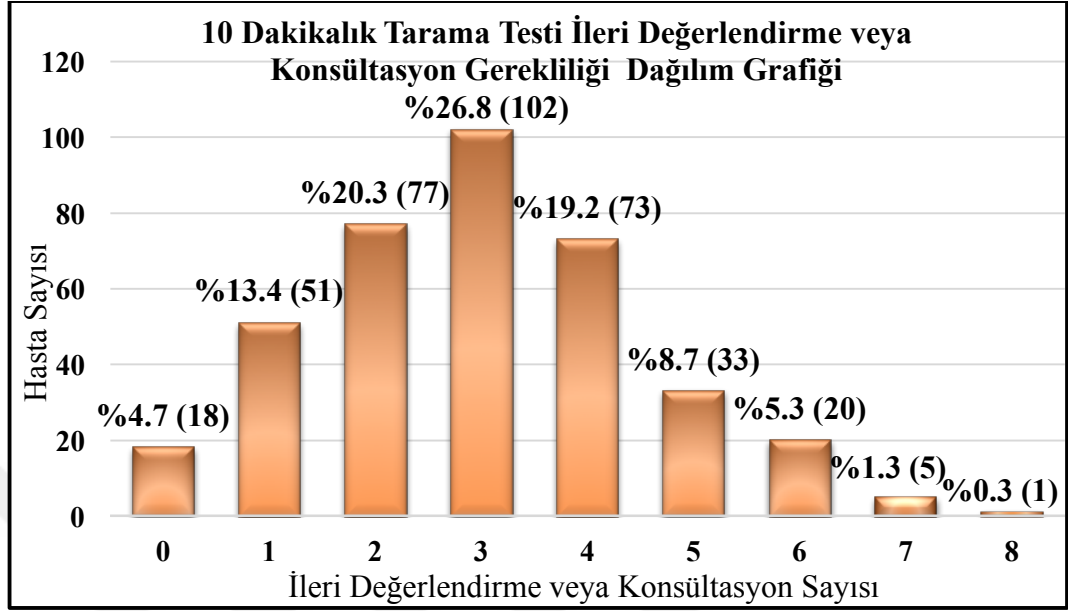
Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
İşitme			
1) Hastanın arkasında durarak 6-1-9 rakamlarını tekrarlayınız (önce hafif sesle, sonra normal sesle)	Fısıltı Sağ Kulak Pozitif (+)	%63.9 (243)	%39.2 n=149 Kulak Burun Boğaz (KBB) Konsültasyonu önerildi (yanıt yok=3)
	Fısıltı Sağ Kulak AZ Negatif (-)	%35.2 (134)	
	Fısıltı Sol Kulak Pozitif (+)	%63.4 (241)	
	Fısıltı Sol Kulak AZ Negatif (-)	%35.8 (136)	
	Normal Sağ Kulak Pozitif (+)	%90.0 (342)	
	Normal Sağ Kulak AZ Negatif (-)	%9.4 (36)	
	Normal Sol Kulak Pozitif (+)	%89.4 (340)	
	Normal Sol Kulak AZ Negatif (-)	%10.0 (38)	

Çizelge 4.17. Görme Değerlendirme

Değerlendirme	Cevaplar	Sonuçlar %(n)	Yaşlı Sayısı (n) / Yorum
Görme			
1) "Okurken ya da günlük herhangi bir aktivitenizi yaparken görmede zorlanıyor musunuz? " (Hatta gözlükle bile)	Evet	%26.8 (102)	%34.2 n=130 Göz hastalıkları konsültasyonu önerildi. (yanıt yok=3)
	Hayır	%72.9 (277)	
2) Evet ise, Snellen göz tablosunu tamamlayınız.	Sağ Göz Görme Keskinliği Doğal	%53.7 (204)	
	Sağ Göz Görme Keskinliği Azalmış	%30.0 (114)	
	Sol Göz Görme Keskinliği Doğal	%52.4 (199)	
	Sol Göz Görme Keskinliği Azalmış	%31.3 (119)	

380 katılımcıya 10 dakikalık kapsamlı tarama ölçeği uygulanmıştır. Böylece yaşlıları 8 modülde değerlendirme olanağı bulunmuştur ve sayısı 0 ile 8 arasında değişen toplam konsültasyon sayıları elde edilmiştir. Araştırmamızdaki

Katılımcıların toplam ileri değerlendirme gerekliliği veya konsültasyon gerekliliği sayılarının dağılımı grafiği Şekil 4.12’de gösterilmiştir.



Şekil 4.12. 10 Dakikalık Tarama Testi Toplam Konsültasyon Önerisi Dağılımları

Araştırmamıza katılan yaşlıların 10 dakikalık kapsamlı tarama testi değerlendirmesi sonucunda ortalama 2.98 alanda ileri değerlendirme veya konsültasyon gerekliliği olduğu hesaplanmıştır.

Araştırmamızdaki hastaların 10 dakikalık kapsamlı tarama testinin toplam konsültasyon sayısının cinsiyet ve multimorbidite durumları ile karşılaştırılması çizelge 4.17 ‘de gösterilmiştir.

Çizelge 4.18. 10 Dakikalık Tarama Testi Toplam Konsültasyon Sayısı İle Cinsiyet ve Multimorbidite Durumunun Karşılaştırması

		Hasta Sayısı %(n)	10 Dakikalık Tarama Testi Toplam Konsültasyon Sayısı (Ortalama)	Standart Sapma	p değeri
Cinsiyet	Kadın	%47.1 (179)	3.26	1.57	p<0.05
	Erkek	%52.9 (201)	2.72	1.52	
Multimorbidite	Multimorbid Olmayan	%16.0 (61)	2.50	1.38	p<0.05
	Multimorbid Olan	%84.0 (319)	3.06	1.58	

Araştırmamızdaki yaşlıların komorbid hastalıkları arttıkça yani multimorbid olan grupta tarama testinin konsültasyon sayısının yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Katılımcıların yaşları ile 10 dakikalık tarama testinin toplam konsültasyon gerekliliği sayısı arasındaki korelasyonu anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların genel mutluluk düzeyleri azaldıkça 10 dakikalık tarama testinin toplam konsültasyon sayısı artmıştır ($p<0.05$). Lubben sosyal ağ ölçeği toplam puanı ile 10 dakikalık tarama toplam konsültasyon sayısı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

10 dakikalık kapsamlı tarama testinde bulunan bedensel işlev değerlendirmesi ile hastaların BKİ'lerinin karşılaştırması çizelge 4.18'de gösterilmiştir. Bedensel işlev olarak ileri değerlendirme gereken hastaların BKİ'lerinin yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.19. 10 Dakikalık Tarama Testindeki Bedensel İşlev Değerlendirmesi (İmmobilité)'nin BKİ ile Karşılaştırılması

		Hasta Sayısı %(n)	BKI (kg/m ²) Ortalama	Standart Sapma	p
Bedensel İşlev Değerlendirme Yorumu	İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekmez	%17.9 (68)	26.39	3.055	$p<0.05$
	İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekir	%82.1 (312)	28.15	4.480	

10 Dakikalık kapsamlı tarama testinde değerlendirilen yaşlı sorunları tek tek cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarda erkeklere göre anlamlı olan sorunlar çizelge 4.19'da gösterilmiştir. Kadınlarda inkontinans, depresyon, bedensel işlev (immobilité) sorunu, düşme sorunu erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.20. 10 Dakikalık Tarama Testinde Değerlendirilen Yaşlı Problemleri Sonuçlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

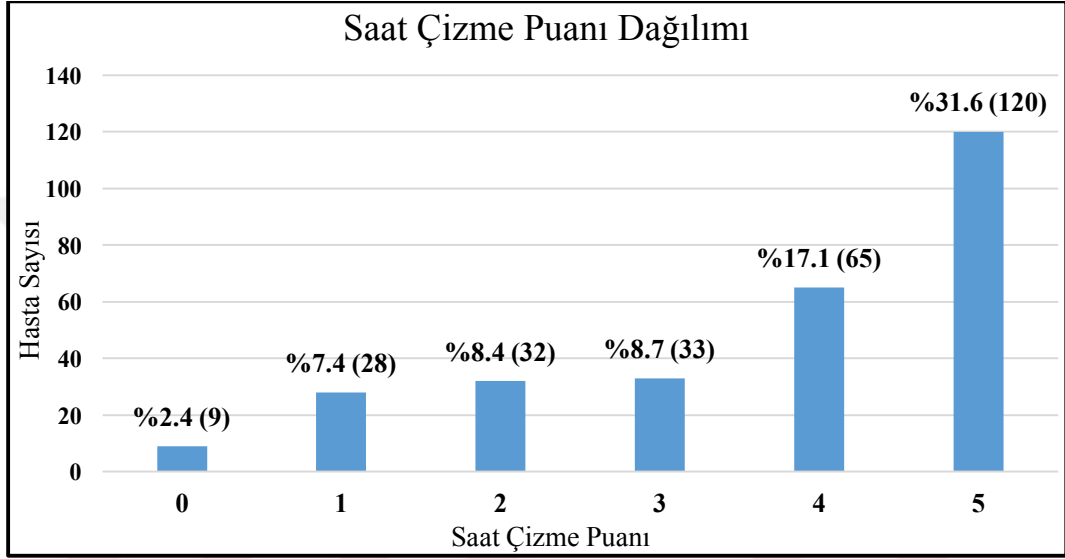
10 Dakikalık Kapsamlı Tarama Ölçeği		Cinsiyet		Total	p değeri
		Kadın	Erkek		
İnkontinans değerlendirme	Konsültasyon Gerekmez	%35.2 (134)	%48.1 (183)	%83.4 (317)	p<0.05
	Konsültasyon Gerekir	%11.8 (45)	%4.4 (17)	%16.3 (62)	
Total		%47.1 (179)	%52.6 (200)	%99.9 (379)	
Depresyon değerlendirme	Konsültasyon Gerekmez	%34.7 (132)	%44.2 (168)	%78.9 (300)	p<0.05
	Konsültasyon Gerekir	%12.3 (47)	%8.6 (33)	%21.0 (80)	
Total		%47.1 (179)	%52.9 (201)	%100 (380)	
İşlev değerlendirme	Konsültasyon Gerekmez	%6.3 (24)	%11.5 (44)	%17.8 (68)	p<0.05
	Konsültasyon Gerekir	%40.7 (155)	%41.3 (157)	%82.1 (312)	
Total		%47.1 (179)	%52.9 (201)	%100 (380)	
Düşme değerlendirme	Konsültasyon Gerekmez	%32.3 (123)	%44.4 (169)	%76.8 (292)	p<0.05
	Konsültasyon Gerekir	%14.2 (54)	%8.1 (31)	%22.3 (85)	
Total		%46.5 (177)	%52.6 (200)	%99.2 (377)	

4.4.2 Saat Çizme Testi

Araştırmamızda kullanılan diğer bir test Saat Çizme Testi (SÇT)'dir. Bu test eğitilmiş olan yaşlılara uygulanmış ve Shulman SÇT kriterlerine göre saatlere 0 ile 5 arasında puan verilmiştir ve bu puanlamanın kesme değeri 3 puan olarak değerlendirilmiştir (83). Test eğitilmiş olan yani en az ilkokul (5 yıl) düzeyinde eğitimini tamamlamış 287 yaşlıya uygulanmıştır. Test değerleri çizelge 4.20'de gösterilmiştir. Saat çizme puan dağılımı da Şekil 4.13'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.21. Saat Çizme Testi Puan Analiz çizelgesi

	Hasta Sayısı %(n)	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
SÇT(Saat Çizme Testi) Total Puanı	%75.5 (287)	3.66	1.500	0	5



Şekil 4.13. Saat Çizme Testi Puan Dağılımları Grafiği

SÇT puanlamasında 3 ve daha az puan alan hastaların kognitif değerlendirmesi açısından ileri değerlendirme veya konsültasyon gereken hastalar olduğu görülmüştür. Araştırmamızdaki 102 (%26.8) yaşlının kognitif bozukluk olma ihtimali yüksek ve 185 (%48.7) yaşlı bilişsel olarak normal bulunmuştur. SÇT'nin değerlendirme sonuçları ile 10 dakikalık tarama içindeki kognitif/bellek değerlendirme bölümü karşılaştırılması çizelge 4.21'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.22. SÇT'nin 10 dakikalık Tarama Testindeki Bellek Değerlendirmesi İle Karşılaştırılması

		10dk Tarama Bellek değerlendirme		Total	p değeri
		İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekmez	İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekir		
SÇT (Saat Çizme Testi)	Demans/ Bilişsel Bozukluk İhtimali Yüksek	%5.7 (22)	%21.0 (80)	%26.8 (102)	P<0.05
	Normal Bilişsel Durum	%16.8 (64)	%31.8 (121)	%48.6 (185)	
Total		%22.6 (86)	%52.8 (201)	%75.5 (287)	

10 dakikalık tarama testindeki kognitif değerlendirme bulgularında yüksek sevk oranı bulunmaktadır. Bu değerlendirmeye SÇT'nin entegre edilmesi ile kognitif bozukluğu için konsültasyon sayısının düşeceği ve bilişsel açıdan en az ilkokul mezunları için daha doğru ileri değerlendirme veya konsültasyon yapılacağı öngörülmüştür.

4.4.3 Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA)

Tarama bölümü araştırmamıza katılan tüm hastalara uygulanmış ve 322 (%84.7) yaşlının normal nutrisyonel durumu olduğu ve 58 (%15.3) yaşlının malnutrisyon riski altında olması sebebiyle değerlendirme anketine devam edilmiştir. Değerlendirme bölümü aralarında bu 58 kişinin de bulunduğu 96 (%25.3) katılımcıya yapılmış ve 54 (%14.2) katılımcının normal beslenme durumu olduğu ve 42(%11.1) katılımcının ise malnutrisyonlu ya da malnutrisyon riski altında olması sebebiyle bu yaşlılara danışmanlık ve ileri değerlendirme gerektiği belirlenmiştir.

MNA'nın tarama bölümünü cevaplayan 380 hastanın ve değerlendirme bölümünü cevaplayan 97 hastanın puanları Çizelge 4.22'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.23. MNA Tarama ve Değerlendirme Bölümü Analiz Çizelgesi

	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
MNA Tarama- Total Puanı	380	13.16	1.555	5.00	14.00
MNA Değerlendirme (2. kısım)- Total Puanı	97	24.025	3.782	14.00	30.00

10 dakikalık kapsamlı tarama testi içerisindeki beslenme değerlendirme sonuçları ile MNA tarama bölümü ve değerlendirme bölümü ayrı ayrı çizelge 4.23’de karşılaştırılmış ve her iki değerlendirme sonucu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.24. MNA Tarama ve Değerlendirme Sonuçlarının 10 dakikalık Tarama Testi İçerisinde Beslenme Değerlendirme Sonuçları İle Karşılaştırılması

		10 dk Tarama Beslenme değerlendirme yorumu		Total	p değeri
		İleri Değerlendirme ve Konsültasyon Gerekmez	İleri Değerlendirme ve Konsültasyon Gerekir		
MNA Tarama (1.Kısım)	Malnütrisyonlu ya da Malnütrisyon Riski Altında	%9.4 (36)	%5.7 (22)	%15.2 (58)	P<0.05
	Normal Nütrisyonel Durum	%82.1 (312)	%2.3 (9)	%84.4 (321)	
MNA Değerlendirme (2.Kısım)	Malnütrisyonlu ya da Malnütrisyon Riski Altında	%6.8 (26)	%4.2 (16)	%11.0 (42)	P<0.05
	Normal Nütrisyonel Durum	%12.3 (47)	%1.5 (6)	%13.9 (53)	

Bu çerçevede 10 dakikalık Tarama Testi’nin MNA ile desteklenmesinin malnütrisyon ve malnütrisyon riski altında bulunan bireyleri tespit edilmesinde faydalı olacağı kanaati oluşmuştur.

4.4.4 İlaç kullanım (Raporlu Hastalıklar ve İlaçlar) Bulguları

Araştırmamıza katılan 380 hastanın raporlu ilaç kullanımı ve hastalıklarına ulaşabilmek için hastaların da onayı ile sosyal güvenlik kurumu internet sitesinden ilaç raporları ve raporlu hastalıkları sorgulanmıştır. Üç yüz dokuz (%81.3) yaşlı bireyin hastalık/ilaç raporu ve 71 (%18.7) yaşlı bireyin hastalık/ilaç raporu bulunmamaktadır. Raporu olan yaşlıların hastalık sayılarının ve raporlu ilaç sayıları çizelge 4.24’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.25. Yaşlıların Raporlu Hastalık ve İlaç Sayıları Dağılımı

	Toplam Hasta (n)	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
Raporlu Hastalık Sayıları	309	3.11	1.74164	1	11
Raporlu İlaç Sayıları	309	5.09	3.45485	1	20

Katılımcılarımızın beyanı ile elde edilen hastalıklar, sayılarına göre multimorbid olan grup veya olmayan grup şeklinde ikiye ayrılmış ve yaşlıların multimorbidite durumu ile SGK’dan elde ettiğimiz raporlu ilaç sayıları ve hastalıkları Çizelge 4.25’de karşılaştırılmıştır ve multimorbiditeye sahip hastaların çok daha fazla ilaç kullandığı ve raporlu hastalıklarının daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.26. Yaşlıların Raporlu Hastalık ve İlaç Sayılarının Beyan Edilen Multimorbidite Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Hasta Sayısı (n)	Raporlu İlaç Sayısı (Ortalama)	Raporlu Hastalık Sayısı (Ortalama)	p
Multimorbidite (Total Komorbid Hastalık Sayısı)	Multimorbid Olmayan	32	2.87	1.90	<0.05
	Multimorbid Olan	277	5.35	3.24	

Araştırmamızdaki hastaların multimorbidite durumu ile sosyal güvenlik sisteminden elde ettiğimiz toplam hastalıkları arasında korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşlıların beyanı ile elde edilen toplam hastalıkların ortalaması, yani komorbid hastalıkları sayısının ortalaması 3.69 (SS=2.28; min-maks=0-12) bulunmuştu ve raporlu hastalıklarının sayısı ise 3.11 (SS=1.74; min-maks=1-11) bulunmuştur.

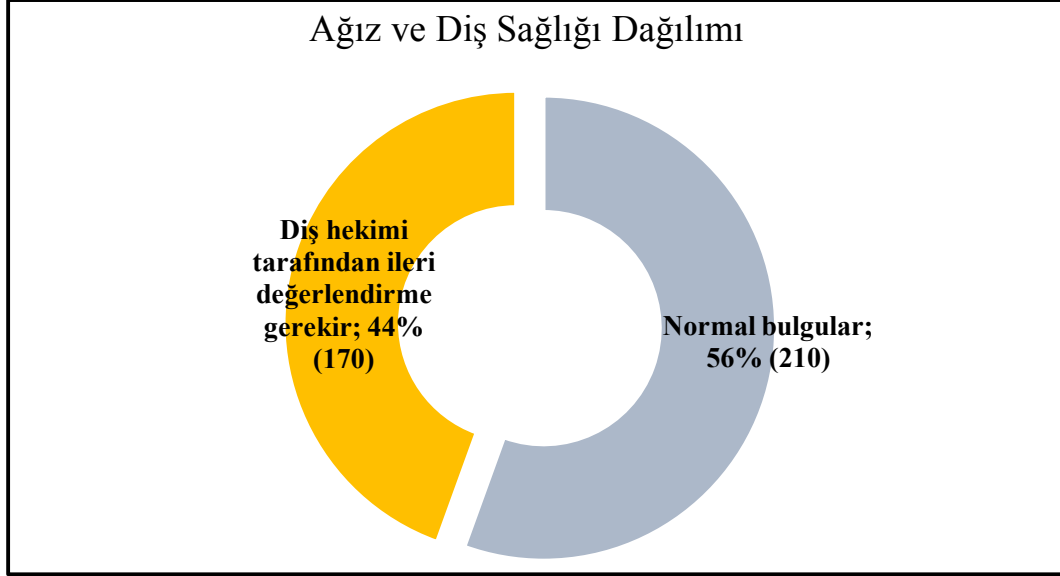
Ayrıca katılımcılarımızdan 309 yaşlının raporlu ilacı olduğu ve bu yaşlıların kişi başı ortalama 5.09 (SS=3.45; min-maks=1-20) ilaç kullandığı görülmüştür.

4.4.5 Ağız Diş Sağlığı Ölçeği (D-E-N-T-A-L)

Araştırmamızdaki 380 hastaya ağız diş sağlığı ölçeği (D-E-N-T-A-L) ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçekte 6 soru sorulmaktadır ve hastalara soru başına 0-1-2 arasında puanlar verilmektedir ve toplam ölçek skoru 0 ile 8 arasında değişmektedir. Sorgulama sonucu alınan yanıtlardan 2 veya daha fazla puan alan hastalar diş hekimine yönlendirilmiştir (59). Katılımcılar ortalama 1.78 (SS=1.804; min-maks:0-8) puan almışlardır. Sorgulama sonucu 0 puan alan 110 hasta, 1 puan alan 100 hasta toplamda normal bulguları olan 210 hasta bulunmaktadır. Araştırmadaki toplam hastaların %45'inin oluşturan 170 hastanın diş hekimi tarafından ileri değerlendirme gerektiği gözlenmiştir. Çizelge 4.26 ve Şekil 4.14'de ağız ve diş sağlığı ölçeği skorlarının dağılımları gösterilmiştir.

Çizelge 4.27. Yaşlıların Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği Skor Dağılımları

	Ağız Diş Ölçeği Skoru								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hasta Sayısı	110	100	52	67	16	14	9	11	1
Yüzde	%28.9	%26.3	%13.7	%17.6	%4.2	%3.7	%2.4	%2.9	%0.3



Şekil 4.14. Yaşlıların Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği Skor Dağılımı

Araştırmamızda hastaların ağız ve diş sağlığı ölçeği sonucunun, cinsiyet ve multimorbidite durumu ile karşılaştırılması çizelge 4.27’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.28. Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği ile Cinsiyet ve Multimorbidite Durumunun Karşılaştırması

		AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI ÖLÇEĞİ		p değeri
		Normal bulgular % (n)	Diş hekimi tarafından ileri değerlendirme % (n)	
Cinsiyet	Kadın	%22.6 (86)	%24.4 (93)	p<0.05
	Erkek	%332.6 (124)	%20.2 (77)	
Multimorbidite (Korbid Hastalık Sayısı)	Multimorbid Olmayan Grup	%12.1 (46)	%3.9 (15)	P<0.05
	Multimorbid Olan Grup	%43.1 (164)	%40.7 (155)	

Buna göre kadınların ağız diş problemlerinin daha fazla olduğu anlaşılmıştır. Ağız diş sağlığı ölçeği multimorbidite durumu varlığı ile karşılaştırıldığında

multimorbiditesi mevcut olan grubun ağız diş sağlığı sorunlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Ayrıca ağız ve diş sağlığı ölçeği MNA tarama bölümü anketi, MNA değerlendirme bölümü anketi ve 10 dakikalık kapsamlı tarama beslenme değerlendirmesi bölümü ile karşılaştırılması çizelge 4.28’de gösterilmiştir. Beslenmenin ağız diş sağlığı açısından önemi büyüktür, aynı şekilde ağız diş sağlığı beslenmeyi de etkilemektedir. Ağız diş sağlığı ölçeği değerlendirmesinin MNA anketi 1. ve 2. bölüm ile istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), fakat 10 dakikalık tarama testi içindeki beslenme bölümü ile istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Çizelge 4.29. Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeğinin MNA Tarama-Değerlendirme Anketi ve 10 Dakikalık Tarama Testi Beslenme Değerlendirmesi ile Karşılaştırma Çizelgesi

		Ağız ve Diş sağlığı ölçeği		p değeri
		Normal bulgular	Diş hekimi tarafından ileri değerlendirme	
MNA 1.kısım Tarama Anketi	Malnütrisyonlu ya da Malnütrisyon Riski Altında	%5.2 (20)	%10.0 (38)	P<0.05
	Normal Nütrisyonel Durum	%50.0 (190)	%34.7 (132)	
MNA 2. Kısım Değerlendirme Anketi	Malnütrisyonlu ya da Malnütrisyon Riski Altında	%28.9 (11)	%8.1 (31)	P<0.05
	Normal Nütrisyonel Durum	%13.1 (50)	%1.0 (4)	
10 dk Tarama Testi Beslenme değerlendirme Bölümü	İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekmez	%51.3 (195)	%40.2 (153)	p>0.05
	İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekir	%3.6 (14)	%4.4 (17)	

4.4.6 Sosyal Ağ Ölçeği (LSNS-R) Değerlendirme Bulguları

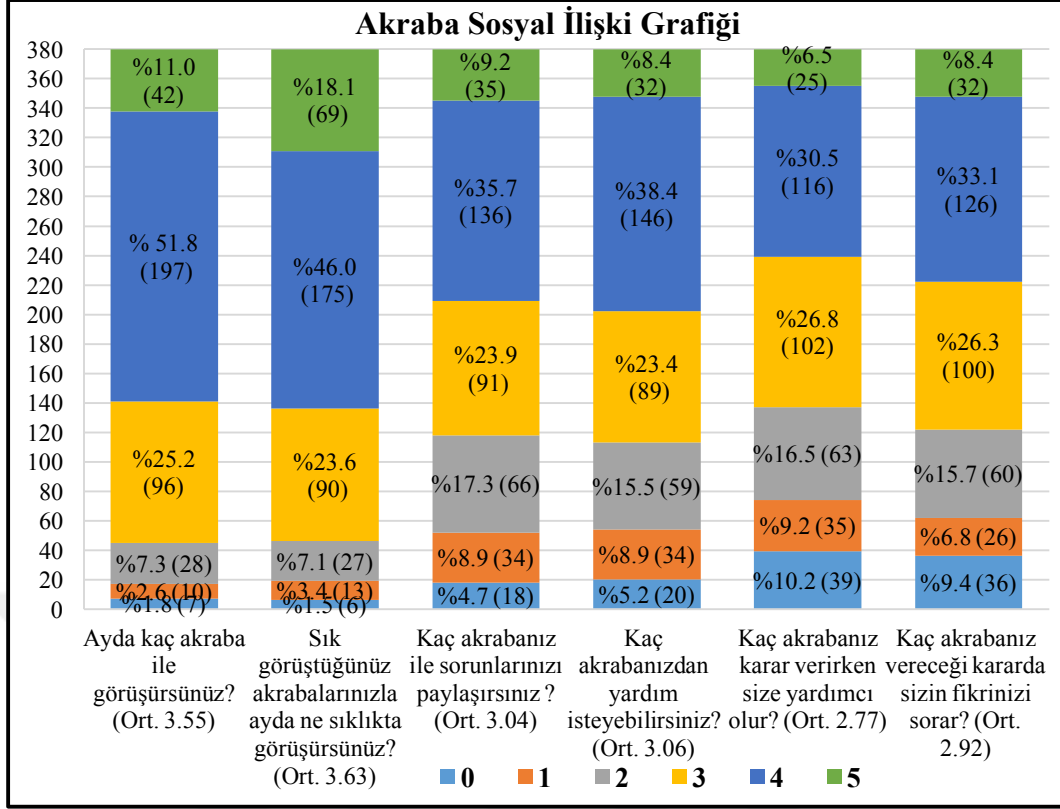
Sosyal iletişimin yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlığı için çok önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Sorulara verilen ortalama puanlar ve yanıtlara ilişkin

değerlendirmeler şekil 4.15 ve 4.16’da gösterilmektedir. Şekillerde de görüldüğü üzere tüm yanıtlarda 4 puan alan yaşlılar yüksek sayıdadır. Toplam skalaya bakıldığında 380 hastanın ortalama 37.9 puan (SS=11.7; min-maks:0-60) aldıkları belirlenmiştir. Lubben toplam puan dağılımı 10’lu grup şeklinde gruplanarak cinsiyet ile karşılaştırılmış ve çizelge 4.29’da gösterilmiştir. Kadın ve erkek arasında Lubben skorlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

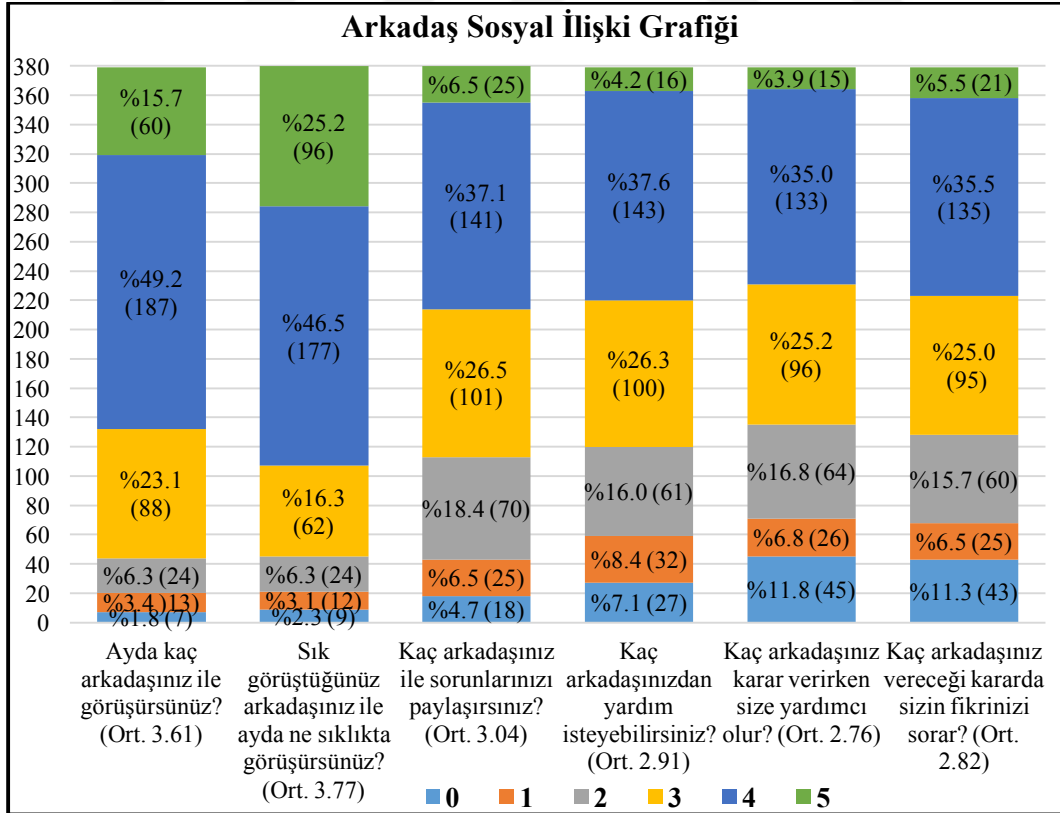
Lubben toplam sosyal ağ ölçeği skoru ile yaşlıların ekonomik durum değerlendirme, genel mutluluk düzeyi ve hane halkının mutluluk düzeyi arasında ayrı ayrı yapılan değerlendirmede, yaşlıların ekonomik durumu ile ters korelasyon ($p<0.05$) saptanmıştır. Genel mutluluk düzeyi ve hane halkının mutluluk düzeyi ile doğrudan korelasyon ($p<0.05$) belirlenmiştir (Çizelge 4.30). Yani bu korelasyondan yaşlıların ekonomik durumu düştükçe Lubben sosyal ağ ölçeğinden daha yüksek puan almaları sebebi ile sosyal çevrelerinin arttığı, daha sosyal oldukları sonucuna varılabilmektedir. Kendi mutluluk düzeyleri ve hane halkının mutluluk düzeyleri arttıkça sosyal skorlarının da arttığı ve daha sosyal bir çevreye sahip oldukları görülmüştür.

Çizelge 4.30. Cinsiyete Göre Lubben Toplam Skoru Dağılımı

	Lubben Toplam Skorları 10'lu Gruplar Halinde						Total
Cinsiyet	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	
Kadın	%0.2 (1)	%3.6 (14)	%8.1 (31)	%13.1 (50)	%16.3 (62)	%5.5 (21)	%47.1 (179)
Erkek	%1.0 (4)	%5.5 (21)	%7.1 (27)	%12.3 (47)	%22.6 (86)	%4.2 (16)	%52.8 (201)
Total	%1.2 (5)	%9.2 (35)	%15.2 (58)	%25.5 (97)	%38.9 (148)	%9.7 (37)	%100 (380)



Şekil 4.15. Yaşlıların Akraba Sosyal Ağ Ölçeği Skor Dağılımları



Şekil 4.16 Yaşlıların Arkadaş Sosyal Ağ Ölçeği Skor Dağılımları

Çizelge 4.31. Lubben Toplam Skorunun Mutluluk Düzeyi ve Ekonomik Durum ile Karşılaştırılması

Spearman's rho		Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz ?	Genel mutluluk düzeyiniz nasıldır?	Hane halkının mutluluk düzeyi nasıldır?
Lubben Toplam Skor	r	-.198**	.182**	.192**
	p	.000	.000	.000
	n	380	380	380
** p= 0.01 level				

Lubben sosyal ağ ölçeği toplam puanları, 10 dakikalık kapsamlı tarama testi'nin depresyon tarama sorusu ile istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır ve çizelge 4.31'de gösterilmiştir. Sonuç olarak 10 dakikalık kapsamlı taramanın sonucunda depresyon için ileri değerlendirme gereken hastaların daha düşük sosyal ağ ölçeği skoruna ve gerekmeyen hastaların daha yüksek sosyal ağ ölçeği puanlarına sahip olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.32. Lubben Toplam Skorunun 10 dakikalık Tarama Ölçeğindeki Depresyon Değerlendirmesi İle Karşılaştırılması

		Hasta Sayısı (n)	Lubben Toplam Skor (Ortalama)	Standart Sapma	p
Depresyon Değerlendirme Yorumu	İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekmez	300	39.12	11.5598	$p<0.05$
	İleri Değerlendirme veya Konsültasyon Gerekir	80	33.46	11.4105	

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışması ile Antalya’da ikamet eden 65 yaş ve üstü bireylerin kapsamlı geriyatrik değerlendirilmeleri yapılmıştır. Değerlendirmelerde bu iş için hazırlanmış olan *yaşlı dostu aile sağlığı merkezi enstüman setinin* 10 dakikalık kapsamlı tarama testi yanı sıra değerlendirme sürecini destekleyecek olan ek ölçekler ve muayeneler kullanılarak katılımcıların sağlık düzeyleri ve gereksinimleri tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların BKİ’leri ele alındığında düşük beden ağırlığı olan yaşlının olmadığı göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızın da kilo fazlalığı ve obezite açısından oranların uyumlu olduğu görülmüştür. Aynı şekilde Türkiye Beden Algısı araştırmasında cinsiyete göre BKİ’lerine bakıldığında kadınlarda BKİ’lerinin daha fazla olduğu görülmüş ve bizim çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir (72). Çalışmamızda cinsiyete göre BKİ’lerine bakıldığında kadınların BKİ’lerinin erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Araştırmamızda sigara ve alkol aktif kullanımının az olduğu saptanmıştır. Sigara içen 36 (%9.5) kişi ve alkol alan 116 (%32.5) hasta olduğu görülmüştür. Sigara içme öyküsü olan 152 (%40) hasta olup, toplamda sigara içenlerin ve kullanım öyküsü olanların sigara içme ortalaması 24.8 paket/yıl olarak bulunmuştur. Sigara içenlerin 23’ü (%6.0), sigara içme öyküsü olanların 117’si (%30.7) erkektir. Çalışmamızda 65 yaş ve üstü erkeklerin %69.6’sının (140) , kadınların %26.8’inin (48) sigara içme öyküsü veya aktif sigara içen bireyler olduğu görülmüştür. Bulgular Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışması ile karşılaştırıldığında 65-74 yaş erkeklerde aynı oran %67.4, kadınlarda %9’dur (73). Bizim çalışmamızdaki kadınların daha fazla sigara öyküsü olduğu görülmüştür .

Araştırmamıza katılan 65 yaş ve üstü kişilere kronik hastalıkları sorulmuştur. Araştırmamızda en sık görülen 5 hastalık Esansiyel (Primer) Hipertansiyon (%60), Diyabetes Mellitus (%32.37), Hiperlipidemi (%29.74), Kronik İskemik Kalp Hastalığı (%26.05) ve Poliartrit/Poliartroz (%21.84) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bir hastalığa sahip olan ya da hastalığa sahip olmayan yaşlıları multimorbid olmayan ve birden fazla hastalığa sahip olan yaşlıları multimorbid olarak sınıflanmıştır. Multimorbid grubunda 319 (%84) yaşlı olduğu, yani büyük

bir grubun birden fazla komorbid hastalıklara sahip oldukları belirlenmiştir. İskoçya’da 2012’de Barnett ve arkadaşlarının yaptığı geniş çaplı bir araştırmada 65 yaş ve üstü kişilerin yaş grubuna göre 2 ve daha fazla komorbid hastalıkların yani multimorbidite durumunun görülme sıklığı %60-80 oranları arasında bulunmuştur ve 65 yaş ile multimorbidite olan yaşlı sayısının olmayan sayıyı geçtiğini gösterilmiştir (74). Bizim çalışmamızda %84 ile daha yüksek oranda multimorbidite durumunun olduğu görülmüştür .

Ayrıca örneklemimizde 65 yaş ve üzeri bireylerin beyan ettiği hastalıkların sayısal ortalaması 3.69 şeklindedir. Hastaların beyanı ile edindiğimiz yaşlılarda bulunan kronik hastalıklardan en çok (%60) Esansiyel Hipertansiyon görülmektedir. Hastalıkların %84’ünün multimorbid grubunda olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda yaş ile komorbid hastalıkların arasındaki ilişki incelendiğinde yaş arttıkça komorbid hastalıkların sayısının artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgunun Barnett ve arkadaşlarının yaptığı çalışması ile uyumlu olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre irdelendiğinde kadınlarda multimorbiditenin istatistiksel olarak fazla olduğu anlaşılmıştır ($p<0.05$).

Hastalık kontrol ve önleme merkezi olan CDC’nin de 2013’deki yayınında çoğu yaşlının çok sayıda kronik hastalığa sahip olduğu ve bu durumun çakışan tıbbi önerilere, ilaç yan etkilerine, gereksiz ve çok sayıdaki testlere, gereksiz hastane yatışlarına artışa sebep olarak yaşlının sağlığını tehdit ettiğini ve sağlık hizmeti kullanımındaki artışla beraber tıbbi maliyeti arttırdığını belirtmiştir (75). Çok sayıda kronik hastalıkları olan yaşlılarda en çok kalp yetmezliği, inme, kronik böbrek yetmezliği, KOAH, iskemik kalp hastalıkları, asthma, osteoporoz, diyabetes mellitus ve hiperlipidemi görüldüğü belirtilmiştir. Bu hastalıklar çalışmamız içerisindeki yaşlıların sahip olduğu hastalıklar ile uyumlu bulunmuştur (75).

Araştırmamızdaki katılımcılar karşılanmamış sağlık sorunları açısından değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerine erişimlerinin 0-10 puan arasından 6.73 puan olduğu görülmüştür ve son bir ayda yakınması olan 137 yaşlıdan 124’ünün (%90.5) hastane veya sağlık merkezlerine başvurduğu, sadece 13 yaşlının (%9.5) hastane veya sağlık merkezlerine başvurmadan ilaç kullandığı ya da bu yakınma ile ilgili hiçbirşey yapmadığı belirlenmiştir. Yunan popülasyonunda 18 yaş ve üstü, kırsal ve kentsel alanda yaşayan 1000 kişiye yapılan bir çalışmada (76) on iki ay

boyunca 99 hastanın (%9.9) sağlık hizmeti alamadığı bildirilmiştir. Yine Fransa’da yapılan bir çalışmada (66) karşılanmamış sağlık sorunlarının 70-74 yaş arası yaklaşık %9, 75-79 yaş arası yaklaşık %12, 80-84 yaş arası yaklaşık %21, 85-89 yaş arası yaklaşık %24, 90-94 yaş arası yaklaşık %35, 95 yaş üzeri yaklaşık %46 oranlarında olduğu yani yaş ile karşılanmamış sağlık sorunlarının arttığı ve bu çalışmada (66) en çok kronik hastalıkların yönetimi eksikliği, KBB bakımı eksikliği, göz bakımı ve ağız diş sağlığı bakımı eksikliği alanlarında karşılanmamış sağlık sorunlarının olduğu belirtilmiştir.

Ayrıca çalışmamızdaki katılımcılara uygulanan ölçeklerde ileri değerlendirme veya konsültasyon gereken sorunlar ile katılımcıların beyanı ile oluşturulan hastalıklar arasında yüksek oranda farklılıklar olduğu görülmüştür. Uygulanan ölçekler ile katılımcıların özellikle kognitif, bedensel işlev kapasitesi, diş, işitme ve görme alanlarındaki sorunlar sebebiyle yüksek oranlarda ileri değerlendirmelere ve konsültasyonlara gereksinimleri olduğu görülmüştür ama katılımcıların bu alanlarda beyan ettiği hastalıkların çok daha düşük oranlarda kaldığı ve aradaki farkın yüksekliğinden dolayı katılımcıların özellikle bu alanlarda karşılanmamış sağlık sorunları olduğu belirlenmiştir.

Örneklemimizde DSÖ’nün 2007 yılında **“Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrümanı”** içerisindeki 10 dakikalık kapsamlı tarama testi kullanılmıştır. 65 yaş ve üstü 380 bireye bu tarama testi uygulanmıştır ve yaşlılar kognitif, üriner inkontinans, depresyon, bedensel işlev durumu, düşme, beslenme, işitme ve görme olmak üzere 8 alanda ileri değerlendirme veya konsültasyon için taranmıştır. 10 dakikalık kapsamlı tarama kognitif değerlendirmesinde 380 yaşlı hastanın 281 (%73.9) hastanın ileri tetkik veya psikiyatrist ya da nörolog ile konsülte edilmesi gerekliliği görülmüştür. Hastaların beyanı ile 8 (%2.11) hastanın demans/alzheimer hastalığı tanısı aldığı görülmüştür. Yani hastaların yüksek oranda ileri değerlendirme gerektirecek kognitif probleminin olduğu görülmektedir. Diğer ve arkadaşlarının (77) yaptığı çalışmada bilişsel durum değerlendirmesi için MMSE uygulanmış ve kognitif bozukluk oranı %32.6 olarak tespit edilmiştir. Antalya’da yapılan bir çalışmada (78) demans kliniğine başvuran yaşlı hastaların en çok başvurma sebeplerinin hafıza problemleri olduğu ve en sık konulan teşhislerin %67.9 ile Alzheimer tipi demans, %19.9 ile orta derecede kognitif bozukluk olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda kognitif fonksiyonları değerlendirmek için eğitilmiş

hastalara SÇT de uygulanmıştır. SÇT ile uygulanan 65 yaş üstü ve eğitimli 287 bireyin test sonuçları Schulman kriterlerine göre puanlanmıştır (69). Buna göre 102 (%26.8) hastanın kognitif bozukluk olma ihtimali yüksek olarak bulunmuştur. SÇT ile 10 dakikalık kapsamlı tarama testi kognitif fonksiyon değerlendirmesi arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) sonuç elde edilmiştir. Literatürde SÇT ile MMSE testi karşılaştırılmış, duyarlılığı %77 ve özgüllüğü %87 olarak bulunmuş ve SÇT'nin yaşlıların rutin değerlendirmesinde kullanımı için pratik ve duyarlı bir tarama testi olduğu belirtilmiştir (79). Yaşlı hastalarda özellikle kognitif değerlendirmelerde, bilişsel alana yönelik yapılacak iki değerlendirme sonucunda uzman görüşü ya da ileri değerlendirmeler için daha doğru tespitler yapılacağı belirtilmiştir (30).

Araştırmamızdaki hastalara 10 dakikalık kapsamlı tarama içerisinde üriner inkontinans değerlendirmesi yapılmış ve cinsiyet ile karşılaştırılmıştır. Araştırmamızdaki yaşlıların beyanı ile üriner inkontinans tanısı almış olan 50 (%13.16) katılımcı bulunmaktadır. 10 dakikalık tarama testindeki sonuçlara göre üriner inkontinans için değerlendirmeye yönlendirilmesi gereken 62 (%16.3) yaşlı bulunmuştur. Dünya genelinde yaşlıları hedef alan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı %8 ile %34 arasında değişmekte olup bu oran yaşlı bakımevlerinde daha yüksek olduğu görülmüştür (38). Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda üriner inkontinansın (%11.8) erkeklere göre (%4.4) anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Üriner inkontinans ile ilgili yapılan Ateşkan ve arkadaşlarının (38) çalışmasında 65 yaş ve üzeri 2000 yaşlı birey araştırılmış ve tüm grupta üriner inkontinans prevalansı %44.2 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada cinsiyete göre üriner inkontinans görülme oranlarına bakıldığında kadınlarda %57.1 , erkeklerde % 21.5 bulunduğu görülmüş ve bizim çalışmamızda üriner inkontinans ile ilgili daha düşük oranlar olduğu görülmüştür. Kadınlarda oranının yüksekliği ise uyumlu olarak bulunmuştur (38).

Araştırmamızda 10 dakikalık kapsamlı tarama içerisinde bulunan depresif duygudurum değerlendirmesinde 65 yaş ve üstü 380 hastadan 80'i (%21.1) hastanın kendisini sık sık üzgün ve kederli hissettiğini belirtmiş ve ileri değerlendirme ya da psikiyatri konsültasyonu gerektiği görülmüştür. Hastaların kendi beyanı ile bildirdiği depresyon tanısı olan 37 (%9.74) hasta olduğu görülmüştür. Lubben sosyal ağ ölçeği (LSNS-R) puanları ile 10 dakikalık tarama testi depresyon

değerlendirmesi sonuçları karşılaştırıldığında depresyon açısından ileri değerlendirme gereken hastaların düşük, depresyon açısından ileri değerlendirme gerekmeyen hastaların yüksek Lubben sosyal ağ ölçeği (LSNS-R) puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Canbal ve arkadaşlarının (80) yaptığı çalışmada Lubben sosyal ağ ölçeği ile Geriyatrik Depresyon Ölçeği (GDS) karşılaştırılmış ve GDS skoru yüksek (yüksek skor depresyon göstergesi) olanların Düşük LSNS-R puanlarına sahip olduğunu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızdaki bulgular ile uyumlu bulunmuştur. Bu bulgular ile depresif duygu durumu ile sosyal izolasyonun aralarındaki ilişki vurgulanmakta, depresif duygu durumunun artmasının kişinin sosyal izolasyonu ile birlikte arttığı görülmektedir (81). Bu açıdan özellikle yaşlıların depresyon açısından taranıp depresyonun önlenmesi ya da tedavi edilmesi yaşlıların psikolojik ve fiziksel sağlığına olumlu etki yaptığı belirtilmiş ve bu etkinin de hastaneye yatışları ve mortaliteyi düşüreceği ön görülmüştür (81).

10 dakikalık kapsamlı tarama testi içerisinde yaşlının bedensel işlev kapasitesini sorgulayan 2 soru temel GYA ve 4 soru enstrümental GYA'dan bulunmaktadır. İdeal olarak 6 sorunun hepsine cevap verilmesi kişinin fonksiyonel olarak aktif olduğunu bir soruya bile hayır cevabı verilmesi kişiye ileri değerlendirme yapılması beklenilmektedir. Test sonucumuzda 380 yaşlıdan 312 (%82.5) yaşlıya fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) uzmanı, fizyoterapist veya okupasyonel terapist tarafından ileri değerlendirme gerektiği bulunmuştur. Konsültasyon gereksinimi duyan hastaların 83'ünde (%21.84) artrit/artroz, 48'inde (%12.63) osteoporoz ve 12'sinde (%3.16) romatoid artrit bulunduğu anlaşılmıştır. Ayrıca araştırmamızdaki hastaların BKİ'leri ile bedensel işlev kapasitelerini karşılaştırdığımızda ileri değerlendirme gereken hastaların çok daha yüksek BKİ'lerine sahip oldukları bulunmuştur ($p<0.05$). Drumond ve arkadaşlarının (82) yaptığı çalışmada BKİ'nin yaşlıda düşüklük ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğu belirtilmiş ve hem düşük kilonun, hem de yüksek kilonun temel GYA ve enstrümental GYA skorlarının arttırdığı vurgulanmıştır. Bu da araştırmamızdaki bedensel işlev ile BKİ arasındaki ilişki bulgusunu desteklemektedir.

Araştırmamızda 10 dakikalık kapsamlı tarama testi içerisinde düşmelere de yer verilmiş, düşme sorusu ve düşme testi ile düşme riskleri değerlendirilmiştir. Araştırmamızdaki 85 (%22.4) hastanın düşme açısından ileri değerlendirme ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon konsültasyonu gerekliliği bulunmuştur. Karataş ve

Maral'ın Ankara'da yaptığı bir araştırmada (83) 65 yaş ve üzeri grupta düşme sıklığının daha yüksek olduğu, bu yaş grubunda yardımcı cihaz kullanımının daha fazla olduğu, kadın cinsiyetin düşme riskini 4 kat arttırdığı ve yaşlılarda koruyucu hekimlik kapsamında düşmelerin önlenmesinin çok önemli olduğu vurgulanmıştır.

Araştırmamızda 10 dakikalık kapsamlı tarama testi içerisinde beslenme değerlendirmesi hastalara uygulanmış, ayrıca hastaların beslenme açısından değerlendirmek için mini nütrisyonel değerlendirme (MNA) ve beslenmeyi yüksek oranda etkileyebilen sorunlardan olan ağız ve diş sağlığı için de ağız-diş sağlığı ölçeği (DENTAL) uygulanmıştır. “10 dakikalık kapsamlı tarama” içerisindeki değerlendirme ile 31(%8.2) hastanın kilo kaybı açısından ileri değerlendirmeye (beslenme danışmanlığı, diyetisyen görüşü) ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. MNA taramasında ise 42 (%11.1) hastanın malnütrisyonlu ya da malnütrisyon riski altında olduğu bulunmuştur. Araştırmamızdaki hastalarda 10 dakikalık tarama testi, beslenme değerlendirmesi ile MNA arasındaki karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ağız diş sağlığı açısından ise 170 (%45) hastanın ağız ve diş problemi olduğu ve diş hekimi tarafından değerlendirme gerektiği görülmüştür. Üç değerlendirme arasında karşılaştırma yapıldığında ağız diş sağlığı ölçeğinin (DENTAL) ile MNA beslenme değerlendirmesi ile arasında istatistik olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüş, fakat 10 dakikalık beslenme değerlendirmesi ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Araştırmamızda uygulanan 10 dakikalık kapsamlı tarama testinde hastaların işitme ve görme değerlendirmeleri yapılmıştır. İşitme için fısıltı testi ve normal duyma testi yapılmış, görme için soru sorulmuş ve snellen eşeli ile görme değerlendirmesi yapılmıştır. Araştırmamızdaki hastalardan 149 (%39.2) hastanın işitme açısından KBB uzmanı görüşüne ve 130 (%34.2) hastanın göz hastalıkları uzmanı görüşüne ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızdaki hastalardan sadece gözlük kullanan 223(%58.7) hasta, gözlük ve diğer yardımcı araç kullanan 28 (%7.3) hasta olduğu, sadece işitme cihazı kullanan 5 (%1.3), işitme cihazı ve diğer cihazları birlikte kullanan 10 (%2.6) hasta olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak hastalarımızın yüksek oranda görme ve işitme açısından sağlık problemi olduğu görülmüştür. DSÖ'nin 2011 verilerine göre dünyada 65 yaş üstü yaşlılarda yüksek gelirli ülkelerde %18, düşük gelirli ülkelerde %48'e varan oranda işitme kaybı görüldüğü belirtilmiştir (84). Aynı şekilde DSÖ 2012

yayınlarına göre 60 yaş üstü popülasyonda işitme kaybı prevalansı yüksek gelirli ülkelerde 18.5 milyon, düşük ve orta gelirli ülkelerde 43.9 milyon, görme kaybı prevalansı yüksek gelirli ülkelerde 15 milyon, düşük ve orta gelirli ülkelerde 94.2 milyon hasta olarak hesaplanmıştır (13).

Ayrıca hastaların sosyal güvenlik kurumu ilaç raporlarında bulunan rapor tanıları ve raporlu ilaçları sorgulanmıştır. Buna göre her yaşlının ortalama 5.09 ilaç kullanmakta ve 3.11 raporlu hastalığı bulunmaktadır. Bu yüksek raporlu ilaç kullanım oranının ve raporlu hastalıkların sayısının ve hastaların multimorbidite durumları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$)

Hastalara 10 dakikalık kapsamlı tarama testi sayesinde 8 alanda değerlendirme yapılmış ve bu 8 alanda ileri tetkik ve tedavi gereken problemler gözlenmiştir. Toplamda bakıldığında her hastanın neredeyse 2.98 alanda problemleri olduğu ve ileri değerlendirme gerektiği görülmüştür. Hastaların 10 dakikalık kapsamlı tarama testi değerlendirmesi sonucunda oluşan konsültasyon sayısı ile multimorbid olan grubun daha fazla oranda ileri değerlendirme veya konsültasyon gerekliliği olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre kadınların erkeklere göre inkontinans, depresyon, bedensel işlev kapasitesi ve düşme değerlendirmelerinde daha yüksek oranda problemi olduğu anlaşılmıştır ($p<0.05$).

Araştırmamızda Lubben Sosyal Ağ Ölçeği kullanılarak yaşlıların sosyal durumları hakkında da bilgi elde edilmeye çalışılmıştır. Canbal ve arkadaşlarının Ankara’da yaptığı çalışmasında Geriyatrik Depresyon Ölçeği düşük olan hastaların düşük Lubben skoruna sahip oldukları izlenmiştir (61). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde 10 dakikalık kapsamlı tarama içindeki depresyon değerlendirmesi ile Lubben skoru karşılaştırılmıştır ve depresyon için ileri değerlendirme gereken hastaların daha düşük Lubben Sosyal Skoruna, depresyon için ileri değerlendirme gerekmeyen hastaların daha yüksek Lubben skoruna sahip oldukları görülmüştür.

6. SONUÇLAR

Araştırmamızda birinci basamak sağlık hizmetlerinde 65 yaş ve üstü bireyler kapsamlı olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Bu değerlendirmede DSÖ’nün önerdiği 10 dakikalık kapsamlı tarama testindeki değerlendirmeler haricinde hastaların demografik özellikleri, yardımcı araç kullanımları, sigara kullanımları, sosyal durumları, kronik hastalıkları, raporlu ilaç

kullanımları, kognitif durumları, beslenme durumları, ağız ve diş sağlığı durumları gibi özellikler daha kapsamlı şekilde değerlendirilmiştir ve bu değerlendirmeler sonucunda 65 yaş ve üzeri hastaların kendi beyanına bağlı kronik hastalıklar dışında birçok açıdan karşılanmamış sağlık sorunlarının olduğu anlaşılmıştır.

DSÖ'nün yaşlı dostu birincil bakım merkezi konsepti kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde 65 yaş ve üstü hastalar özellikle hızlı ve etkin şekilde birçok açıdan değerlendirilerek, gerekli hastalara ileri değerlendirme önerileri verilmesi gereklidir. Araştırmamızda kullandığımız 10 dakikalık kapsamlı tarama testi sekiz boyutta yaşlıları değerlendirmektedir. “10 dakikalık kapsamlı tarama testi” içerisinde yer alsa dahi kognitif ve beslenme alanlarının daha ayrıntılı değerlendirilmeleri gerektiği kanaatiyle bu çalışmada SÇT ve SF-MNA'ya yer verilmiştir. Önemli sorun teşkil eden polifarmasi, ağız ve diş sağlığı ve sosyal durumların eklenerek yaşlı değerlendirmesinin kapsamını artırmak mümkündür. Ayrıca bu tez çalışması kapsamında yer almamakla birlikte yaşlı bireylere, aşılama ve kemoprofilaksi kullanımı konusunda sağlığı geliştirici ve koruyucu yaklaşımların önerilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmaya ilişkin örneklem rastgele ve tabakalı yöntem ile seçilemediği için elde edilen bulguları genellemek mümkün olmamaktadır. Ancak elde edilen yeni bilgilerin yine de yaşlı bireylerin koruyucu değerlendirme ve izleminde yararlı olacağı kanaatindeyiz.

7. ÖZET

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli yeri olan yaşlı bireylere kapsamlı değerlendirme yapıp, bu bireylerin mevcut sağlık sorunlarını ve karşılanmamış sağlık gereksinimlerini değerlendirmek ve bu çerçevede talep edilecek olan konsültasyonların sıklığının belirlemektir.

Çalışmaya 380 adet altmış beş yaş ve üstü gönüllü birey katılmıştır. Çalışma kapsamında katılımcılara DSÖ'nün Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Setinin bir parçası olan *10 Dakikalık Kapsamlı Tarama Testi*, *Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) ölçeği*, *Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği (DENTAL)*, *Saat çizme Testi* ve *Lubben Sosyal Ağ Ölçeği* uygulanmıştır. Bunlara ek olarak; bireylerin sosyodemografik özelliklerini, sağlık durumlarını ve gereksinimlerini belirleyen bir *sosyo-demografik ve tıbbi öykü anketi* de katılımcılara uygulanmıştır. Anket ve ölçekler yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların 179'u (%47) kadın, 201'i (%53) erkekti. Yaş ortalamaları 71.6 (SS:5,25; min:65; maks:91) bulunmuştur. Katılımcıların 270'i (%71.05) fazla kilolu veya obez grubuna girmekte idi. Katılımcılar Sosyal Network Ölçeği'nden ortalama 37.9 puan SS:11,7; min:0; maks:60) almışlardır. Tıbbi öykülerinde her yaşının ortalama 3.6 hastalığı bulunmaktaydı ve en sık görülen hastalık arteriyel hipertansiyon idi. Multimorbidite durumunun, BKİ fazlalığının, üriner inkontinansın, depresyonun, düşmelerin ve bedensel işlev yetersizliğinin kadınlarda daha sık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Genel olarak; bilişsel durum/bellek durumu, bedensel işlevler, işitme ve görme sorunları, ağız-diş sağlığı ve polifarmasi bakımından karşılanmamış sağlık sorunlarının yüksek olduğu ve ileri değerlendirme gerektiği görülmüştür.

Ek testlerle zenginleştirilerek uygulanan 10 Dakikalık Kapsamlı Tarama Testi'nin yaşlı bireylerde sık görülen karşılanmamış sorunlarını ortaya çıkarabileceği anlaşılmıştır. Kullanımı hızlı ve kolay olan bu testin, aile sağlığı merkezlerinde uygulanacak olan yaşlı izlem programlarını önemli ölçüde destekleyeceği kanaati oluşmuştur.

Anahtar sözcükler: Kapsamlı yaşlı değerlendirmesi, aile hekimliği, karşılanmamış sağlık sorunları, yaşlılık, kronik hastalıklar, koruyucu hekimlik.

8. ABSTRACT

The aim of this study is to make comprehensive assessment of elderly individuals who have an important place in primary health care; to evaluate the existing health problems and unmet health needs of these individuals and to determinate the frequency of consultations which will be required in this context.

The study involved 380 volunteers aged sixty-five or older. Within the study, participants were underwent *10-Minute Comprehensive Screening Test* which is a part of WHO's Age-friendly Primary Health Care Centers Toolkit, *Mini Nutritional Assessment (MNA) Scale*, *Oral and Dental Health Scale (DENTAL)*, *Clock Drawing Test* and *Lubben Social Network Scale*. In addition, a *socio-demographic and medical history questionnaire* was applied which determines the socio-demographic characteristics, health status and health needs of the participants. Polls and scales are filled with face to face interview technique. SPSS 22.0 was used for evaluation of the data and significance level was adopted as $p < 0.05$.

179 of the participants (47%) were female and 201 (53%) were male. The mean age was found as 71.6 (SD:5,25; min:65; max:91). 270 participants (71.05%) belonged to the overweight or obese group. Participants have received 37.9 points (SD:11,7; min:0; max:60) at Social Network Scale. There was an average of 3.6 diseases in the medical history of every older individuals; and the most common disease was arterial hypertension. The multimorbidity status, the excess of BMI, urinary incontinence, depression, falls and lack of physical function has been shown to be more frequent among women ($p < 0,05$). In general; it has been shown that unmet health problems were high and need further evaluation for cognitive / memory status, motor functions, hearing and vision problems, oral-dental health problems and polypharmacy.

It has been understood that the 10 Minute Comprehensive Screening Test which is enriched with additional tests might reveal common unmet health problems at older individuals. It was formed the conclusion that this test, which is fast and easy to use, can significantly support the elderly monitoring programs that would be applied in family health centers.

Key words: Comprehensive geriatric assessment, family medicine, unmet health problems, elderly, chronic diseases, preventive medicine

9. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Health Topic Ageing Erişim:<http://www.who.int/ageing/en/> Erişim tarihi: 04.02.2016
2. WHO Age-friendly Primary Health Care (PHC) Centres Toolkit Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43860/1/9789241596480_eng.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 19.02.2016
3. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiyede Yaşlıların durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Ankara, 2013.
4. The European Definition Of General Praticce / Family Medicine. Erişim: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. Erişim tarihi: 04.02.2016.
5. World Health Organization. World Report Ageing and Health publications 2015. Erişim:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf Erişim Tarihi: 04.02.2016
6. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim İstanbul Tabip Odası Süreli Yayınları 2012;25(3):1-3
7. Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriyatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıta dayalı rehberlerler ışığında periyodik muayenesi. Türk Aile Hek Dergisi 2009; 13(1): 27-38
8. Yaman H, Tekin O. Yaşlı Bireyin Değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. AHUZEM. Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı. Yaşlı Sağlığı Modülü. 5.1.Sağlıklı Yaşlanma. v1.0. 2013
9. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistikler ile Yaşlılık 2014 Erişim: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265 Erişim Tarihi 24.02.2016
10. Akça NK, Taşçı S. 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:30-36
11. Rubenstein LZ, Rubenstein LV. Multidimensional Geriatric Assessment. In: Fillit HM, KennethK, Woodhouse K, eds. BROCKLEHURST'S TEXTBOOK OF GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY.7th ed. Philadelphia:Saunders Servier.2010.pp. 211-217.
12. Kanevetçi Z. Yaşlı dostu sağlık ocağı projesinin Antalya ilinde sağlık ocaklarında çalışılması. Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya 2008.
13. WHO Good health adds life to years Global brief for World Health Day Erişim:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf 2012 Erişim Tarihi: 19.02.2006
14. Boongird C, Thamakaison S, Krairit O. Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital. Geriatr Gerontol Int. 2011;11(2):204-10.

15. Senn N, Monod S. Development of a Comprehensive Approach for the Early Diagnosis of Geriatric Syndromes in General Practice. *Front Med (Lausanne)*. 2015;2:78.
16. Keevil VL, Romero-Ortuno R; Ageing well: a review of sarcopenia and frailty. *Proc Nutr Soc* 2015 Nov; 74(4):337-47
17. Şahin S. Geriyatrik Sendromlar. *Klinik Gelişim* 2012;25(3):13-17
18. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. *Med Clin North Am*. 2015;99(2):263-79.
19. Leiber B, Olbrich G, Scheibe G. Die Klinische Syndrome, Sequenze und Komplexe. Part II Krankheitsbilder. 7th München: Urban & Schwarzenverg, 1990. (Şahin S. Geriyatrik Sendromlar Klinik Gelişim İstanbul Tabip Odası Süreli Yayınları 2012;25(3):13-17)'den alınmıştır.
20. Rikkert O, Rigoud AS, Hoeyweghen RJ, Graaf J. Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *J Med* 2003; 61:83- 87
21. Şahin S, Cankurtaran M. Geriyatrik Sendromlar. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2010;49(3):31-37
22. Kane L, Ouslander JG, Abrass IB, Resnick B eds. The Geriatric patient: Demography, epidemiology, and health services utilization. In: *Essentials of Clinical Geriatrics*. 6th ed. Mc Graw Hill,USA, 2009:19-21.
23. Eleazer GP, McRae T, Knebl J, et al. Core competencies for the care of older patients: recommendations of American Geriatrics Society. *Acad Med* 2000;75:252-5.
24. Yaman H, Akdeniz M. Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulaması: DSÖ Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2008;7 (17):11-13
25. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2010;49(3):19-30
26. Akbayın Z. 65 yaş üstü bireylerde 10 dakikalık kapsamlı tarama testinin etkinliği. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul 2009.
27. Ward KT, Reuben DB. Comprehensive Geriatric Assessment. In: Up to date. Schmader KE, Sokol NH, eds. Erişim: <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment> Erişim Tarihi :13.04.2016
28. Wieland D, Hith V. Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control* 2003;10(6):454-62
29. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189–198.
30. Yaman A, Yaman H. Aile Hekimliği'ne Başvuran Yaşlı Bireylerde Bilişsel Değerlendirilme. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(2):121-124.

31. Barkhausen T, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Mueller CA, Theile G. "It's MAGIC" - development of a manageable geriatric assessment for general practice use. BMC Fam Pract. 2015;Jan 22;16:4.
32. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4):273-281
33. Yıldız BG, Özçelik UE, Kolukısa M, Işık TA, Gürsoy E, Kocaman G, Çelebi A. Eğitimsizler İçin Modifiye Edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk Toplumunda Alzheimer Hastalığı Tanısında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2016;27(1):41-6
34. Borson S, Scanlan JM, Chen P, et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc 2003; 51:1451-1454
35. Yavuz BB. Nörolojik değerlendirme ve kullanılan testler. İç Hastalıkları Dergisi 2008;15(1):5-13.
36. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. Saat Çizme Testinin 50 Yaş ve Üzeri Türk Yetişkin ve Yaşlı Örneklemini Üzerindeki Norm Belirleme ve Geçerlik-Güvenilirlik Çalışmaları. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (3): 136-142
37. Heink J, Solomesh I, Berkman P. Correlation between the CAMCOG, the MMSE, and three clock drawing tests in a specialized outpatient psychogeriatric service. Arc Gerontol Geriatrics 2004;38: 77-84.
38. Ateşkan Ü, Mas RM, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri Ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3 (2): 45-50
39. Cameron AP, Heidelbaugh II, Limbo M. Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part one: diagnosis and testing. Ther Adv Urol. 2013;5(4):181-7
40. Keilman L. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. Prim Care 2005; 32: 699-722
41. Dündar Ü. Geriyatrik Ölçme ve Değerlendirme. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2013;5(1):4-9
42. Eker E, Ütücü N. Yaşlı popülasyonda fiziksel hastalıklar ve depresyon. Akad Geriatri 2009; 1:90-97.
43. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983; 17:37-49.
44. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? Int Psychogeriatr 2000; 12:163-172.
45. Flaherty JH, Bayer AJ. Preventive Geriatrics. In: Pathy JMS, Alan J. Sinclair AJ, Morley JE. Principles and Practice of Geriatric Medicine. 4th edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2006.p.201-214

46. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scales to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *J Am Geriatr Soc* 1990;38(8):855-61
47. Sposito G, Neri AL, Yassuda MS. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study – UNICAM. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(1):7-20
48. Monagle S. Reducing falls in community dwelling elderly. *Australian Family Physician* 2002;31(12):1111-1115
49. Overstall PW, Nikolaus T. Gait, Balance and Falls. In: Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE, editors. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2006:1299-1309
50. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar. *Türk Geriatri Derneği*. Ankara:Öncü Basımevi;2008
51. Arioğlu S (ed). Yaşlılarda Malnütrisyon Klavuzu. Ankara, 2013 Erişim: <http://akademikgeriatri.org/files/thn-kitap.pdf> Erişim Tarihi: 10.03.2016
52. Thomas DR, Vellas B. Weight Loss in Older Adults In: Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE, editors. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2006:pp.309-319
53. Davis AC, Moorjani P. The Epidemiology of Hearing in Aging Population. In: Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE, eds. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2006:1211-1218.
54. Yavuz BB. Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi* 2007; 14:5-17.
55. Tumosa N. Disorders of Eye. In: Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE, editors. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2006:1205-1210.
56. Griffiths JE. Oral Health. In: Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE, editors. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2006:239-260.
57. Nazlıel H. Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı. *Turkish Journal of Geriatrics* 1999;2(1):14-21.
58. El Osta N, Hennequin M, Tubert-Jeannin S, Abboud Naaman NB, El Osta L, Geahchan N. The pertinence of oral health indicators in nutritional studies in the elderly. *Clinical Nutrition* 2013;33:316-325
59. Bush LA, Horenkamp N, Morley JE, Spiro A. 3rd. D-E-N-T-A-L: a rapid self-administered screening instrument to promote referrals for further evaluation in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Aug;44(8):979-81.
60. Bahat G, Tufan F, Akın S, Tufan A, Erten N ve diğ. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *J Gerontol Geriatrik Arş.* 2012;1(1):2-8.
61. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. *Klinik Gelişim Dergisi* 2012; 25: 18-23

62. Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Turkish J Geriatrics 2006;37-44.
63. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2015. Erişim: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Saglikli%20Yaş.%202015-2020%20Pdf.pdf> Erişim Tarihi: 06.03.2016
64. Boston College. Description of the LSNS (The R,6,18). Erişim: http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben/description_of_thelsns.html Erişim Tarihi: 20.03.2016
65. Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J.C., Stuck, A.E. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. The Gerontologist, 2006;46(4), 503–513
66. Herr M, Arvieu JJ, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. European Journal of Public Health 2013;24(5):808-813
67. Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM. Changes in unmet health care needs. Health Rep. 2002;13(3): 15-21
68. Boston College. Versions of the LSNS, The LSNS Scales (LSNS-R) Erişim: http://www.bc.edu/schools/gssw/lubben/downloads/jcr_content/content/download/file.res/LSNSR.pdf Erişim Tarihi: 20.03.2016
69. Can SS, Kızıl ET, Varlı M, Turan E, Atlı T. Demans Hastalarında Farklı Saat Çizme Testinin Türkçe Uyarlamalarının Psikometrik Özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 91-5
70. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Goigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). Journal of Gerontology: Medical Sciences 2001;56(6):366–372
71. Sarıkaya D. Geriatrik hastalarda Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) testinin uzun ve kısa (MNA-SF) formunun geçerlilik çalışması. (Özetinden Faydalanılmıştır.) Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2013.
72. TC. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye beden algısı araştırması, Ankara 2012. Erişim: http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bedenagir_tr.pdf Erişim Tarihi: 15.03.2016
73. TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara 2013. Erişim: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim Tarihi: 15.03.2016
74. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37–43

75. Centers for Disease Control and Prevention. The State of Aging and Health in America, Atlanta 2013
76. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013;10:2017-2027
77. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):79-86
78. Yaman A, Yaman H. Dementia subtypes in Antalya, Turkey: a retrospective study. *Postgrad Med.* 2014;126(5):109-12.
79. Death J, Douglas A, Kenny AR. Comparison of clock drawing with Mini Mental State Examination as a screening test in elderly acute hospital admissions. *Postgrad Med J* 1993;69:696-700
80. Canbal M, Şencan İ, Şahin A, Kunt Ş, Çavuş UY, Tekin O. Effects of depression and life factors on social network score in elderly people in Çankaya, Ankara. *Turk J Med Sci* 2012; 42 (4): 725-731
81. Aykın SN. Aile Hekimliğinde Komorbidite ve Multimorbiditeyi Anlamak. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* 2013;7(3):35-39
82. Drumond Andrade FC, Mohd Nazan AI, Lebrão ML, de Oliveira Duarte YA. The impact of body mass index and weight changes on disability transitions and mortality in Brazilian older adults. *Journal of Aging Research* 2013;2013:905094
83. Karataş GK, Maral I. Ankara Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme İçin Risk Faktörleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001;4 (4):152-158
84. World Health Organization. Multi-Country Assessment of National Capacity to Provide Hearing Care. Erişim: http://www.who.int/pbd/publications/WHOReportHearingCare_Englishweb.pdf Erişim Tarihi: 22.03.2016

10. EKLER

Ek.1 Etik Kurul Kararı

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Sayı: 70904504/ Konu:		2015
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Hakan YAMAN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 215	Tarih: 29.04.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
	Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL.
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Ali Aydın KANUZ
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye (izinli)

Prof.Dr. Bilge KARAKUL
Üye

Prof.Dr. Can CEVİKOL
Üye (izinli)

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Doç.Dr.Ebru Nur BARÇIN
Üye

Doç.Dr. Yasin SEVİOL
Üye

Doç.Dr. Hasan MUTLU
Üye (izinli)

Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (izinli)

Doç.Dr. Gülşen Özge BAYRAK
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Tugut ALTIN
Üye

Ek.2 Aydınlatılmış Onam

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: “**65 Yaş Üstü Bireylerin Karşılanmamış Sağlık Sorunları ve Konsültasyon Nedenlerinin Değerlendirilmesi**”

b. Araştırmanın İçeriği: 65 yaş ve üstü bireylerde öykü, fizik muayene ve ölçeklerle değerlendirmeler yapılacaktır. Değerlendirmelerinde SGK destekli tanısal işlemleri kullanılmayacaktır. Değerlendirmelerimiz neticesinde sorun saptanan hastalarımıza ileri muayene ve tedavi için ilgili kliniklere yönlendirmede bulunulacaktır.

c. Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık sorunlarının değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: dört aydır.

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 400 kişi

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Tarama testleri uygulanacak, kondisyonel testler yapılacak ve hekim tarafından muayeneler yapılacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: **Araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim**

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmamızın değerlendirmelerinde SGK destekli tanısal işlemler kullanılmayacaktır. Değerlendirmelerimiz neticesinde sorun saptanan hastalarımıza ileri muayene ve tedavi için ilgili kliniklere yönlendirmede bulunulacaktır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Alper ARI, Dr. Nedim Oğuz, Dr. Florije MEŞELİ, Dr. Abdullah TEKSAN, Dr. Fatih B. ALPASLAN, Dr. İsmet KOŞAR, Dr. H. Tülin AKGÜN
Telefon: 0 2424 249 68 60

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Tez Yapan Araştırma Görevlileri tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

Ek.2 Aydınlatılmış Onam (Devamı)

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

YEMİN METNİ

Aile Hekimliği uzmanlık tezi olarak sunmuş olduğum **“65 Yaş Üstü Bireylerin Karşılanmamış Sağlık Sorunları ve Konsültasyon Nedenlerinin Değerlendirilmesi”** adlı tez çalışmam, **“65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi”** adlı tez projesi kapsamında yapılmış ve etik açıdan onay almış bir çalışmadır. Yukarıda belirtilen tez projesi kapsamında yapılmış olan ve Aile Hekimliği uzmanlık tezi olarak sunmuş olduğum **“65 Yaş Üstü Bireylerin Karşılanmamış Sağlık Sorunları ve Konsültasyon Nedenlerinin Değerlendirilmesi”** adlı tez çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve tezimi yazarken yararlandığım eserlerin bibliyografyada (kaynaklarda) gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve beyan ederim.

Dr. Alper ARI

Tarih: 21/03/ 2016



Ek.4Demografik Anket ve Lubben Sosyal Ağ Değerlendirme Ölçeği (LSNS-R)

Hasta No:.....

Tarih:...../...../2015

1) SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER:

Ad-Soyad:.....

Tel:.....

Adres:.....

Yaş:..... Doğum Tarihi:/...../ 19..... TC:.....

Cinsiyet: Kadın/Erkek Medeni durumu: Evli/Bekar/Eşi ölmüş/Boşanmış

Eğitim Düzeyi: Okur yazar değil:... Okur yazar:... İlkokul (5 yıl):... İlköğretim/Ortaokul (8 yıl):...

Lise:..... Yüksekokul:..... Üniversite:.....

Meslek:..... Hala bir işte çalışıyor/Emekli/Çalışmıyor Hobileri:..... Evcil Hayvan:.....

Sosyal Güvence: Yok /SGK/Yeşil Kart/Özel Sigorta/Yurt Dışı Sigorta

Kaç yıldır Antalya'da yaşıyor:Kaç yıldır aynı evde yaşıyorsunuz? Konut Tipi: Müstakil/Apartman/Diğer:

Oturduğu Kat:..... Asansör: Var/Yok Kira: Evet/Hayır Evin ısınması nasıl sağlanıyor?

Telefonunuz var mı? Evet/Hayır Alışverişinizi nasıl sağlıyorsunuz? Kendim/Diğer

Ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz? Kendim/Diğer Otobüs/Dolmuş durağı: yakın/orta/uzak

Düzenli aylık geliri var mı? Evet/Hayır Aylık ortalama geliri:TL

Ekonomik durumunu nasıl değerlendirir? çok iyi-iyi-orta-kötü-çok kötü

Hangi tür gelirleriniz bulunur? Faaliyet gelirleri/Menkul gelirleri/Sosyal tür gelirleri/diğer .

Kiminle yaşıyor: Yalnız:..... Eşi/çocukları/diğer akrabalar ile:..... Ücretli bakıcı:.... Diğer kişiler ile:.....

Yaşam şekli : Sabit bir yerde yaşıyor/Çocuklarının yanında sıra ile kalıyor/Diğer:.....

Aynı evde yaşama nedeni:..... Aynı evde yaşama nedeni:.....

Size kim bakıyor?: Mutluluk kaynağı olan kişiler kimlerdir?

Gene mutluluk düzeyiniz nasıldır? Az 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9 Çok

Hane halkının mutluluk düzeyi nasıldır? Az 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9 Çok

Ayda kaç akraba ile görüşürsünüz?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Sık görüştüğünüz akrabalarınız ile ayda ne sıklıkla görüşürsünüz?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Kaç akrabalarınız ile sorunlarınızı paylaşırsınız?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Kaç akrabalarınızdan yardım isteyebilirsiniz?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Kaç akrabalarınız karar verirken size yardımcı olur?	Asla0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9Her zaman
Kaç akrabalarınız vereceği kararda sizin fikrinizi sorar?	Asla0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9Her zaman

Ayda kaç arkadaşınız ile görüşürsünüz?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Sık görüştüğünüz arkadaşlarınız ile ayda ne sıklıkla görüşürsünüz?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Kaç arkadaşınız ile sorunlarınızı paylaşırsınız?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Kaç arkadaşlarınızdan yardım isteyebilirsiniz?	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9
Kaç arkadaşınız karar verirken size yardımcı olur?	Asla0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9Her zaman
Kaç arkadaşınız vereceği kararda sizin fikrinizi sorar?	Asla0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9Her zaman

Ek.5 Karşılanmamış Sağlık Sorunları Anketi ve Tıbbi Öykü Anketi

Sağlık hizmetlerine erişiminiz nasıldır? Çok zor 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9 Çok kolay

Son 1 ayda herhangi bir yakınmanız oldu mu? Evet/Hayır

Yanıtınız evet ise, bu yakınmalarınız hangileriydi? 1..... 2..... 3..... 4.....

Bu yakınmalarınızı gidermek için ne yaptınız?

a. Hiçbirşey 1..... 2..... 3..... 4.....

b. İlaç dışı (bitkisel karışımlar, masaj, akupunktur vb.) 1..... 2..... 3..... 4.....

c. İlaç kullandım (kendi kararım, komşu önerisiyle, eczacı önerisiyle, hekim dışı sağlık personeli, diğer) 1..... 2..... 3..... 4.....

d. ASM'ye başvurdum 4. Devlet hastanesine başvurdum 1..... 2..... 3..... 4.....

e. AEAH/ Üniversiteye başvurdum 1..... 2..... 3..... 4.....

f. Diğer 1..... 2..... 3..... 4.....

Kendinizi sağlıklı hissettiğinizde sağlık kuruluşlarına başvurduğunuz mu?

Evet/Hayır

Yanıtınız evet ise, hangi işleri yaptırınız?

- a. Tanı konulan hastalığın kontrolü
- b. Peryodik Sağlık Muayene
- c. Aşı
- d. Rapor
- e. Danışmanlık
- f. Diğer

2) TIBBİ ÖYKÜSÜ:

Hastalık: DM:... HİPOGLİSEMİ:... HT:... HPLD:... METAB SENDR.:... KAH:... MI:... PAH:... VTE:...
KOAGÜLASYON BOZ:... KY:... DİSRİTMİ/AF:... POSTÜRAL HİPOTANSİYON:... KBH:... KBY:... NEFROPATİ:...
ÜRİNER İNKONT.:... BPH/ÜRİNER RETANSİYON:... KC HAST:... İNFLAM. BARSAK HAST.:... P.ÜLSER:... GÖRH:...
DİYARE:... KRONİK KONSTİPASYON: ... GİS KANAMASI:... KOAH:... ASTİM:... PULMONER EMBOLİ:...
DEPRESYON:... DEMANS/ALZHEIMER:... PARKİNSON:... EPİLEPSİ:... SVO:... VERTİGO:... ARTRİT/ARTROZ:... RA:
... OSTEOPOROZ:... GUT:... NÖROPATİ:... OPTİK:... İŞİTME:...

KANSER (Açıklayınız):.....
DİĞER (Açıklayınız):.....

İlaç: (Ekteki tabloyu doldurunuz)

Ameliyat: Göz operasyonu(belirtiniz):..... Kulak Operasyonu:..... Diğer:..... ENGEL SAYISI:

Sigara: Hiç kullanmamış:..... Bırakmış:..... Aktif içici:..... .. paket/yıl

Alkol: Her gün..... Haftada birden fazla:..... Ayda birden fazla:..... Ayda bir kez veya daha nadir:.....

Aksesuar Kullanımı: Gözlük:..... Lens:..... .. İşitme Cihazı:..... Baston:..... Diğer:.....

3) VİTAL BULGULAR:

KB: / mmHg Nabız:..... Dk Ritmik:... Ritmik Değil:...

Boy:.....cm VA:kg Bkl:.....kg/m² Bel Çevresi:cm

Ek.6 Yaşlı Dostu ASM 10 Dakikalık Tarama Enstrümanı



YAŞLI DOSTU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ENSTRÜMAN SETİ

Enstrüman 1: 10 – Dakika Kapsamlı Tarama Testi

Ne için?	Temel klinik sorunların taranması
Kim tarafından?	Sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri
Ne kadar süre?	10 dakika

© Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti,
Dünya Sağlık Örgütü, 2007

10 Dakika Kapsamlı Tarama Testi (adım 1)

Ad-Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____ Cinsiyet: _____

A. Bellek

1. "3 kelime adını söyleyeceğim: Masa, Bayrak, Elbise. Şimdi sizden bunların adlarını tekrarlamanızı ve bir dakika sonra bu üç kelimeyi tekrarlamanızı isteyeceğim. Lütfen onları hatırlamaya çalışın"

Tüm 3 kelime söylendi mi? Evet _____ Hayır _____

Yanıt eğer hayır ise, "bilişsel değerlendirme"ye gönderiniz.

Bu sorudan sonra Bedensel İşlev Kapasitesine ilişkin sorulara geçiniz (D Maddesi).

B. İdrarını Tutamama

1. "Geçen yıl içerisinde hiç idrarınızı kaçırıp altınızı ıslattınız mı?"

Evet _____ Hayır _____

Her iki soruya da yanıt evet ise, "idrar enkontinansı" için ileri değerlendirmeye gönder.

Yanıt eğer evet ise, aşağıdaki soruyu sor:

2. "Geçen hafta içerisinde idrar kaçırdınız mı?"

Evet _____ Hayır _____

C. Depresyon

1. "Kendinizi sık sık üzgün veya kederli hissediyor musunuz?"

Evet _____ Hayır _____

Yanıt eğer evet ise, "depresyon" için ileri değerlendirmeye gönderiniz.

D. Bedensel İşlev Kapasitesi (İmmobilite)

"Aşağıdaki işleri yapabiliyor musunuz?"

"Hızlı yürüme ya da bisiklete binme gibi şiddetli etkinliklerde bulunuyor musunuz?" Evet _____ Hayır _____

"Cam, duvar ya da yerleri slime gibi ağır ev işi yapabiliyor musunuz?" Evet _____ Hayır _____

"Gıda ya da giyim için alışverişe çıkabiliyor musunuz?" Evet _____ Hayır _____

"Yürüme mesafesi dışında bulunan yerlere gidebiliyor musunuz?" Evet _____ Hayır _____

"Duşta ya da küvette yıkanıp, liflenebiliyor musunuz?" Evet _____ Hayır _____

"Gömlek giyip, düğmelerini ilikleyip, fermuarınızı çekebiliyor musunuz ya da ayakkabılarınızı giyebiliyor musunuz?" Evet _____ Hayır _____

Sorulan sorulardaki eylemleri yapamıyor veya yardımla ya da başka bir kişinin yardımıyla yapabiliyor ise ve hayır yanıtını işaretliyor ise "Bedensel İşlev Kapasitesi/İmmobilite" için ileri değerlendirmeye gönder.

Hasta kendisine daha önce söylenen 3 kelimeyi hatırlayabildi mi?

1. "Üç kelimeyi sor" 1) _____ 2) _____ 3) _____

E. Düşme

1. Geçen 12 ay içerisinde 2 ya da daha fazla kez düştünüz mü?

Evet _____ Hayır _____

2. "Yanıtınız hayır ise aşağıdaki testi yapınız":

Test: "Sandalyeden ayağa kalk, ona tutunmadan etrafında yürü"

Yapamıyor: Evet _____ Hayır _____ Düzensiz: Evet _____ Hayır _____

Eğer soruda ya da testte yanıtınız evet ise "düşme riski" bakımından ileri değerlendirmeye gönderiniz.

İlave sık görülen sorunlar

Beslenme

1. Geçmiş 6 ay içinde *beden ağırlığınız* ile ilgili bir değişiklik farkettiler mi?

Evet _____ Hayır _____

Arttı _____ kg Düştü _____ kg (Eğer beden ağırlığı son vizitte kaydedilmiş ise). *Eğer sorun saptanırsa*

Kayıt Tarihi: ____/____/____ Şu anki Beden Ağırlığı _____ kg.

"yaşlı dostu sağlığı geliştirme hizmetlerine" ne gönder.

İşitme

1. Hastanın arkasında durun ve "6", "1", "9" rakamlarını tekrarlatınız (önce hafif sesle, sonra normal sesle).

Hafif (Fısıltı): Sağ Kulak _____ Sol Kulak _____ / Normal: Sağ Kulak _____ Sol Kulak _____

Hasta her iki kulağıyla da ya da bir kulağıyla duyamıyor (ya da ikisinin herhangi bir kombinasyonu ile duyamıyorsa) "İşitme testi" için hasta yönlendirilir.

Görme

1. "Okurken ya da günlük herhangi bir aktivitenizi yaparken görmekte zorlanıyor musunuz?" (hatta gözlükle bile)

Evet _____ Hayır _____

2. Yanıtınız Evet ise, SNELLEN göz tablosunu tamamlamasını isteyin (önce gözlüksüz ve sonra gözlükle).

Sağ Göz _____ Sol göz _____ *Hasta her iki gözü ya da bir gözü ile görmekte zorlanıyor ise "göz muayenesi" için yönlendirilir.*

Ek.7 Saat Çizme Testi (SÇT)

Hasta Adı:.....

Tarih:// 2015

SAAT ÇİZME TESTİ

SAAT ÇİZME TESTİ PUANI (Shulman Puanlaması):/ 5

Ek.8 MNA (Mini Nutritional Assessment) Ölçeği

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Soyad:	Ad:			
Cinsiyet:	Yaş:	Ağırlık, kg:	Boy, cm:	Tarih:

Aşağıdaki soruları kutulara uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın. Eğer Tarama puanı 11 veya altında ise Malnutrisyon Gösterge Puanı'nı elde etmek için değerlendirmeye devam edin.

Tamara A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu? 0 = besin alımında şiddetli düşüş 1 = besin alımında orta derece düşüş 2 = besin alımında düşüş yok ☐		J Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün ☐
B Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu 0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı 1 = Bilinmiyor 2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı 3 = Kilo kaybı yok ☐	K Protein alımı için seçilen besinler • Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ • Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ • Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ 0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise 0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise 1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise ☐ ☐	L Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor 0 = Hayır 1 = Evet ☐
C Hareketlilik 0 = Yatak veya sandalyeye bağımlı 1 = Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor 2 = Evden dışarı çıkabiliyor ☐	M Her gün kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, süt, vb.) tüketiyor? 0.0 = 3 bardaktan az 0.5 = 3-5 bardak 1.0 = 5 bardaktan fazla ☐ ☐	N Yemek yeme şekli nasıl? 0 = Yardımsız yemek yemiyor 1 = Güçle kendi kendine yemek yiyebilir ama zorlanıyor 2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor ☐
D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu? 0 = Evet 2 = Hayır ☐	O Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi 0 = Kötü beslendiğini düşünüyor 1 = Kararsız 2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor ☐	P Aynı yaşta kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? 0.0 = İyi değil 0.5 = Bilmiyor 1.0 = İyi 2.0 = Çok iyi ☐ ☐
E Nöropsikolojik problemler 0 = Ciddi bunama veya depresyon 1 = Hafif düzeyde bunama 2 = Hiçbir psikolojik problem yok ☐	Q Kol çevresi (cm) 0.0 = 21'den az 0.5 = 21-22 1.0 = 22 veya daha fazla ☐ ☐	R Baldır çevresi (cm) 0 = 31'den az 1 = 31 veya daha fazla ☐
F Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre cinsinden kare'si) 0 = VKİ 19'dan az (19 dahil değil) 1 = VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil) 2 = VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil) 3 = VKİ 23 ve üzeri ☐	Değerlendirme (en fazla 16 puan) ☐ ☐ ☐	
Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan) ☐ ☐	Tarama puanı ☐ ☐ ☐	
12-14 puan: Normal nutrisyonel durum 8-11 puan: Malnutrisyon riski altında 0-7 puan: Malnutrisyonlu	Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan) ☐ ☐ ☐	
Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız		
Değerlendirme G Bağımsız yaşıyor (bakımında veya hastanede değil) 1 = Evet 0 = Hayır ☐		
H Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma 0 = Evet 1 = Hayır ☐		
I Bası yarası veya deri ülseri var 0 = Evet 1 = Hayır ☐		

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Daha fazla bilgi için: www.mna-elderly.com

Malnutrisyon Gösterge Puanı

24 to 30 puan	☐	Normal nutrisyonel durum
17 to 23.5 puan	☐	Malnutrisyon riski altında
17 puandan aşağı	☐	Malnutrisyonlu

Ek.9 İlaç Kullanım (Raporlu Hastalıklar ve İlaçlar) Anketi

65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN İLAÇ KULLANIM PROFİLİ ANKETİ

(NOT: Hastanın en az 1 ay süre ile kullandığı ilaçlar sorulmaktadır)

- 1) Günde toplam kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz (sayı ile):.....
- 2) Günde toplam kaç tablet ilaç kullanıyorsunuz (sayı ile):.....
- 3) Kullandığınız ilaçlar nelerdir? (**Tablo 1**'i doldurunuz)(NOT: Hastanın onayı ile, Medula Sistemi'nden ilaçları kontrol edilecektir).

TABLO 2: HASTALARIN İLAÇ RAPORLARI

	HASTALIK ADI	ETKEN MADDE	DOZU	FARMASÖTİK ŞEKLİ	KULLANIM SIKLIĞI	MİKTARI	KULLANIM PERİYODU	KULLANIM ŞEKLİ
Örn.	Koroner Arter Hastalığı	Asetil Salisilik Asit	500 mg	tb	3	x	1	p.o.
1.						x		
2.						x		
3.						x		
4.						x		
5.						x		
6.						x		
7.						x		
8.						x		
9.						x		
10.						x		
11.						x		
12.						x		

Ek.10 Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği (DENTAL)

Hasta Adı:

Tarih:// 2015

AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI Ölçeği*

Sorun	Evet	Hayır
Ağız kuruluğu var mı?	2	0
Yeme zorluğu var mı?	1	0
Diş ya da ağız içi ağrı var mı?	2	0
Yemek seçiminde değişiklik ya da farklılık var mı?	1	0
Son 2 yıl içinde diş hekimine gitti mi?	0	1
Ağızda lezyon, aft ya da kitle var mı?	2	0

*** Sorgulama sonucu alınan yanıtlar 2 ve daha fazla puan ediyorsa hastayı diş hekimine yönlendirin.**

Bush LA, Horenkamp N, Morley JE, Spiro A 3rd. D-E-N-T-A-L: a rapid self-administered screening instrument to promote referrals for further evaluation in older adults. J Am Geriatr Soc. 1996 Aug;44(8):979-81.

TOPLAM PUAN: