

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



ÇANAKKALE ŞEHİR MERKEZİNDE GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA
KAPSAMLI SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe AKAY

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2016

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



ÇANAKKALE ŞEHİR MERKEZİNDE GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA
KAPSAMLI SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe AKAY

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2016

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği uzmanlık dalı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Dr. Ayşe AKAY'ın **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14.10.2016

TEZ KONU BAŞLIĞI
Çanakkale Şehir Merkezinde Geriatrik Yaş Grubunda Kapsamlı Sağlık
Değerlendirmesi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Erkan Melih Şahin

Tez Jürisi Üyeleri:
Adı Soyadı

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

İmzası

Doç. Dr. Coşkun BAKAR

Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKÇA

ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki
jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim
Kurulunun 27.10.2016 tarih ve 45/8 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr. H. İbrahim TAŞ

Dekan

Varlığıyla yaşamımı güzelleştiren

Işığıyla yolumu aydınlatan yengem

Dr. Necla Güneş'e



TEŞEKKÜR

En başta Aile Hekimliğine özgün bakış açısıyla bana bu mesleği sevdiren ve öğreten Dr. Erkan Melih Şahin'e,

Hastalara içten bir ilgi ve sevgiyle yaklaşmanın asıl iyileştirici gücünü gösteren ve bu tezi yaparken emeğini esirgemeyen Dr. Ayşegül Uludağ'a,

Tümüyle insan sevgisi ile dolu Dr. Murat Tekin'e, ÇOMÜ Aile Hekimliği AD'daki tüm hekim arkadaşlarıma,

Bir ömür boyu teşekkürümü adadığım sevgili eşim Niyazi'ye, çalıştığım vakitleri sabırla bekleyen, yaşama sevincim kızlarım Nehir Loya Akay ve Misa Akay'a, her daim varlığından güç aldığım, hayatın her tadını birlikte aldığım ablam Fatma Güneş' e, aileme ve ben yokken çocuklarıma anne şefkatini sunan erdem ve iyilik dolu Ayşe'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dil, din, ırk, cinsiyet, ayrımcılığının olmadığı sömürünün ve ezilenlerin olmadığı, herkesin insanca, eşit ve adil şartlarda yaşadığı bir dünyada “yaşlanmak “ dileğiyle...

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada geriatric yaş grubundaki bireylerin kapsamlı değerlendirme ile mevcut durumlarının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Çanakkale Kepez beldesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 128 yaşlı birey alındı. Veriler yapılandırılmış anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Mini Nutrisyonel Değerlendirme, Visüel Ağrı Skalası, Tinetti Denge ve yürüme Testi, Standardize Mini Mental Test, Geriatric Depresyon Skalası (Kısa Form), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların 65'i (50,8%) kadın, 63'ü (49,2%) erkek, yaş ortalaması 72,8±6,4 [65–91], %47,7'si ilkokul mezunu idi. Eğitim seviyesi, emeklilik ve evlilik yüzdesi, erkeklerde daha yüksekti. %85,2'sinde multimorbidite, %30,5'inde malnutrisyon riski, %44'ünde denge sağlama zorluğu, %14,1'inde yüksek düşme riski saptandı. En sık görülen hastalık %60,2 hipertansiyon, birden fazla ilaç kullanma oranı %78, en sık kullanılan ilaç %60,2 antihipertansiflerdi.

MNA puan ortalaması 11,8±1,8 [5-13], VAS puan ortalaması 3,4±3,3 [0-10], Tinetti denge ve yürüme testi puan ortalaması 23,2±5,8 [0-27], SMMT puan ortalaması 26,8±3,9 [10-30], GDS puan ortalaması 4,8±3,9 [0-15], ÇASDÖ puan ortalaması 50,8±24,8 [5-84] idi. TGYA bağımsızlık oranları en yüksek olan aktivite %98,4 tuvalete gitme, tam bağımlı olunan %5,5 banyo yapabilmeydi. EGYA bağımsızlık oranları en yüksek olan aktivite (%83,6) ilaç içme, tüm aktiviteler içinde en çok kısmi bağımlı olunan %24,2 yürüme idi. %89,1'i en az bir yardımcı cihaz/protez kullanmaktaydı. Depresif belirti prevalansı %35,9, kognitif fonksiyon bozukluğu prevalansı %14,1, bunların %33,3'ünü ileri demanslılar oluşturmaktaydı.

Sonuçlar: Bu kesitsel değerlendirme ile Aile hekimliğinde kapsamlı geriatric değerlendirme uygulanarak yaşlı nüfusun özellikleri, medikal, mental, fonksiyonel ve sosyoekonomik problemleri çok yönlü tanımlanabilmiştir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, kapsamlı geriatrik değerlendirme, multimorbidite, kognitif fonksiyon, geriatrik depresyon



ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to determine geriatric people's current state of health by comprehensive geriatric assessment.

Methods: The study involves 128 elderly people aged 65 and older, living in Kepez, Çanakkale. Data was collected via face to face interviews using structured geriatric health questionnaire form. Mini Nutritional Assessment, Visual Analog Scale, Tinetti Balance and Gait Test, Standardized Mini Mental Test, Geriatric Depression Scale (Short Form), Multidimensional Scale of Perceived Social Support were applied.

Results: The participants of this study, 65 (50,8%) were females, 63 (49,2%) were males. Age average was $72,8 \pm 6,4$ [65–91], 47,7% were primary school graduate. Education level, retirement and marriage status percentage were higher among men. The percentage of multimorbidity was 85,2%, malnutrition risk was 30,5%, balance difficulty was %44,5, high risk people was 14,1% in regard of falling. Most common disorder was hypertension (60,2%), most prescribed drug was antihypertensives (60,2%), percentage of using more than one drug was 78,1%.

The average score of MNA was $11,8 \pm 1,8$ [5-13], VAS was $3,4 \pm 3,3$ [0-10], Tinetti Balance and Gait Test was $23,2 \pm 5,8$ [0-27], SMMT was $26,8 \pm 3,9$ [10-30], GDS was $4,8 \pm 3,9$ [0-15], MSPSS was $50,8 \pm 24,8$ [5-84]. Going to toilet (%98,4) was the most independent, bathing (%5,5) was the most dependent basic ADLs, taking medicine (83,6%) was the most independent instrumental ADLs. 89,1% were using at least one assistive device. Depressive symptom prevalence was %35,9 and overall cognitive function impairment was %14,1, cognitive deficits consist of 33,3% severe dementia scores.

Conclusions: With this cross-sectional study, the socio-demographic features, medical, mental, functional and socioeconomic problems of elderly population

could be defined by performing comprehensive geriatric assessment at family medicine practice.

Key words: Elderly, comprehensive geriatric assessment, multimorbidity cognitive function, geriatric depression



İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
İç Kapak	i
Kabul-Onay Sayfası	ii
Teşekkür	iv
Özet	v
Abstract	vii
İçindekiler	ix
Kısaltmalar ve Simgeler Dizini	xi
Tablolar Dizini	xiii
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	4
2.1 Yaşlılığın tanımı ve özellikleri	4
2.1.1 Yaşlılık	4
2.1.2 Yaşlanmada Görülen Fizyolojik Değişiklikler	5
2.1.3 Yaşlılık Algısı	9
2.2 Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus	10
2.2.1 Yaşlı Sağlığına Yönelik Uluslararası Yaklaşımlar	10
2.2.2 Yaşlı Sağlığına Yönelik Ulusal Yaklaşımlar	11
2.3 Sağlıklı Yaşlanma	12
2.4 Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri	13
2.5 Kapsamlı geriatrik değerlendirme	14
2.5.1 Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin tanımı	14
2.5.2 Kapsamlı geriatrik değerlendirme bileşenleri	15
2.6 Aile hekimliği ve Yaşlı sağlığı	19
3. Gereç ve Yöntem	22
3.1 Evren ve Örneklem	22
3.2 Çalışmaya Alınma ve Hariç Bırakma Kriterleri	23
3.3 Veri Toplama Araçları	23
3.4 Uygulama	29
3.5 İzin ve Onamlar	29
3.6 İstatistiksel Analiz	30
4. Bulgular	31
4.1 Sosyodemografik Özellikler	31
4.2 Medikal Değerlendirme	32
4.2.1 Özgeçmiş Özellikleri	33
4.2.2 İlaç Kullanım Özellikleri	35
4.2.3 Beslenme Durumu ve Diyet	38
4.2.4 Uyku Düzeni	38
4.2.5 Cinsellik	38
4.2.6 Yaşam Tarzı	39
4.2.7 Genel Sağlık Algısı	40
4.2.8 Ağrının Değerlendirilmesi	40
4.2.9 İşitmenin Değerlendirilmesi	42
4.2.10 Fizik muayene ve Antropometrik Ölçümler	41

4.3 Zihinsel Değerlendirme	45
4.3.1 Kognitif değerlendirme	45
4.3.2 Duygudurum değerlendirmesi	49
4.4 Fiziksel Değerlendirme	52
4.4.1 Kullanılan Cihaz /Protez	52
4.4.2 Fonksiyonel Değerlendirme	52
4.4.3 Denge ve Yürüyüş	53
4.4.4 Düşmeler	55
4.5 Çevresel Değerlendirme	56
4.5.1 Ekonomik Durum	56
4.5.2 Sosyal Durum	57
4.6 Aşılar	59
5. Tartışma	60
5.1 Sosyodemografik Özellikler	61
5.2 Medikal Değerlendirme	62
5.3 Kognitif Değerlendirme	66
5.4 Duygudurum Değerlendirmesi	70
5.5 Fonksiyonel Değerlendirme	76
5.6 Sosyoekonomik Değerlendirme	79
5.7 Aşılar	83
5.8 Yorum	84
6. Sonuçlar	85
7. Kaynaklar	91
8. Ekler	110
Ek 1. Yapılandırılmış Anket Formu	
Ek 2. Etik Kurul Onayı	
Ek 3. Tez danışman değişikliği kararı	
Ek 4. Hasta Onam formu	

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AAFP	:Amerika Aile Hekimliği Akademisi
ACTH	:Adrenokortikotropik hormon
AD	:Alzheimer demans
ADH	:Antidiüretik hormon
BKİ	:Beden kitle indeksi
BPH	:Benign prostat hiperplazisi
CDC	:Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
ÇASDÖ	:Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
DHA	:Dokosaheksaenoik asit
DM	:Diabetes Mellitus
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	:Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri
EKG	:Elektrokardiyografi
EPA	:Eikosapentaenoik asit
ESPEN	:Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Topluluğu
GDS	:Geriatrik depresyon skalası
GFR	:Glomerüler filtrasyon hızı
GH	:Büyüme Hormonu
GİS	:Gastrointestinal sistem
GnRH	:Gonadotropin salgılatıcı hormon
HT	:Hipertansiyon

KGD	:Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
NSAİİ	:Non-steroid anti-inflamatuar ilaç
NIH	:Ulusal Sağlık Enstitüsü
OA	:Osteoartrit
PPI	:Proton pompa inhibitörü
PUFA	:Çoklu doymamış yağ asitleri
SMMT	:Standardize mini mental test
SVH	:Serebro vasküler hastalık
TGYA	:Temel günlük yaşam aktiviteleri
TRH	:Tirotropin salgılatıcı hormon
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
UV	:Ultraviyole
VAS	:Visüel Analog Skala

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve klinik sonuçları...	6
Tablo 2.2. Kapsamlı geriatric değerlendirme bileşenleri.....	17
Tablo 3.1. Yaşlıların araştırmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterleri.....	23
Tablo 4.1. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları.....	31
Tablo 4.2. Cinsiyete göre medeni hal dağılımları.....	31
Tablo 4.3. Katılımcıların genel sağlık ve sistem sorgulaması.....	33
Tablo 4.4. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı.....	34
Tablo 4.5. Katılımcıların endikasyona göre kullanmakta olduğu ilaç sayıları.....	36
Tablo 4.6. Katılımcıların uyguladıkları diyet özelliklerinin dağılımı.....	37
Tablo 4.7. Katılımcıların MNA'ya göre beslenme durumu.....	38
Tablo 4.8. Katılımcıların sigara ve alkol alışkanlıkları.....	39
Tablo 4.9. Katılımcıların ağrı şiddeti.....	40
Tablo 4.10. Katılımcıların fısıltı testi sonuçları.....	41
Tablo 4.11. Katılımcıların fizik muayene bulguları.....	42
Tablo 4.12. Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik, kan basıncı ve nabız.....	44
Tablo 4.13. Katılımcıların BKİ sınıflamasına göre dağılımı bulguları....	45
Tablo 4.14. Yaş gruplarına göre SMMT skorlarının dağılımı.....	46
Tablo 4.15. Katılımcıların SMMT skorlarının cinsiyete göre dağılımı...46	

Tablo 4.16. Genel sağlık sorgulaması ve SMMT* toplam puan ortalaması.....	48
Tablo 4.17. Yaş gruplarına göre GDS skoru dağılımı.....	49
Tablo 4.18. Katılımcıların GDS ve SMMT ilişkisi.....	51
Tablo 4.19. Katılımcıların Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	53
Tablo 4.20. Katılımcıların yaş grupları ile düşme riski arasındaki ilişki...	54
Tablo 4.21. Katılımcıların egzersiz yapma durumu ve Tinetti Denge ve Yürüme değerlendirmesine göre düşme riski.....	55
Tablo 4.22. Katılımcıların biriyle birlikte yaşama durumu.....	57
Tablo 4.23. Katılımcıların ÇASDÖ ve alt boyutlarının SMMT ve GDS ile ilişkisi.....	59

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Tüm dünyada 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına oranla daha hızlı büyümektedir(1). Bu oranın artması gelişmişlik düzeyi düşük ve orta olan ülkelerde genç nüfusun artması ile ilişkili iken, gelişmiş ülkelerde yaşlılarda mortalite azalması ve ortalama yaşam beklentisinin artmasına bağlanmaktadır (2). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzerindeki nüfus oranı %8,2'dir. 2023 yılında bu oranın %10,2'ye yükseleceği düşünülmektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir ve araştırma verileri ülkemizin içinde olduğu demografik dönüşüm sürecini yansıtmaktadır (3). Bu veriler ışığında var olan yaşlı politikalarının gözden geçirilmesi ve geleceğe yönelik adımlar atılması gereği uluslararası ve ulusal platformlarda dile getirilmektedir (4).

Yaşlı erişkinler diğer nüfus kesimlerinden çok daha fazla sıklıkta akut ve kronik dönem sağlık hizmeti başvurularında bulunmaktadır (5). Ancak gelişmiş ülkelerde dahi başvuru alanlarda geriatrik nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanamadığı, uzun dönem bakım yöntemlerinin yetersiz ve sürdürülemez nitelikte olduğu bildirilmiştir (2). Ülkemizde de yaşlılara birinci basamakta bakım verebilecek personel ve hizmetlerin, primer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik önlemlerin ve geriatri konusunda uzmanlaşmanın yetersiz olduğu bildirilmiştir (4). Son dönemlerde yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili yapılan çalışmalar giderek artmakta ancak yine de daha fazla akademik çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır (6).

Amerika Aile Hekimliği Akademisi (AAFP), Aile hekimlerinin yaşlılarda kronik hastalık yönetimi ve toplum sağlığı konusunda kritik rolü olduğunu, ayrıca yaşlıların fiziksel fonksiyonunu ve bağımsızlığını olabildiğince idame ettirmesinde bütüncül bir rol oynadığını belirtmiştir (5).

Yaşlı nüfusta ciddi tıbbi durumların ve fonksiyonel problemlerin görülme oranı diğer yaş gruplarından çok daha fazladır (4). Ölüme yol açan başlıca nedenler, akut hastalıklar veya enfeksiyonlardan ziyade kronik ve dejeneratif hastalıklar olmaktadır (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşlı

insanlarda mortalite ve morbidite nedeni olan major kronik durumların, görme, işitme ve hareketle ilişkili hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar: kalp hastalıkları, inme, kronik solunum yolu hastalıkları, kanser ve demans olduğu bildirilmiştir (2).

Yaşlanmanın doğal seyri ve yaşlanmanın algılanışı, hastalık süreci, yaşam tarzı ve çevresel özelliklerin dâhil olduğu kombine süreçler, yaşlı bireylerde kendine özgü etki yaratmaktadır (5). Diyet, meslek, sosyal destek ve sağlık sistemine katılım gibi dışsal faktörler de fizyolojik gerilemenin hızını ve kapsamını önemli düzeyde etkileyebilmektedir (7,8). Sağlıklı yaşlanmayla ilgili, kognitif bozukluk, sosyal temaslar, fiziksel aktivite arasında korelasyon olduğu konusunda sunulmuş hipotezler vardır. En sık aktarılan korelasyonlar: yaş (65-74 yaş) sigara içmeme, yeti yitiminin, artirit ve diyabetin (DM) olmayışı, daha fazla fiziksel aktivite, daha çok sosyal temas, depresyon ve kognitif bozukluğun olmayışı, daha az sayıda sağlık durumunu etkileyen koşulların bulunmasıdır (9).

İlerleyen yaşla birlikte kognitif fonksiyonlar gerilemekte, demans ve demans olmaksızın kognitif bozukluk sıklığı artmaktadır. Global demans prevalansı verilerine göre 65-69 yaş arası prevalansı %1,3-3,0 arasında iken, 80-84 yaş arası %7,4-15,4, 90 yaş üzeri 28,7-63,9 arasında değişmektedir(10).

Yaşlı bireylerin birinci basamak bakımında, hastaların ihtiyaçları, rutin sağlık hizmeti ve hastalıkların önlenmesi, kronik hastalık bakımı, kısa süreli tıbbi gözlem altına alma, uzun dönem bakım ve terminal dönem hasta bakımı gibi geniş bir alanda hizmet için donanımlı olmak gerekmektedir (11). Komorbidite, polifarmasi, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel bozukluklar ve eşlik eden diğer durumlarla birlikte sağlık sorunlarının sunumu, tanı koyma ve tedavi seçiminde değişken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlı bireyin değerlendirmesinde kapsamlı geriatric değerlendirme (KGD) önemli bir yöntemdir. Hem sağlıklı yaşlı bireylerde hem de ciddi yeti kayıpları olan ve çoklu komorbiditeleri olan bireylerde KGD'nin yararı kanıtlanmıştır. Klinik kararları, tedavi çıktılarını ve yaşam kalitesini etkileyebilecek potansiyel komorbiditeleri tanımlamada ve kronik hastalıkları olan yaşlı hasta bakımında

tüm süreçlerde süreçlerde uygulanabilen hem diagnostik hem teröpatik bir süreçtir(12).

Bu çalışmada Çanakkale Kepez beldesinde geriatrik yaş grubundaki hastaların kapsamlı değerlendirme ile mevcut durumlarının saptanması amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçların anabilim dalımız çalışmalarının organizasyonunda kullanılması hedeflenmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Yaşlılığın tanımı ve özellikleri

2.1.1 Yaşlılık

Yaşlılığın başlangıcı, oluşum süreci ve insan üzerindeki etkileri konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır. Farklı bakış açılarına dayanan sınıflandırmalara göre: biyolojik (insan vücudunun fizyolojik yeterliliği ile alakalı), kronolojik (yaşamda geçirilen süre), psikolojik (kişisel yaşam deneyimleri ile şekillenen) ve sosyolojik (toplumda konumlanan roller) tanımlar belirtilmektedir (13). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı kronolojik tanıma göre 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 arası orta yaşlı, 85 yaş ve üstü ileri yaşlı olarak sınıflandırılmıştır (14).

Ancak insanların ortalama yaşam ömürleri yaşanılan coğrafyaya ve sosyoekonomik koşullara göre farklılık arz etmektedir. Bazı gelişmemiş ülkelerde ortalama yaşamın 40-50 yıl olması, gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde ise 80'in üzerinde olması yadsınmayacak bir gerçekliktir. Bu durum yaşlılık olgusunu kronolojik anlamda farklılaştırmaktadır. Bu gerçekten yola çıkarak, insanların yaşını kaç yıl yaşadığı değil kaç yıl ömrü kaldığı üzerinden tanımlanması gerektiği savunulmaktadır. Bu yaklaşımda ortalama 10 ya da 15 sene ömrü kalan bireyler yaşlı sınıflandırmasına girmektedirler (15).

Yaşlanma yıllar içinde moleküler ve hücrel hasarların birikimiyle oluşan, birçok psikososyal değişimin de eşlik ettiği bir süreçtir (16). Bireylerin yaşlanma hızı hasar ile idame ve onarım arasındaki karmaşık etkileşimle şekillenir (17). Yaşlanmanın nedeni ve nasılına ilişkin teoriler genel olarak programlanmış (genetik) değişiklik teorileri ve olasılıklı (raslantısal ve çevresel zarar vericiler) teoriler olarak ikiye ayrılır. Zamanla bu hasarlar fizyolojik rezervlerde azalmaya, çevresel streslere dayanıksızlığa, pek çok hastalık riskinde artışa, bireysel kapasitenin azalmasına neden olur (18). Ancak bu değişiklikler yaşla doğru orantılı değildir, yaşamda geçirilen yıllarla zayıf bir ilişkidir (19).

Bu gerçekler ışığıında, uzun yıllar yaşamaktan ziyade sağlıklı yıllar yaşamak daha önemli bir kavram haline gelmiştir. Genetik faktörlerin taşıdığı fizyolojik değişikliklerle en uygun koşullarda yaşama ve çevresel etmenleri olabildiğince sağlıklı hale getirmek, sağlıklı yaşlanmaya neden olurken, kötü çevresel etmenlere maruz kalmak sağlıklı yaşlanmayı olanaksız hale getirir (7).

Yaygın kanının aksine yaşlılık sağlıksızlıkla eşdeğer değildir. Çok sık rastlanan benzer bir yanlış kabul de yaşlılıkta sık görülen pek çok hastalığın ve yeti kayıplarının yaşlanmanın doğal seyri olduğunun düşünülmesidir (20). Yaşlılıkla ilgili bu tür önyargılar tanı ve tedavinin gecikmesine neden olarak belirtilerin gözden kaçmasına ve sorunların büyümesine yol açabilir, bireyin bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin azalmasıyla sonuçlanabilir. Yaşlanmanın kendine has fizyolojik özelliklerini iyi tanımak, normal olan ve hastalıklı olanı birbirinden ayırmak için gereklidir. (21).

2.1.2 Yaşlanmada görülen fizyolojik değişiklikler

Yaşlanmanın karakteristik özellikleri; çevre faktörlerine uyum yeteneği ve homeostatik kontrolün azalarak stres cevap kapasitesinin düşmesi sonucunda hastalıklara ve yaralanmalara daha duyarlı hale gelmesidir. (22). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler Tablo2.1'de gösterilmektedir.

Tablo 2.1 Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve klinik sonuçları (16,23-27)		
	Yaşa bağlı gelişen fizyolojik değişim	Klinik sonuçlar
Vücut kompozisyonu	Su içeriği ↓ Kas kütlesi (%50'ye kadar) ↓ Kemik kütlesi ↓ Yağ doku oranı (%30'a kadar) ↑	Dehidratasyon riski ↑ Kuvvet ↓ (alt ekstremitelerde daha fazla güçsüzlük olur) İnsülin direncinde ↑ Düşme riski ↑ İlaç seviyelerinde değişiklikler
Kas-iskelet sistemi Eklemler	Eklem aralığı ↓ Kartilaj doku dejenerasyonu ↑ Osteoblast aktivitesi ↓	Boy kısalır Kemik dansitesi ↓ (postmenapozal kadınlarda daha fazla ↓) Travmatik kırık riski ↑ Kırık iyileşmesi ↓
Cilt	Epidermal turnover ↓ İmmun hücre sayısı ↓ Dermis (%20'ye kadar) ↓ vaskülaritesi ↓ Kollojen lifler, elastin, bağ ve yağ doku ↓ Sebase bez işlevi Ektrin bez sayı ve işlevi ↓ Melanosit ↓ Burun ve kulak kıllarında kalınlaşma Tırnak yatağında kan akımı ↓ Tırnak altlarında debris birikimi ↑	Yara iyileşmesi ↓ Enfeksiyon riski ↑ vit D üretimi ↓ Cilt incelir, kolay yaralanır Saydam görüntü, senil purpura Kırıksıklık, Kuruluk Ter üretimi ↓ Saçlarda, pubic ve aksiller kıllarda grileşme, UV' ye duyarlılaşma ↑ Tırnak kalınlığı ↑ büyüme hızı ↓ kırılganlık ↑ Renkte koyulaşma ↑
Görme	Rod ve koni hücre yoğunluğu ↓ Lens opasite ↑ kalınlığı, elastikiyet ↓ İris rijiditesi ↑ Konjonktivada atrofi Mükoz hücre ↓ Gözyaşı üretiminde ↓ Periorbital cilt değişiklikleri (ektropion, blepharochalasis)	Görme keskinliği ↓ Derinlik algısı ↓ Renk ayrımı ↓ Düşme riski ↑ Işık sensitivitesi ↓ Parlak ışığa hassasiyet ↑ Akomadasyon ↓ Presbiyopi Konjonktiva sarı renk alır Göz kuruluğuna eğilim Gözyaşı akışında bozulma Gözlerin sulanması
İşitme	Kraniyel nöron sayısında ↓ Korti organı hairy hücrelerde ↓ Timpanik membran elastikiyeti ↓ Kemikçiklerde rijidite atrofisi Serumen üretimi artar Daha kuru salgı	Presbiakuzi (yaşa bağlı duysal/sinir tipi işitme kaybı) Yüksek frekans seslerde işitme ↓ Ses tonu ayırtedememe Konuşmaları anlayamama Sosyal izolasyon Dış kulak kanalında salgı birikmesi
Tat ve Koku	Olfaktör nöronlarda ↓ Tatla ilgili kimyasal duysal nöronlarda ve tat cisimciği sayısında ↓	Koku duyusu ↓ Tat duyusu ↓ İştah ↓
Kardiyo-	Kalp kasında kollojen ve yağ miktarı ↑	Atım hacmi ve kardiyak

vasküler Değişiklikler	Valvler kalınlığı, sertlik ↑ max kalp hızı ↓ Baroreflleksler ↓ Kalp kası B adrenerjik uyarıma ve katekolamin yanıtı ↓ Diastolik gevşeme hızı ↓ Koroner arter kan akımı ↓ Atrioventriküler iletim zamanı ↓ Atrial ve ventriküler ektopi Periferik direnç ↑	output ↓ Sol ventrikül duvar kalınlığı Total kalp boyutu yaşa bağlı değişmez Aortik hacim ve sistolik kan basıncı ↑ Ejeksiyon fraksiyonu ↓ Diastolik disfonksiyon ve diastolik kalp yetmezliği ↑ İstirahatte kalp hızı değişmez Ekstrasistol riski ↑ EKG değişiklikleri Hipotansiyon ↑
Solunum sistemi değişiklikler	Akciğer elastikiyeti ↓ Anteroposterior göğüs çapı ↑ Alveol boyutu ↑ Bronşiol çapı ↑ Siliyer fonksiyon ↓ Öksürme refleksi ↓ Kostal kartilaj kalsifikasyonu ↑	Vital kapasite ↓ Residüel hacim ↑ Arteriyel kan oksijen seviyesi ↓ Egzersiz toleransı ↓ Gaz değişimi ↓ Enfeksiyon riski ↑ Toraks kemik yapılarında mobilite ↓
Gastro-intestinal değişiklikler	Diş kayıpları Çiğneme kas gücü ↓ Salya üretimi ↓ Salyadaki pityalin ↓ Gastrik asit sekresyonu ↓ Özofagus ve mide boşalması ↓ İntrinsik faktör ↓ Gastrik mukoza ↓ Splanik kan akımı ↓ Peristalsizm ↓ İnce barsaktan şeker ve lipid emilimi ↓ Hepatik kütle, kan akımı, p450 enzim aktivitesi ↓	İştah ↓ Çiğneme yeteneği ↓ Ağız kuruluğu ↑ Nişastanın sindirimi ↓ Yağ toleransı ↓ Persinyöz anemi ↑ Kilo alımı ↓ Konsipitasyon ↑ Kalsiyum emilimi ↓ Kolon divertikül sıklığı ↑ İlaç metabolizmasında değişiklikler
Genito-üriner değişiklikler	Fonksiyonel nefron sayısı ↓ Böbrek boyutu ↓ GFR ve tübüler resorbsiyon ↓ Böbrek kan akımı ↓ Mesane kapasitesi ↓ Mesane elastikiyeti ↓ Mesane tonusu ↓ BPH ↑ Nöral değişiklikler ve kan akımı ↓ Perine atrofisi Postmenapozal östrojen ↓	Kreatin üretimi ↓ tübüler sekresyon ↑ İdrar konsantrasyon ve dilüe etme ↓ İlaçların metabolizmasında değişiklikler, yan etki ↑ Üriner retansiyon riski ↑ İdrara çıkma, nokturi ↑ Obstrüktif semptomlar ↑ Her iki cinsten seksüel yanıt süresi ve şiddeti ↓ Vajinal sekresyon ↓ Vajina duvarı, elastikiyet ↓ Kolay travmatize olma ↑ Vajinal enfeksiyon ↑ disparanü ↑
Hematolojik İmmunolojik	Kemik iliği hücreleri ↓ Yağ içeriği ↑	Reserv kapasitesi ↓ Periferik kanda hücre sayısı

değişiklikler	<p>Timus atrofisi</p> <p>T hücre sayısı değişmez Th işlevi ↓ B hücre fonksiyonu ↓</p> <p>Platelet aktivitesi ve hiperkoagülabilité faktörleri ↑</p>	<p>değişmez</p> <p>Yeni antijen sunumunda bozukluk</p> <p>Antikor cevabı ↓ otoimmün antikorlar↑</p> <p>Enfeksiyon duyarlılığı ↑</p> <p>Derin Ven Tromboemboli riski ↑</p> <p>Pıhtılaşma bozuklukları ↑</p>
Metabolik ve endokrin değişiklikler	<p>Sirkadiyen ritim değişiklikleri</p> <p>Hipotalamusta suprakiazmatik nükleusta nöron kaybı</p> <p>GnRH, GH, TRH, ACTH, Melatonin pulsatil sekresyon ↓</p> <p>Östrojen ve progesteron sekresyonu ↓</p> <p>Testesteron sekresyonu ↓</p> <p>Büyüme hormonu ↓</p> <p>Vit D absorpsiyonu ve aktivasyonu ↓</p> <p>Tiroid bozuklukları ↑</p> <p>İnsülin direnci ve Glukoz intoleransı ↑</p> <p>Kemik mineral kaybı ↑</p> <p>Osmolar uyarılara ADH yanıtı ↓</p>	<p>Uyku düzeni değişikliği</p> <p>Vücut ısısı desenkronizasyonu</p> <p>Kas kütlesi ↓</p> <p>Kemik kütlesi ↓</p> <p>Kırık riski ↑</p> <p>Vajinal kuruluk, disparanü ↑</p> <p>Diyabet insidansında ↑</p> <p>Su intoksikasyonuna eğilim ↑</p>
Nörolojik /kognitif işlevlerde değişiklikler	<p>Beyin hacmi gri ve beyaz cevher ↓ (frontal&temporal loblarda belirgin) ↓</p> <p>Beyinde lipofusin, nörofibriller yumak ve senil plak birikimi</p> <p>Nöronal dendritlerinde atrofi</p> <p>Dopamin reseptörü ↓</p> <p>Asetilkolin reseptörü ↓</p> <p>Proprioreseptif yetenekler ↓</p> <p>Alfa adrenerjik yanıt ↓</p> <p>Muskarinik parasempatik yanıt ↓</p> <p>Semantik, primer, prosedürel hafıza korunur</p> <p>Dikkat süresi ↓</p> <p>Kısa dönem bellek ve hızlı çağrışım ↓</p> <p>Yürütücü işlevler ↓</p> <p>Problem çözme yetisi↓neden –sonuç ilişkisi kurma ↓yeni bilgi öğrenme↓</p> <p>Önemli kognitif bozukluk beklenmez</p>	<p>Günlük yaşamı etkilemez</p> <p>Nöronal süreçler yavaşlar</p> <p>Elektrokimyasal tepkimeler ↓</p> <p>Reaksiyon zamanı ↑</p> <p>Refleksler↓</p> <p>Denge problemi↑</p> <p>Düşme riski ↑</p> <p>Yavaş, temkinli hareket etme</p> <p>Parkinsonian belirtiler ↑</p> <p>Bağımsız yaşam, günlük yaşam aktiviteleri ↓</p> <p>Bireyden bireye heterojen değişiklikler (yeteneklerde artma, azalma)</p>
Psikiyatrik değişiklikler	<p>Kişilik, davranış kalıpları değişmez</p> <p>Sözel yetenek, bilgi dağarcığı, yargılama korunmuş veya gelişmiştir</p> <p>Depresyon eğilimi</p> <p>Uyku bozuklukları</p>	

2.1.3 Yaşlılık Algısı

Yaşanan yılların getirdiği biyolojik değişimlerle eş zamanlı psikososyal değişimler yaşanmaktadır Yaşlılığın algısı yaşlının kendine bakış açısıyla bireysel, yaşlı olmayanların yaşlıya bakış açısıyla sosyal, yaşanan kültürün yaşlıya attıklarıyla toplumsal bir kavramdır. Ancak bu ayrımlar gerçekte birbiriyle harmanlanmış olarak yaşlılık algısını şekillendirmektedir.

Bireysel açıdan, yaşlı bireyin ego bütünlüğü, geçmiş penceresinden baktığında kişisel doygunluğuna erişebilmesi olarak tariflenmektedir. (28). Yaşanamamış veya kötü yaşanmış bir hayat kanısı ile beraber varoluşun sona eriyor olduğu gerçeği umutsuzluk duygusunu beslemektedir (29)

Sosyolojik açıdan cinsiyet, etnisite, toplumsal sınıf, sosyoekonomik düzey, yaşanan coğrafya, kültür gibi bireyin yaşam biçimi ve kimlik yapıları, idealleri, yaşam sorunları ile başa çıkma mekanizmaları yaşlılık örüntüsünü belirlemektedir. Toplumun yaşlı bireyi konumlandırışı, yaşlı yaşamı ile ilgili beklentileri, norm kabul edilen davranış kalıpları yaşlılık dönemi sosyal rollerini biçimlendirerek, yaşlanma statüsüne etki eden faktörlerdendir (15, 30, 31).

Yaşlılık dönemine özgü sosyal değişimler kapsamında ekonomik durum değişiklikleri, çalışma hayatının bitmesi, emeklilik ve gelirin azalması, artan bakım ihtiyacı, ebeveynlik sorumluluklarının değişmesi, yaşam amaçlarının değişmesi, yakınlarının ölümü, sosyal yalnızlaşma, fiziksel ve zihinsel işlevlerin kaybı, günlük yaşam fonksiyonlarını bağımsız yerine getirememesi veya bu nedenle yerleşim alanının değişmesi gibi önemli aile içi ve toplumsal rol kayıpları veya rol değişimleri olmaktadır. (32,22).

Son yıllarda yapılan sosyolojik ve tıbbi araştırmalar yaşlılıkta olumlu sosyal temasların gerekliliği ve olumlu etkisi üzerinde durmaktadır (16). Yaşlılarla ilgili olumsuz yargılar, "gerontofobi" ve ileri boyutta yaşlı ayrımcılığına neden olmaktadır. Yaşlı ayrımcılığı itici bir kavram olsa da aslında sanıldığından daha çok benimsenmiş ve gündelik hayatta, meslek yaşamında, farkında olunmadan yapılan birçok önyargılı tutumu veya düzenlemeyi kapsamaktadır.

Yaşlı ayrımcılığı, yaşlıların daha fazla kullandığı sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Bu duruma katkıda bulunan faktörler sağlık çalışanlarının olumsuz tutumu, inancı, kişisel değerler sistemindeki yeri gibi öznel faktörler olabildiği gibi, yaşlılarla ilgili eğitimin yetersiz olması ve bunun neticesinde klinikte sık karşılaşılabilecek birçok biyopsikososyal ve fonksiyonel ihtiyaçların gözardı edilmesi gibi kurumsal bir uygulama biçiminde sistemik olarak da karşımıza çıkabilir (33). Yapılan birçok çalışmada sağlık personelinin olumsuz tutum örneklerine yer verilmiştir. Bunlardan bazıları yaşlının yeni bilgi anlamayacağını düşünerek bilgi vermeme veya yalnızca yakınlarına bilgi vererek muhatap almama, daha az ilgilenme ve süre ayırma, birçok koruyucu hizmetin daha az sunulmasıdır (34).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

2.2.1. Yaşlı Sağlığına Yönelik Uluslararası Yaklaşımlar

Demografik veriler tüm dünyanın yaşlı nüfus lehine bir dönüşüm süreci içinde olduğunu işaret etmektedir (35). Ülkemiz verileri de Türkiye’nin bu süreci ivmelenerek yaşayacağına dair göstergeler sunmaktadır. Ülkemizde 2015 yılı için saptanan %8,2’lik yaşlı nüfusun, 2023’de %10, 2050’de %20,8’lere ulaşabileceği öngörülmektedir (3, 36). Bu veriler rakamsal olarak yaklaşık 6,5 milyon yaşlı birey sayısının, 2023’de 8,5 milyon, 2050’de 19,5 milyona yükseleceğini ifade etmektedir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken örneğin Fransa’da %10’dan %20 ye olan artış 150 yıl içinde yaşanırken (35), ülkemizin bu değişimi yaklaşık 20-30 yıl içinde yaşamaya adapte olmak zorunda olduğudur.

Toplumsal olarak bu değişimle pek çok açıdan karşılaşmaya hazırlıklı olmak gerekmektedir. Yaşlılığın sosyal, psikolojik, fonksiyonel, tıbbi ve ekonomik bir olgu olarak getireceği sorumlulukları yerli yerine oturtmak, yaşlanan nüfusu karşılayanın gerekliliklerindedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler, sağlıklı yaşlanma ve yaşlı sağlığı konusuna özellikle dikkat çekmektedir. Bu ihtiyaç doğrultusunda, yaşlılıkla ilgili ortak politika üretmek üzere uluslararası kurullar düzenlenmiştir.(37.)

İlki 1982’de Birleşmiş Milletler tarafından Viyana’da gerçekleştirilen Dünya Yaşlanma Asamblesinde (World Assembly on Ageing) “yaşlılar fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmeli, yaşlı birey potansiyelini geliştirme fırsatına sahip olabilmeli, nerede yaşarlarsa yaşasınlar temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verebilmeli, iş gücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir” kararı alınmıştır (22).

İkinci Yaşlanma Asamblesi 2002 ‘de Madrid’de düzenlenmiştir. Geçtiğimiz 20 yılın yaşlı politikalarını belirleyecek kararlar alınmış ve bu doğrultuda uluslararası eylem planı hazırlanmıştır. “Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek” hedeflenmiştir. (38) . Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun yaşlı nüfusun program bazında desteklenmesi için geliştirdiği strateji dört ana alana odaklanmaktadır. Bunlar savunuculuk, teknik yardım, eğitim ve araştırmadır. (39).

2.2.2. Yaşlı Sağlığına Yönelik Ulusal Yaklaşımlar

Yaşlıların toplumsal hayata engelsiz ve ayrımcılığa uğramadan katılımlarını desteklemek üzere; 2007 yılında “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” onaylanmış ardından 2013 yılında birçok kurumun katılımcı olacağı Ulusal Yaşlanma Uygulama Programı hazırlanmıştır. Bu programı takip eden 3 yılı kapsayan rapor yayınlanmıştır. 2016 yılında yayınlanan bu raporda yatılı kurumlarda kalan yaşlılara verilen hizmet kalitesinin artırılması, evde ve kurumda olan yaşlıların tüm ihtiyaçlarının gözetilerek gerekliliklerin belirlenmesi ve yerine getirilmesi, toplumda yaşlı birey farkındalığını artırmak için görsel ve yazılı medya araçlarının kullanımının teşvik edilmesine karar verilmiştir. (40)

Geleceğe yönelik olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015-2020 yıllarını kapsayan Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı hazırlanmıştır. Amaç “yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlarla mücadele çalışmalarını desteklemek, toplumumuzun sağlık düzeyini yükseltme ve sağlıklı yaşlanmaya dair politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve izleme değerlendirme çalışmalarının yapılması” olarak belirtilmiştir. Bu doğrultuda 4 stratejiye vurgu yapılmıştır. Bunlar

- 1) Sağlıklı yaşlanma ve yaşam boyu sağlık
- 2) Toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması
- 3) Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması
- 4) Kanıta dayalı bilgi esas alınarak istatistiki verilerle izleme ve değerlendirmenin güçlendirilmesidir.

Bu stratejilerin hayata geçirilmesi için 5 öncelikli müdahale planı yapılmıştır. “Bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, nöropsikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması, yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işleminin sağlanması, sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesine” karar verilmiştir. (41)

2.3. Sağlıklı Yaşlanma

Sağlıklı yaşlanma kavramı son dönemlerde akademik ve politik çevreler tarafından sıkça dillendirilen ancak şu ana kadar nasıl tanımlanacağı veya bu sağlıklılığın nasıl ölçüleceğine dair fikir birliği tam olarak sağlanamamış bir kavramdır (35). Bunun nedeni olarak sağlıklı yaşamın yalnızca, insanları hastaliksız kılma çabası gibi gerçekleşmesi zor bir hedef olmaktan çok mevcut kapasiteleri ile en üst düzeyde yaşamalarını sağlamaya odaklanmanın daha gerçekçi değerlendirilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı yaşlanmayı

“yaşlılarda iyilik halini sağlayan fonksiyonel yeterliliği idame ettirme ve geliştirme süreci “ olarak tanımlamaktadır (7). İyilik hali kişinin mutluluğu, tatmini, kendini gerçekleştirmenin verdiği memnuniyettir. Fonksiyonel yeterlilik, kişilerin değerli buldukları şekilde yaşama ve davranmasını sağlayan sağlıklı ilişkili niteliklerin uyumuna dayanır. Kişinin içsel kapasitesini oluşturan tüm fiziksel ve mental kapasitesi, dış dünyasını oluşturan çevresinde yer alan tüm faktörler bireyin hayatının kapsamını oluşturur. Sağlıklı yaşlanma sahip olunan genetik miras ile başlamaktadır. Kişinin ait olduğu sosyal çevrenin etken olduğu kişisel özellikler, fizyolojik kapasitenin izin verdiği sağlık özellikleri önemli belirleyicilerdir. Her ne kadar yaşamı değerli kılan özellikler kişiden kişiye değişse de, sosyal rol veya kimlik sahibi olma, ilişkiler kurabilme, haklarını kullanabilme, bağımsız olma ve kendi kararlarını verme otonomisi, kişisel gelişim potansiyelini kullanma yaşlı insanların önemsendiği ortak değerlerden bazılarıdır (7).

2.4 Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumların yaşlanmasıyla koruyucu sağlık hizmet kararları ve önerileri karmaşık hale gelmektedir. Yaşlılarda görülen başlıca ölüm nedenleri (kalp hastalıkları, malign neoplazmlar, serebrovasküler hastalık ve kronik obstruktif akciğer hastalığı) aslında tüm yaşlar için ölüme asıl yol açan nedenlere (tütün kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite) ayna tutmaktadır. Yaşlı erişkinlerde mortalitenin pek çok yönü davranış değişikliği ile modifiye edilebilir (42).

“Yalnızlıktan korunma, iş-uğraşı olanaklarının sağlanması, fiziksel etkinliklerin, egzersizlerin sürdürülmesi, beslenmeye dikkat edilmesi, kazalardan korunma, ayak bakımı, sigaranın bırakılması, aşılama programları, kanser taramaları, görme ve işitmenin korunması, nöropsikiyatrik işlevler, anemi araştırılması gerekir.” (37)

65 yaş ve üstü hastalarda kanser en sık ikinci ölüm nedeni olsa da, AAFP tarafından yaşlı hastalarda yaşam beklentisi 5 yıldan uzun değilse bu yaş grubu için kanser taramaları yapmanın sağ kalım açısından faydasız olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle kanser tarama önerileri yapılırken yaşam beklentisi,

fonksiyonellik ve komorbiditiler gözden geçirilmesi önerilmektedir. Önerilen diğer taramalar yaşam beklentisi 5 yıl üzerinde olan 40 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri, yaşam beklentisi 5 yıl üzerinde olan 50 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde kolorektal kanser taramasıdır (42).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması için önerilen yöntem düzenli aralıklarla periyodik sağlık muayeneleri yapmaktır. Ayrıca birinci basamakta periyodik muayeneler dışındaki yaşlı görüşmelerinin, hekim tarafından koruyucu hekimlik için bir fırsat olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Yaşanılan bölgede başta gelen sağlık sorunlarını ve ölüm nedenlerini bilerek daha özgün bir yaşlı sağlığı koruma programı oluşturulabileceği önerilmektedir (43, 24).

2.5 Kapsamlı geriatrik değerlendirme

2.5.1 Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin tanımı

Kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD) ilk olarak 1930'larda Warren (44) tarafından tasarlanmış ardından 1987 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institute of Health, NIH) tarafından kapsamlı geriatrik değerlendirme standartları geliştirilmiştir. Yaşlıların önemli fonksiyonel ve kognitif yeti kayıpları, bu döneme özgü karmaşık medikal sorunlar yaşamaları, hastalıkların atipik seyirli olması, tüm bunları etkileyebilecek sosyoekonomik ve çevresel koşulları olması nedeniyle yaşlılarda özel bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (45).

Kapsamlı geriatrik değerlendirmeyle çok yönlü medikal, fonksiyonel, psikososyal ve çevresel değerlendirmelerin yapılmasına olanak sağlanabilir (20). Ancak KGD'nin amacı yalnızca değerlendirme yapmak ve veri toplamak değil sorunları belirledikten sonra uzun dönem amaçları planlamak, bu doğrultuda kişiye özgü tedavi, takip, rehabilitasyon veya uygun müdahaleleri multidisipliner bir anlayışla hayata geçirmek olarak ifade edilmiştir (46). Sağlığı korumak ve geliştirmek, yaşlılarda yaşam kalitesini artırma doğrultusunda sabit bir sistem olarak değil güncel bilgiler ışığında ve toplumun ihtiyaçları doğrultusunda geliştirilmesi gereken bir sistem olarak tasarlanmıştır (45).

Kapsamlı geriatric değerlendirme ile ilgili son dönemlerde poliklinik, ev ziyareti, yatan hasta servisleri, onkoloji, cerrahi veya acil servisler gibi pek çok farklı modelde ve farklı lokalizasyonlarda çalışmalar yapılarak etkinliği değerlendirilmiştir. Yapılan metaanalizlerde yaşa göre, hastalıklara göre farklı hasta seçim kriterleri olan, takip süresi değişken (birkaç aydan 3 yıla kadar) randomize kontrollü çalışmalar mevcuttur (12, 46-48). Bu çalışmaların tamamının önemli pozitif bulgular ortaya koyduğu söylenemeyeceği ancak çoğunluğunun bu özelliklere sahip olduğu belirtilmiştir. Pozitif bulgular ortaya koymayan çalışmaların meta analizlerle ayrıntılı olarak incelendiğinde, aslında daha az yoğunlukta program uyguladıkları, daha az etkin müdahaleler yaptıkları, hasta seçimini daha dikkatli yapamadıkları saptanmıştır. Daha dikkatli yapılan ve hedefe uygun hasta seçimi olan çalışmalarda daha pozitif sonuçlar edinildiği belirtilmiştir (49). Zaman alıyor olması, doktor, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı hizmet gruplarının koordinasyonlu çalışmasını gerektirmesi, uygulanması önerilen bazı hizmetlerin geri ödemesinin olmaması gibi finansal konular, KGD'nin her lokalizasyonda yapılmasını kısıtlamaktadır (50). KGD konusunda artan bilgiler ve tecrübeler ışığında, kısıtlılıkları da daha iyi tanınmakla birlikte, halen geriatric tıp alanında, hastanın tedavi ve takibinde temel araç olarak kullanıldığı ve önemsendiği bildirilmiştir (46).

2.5.2 Kapsamlı geriatric değerlendirme bileşenleri

Geriatric değerlendirme ile sık görülen sorunlar tanımlanarak bunlara yönelik medikal ve sosyal müdahaleler daha erken dönemde yapılabilir. Hastaların problemlerini ortaya koymakta bazı çekinceleri olabileceğini akılda tutmak gereklidir. Örneğin bazı hastalar bağımsızlıklarını kaybedecekleri düşüncesi ile sorunlarını dile getirmekten kaçınabilirler. Bazen de hastalık belirtilerini yaşlılık belirtisi olarak yorumlayabilirler. Ayrıca benzer sorunlarını sık dile getirmenin hekimde önyargı oluşturarak, kendilerine psikiyatrik hasta olarak bakılmasına yol açabileceği konusunda kaygılanabilirler (51).

Tüm alanlarda olduğu gibi, geriatric değerlendirme yaparken de hasta hekim ilişkisini güven ve etkin iletişim temellerine oturtmak yapılan değerlendirmeyi daha değerli kılmaktadır. Yeterli zaman ayırmak, ihtiyaç halinde bu süreyi sık aralıklara bölerek kapsamlı değerlendirmeyi tamamlayarak bir bütün halinde hastanın tablosuna yaklaşmak önemlidir. Yakın zamanda gerçekleşen sosyoekonomik, fonksiyonel veya yaşamsal değişiklikler olup olmadığı ve hastanın bu durumlardan ne derece etkilendiği sorgulanmalıdır. Görüşme ncesi hastanın, gerekli olduğu durumlarda yakınlarının yardımı ile dolduracağı bir anketin bulunması önerilmektedir. Eğitim, sosyal destek, ekonomik durum algısı, kültürel/etnik faktörler hastanın tıbbi sonuçları ile güçlü bir Şekilde bağlantılıdır. Hastanın yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını idame ettirmek temel amaç olmalıdır. Tıbbi yönetim ve müdahalelere multidisipliner yaklaşılmalıdır (21). Kapsamlı geriatric değerlendirmenin bileşenleri Tablo 2.2'de gösterilmektedir.

Tablo 2.2 Kapsamlı geriatric değerlendirme bileşenleri (20-24)	
Medikal Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Acil müdahale gerektiren durumlar • Göğüs ağrısı Senkop, GIS kanama, Enfeksiyon, Hipotermi/hipertermi, Deliryum • Öykü • Laboratuvar bulguları • Medikal hastalıklar • İlaçlar, polifarmasi, bitkisel takviyeler • Fizik muayene • Beslenme • Kabızlık • Ağız ve dişler • İşitme ve Görme • Ağrı • Üriner İnkontinans • Cinsellik • Uyku düzeni • Sigara, alkol, madde kullanımı • Egzersiz
Zihinsel Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Bilişsel durum • Duygudurum • Manevi durum (Yaşam memnuniyeti)
Fiziksel Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Fonksiyonel durum <ul style="list-style-type: none"> ◦ Temel günlük yaşam aktiviteleri (TGYA) ◦ Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) • Denge ve yürüyüş • Düşmeler
Çevresel Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Ev ve çevre güvenliği • Sosyal durum • Acil durumda ulaşılabilecek kimseler • Ekonomik durum
Bakım	<ul style="list-style-type: none"> • Bakım tercihleri
Yaşlı İstismarı	<ul style="list-style-type: none"> • İhmal • İstismar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiziksel, şiddet ▪ Duygusal şiddet ▪ Cinsel istismar

Hastaların medikal kayıtları yaşlıda sık görülen hastalıkları, geriatric sendromları ve özel risk faktörlerini kapsamalıdır. Bir çalışmada bu risk faktörleri ileri yaş, bazal kognitif fonksiyon, bazal fonksiyonel bozukluklar, mobilite bozuklukları, en sık tanımlanan geriatric sendromlar ise bası ülserleri, inkontinans, düşmeler, fonksiyonel kısıtlılık, deliryum olarak tanımlanmıştır. (11). Başka bir kaynağa göre yaşlılık döneminde riskli gruplar “80 yaş ve üzeri, yalnız yaşayanlar, huzurevinde yaşayanlar, çocuksuz yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, günlük yaşam aktivitesini yerine getirmede güçlüğü olanlar, sosyal desteği az olanlar” olarak belirtilmiştir (24).

Beslenmenin değerlendirilmesi geriatric bakımın önemli bir bileşenidir. “Beslenme durumunun değerlendirilmesinin amacı, malnütrisyonun erken dönemdeki belirtilerini saptamak ve organ bozukluğu oluşturmadan, mortalite ve morbiditeye neden olmadan bunları önlemektir. Antropometrik ölçümler klinikte ve epidemiyolojik çalışmalarda yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde önemli bileşenlerdir. Altı aydan daha kısa sürede istem dışı 4,5 kg ağırlık kazanımı veya kaybı kötü beslenmenin göstergesidir. Yaşlılarda bir ayda sahip olunan ağırlığın %5 veya fazlasının kaybı ya da 6 ayda %10 ve üzerinde kaybı malnütrisyon olarak değerlendirilmektedir (52). Akut ve kronik hastalık döneminde, hastalıklara ve ilaçlara bağlı iştah kaybı ve diğer nedenlerle birlikte ihtiyaç duyulan besin öğeleri alımında dengesizlik meydana gelmektedir. Yaşlılık döneminde vücut kompozisyonundaki değişiklikler ve diğer somatik değişiklikler (koku ve tat duyusunun azalması, ilaçlar, iştah kaybı gibi, gıdaya ulaşmadaki ekonomik ve fonksiyonel engeller, yoksulluk, alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama), diş sağlığından kaynaklı mekanik sorunlar, bilişsel bozukluklar ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşlılarda beslenme bozukluğunun ortaya çıkmasında faktördürler (53, 54). Malnütrisyon fonksiyonel kayıplara neden olduğu gibi, fonksiyonel kayıplar da malnütrisyonu neden olabilmektedir (53).

Fonksiyonel değerlendirmede; hastaların işlevselliğinin korunması, evde bağımsız yaşama koşullarının sağlanması konusunda yararlı müdahaleleri tanımlamak, ana hedeflerdendir.

Psikolojik değerlendirmede; kognitif bozukluklar, demans ve depresyon, hasta ve ailesini önemli ölçüde etkileyen durumlardır. Bilişsel durum için en çok çalışılan Standardize Mini Mental Test (SMMT), orta ve ileri demansı tanımlamada üstündür. Depresyon için kısa Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) kullanılarak tarama yapılabilir.

Çevresel değerlendirmenin alt bileşeni olarak sosyal değerlendirmede; hastanın yaşadığı ortamı ve sosyal desteğinin değerlendirmesi önerilmektedir (20). Yaşam ortamı, potansiyel düşme ve başka kazalar açısından değerlendirilmelidir. Sosyal değerlendirme kapsamında finansal stres kaynakları ve bakım veren konularına da yer verilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü yaşlı istismarını güvenli olması beklenen herhangi bir ilişki içindeyken yaşlıya zarar veren veya distrese neden olan bir seferlik ya da tekrarlayan davranışlarda bulunma veya uygun davranışta bulunmama olarak tanımlamaktadır. İstismar, fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik olabileceği gibi istemli veya istemsiz ihmal etme nedeniyle de oluşabileceği belirtilmiştir (55).

Yaşlıların istismara uğrama nedenleri arasında kronik hastalıklar veya fonksiyonel kayıplar nedeniyle güçsüz, savunmasız hale gelme ve bakım veren kişilerin psikiyatrik sorunlarından (ihmal etme, sözlü ve fiziki şiddet, alkol madde kullanım bozuklukları, diğer saldırgan kişilik özellikleri) ötürü maruz kalabilmekte olduğu belirtilmiştir. Kaza öyküsü ile gelen yaşlı hastalarda fiziksel istismar veya ihmal şüphesini atlamamak önerilmektedir (56).

2.6 Aile hekimliği ve Yaşlı sağlığı

Aile hekimliği eğitiminde yaşlılara uygun sağlık hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik beceriler ve hastaya özgü bakım planı geliştirme yeterliliği kazandırılması önerilmektedir(5).

Aile hekimliği Avrupa tanımında yer alan ve aile hekimliği uygulamasını tanımlayan 11 ilkenin tamamını yaşlı sağlığı ile özdeşleştirmek mümkündür. Ve

bu özdeşimden Aile Hekimliğinin yaşlı sağı konusundaki sorumlulukları belirlemektedir.

İlk madde yaşlı ayrımcılığını başından engelleyici, sağılık hizmetine ulaşımdaki bariyerleri aşmaya yönelik yaklaşımı ifade etmektedir. İkinci madde yaşlıların çoklu sorunlarına bütüncül yaklaşıma ve ihtiyaç duydukları tüm biyopsikososyal ve multidisipliner yaklaşıma denk gelmektedir. Üçüncü madde bize yaşlı merkezli yaklaşımı, uzun yaşam yolculuğunun bireysel birikimlerini sağılık açısından değerlendirirken, kişiyi toplumsal ve yakın çevresinden soyutlamamayı anlatır. 4. ve 5. maddeler yaşlının ihtiyaç duyduğu ancak mevcut sağılık sistemi içinde karşılığını çoğu kez bulamadığı özgün görüşme sürecini ve bu sürecin sürekliliğini anlatır.

Aile hekiminin verdiği hizmetin bittiği bir yaş sınırı yoktur. Doğumdan ölüme kadar, yaşamın birçok devresinin ihtiyaç özelliklerine göre şekillenen hasta hekim ilişkisi kurulmasını anlatır. 6-7-8. maddeler tam da geriatrik hastaların ihtiyaçlarına yönelik kapsamlı yaklaşıma denk gelir.

Geriatrik hastaların çoğu zaman bir veya birden fazla kronik hastalıkları/rahatsızlıkları vardır. Aile hekiminin yaşlıda, bu dönemde hangi sorunun akut olarak geliştiği ve hangi nedenden geliştiği, kronik hastalıkların başlangıç belirtisi mi olduğu veya müdahalesi gecikmiş sorunların karmaşık bütünü mü olduğunu ayırtırmak görevi vardır. Sorunları önceliklendirmesi, acil konuları bir an evvel sonuçlandırması ve sonrasını organize etmesi gerekmektedir. Yaşlının mevcut hastalıklarını değerlendirirken topluma, toplumun da yaşlı sağılığına olan etkisini değerlendirir. 9.madde yaşlı sorunlarına toplumsal bir projeksiyonla daha yukardan bakma görevi verir. 10. ve 11. maddeler yaşlı sağılığına hastalık eksenli değil, sağılık tanımını genişleterek kapsamlı bakar. Hastalıkların yaşlıya olan etkilerini, sağılıklı kalabilme ve sağılığı sürdürme davranışlarını, iyilik hallerini kısıtlı bir medikal bakışla değil yaşlıya özgü fiziksel, fonksiyonel, ruhsal, bilişsel, toplumsal, kültürel, dinsel ve ekonomik anlamda en uygun şekilde sağlamayı hedeflemelidir. Bu bakışa literatürde verilen özgün isim “Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme”dir.

Aile hekimliği pratiğinde kapsamlı geriatrik değerlendirme kullanılması, aile hekimlerinin yaşı sağlığına y6nelik 7abalarının hedefe y6nelik olarak organize olmasına katkı sağlayacaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Evren ve Örneklem

Kesitsel, tanımlayıcı desendeki araştırma Çanakkale Kepez beldesinde ikamet eden 65 yaş ve üzeri bireylerde yürütüldü. Toplam nüfusun 2014 yılı için 19.646 olan Kepez beldesinde belediye kayıtlarına göre 1161 (%5,9) yaşlı birey yaşamaktaydı.

Evreni oluşturan bireylerden basit sistematik yöntemle örneklem seçildi. Kepez Belediyesi'nden edinilen listeye göre Kepez beldesinde 65 yaş ve üzeri 1161 birey ikamet etmekteydi. Çalışmada 1161 yaşlının %10'nuna ulaşılması planlandı. Kayıplar olabileceği öngörüsüyle listede 9'a 1'lik küçültme ile örneklem oluşturulmasına karar verildi. Kepez Belediyesi'nden alınan yaşlı listesi yaşa ve cinsiyete göre sıralanıp, listedeki 1.-9.-18.-27... sırasıyla yaşlılar telefonla aranarak ve/veya ikamet adreslerinde ziyaret edilerek kendilerine ulaşıldı. Çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak çalışmaya katılımları için davet edildiler. Çalışmaya katılmak istemeyen, randevusuna gelmeyen, kendisine telefonla farklı zamanlarda en az 3 kez aranarak ulaşılamamış, yerleşim yeri değişmiş olan vefat etmiş olan, ya da çalışma koşullarına uygun olmayan hastaların yerine listedeki bir sonraki hasta ile görüşüldü. Hedeflenen hasta sayısına ulaşılan dek çalışmaya katılımcı alınmaya devam edildi. 1161 yaşlı bireyden 314 katılımcıya ulaşıldı. Bu kişilerden 185'i çalışmaya katılmadı. Çalışmaya katılmayanlardan 127 kişi telefon aramaları ile ulaşılamadığı veya yerleşim yeri değiştiği için, 40 kişi görüşmeyi reddettiği için, 12 kişi randevusuna gelmediği için, 3 kişi iletişim kurulamadığı için, 3 kişi vefat etmiş olduğu için çalışmaya dâhil olamadı. Görüşmeyi kabul eden 129 kişiden 1 kişi gerçeklik değerlendirmesi ileri derece bozuk olup iletişim kurulamaması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Toplamda 128 yaşlı birey ile görüşüldü.

3.2 Çalışmaya Alınma ve Hariç Bırakma Kriterleri

Yaşlıların araştırmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterleri Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1 Yaşlıların araştırmaya alınma ve çalışma dışı bırakma kriterleri	
Çalışmaya alınma kriterleri	Çalışma dışı bırakma kriterleri
<ul style="list-style-type: none">• 65 yaş ve üzerinde olmak• Çalışma bölgesinde ikamet etmek	<ul style="list-style-type: none">• Çalışma metoduna uyumu engelleyecek hastalık ya da engelinin bulunması (Gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması, sorulara yanıt vermesini engelleyecek tıbbi durumu veya engeli olması gibi)

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler bir anket uygulaması, antropometrik ölçümler ve ölçekler kullanılarak toplandı.

Araştırma için araştırmacılar tarafından hazırlanan yapılandırılmış anket formu (Bkz. Ek 1), katılımcıların demografik bilgileri, beslenme ve egzersiz davranışları, alışkanlıkları, tıbbi öykü ayrıntıları, ilaç kullanımları, tedavi durumları, kapsamlı geriatrik değerlendirmeye yönelik soruları, genel sağlık durumları, ağrı durumları, uyku düzenleri, günlük yaşamda kullandıkları cihaz ve protezleri, günlük yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamlarına ait soruları içermektedir. Katılımcılardan onay alınarak sosyal güvenlik kurumu internet sitesi (<https://medeczane.sgk.gov.tr/doktor/login.jsp>) aracılığıyla kullandıkları ilaçlar teyit edilmiştir.

Antropometrik ölçümler olarak boy ve vücut ağırlığı ölçülerek Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplandı. Fizik muayenede işitme fonksiyonları fısıltı testi ile değerlendirildi. Katılımcıların genel sağlıkları, genel sistemik sorgulamaları, temel ve günlük yaşam aktiviteleri Geriatrik Sağlık Anketi kullanılarak uygulandı. (21). Ağrı durumlarının değerlendirilmesinde tek boyutlu sözel, sayısal ve görsel ölçekler kullanıldı. Tinetti Denge Testi ile yürüme ve denge değerlendirmesi yapıldı. Katılımcıların beslenme durumlarını değerlendirmek için Mini Nutrisyonel Test (Kısa Form), kognitif fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla Modifiye Standardize Mini Mental Test ve Eğitimsizler için Modifiye Standardize Mini Mental Test, depresyon durumlarını değerlendirmek amacıyla Geriatrik Depresyon Skalası (Kısa Form) ve sosyal desteklerini değerlendirmek amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine çeşitli sebeplerle başvurmuş, çalışma evreni dışında kalan farklı sosyoekonomik düzeylerden 10 hasta ile deneme uygulaması yapıldı ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verildi. Anket uygulaması, fizik muayene ve ölçeklerin uygulanmasının yaklaşık 45-60 dk sürdüğü gözlemlendi.

Antropometrik ölçümler:

Tüm katılımcıların vücut ağırlığı üzerinde hafif giyeceklerle, ayakkabısız olarak 0,1 kg hassasiyetle ayarlanmış elektronik tartı aleti ile ölçüldü. 2 katılımcı ayakta yardımsız duramadıkları için tartı ile ölçümleri yapılamadı. Bu kişiler beden kitle indeksi (BKİ) hesaplarına dâhil edilmedi. Boy ölçümleri; dik duvara iliştirilmiş mezura yardımıyla ayakkabısız olarak ayakta durmakta iken 0,01 m hassasiyetle yapıldı. Beden kitle indeksi; vücut ağırlığı, metre olarak boyun karesine bölünerek (kg/m²) hesaplandı.

Kan basıncı ölçümü:

Ölçümler için erişkin boy manşon kullanan 48mm skala, çift hortum bağlantılı, dış bez 13 x 47 cm, iç lastik ölçü: 12 x 23 cm ölçülebilir kol çapı: 29-40 cm ölçüleri arasında olan Erka marka manşonlu tansiyon aleti kullanıldı.

Ölçümler Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yayınlanmış standartlar uyarınca yapıldı (57). Ölçümlere, hasta poliklinik odasında en az 5 dakika istirahat ettikten sonra başlandı. Hasta sırtını herhangi bir yere -örneğin arkalıklı bir sandalyeye- yaslayarak otururken, tansiyon ölçülecek kolu çıplak olacak şekilde soyunması sağlandı. Ölçüm sırasında konuşmaması ve bacak bacak üstüne atmaması istendi. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarılıp, hastanın kolu desteklenerek tansiyon ölçümü yapıldı. Her iki koldan ölçüm yapıldı, yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edildi.

Fizik muayene:

Yaşlıların saç ve saçlı deriden başlanarak, baş, boyun muayenesi, göz, kulak-burun boğaz, lenf nodu, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, batin muayenesi, kas-iskelet sistem muayeneleri ile nörolojik muayenesi, ruhsal durum muayenesi yapıldı ve bulgular kaydedildi. .

Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirilmesi: Yaşlıların yürüme ve denge değerlendirilmesi amacıyla kolayca uygulanabilecek bir testtir. TDYD denge yeteneği ve yürüyüşü 2 ana başlıkta değerlendirmektedir. İlk 9 soru denge, sonraki 7 soru yürüyüş ile ilgilidir. Anket puanının hesaplanması ilk 9 maddenin toplam puanı denge puanını, sonraki 7 maddenin toplam puanı yürüme puanını, denge ve yürüme puanının toplamı ise toplam puanı vermektedir. Gözlem ile 2 puan belirtilen hareketin doğru yapılması, 1 puan belirtilen hareketin adaptasyonlarla yapılması, 0 puan hareketin yapılamaması olarak değerlendirilir. Toplam puan 18 ve altı düşme riskinin yüksek olduğunu, 19-24 puan düşme riskinin orta derece olduğunu, 24 ve üstü düşme riskinin düşük olduğunu gösterdiği belirtilmektedir. Bu testin Türkçe' ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında yapılmıştır (58).

Fısıltı Testi: Graeme J. A. MACPEE ve ark tarafından 1987'de yaşlı hastalarda işitme bozukluklarının tespiti için basit bir tarama yöntemi olarak geliştirilmiştir(59)Yurtdışı ve yurtiçi birçok yayında yaşlılarda işitme değerlendirmesinde kullanılması önerilmektedir (60-61).Testi yapacak kişi hastanın arkasında bir kol boyu uzaklıkta olacak şekilde (0,6m) oturur. Harf ve

rakamlardan oluşan bir diziyi fısıldayarak söyler (örn; K-2-R) ve ardından hastadan tekrarlamasını ister. Testi uygulayan kişi harf-rakam dizisini fısıldamadan önce sessizce nefes vermelidir. Bu sayede sesin yeterli derecede düşük olması sağlanır. Hasta doğru yanıt verirse işitme normal sayılır. Hasta yanlış yanıtlarsa test başka bir harf/rakam dizisi ile devam edilir. Hasta toplam 6 harf ve rakamdan 3'ünü doğru tekrarlırsa tarama testinden geçtiği düşünülür. Testi yapan kişi dudaktan okuma olasılığına karşın her zaman hastanın arkasında oturmalıdır. Önce daha iyi işiten kulaktan başlanarak iki kulak ayrı ayrı test edilmelidir. Bir kulağı test ederken diğer kulakla işitmeyi engellemek için test sırasında bu kulak kapatılıp hafifçe ovuşturulur. İkinci kulak test edilirken farklı bir harf ya da rakam dizisi kullanılır (62).

ÖLÇEKLER

Ağrı değerlendirme ölçekleri:

Hastalarda öznel ağrı değerlendirmesi için tek boyutlu testler olan Sözel Kategori Ölçeği, Görsel Analog Skala (VAS), Yüz ifadelerini derecelendirme skalası (Wong Baker) birlikte kullanıldı.

Sözel kategori ölçeğinde ağrı şiddetini hiç yok ve çok şiddetli arasında değişik derecelerde tanımlayan ifadelerden kendilerini en iyi tanımlayan ifadeyi seçmeleri istenir. Bu ölçeğin ağrı şiddetini ölçen diğer yöntemlerle anlamlı ve pozitif ilişkide olduğu saptanmıştır. Bu ölçeğin dezavantajları olarak hastanın kendine uygun ifadeyi seçmekte zorlanabileceği, okur-yazar olmama, durumunda güvenilirliğinin azalmakta olduğu bildirilmiştir.

Visüel Analog Skala genellikle 10cm uzunluğunda yatay veya dikey ağrı şiddetini hiç yok ve çok şiddetli arasında eşit 1 cm uzunluklara bölünerek (milimetreye bölündüğünde duyarlılığı artmaktadır) veya işaretlenerek, hastadan kendi ağrı şiddetini bu skala üzerinde göstermesi istenir. Sözel skalada olduğu gibi ağrı şiddeti konusunda geçerli olduğuna dair birçok yayın vardır. VAS ile algılanan ağrı şiddetinin büyüklük açısından kıyaslanabilmesi ve duyarlılığı ölçeğin avantajlarından biridir. Bir miktar motor beceri gerektirmesi, zaman alması, kognitif bozukluğu olan hastaların anlamakta güçlük çekmesi kullanımını sınırlamaktadır.

Yüz ifadelerini derecelendirme skalasında (Wong Baker) hastalara üzerinde değişik yüz ifadeleri olan bir ölçek sunulur. Hissettiği ağrı şiddetine en uygun ifadeyi seçmesi istenir. Uygulaması kolay olan bu test esas olarak, yazma problemi olan ve kognitif bozukluğu olanlar için geliştirilmiş olsa da okur-yazarlar veya kognitif bozukluğu olmayanlar için de geçerli bulunmuştur.(63-65)

Mini Nutrisyonel Değerlendirme kısa form: Guigoz Y. Vellas B. ve ark tarafından 1994'te yaşlı hastaların beslenme durumlarına yönelik pratik bir değerlendirme yöntemi olarak tasarlanmıştır (66).Uzun ve kısa formu vardır. Nutrisyonel değerlendirme için geçerliliği en yüksek olan test olarak

gösterilmektedir(67). Kısa formun İncelediği alanlar: antropometrik değerlendirme (beden kitle indeksi, son üç aydaki kilo kaybı), genel değerlendirme (hareketlilik, besin alımında azalma), kişisel değerlendirmeden (son üç ay içinde geçirilen psikolojik veya medikal sorun) oluşmaktadır. 0-7 puan malnutrisyonu, 8-11 puan malnutrisyon riskini, 12-14 puan normal nutrisyonel durumu göstermektedir. Türkçe geçerlilik çalışması Sarıkaya ve ark tarafından 2013'de yapılmıştır (68).

Standardize Mini Mental Test ve Eğitimsizler için Mini Mental Test(SMMT, SMMT-I):

SMMT ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Test klinik sendromların açıklanması açısından sınırlı olmasına rağmen bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilir, kısa, kullanışlı ve standardize bir testtir (69).

Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlıkta düzenlenmiş 11 maddeden oluşur. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilir. Güngen ve arkadaşlarının yapmış oldukları SMMT'in demansif süreçte güvenilir, geçerlilik çalışmasında 24 puanın hafif demansı, 18 puan altının da orta derecede demansif süreci ayırdığını belirtmiştir (70). Eğitimsizler için Mini Mental Testin Türkçe geçerlilik çalışması Yıldız ve ark tarafından yapılmış olup Türk toplumu için kesme değeri 23/24 olarak bildirilmiştir (71, 72)

Geriatrik Depresyon Skalası kısa form: "Yesavage geriatrik depresyon skalası" yaşlı hastalar için geliştirilmiştir (73). GDS-kısa formu hızlı ve kolay uygulanabilir bir tarama testidir. Beş puan üzeri depresyonla uyumlu olabilir, hastanın kliniği ile değerlendirilmesi gerekir. Demanslı hastalara uygulanabilir olması bir avantajdır. Türk toplumunda depresyon taramasında güvenilir olduğu saptanmıştır (74). 15 soruluk kısa formda 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir (75)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Üç farklı kaynaktan (aile, eş, arkadaş) alınan desteğin öznel olarak değerlendirilmesinde kullanılan, kısa, öz bir ölçektir. Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 de geliştirilmiştir (76). Eker ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan 26 maddelik ilk form sonrasında, 12 soruluk modifiye halinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Her bir madde 7'li derecelendirilmiş bir değer içerir. Bu değerlerin toplamı toplam puanı verir. Ölçekte toplam puanın yüksekliği algılanan desteğin yüksek olduğunu gösterir (77).

3.4 Uygulama

Belirlenen 128 hasta görüşme için Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kepez Aile Hekimliği polikliniğine davet edildi. Gelemediğini beyan eden hastalarla ev ziyareti (38 kişi) yapıp görüşüldü. Onamları alınan ve Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kepez Aile Hekimliği polikliniğine gelen hastalar araştırmacı ile birlikte özel bir odaya alındı. Katılımcıların iletişim bilgileri ve sosyo-demografik verileri sorgulandı ve çalışma için hazırlanan anket dolduruldu(Ek-1). Anket soruları hastalara araştırmacı tarafından okunup cevapları yine araştırmacı tarafından kaydedildi. Anketin tamamlanmasını takiben hastaların fizik muayeneleri ve özel testleri yapıldı. Yukarıda belirtilen usullere uygun olarak antropometrik ve kan basıncı ölçümleri yapıp kaydedildi. Hastaneye gelemeyen katılımcıların değerlendirmeleri kendi evlerinde gerçekleştirildi. Elde edilen veriler isimsiz olarak kaydedildi.

3.5 İzin ve Onamlar

Çalışmaya başlamadan önce Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Ek 2) alındı. 26/08/2016 tarihinde Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tez danışmanı değiştirildi (Ek 3). Çalışmaya katılım için davet edilen yaşlı bireylere çalışma hakkında sözel bilgi verilip yazılı onamları (Ek 4) alındı. Onam vermeyen yaşlılar çalışma dışı bırakılıp yerlerine uygun koşulları taşıyan yeni yaşlılar davet edildiler. Kabul edilme oranının belirlenebilmesi için reddedenlerin sayısı kaydedildi.

3.6 İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri dijital ortama taşındıktan sonra SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel analizlerden önce örnekleme tanımlamak üzere ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri, sıklık ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Katılımcılara ait değişkenler, değişken özelliklerine uygun olarak seçilen, bağımsız örneklerde ortalamaların farkı testi, "Mann-Whitney U Testi", "Ki-Kare Testi", Pearson korelasyon testi, Kendal Tau-b korelasyon testi, ANOVA, Kruskal Wallis testleri ile karşılaştırılmıştır. Çoklu değişken analizlerinin post-hoc incelenmesinde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi. İstatistiksel testlerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Çalışmaya 65 yaş ve üzerinde toplam 128 katılımcı alındı. Katılımcıların 65'i(50,8%)kadın, 63(49,2%)'si erkekti. Çalışmaya dâhil olan kadınların yaş ortalaması 72,6±6,8 [65-91], erkeklerin 73,0±6,0 [65-89] idi (t=-0,341, p=0,734).Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 4.1'de gösterilmektedir.

Yaş grupları	Olgu sayısı	%
Genç yaşlı (65–74 yaş)	85	66,4
Yaşlı (75–84 yaş)	36	28,1
İleri yaşlı (85 yaş ve üzeri)	7	5,5
Toplam	128	100,0

Katılımcıların 85 (%66,5)'i evli, 40 (%31,2)'si dul ya da boşanmış olup, cinsiyete göre medeni hal dağılımları aşağıdaki Tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Medeni hal	Kadın n* (%)**	Erkek n* (%)**	İstatistiksel analiz*
Bekâr	1 (1,5)	2 (3,7)	$\chi^2=16,653$ p< 0,001
Dul/boşanmış	31 (47,7)	9 (14,3)	
Evli	33 (50,8)	52 (82,5)	
Toplam	65 (100)	63 (100)	

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi *** χ^2 =ki-kare istatistiksel analizleri

Katılımcılardan 2 (%1,6) kişi eğitim durumunu belirtmedi. İlkokul mezunu olmayan 43(33,6%) kişi, ilkokul mezunu 61 (47,7%), ortaokul mezunu 8 (6,3%), lise mezunu 11 (8,6%)ve üniversite mezunu 5 (3,9%) kişi vardı. Katılımcılardan ilkokul mezunu olmayanların 20'si (%48,8) okur-yazar olduğunu, 21 (%51,2)'i okur-yazar olmadığını beyan etti. Toplamda diplomasız okur-yazar oranı %15,6 idi. Erkeklerin eğitim durumu kadınlardan iyiydi (U=1462,0; p=0,003)

Katılımcıların 5'i (%3,90) aktif olarak çalışıyor, 59'u (%46,09) emekli, 64'ü ise (%50) çalışmıyordu. Erkeklerde çalışan ve emekli oranı kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti.($\chi^2=63,338$; p<0,001)

4.2 Medikal Değerlendirme

Katılımcıların medikal değerlendirme konusundaki beyanlarının cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo4.3'degösterilmektedir.

Tablo 4.3 Katılımcıların genel sağlık ve sistem sorgulaması			
	Kadın	Erkek	İstatistiksel analiz
Toplam	65 (%100)	63 (%100)	
Görme sorunu yaşayanlar	42(%64,6)	30(%47,6)	$\chi^2=3,755$ p=0,053
Konuşma seslerini duyduğunu beyan edenler	30(%46,2)	36(%57,1)	$\chi^2=1,547$ p=0,214
Unutkanlık gibi hafıza sorunu olanlar	57(%87,7)	41(%65,1)	$\chi^2=9,117$ p=0,003
Kendini mutsuz ve çökkün hissedener	29(%44,6)	17(%27,0)	$\chi^2=4,320$ p=0,038
Son 6 ayda istemsiz kilo kaybı	5(%7,7)	10(%15,9)	$\chi^2=2,070$ p=0,150
İdrar tutama ya da yapamama ilgili sorunu olanlar	28(%43,1)	26(%4,3)	$\chi^2=0,043$ p=0,836
Bağırsakları ile ilgili sorunu olanlar	34(%52,3)	21(%33,3)	$\chi^2=4,700$ p=0,030

4.2.1 Özgeçmiş Özellikleri

Katılımcılardan hiçbir hastalığı olmadığını beyan eden 2 (%1,6), multimorbidite (2≤ kronik hastalık) olduğu saptanan 109 (%85,2) kişi vardı. Katılımcıların yaşları ile hastalık sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmedi (tau-b=0,062; p=0,341) Katılımcıların sahip olduklarını beyan ettikleri kronik hastalıkları Tablo 4.4'de gösterilmektedir.

Tablo 4.4 Katılımcıların kronik hastalık dağılımı					
	Olgu sayısı	%		Olgu sayısı	%
Kronik hastalığı yok	2	1,6	Periferik vasküler hastalıklar	19	14,8
Hipertansiyon	77	60,2	Diğer Nörolojik Hastalıklar*****	15	11,7
Osteoartrit	55	43,0	Üriner sistem hastalıkları *****	14	10,9
Katarakt	48	37,5	Benign prostat hiperplazisi*****	13	20,6
Gastrointestinal sistem hastalıkları *	37	28,9	Depresyon, anksiyete	9	7,0
Duyu organlarına ait rahatsızlıklar **	32	25,0	Kanser (, prostat, lenfoma, lösemi)	8	6,3
Diyabet	31	24,2	Demans	7	5,5
Kalp hastalıkları ***	30	23,4	Anemi (Demir eksikliği anemisi)	6	4,7
Muskuloskeletal hastalıklar ****	25	19,5	Tiroid hastalıkları	5	3,9
Hiperlipidemi	24	18,8	Vit B12 eksikliği	5	3,9
Akciğer hastalıkları (astım/koah)	24	18,8	Otoimmün	4	3,1
Osteoporoz	23	18,0	Deri hastalıkları/alerjik rahatsızlıklar	3	2,3
Serebrovasküler hastalıklar	20	15,6	Jinekolojik *****	3	4,6

*Peptik ülser, gastrit, reflü, kabızlık, irritable barsak hastalığı;** Göz kuruluğu, işitme kaybı; ***koroner arter hastalığı, aritmiler, kapak hastalıkları; **** boyun ve bel fitiği,karpal tünel, gut; *****Parkinson hastalığı, Trigeminal nevralji, polinöropati, huzursuz bacak sendromu,migren,vertigo;***** Üriner inkontinans,, kronik böbrek yetmezliği; *****BPH için erkek popülasyon yüzdesi; *****kadın popülasyon yüzdesi

Kanser olduğunu belirten 8 (%6,25) hasta bulunmaktadır. Bunların 6 (%75)'si erkek 2 (%25)'si kadındır. Kanser tanısı olduğunu beyan eden erkeklerden 3 (%2,3) hastada prostat ca, 1 (%0,8) hastada mesane ca, 1 (%0,8) hastada kronik lenfositik lösemi, 1 (%0,8) hastada hipofiz adenomu tanısı saptanmıştır. Kadın hastaların birinde (%0,8) hipofiz adenomu, diğerinde (%0,8) karaciğer hemanjiomu saptanmıştır.

Otoimmün hastalığı olduğunu belirten toplam 4 (%3,1) hasta saptanmıştır. Üç (%2,3) kadın hastanın birinde(%0,8) sarkoidoz, birinde(%0,8) üveit, diğerinde(%0,8) romatoid artrit, erkek hastada(%0,8) ankilozan spondilit tanısı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 28'inin (%21,9) çeşitli nedenlerle operasyon geçirdiği saptanmıştır. Toplam 4 (%3,1) hasta kolesistektomi, 4 (%3,1) hasta koroner by-pass cerrahisi, 3(%2,3) hasta histerektomi, 3 (%2,3) hasta prostatektomi, 2 (%1,6) hasta gonartoz operasyonu, 2 (%1,6) hasta kranial cerrahi, 2 (%1,6) hasta nefrolitiazis nedeniyle nefrektomi, 1 (%0,8) hasta aşil tendon rüptürü onarımı, 1 (%0,8) hasta femur kırığı onarımı, 1 (%0,8) hasta karaciğer operasyonu, 1 (%0,8) hasta mide cerrahisi, 1 (%0,8) hasta vertebral herni onarımı, 1 (%0,8) kişi üriner inkontinans cerrahisi, 1 (%0,8) kişi appendektomi, 1 (%0,8) kişi orşiektomi operasyonu geçirdiğini beyan etti. Bazı hastaların birden fazla sayıda ve türde operasyon geçirdiği görüldü.

4.2.2 İlaç Kullanım Özellikleri

Katılımcılardan 17'si (%13,3) düzenli ilaç kullanmadığını, 100 katılımcı (%78,1) birden fazla ilaç, 11 (%8,6) katılımcı günde 1 ilaç kullandığını belirtti. Katılımcılar günde ortalama $4,6 \pm 3,3$ ilaç kullanmaktaydılar. Kadınların kullandığı ortalama ilaç sayısı günde $5,4 \pm 3,3$ ile erkeklerden ($3,7 \pm 3,0$) anlamlı olarak daha fazlaydı ($t=2,991; p=0,003$). Kullanılan ilaç sayısı ile hastalık sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($\tau-b=0,576; p<0,001$). Kullanılan ilaç sayısı ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı ($\tau-b=0,018; p=0,776$).

Katılımcıların kullandıkları ilaç gruplarının sayıları tablo 4.5' de verilmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcıların kullanmakta olduğu ilaç grupları		
İlaç grupları	Olgu sayısı	Yüzde
Toplam	128	100,0
Anti-hipertansif ilaçlar	77	60,2
Mide ilaçları (PPI, H ₂ bloker, antasit vb)	52	40,6
NSAİİ	45	35,1
Vitamin	25	19,5
OAD	24	18,7
İnhaler ilaç	20	15,6
Antihiperlipidemik	19	14,8
Göz damlası	19	14,8
Kalsiyum, magnezyum, demir	18	14,0
Antiagregan, anti koagölan	17	13,3
Fonksiyonel barsak hastalıkları tedavisi	13	10,2
Anti depresan	12	9,4
Bitkisel ilaç, beslenme desteği	11	8,6
Antiepileptik	10	7,8
Kronik venöz yetmezlik	10	7,8
Psikostimulan	9	7,0
Mesane antispazmodik	7	5,5
Bifosfonat	6	4,7
Anti kolinerjik	6	4,7
Kas gevşetici	6	4,7
Tiroid hormonu	4	3,1
Anti-demans ilaçlar	3	2,3
Antipsikotik	2	1,6

NSAİİ: Nonsteroid anti influmatuar ilaçlar, PPI: Proton pompa inhibitörleri OAD: Oral Antidiyabetik ilaçlar

4.2.3 Beslenme Durumu ve Diyet

Katılımcıların hastalıkları nedeniyle herhangi bir diyet uygulayıp uygulamadıkları sorgulandığında, kendisine herhangi bir diyet önerilmediğini beyan eden katılımcı sayısı 87(%68,0) idi. Diyet önerildiğini veya uyguladığını beyan eden katılımcıların uyguladığı diyet özelliklerinin dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Uygulanan diyet	Olgu sayısı	Yüzde
Hiçbir diyet önerilmeyen	87	68,0
Diyabetik diyet	20	15,6
Tuzsuz	6	4,7
Tuzsuz /yağsız	5	3,9
Obezite	3	2,4
GÖRH diyeti	2	1,6
Tuzsuz /Karbonhidrat fakir	2	1,6
Sebze ağırlıklı	1	0,8
Kabızlık	1	0,8
Yağsız	1	0,8
Toplam***	128	100

*toplam 41 (%32) kişi bir ya da daha fazla diyete uyduğunu beyan etmiştir; GÖRH: Gastroözefajial reflü hastalığı

Katılımcıların beslenme durumunu değerlendirmek için uygulanan MNA ölçeği toplam puanlarına göre dağılımları Tablo 4.7’de gösterilmektedir.

Tablo 4.7 Katılımcıların MNA’ya göre beslenme durumu		
MNA toplam puan dağılımı*	Olgu sayısı	Yüzde
Normal nutrisyonel durum	85	66,4
Malnutrisyon riski olan	39	30,5
Malnutrisyonu olan	4	3,1
Toplam	128	100

*Normal nurtisyonel durum = 12-14 MNA skor; Malnutrisyon riski altında = 8-11MNA skor; Malnutrisyonu olan = 0-7 MNA skor

Multimorbiditesi olma durumu ile MNA skoruna göre nutrisyonel durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2=1,875$; $p=0,392$).

4.2.4 Uyku Düzeni

Katılımcıların uyku düzenleri incelendiğinde, 3 (%2,3) hastanın verileri eksik olduğu için inceleme dışı bırakıldı. Toplam 125 (%97,6) katılımcıdan uykularının düzensiz olduğunu belirten 33 (%26,4) kişi vardı. Uykularının düzensiz olduğunu beyan edenlerin 2’si (%6,0) bu nedenle ilaç kullanmaktaydı.

4.2.5 Cinsellik

Cinsel olarak aktif olduğunu beyan eden toplam 48 (%37,5) katılımcı bulunuyordu. Erkekler arasında cinsel aktif olduğunu bildirenlerin oranı (30, %47,6), kadınlardan (18, %27,7) istatistiksel olarak anlamlı daha fazlaydı ($\chi^2=5,420$; $p=0,020$). Cinsel olarak aktif olan katılımcıların yaş ortalaması ($69,5\pm 3,8$) olmayanlardan ($74,8\pm 6,8$) anlamlı daha düşüktü ($t=5,003$; $p<0,001$).

4.2.6 Yaşam Tarzı

Halen sigara kullanan 21 (%16,4), alkol kullanan 26 (%20,3) katılımcı vardı. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı Tablo 4.8'de gösterilmektedir. Kadınlarda erkeklere göre sigara ($\chi^2=38,363$; $p<0,001$) ve alkol ($\chi^2=24,288$; $p<0,001$) kullanımı istatistiksel anlamlı olarak daha azdı.

Alışkanlık		Olgu Sayısı	Yüzde
Sigara	Hiç kullanmamış	68	53,1
	Bırakmış	39	30,5
	Halen içiyor	21	16,4
	Toplam	128	100,0
Alkol	Sosyal içici	26	20,3
	Hiç içmiyor	102	79,7
	Toplam	128	100,0

Katılımcıların 76'sı (%59,4) fiziksel egzersiz yapmıyordu. Cinsiyet ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. ($\chi^2=0,750$; $p=0,386$). Haftada en az 3 gün ve en az 30 dakika süre ile düzenli egzersiz yapan 31 (%24,2), düzensiz yapan 21 (%16,4) kişi vardı.

Katılımcıların fiziksel aktivite tercihleri incelendiğinde, 46 (%35,9) kişinin yürüyüş, 5 (%3,9) kişinin tarla/bahçe işi, 2 (%1,6) kişinin yüzme, 2 (%1,6) kişinin fitness, 1 (%0,8) kişinin koşu, 1 (%0,8) kişinin bisiklet sürme, 1 (%0,8) kişinin basketbol/voleybol, 1 (%0,8) kişinin futbol tercih ettiği, 4 (%3,1) katılımcının ise birden fazla egzersiz türü yaptığı tespit edildi.

4.2.7 Genel Sağlık Algısı

Katılımcıların kendi sağlıkları hakkındaki görüşleri sorgulandığında 16'sı (%12,5) sağlığını kötü, 74'ü (%57,8)iyi, 38'i (%29,7) mükemmel olduğunu belirtti. Erkeklerin genel sağlık algıları kadınlardan yüksekti (U=1307,5; p<0.001).

4.2.8 Ağrının Değerlendirilmesi

Katılımcıların ağrı durumları sorgulandı. Hiç ağrısı olmadığını beyan eden toplam 41 (%32) kişi vardı (Tablo 4.9). Vizual ağrı skalasına göre ortalama ağrı şiddeti $3,4 \pm 3,3$ [0-10] olup kadınlarda ($4,9 \pm 3,0$) erkeklerden ($2,0 \pm 2,9$) anlamlı daha yüksekti (t=5,565; p<0,001). Son bir aylık ağrı şiddeti ortalama $2,1 \pm 1,8$ [0-5] olup kadınlarda ($2,9 \pm 0,3$) erkeklerden ($1,2 \pm 1,6$) daha yüksekti (t=5,860; p<0,001). Katılımcıların VAS'da belirttikleri ağrı şiddetleri ile son 1 ay içerisinde tarifledikleri vücut ağrıları pozitif koreleydi (tau-b=0.871; p<0.001) ve beyan edilen ağrı şiddeti ile genel sağlık durumu arasında negatif korelasyon vardı (tau-b=-0,387; p<0.001).

Tablo 4.9 Katılımcıların ağrı şiddeti		
Ağrı şiddeti	Olgu Sayısı	Yüzde
Hiç yok	41	32,0
Çok hafif	17	13,3
Hafif	16	12,5
Orta	18	14,0
Şiddetli	18	14,0
Çok şiddetli	18	14,0
Toplam	128	100,0

4.2.9 İşitmenin Değerlendirilmesi

Katılımcıların işitme durumları sorgulandı. Yapılan fısıltı işitme testi sonuçlarına göre her iki kulakta işitme sorunu saptanmayan 80 (%62,5) kişi, her iki kulakta işitme sorunu saptanan toplam 48 (%37,5) kişi vardı. Katılımcıların fısıltı testi sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmektedir.

Tablo 4.10 Katılımcıların fısıltı testi sonuçları		
Fısıltı Testi Sonucu	Olgu Sayısı	Yüzde
Her iki kulak sağlıklı	69	53,9
Her iki kulak bozuk	48	37,5
Yalnız sol kulak bozuk	7	5,5
Yalnız sağ kulak bozuk	4	3,1
Toplam	128	100,0

4.2.10 Fizik Muayene ve Antropometrik Ölçüm Bulguları

Katılımcıların fizik muayeneleri yapıldı. Toplam 46 (%35,9) katılımcının fizik muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Katılımcıların fizik muayene bulgularının dağılımı Tablo 4.11'de gösterilmektedir.

Tablo 4.11 Katılımcıların fizik muayene bulguları			
Fizik muayene Bulguları		Olgu Sayısı	Yüzde
Baş-boyun	Pterygum	6	4,7
	Ciddi oral hijyen bozukluğu	4	3,1
	Ekzoftalmus	1	0,8
	Anizokori	1	0,8
	Tiroid nodülü	1	0,8
	Konjunktivada kızarıklık	1	0,8
	Strabismus	1	0,8
Solunum Sistemi	Ronküs	9	7,0
	Ekspryum uzaması	5	3,9
	Göğüs kafesi deformitesi	1	0,8
Kardiyovasküler Sistem	2/6 ve altında sistolik üfürüm	13	10,2
	Aritmi	6	4,7
	Gode bırakan ödem	4	3,1
	Gode bırakmayan ödem	4	3,1
	Varis	3	2,3
	Taşikardi	1	0,8
Gastrointestinal Sistem	Hepatomegali	1	0,8
	Palpabl safra kesesi	1	0,8
Kas İskelet Sistemi	Dizlerde krepitasyon	29	22,6
	Omuzda Şişlik	3	2,3
	Çomak Parmak	2	1,6
	Z deformitesi ve haberdan bouchard nodülleri	1	0,8
	Hallux valgus deformitesi	1	0,8
Deri Muayenesi	Onikomikoz	4	3,1
	Hiperpigmente lezyon	3	2,3
	Hacamat izi	3	2,3
	Çok miktarda ve şüpheli nevus	3	2,3
	Yanık izi	2	1,6
	Kızarıklık maküler lezyon	2	1,6
	Bilateral ayaklarda kırmızı-mor renk değişikliği	1	0,8
	Bası ülseri	1	0,8
Nörolojik Muayene	Değişik derecelerde ve ekstremitelerde motor defisit	7	5,5

	Parestezi semptomu	4	3,1
	Afazi	2	1,6
	Tremor	2	1,6
	Fasiyel asimetri	2	1,6
	Nörojenik mesane	2	1,6
	Duyu Kusuru	1	0,8
	Dişli çark rijiditesi ve asosiye hareketlerde azalma	1	0,8
Psikiyatrik Muayene	Apatik görünüm	3	2,3
	Çökkün duygudurum	2	1,6
	Anksiyöz görünüm	2	1,6
	Perseküsyon sanrısı	2	1,6
	Grandiöz sanrı	1	0,8

Çalışmaya alınanların boy, kilo, BKİ gibi antropometrik ölçümlerinin dağılımları aşağıdaki Tablo 4.12’de gösterilmektedir.

Tablo 4.12 Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik, kan basıncı ve nabız bulguları			
	Kadın Ortalama \pm SS [min-max]	Erkek Ortalama \pm SS [min-max]	İstatistiksel analiz*
Boy (cm)	154,5 \pm 7,3 [138-175]	168,3 \pm 8,7 [146-198]	t=-9,835 p<0,001
Kilo (kg)	72,3 \pm 14,8 [43-117]	78,1 \pm 18,0 [50-135]	t =-1,987 p=0,049
BKI (kg/m ²)	30,1 \pm 5,1 [20,9-46,9]	27,5 \pm 5,8 [17,9-53,3]	t =2,82 p=0,006
Dakikada nabız(atım/dk)	76,5 \pm 11,4 [58-120]	75,6 \pm 9,1 [58-100]	t =0,506 p =0,614
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	137,3 \pm 23,3 [80-190]	134,6 \pm 25,8 [90-220]	t=0,511 p =0,610
Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)	77,9 \pm 14,0 [50-120]	78,7 \pm 11,2 [60-110]	t =-399 p =0,690

* Bağımsız örneklerde ortalamaların farkı testi

Katılımcıların DSÖ'ne göre BKİ sınıflaması Tablo 4.13'de gösterilmektedir.

Tablo 4.13 Katılımcıların BKİ sınıflamasına göre dağılımı		
Obezite grubu	Olgu sayısı	Yüzde
Zayıf (BKİ < 18,5 kg/m ²)	1	0,8
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	33	26,2
Kilolu (25-29,9 kg/m ²)	46	36,5
Obez evre 1 (30-34,9 kg/m ²)	31	24,6
Obez evre 2 (35-39,9 kg/m ²)	11	8,7
Morbid obez (BKİ ≥ 40kg/m ²)	4	3,2
Toplam	126*	100,0

*2 kişinin ağırlığı çalışma standartı ile ölçülemediği için BKİ değerlendirilmesi yapılmadı.

4.3 Zihinsel Değerlendirme

4.3.1 Bilişsel Değerlendirme

Katılımcıların SMMT toplam puanlarının ortalaması 26,8±3,9 [10-30] idi, 110'u (%85,9) normal, 12'si (%9,4) hafif, 6'sı (%4,7) belirgin demansla uyumlu SMMT skoruna sahipti. Toplamda %14,1 olarak saptanan kognitif fonksiyon bozukluklarının %33,3'ünü ileri demanslılar oluşturmaktaydı. Yaşla SMMT skorları arasında negatif korelasyon vardı (tau-b=-0,224; p=0,001). İleri yaşlıların SMMT toplam puanı ortalaması (21,1±7,6), genç yaşlı (27,8±2,5) ve orta yaşlılara (25,7±4,5) göre anlamlı daha düşüktü (F=13.645; p<0.001). Katılımcıların yaş aralığına göre SMMT skorları Tablo 4.14'de gösterilmektedir.

Tablo 4.14 Yaş gruplarına göre SMMT skorlarının dağılımı						
Yaş aralıkları	Ciddi demans		Hafif demans		Normal	
	n*	%**	n*	%**	n*	%**
Genç yaşlı (65-74 yaş)	1	16,7	5	41,7	79	71,8
Yaşlı (75-84 yaş)	3	50,0	5	41,7	28	25,5
İleri yaşlı (≥85 yaş)	2	33,3	2	16,7	3	2,7
Toplam	6	100,0	12	100,0	110	100,0

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Kadınların ortalama SMMT skorları (26,1±4,3) erkeklerden (27,5±3,4) düşüktü (t=-2,078; p=0,040). Katılımcıların cinsiyete göre SMMT skorlarının dağılımı Tablo 4.14'de gösterilmiştir. Evli olanların ortalama SMMT skorları(27,6±2,9) dul olanlardan (25,5±4,9) anlamlı daha yüksekti (t=-2,985; p=0,003). Çalışanların ortalama SMMT skorları (28,3±1,8), çalışmayanlardan (25,3±4,8) anlamlı daha yüksekti (t=-4,340 p<0,001). Eğitim durumu ile SMMT skoru arasında pozitif korelasyon vardı (tau-b=0,424; p<0,001)

Tablo 4.15. Katılımcıların SMMT skorlarının cinsiyete göre dağılımı			
SSMT skorları	Kadın	Erkek	Toplam
	n* (%**)	n* (%**)	n* (%**)
Normal	53 (%81,5)	57 (%90,5)	110 (%85,9)
Hafif demans	8 (%12,3)	4 (%6,3)	12 (%9,4)
Ciddi demans	4 (%6,2)	2 (%3,2)	6 (%4,7)
Toplam	65 (%100)	63 (%100)	128 (%100)

Standardize Mini Mental Test; *n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Hiç sigara içmemiş bireylerin SMMT toplam puan ortalaması $26,0 \pm 4,4$ bırakanların ortalaması $27,8 \pm 2,6$ ve sigara içenlerin ortalaması $27,4 \pm 4,0$ idi. Sigara içme durumu ile SMMT ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($F=2,817$; $p=0,064$).

Katılımcılardan alkol kullandığını beyan edenlerin SMMT skor ortalaması ($28,5 \pm 4,2$), hiç kullanmadığını beyan edenlerden ($28,5 \pm 1,5$) istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($t=-2,568$; $p=0,011$).

Düzenli fiziksel egzersiz yaptığını beyan edenlerin SMMT skor ortalaması ($28,3 \pm 1,4$), egzersiz yapmayanlardan ($26,0 \pm 4,6$) ve düzensiz yapanlardan ($27,5 \pm 2,6$) yüksekti ancak istatistiksel açıdan yalnızca düzenli egzersiz yapanlar ve hiç yapmayanlar arasında anlamlı farklılık vardı ($U=824,500$; $p=0,013$).

Mini nutrisyonel anket skorlarına göre normal nutrisyonel durumu olanların SMMT toplam puan ortalaması ($27,9 \pm 2,2$ [15-30]), malnutrisyon riski olanların ortalaması ($24,8 \pm 5,1$ [11-30]), malnutrisyonu olanların ortalaması ($24,0 \pm 9,3$ [10-29]) idi. Normal nutrisyonel durumu olanların SMMT toplam puan ortalaması, olmayanlardan anlamlı daha yüksekti ($t=4,666$; $p<0,001$).

Uykusunun düzenli olduğunu beyan eden katılımcıların ortalama SMMT skoru ile ($26,8 \pm 4,1$), uykusunun düzenli olmadığını beyan edenler ($26,9 \pm 3,4$) arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=0,157$ $p=0,875$). Cinsel aktif olanların SMMT skor ortalaması ($28,3 \pm 1,7$), cinsel aktif olmayanlardan ($25,9 \pm 4,5$) anlamlı yüksekti ($t=3,387$; $p=0,001$).

Katılımcıların genel sağlık sorgulaması ile SMMT toplam puan arasındaki ilişki Tablo4.15'de gösterilmektedir.

Tablo 4.16 Genel sağlık sorgulaması ve SMMT* toplam puan ortalaması			
Genel sağlık durumu		SMMT toplam puan ortalaması± SS	İstatistiksel analiz*
Görme problemi	Var (n=72)	26,1±4,2	t = 2,131 p = 0,035
	Yok (n=56)	27,6±3,3	
İşitme problemi	Var (n=62)	25,8±5,0	t = -2,981 p = 0,003
	Yok (n=66)	27,8±2,1	
Unutkanlık	Var (n=98)	26,6±4,0	t= 0,821 p =0,413
	Yok(n=30)	27,3±3,4	
Mutsuz, çökkün hissetme	Var (n=46)	25,4±5,2	t=3,055 p =0,003
	Yok (n=82)	27,6±2,7	
Son 6 ayda istemsiz kilo kaybı	Var (n=15)	27,0±2,7	t = -0,259 p = 0,796
	Yok(n=113)	26,8±4,0	
İdrar tutamama	Var (n=54)	26,3±4,7	t =0,013 p =0,230
	Yok (n=74)	27,1±3,1	
İshal ya da kabızlık	Var (n=55)	25,5±4,9	t =3,539 p =0,001
	Yok (n=73)	27,8±2,6	

SMMT, Standardize Mini Mental Test SS, Standart sapma; *Bağımsız örneklerde ortalamaların farkı testi

Katılımcıların genel olarak sağlıkları konusundaki beyanlarının SMMT puan ortalamaları değerlendirildi. Buna göre genel sağlık durumunu kötü olarak beyan edenlerin (24,2±6,1) kendini iyi (26,7±3,4)ve çok iyi/mükemmel(28,1±3,2) beyan edenlerden daha düşük SMMT toplam ortalama puanları vardı (F=5,878 p= 0,004).

Katılımcıların SMMT toplam puan ortalamaları ile VAS puanı ve son bir ayda vücutta hissedilen ağrı ile arasında negatif korelasyon vardı (sırasıyla tau b=-0,258 p<0,001 ve tau-b=0,223 p=0,001).

Multimorbidite tespit edilen 93 (%85,3) katılımcının ve multimorbidite bulunmayan 17 (%89,5) katılımcının SMMT skorları normal olarak bulunurken

multimorbidite varlığının SMMT skorlarını anlamlı olarak etkilemediği görüldü ($\chi^2 = 3,747$; $p = 0,154$). Multimorbidite varlığının kognitif fonksiyonlar üzerinde anlamlı etkisi bulunmamaktaydı ($\chi^2=0,143$; $p=0.705$). Hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı ile SMMT skoru arasında korelasyon yoktu (sırasıyla $\tau-b=-0,098$, $p=0,148$; $\tau-b=-0,065$, $p=0,332$).

4.3.2 Duygudurum Değerlendirmesi

Katılımcıların Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) kısa formu skorları ortalama $4,8 \pm 3,9$ [0-15] idi. Katılımcılardan 46'sı (%35,9) kesme değer olan 6 ve üzerinde skor aldı. GDS puanları yaş ile pozitif korele ($r = 0,312$, $p < 0,001$) idi. Katılımcıların yaş gruplarına göre GDS puan ortalamaları Tablo 4.16'da gösterilmektedir.

Tablo 4.17 Yaş gruplarına göre GDS skoru dağılımı		
Yaş Grupları	GDS puanı ortalama \pmSS	GDS skoru ≥ 6 olanların oranı
Genç yaşlı (65 – 74 yaş)	4,0 \pm 3,3	25 (%29,4)
Yaşlı (75 - 84 yaş)	6,2 \pm 4,6	16 (%44,4)
İleri yaşlı (85 yaş ve üzeri)	7,4 \pm 4,7	5 (%71,4)

GDS, Geriatrik Depresyon Skalası SS, Standart sapma

Ortalama GDS skorları kadınlarda ($5,8 \pm 4,1$) erkeklerden ($3,8 \pm 3,5$) anlamlı yüksekti ($t=2,950$; $p=0,004$). Kesme değer olan 6 ve üzerinde skor alan kadınların oranı (30, %46,2) erkeklerin oranından (16, %25,4) anlamlı yüksekti ($\chi^2 = 5,987$; $p=0,014$).

Geriatrik Depresyon Skalası toplam puan ortalaması evli olanlarda (4,0±3,4) evli olmayanlardan (6,4±4,5) anlamlı düşüktü (t=3,316, p=0,001).Çalışanların/emekli olanların GDS toplam puan ortalaması (3,3±3,1)çalışmayan katılımcılardan (6,3±4,1) anlamlı düşüktü (t=4,685, p<0,001). Katılımcıların eğitim durumu ile GDS skorları arasında anlamlı korelasyon mevcuttu (tau-b=-0,273; p<0,001).

Katılımcıların genel sağlık algısı beyanları ile GDS skorları arasında anlamlı korelasyon vardı (tau-b= -0,365, p<0,001).

Katılımcıların son 1 ay içinde hissettikleri ağrı beyanları ve VAS skorları ile GDS skorları arasında anlamlı korelasyon vardı (sırasıyla tau-b=0,313, p<0,001; tau-b=0,336, p<0,001).

Katılımcıların GDS skorlarının kesme değere göre durumu ile multimorbidite durumları arasında anlamlı farklılık yoktu ($\chi^2=0,184$, p=0,668).

GDS skorları 6'dan düşük olan katılımcıların MNA skor ortalaması (12,2±1,3), GDS skorları 6 ve üzerinde olan katılımcıların MNA skor ortalamasından (10,9±2,1) anlamlı yüksekti (t=4,550, p<0,001).

Katılımcıların uyku durumlarının depresif olma durumu ile değişmediği gözlemlendi ($\chi^2=0,027$, p=0,870). Cinsel olarak aktif olduğunu beyan edenlerin (3,1±2,9) GDS skor ortalaması, aktif olmadığını beyan edenlerinkinden (5,9±4,1) anlamlı daha düşüktü (t=4,206, p<0,001).

Hiç sigara içmemiş bireylerin GDS skor ortalaması 5,6±4,4 bırakanların ortalaması 3,8±3,1 ve sigara içenlerin ortalaması 4,0±3,4 idi. Kesme değere göre GDS skorları sigarayı kullanım durumuyla değişmiyordu ($\chi^2=4,489$, p=0,105).

Katılımcılardan alkol kullandığını beyan edenlerin (3,1±3,2), hiç kullanmadığını beyan edenlerden (5,3±4,0) anlamlı düşük GDS skor ortalaması vardı (U=856,0, p=0,005).

GDS skoru 6 ve üzerinde olanların oranı düzenli fiziksel egzersiz yaptığını beyan edenler arasında (6, %13,0) yapmadığını beyan edenlerden (34, %73,9) daha düşüktü ($\chi^2=6,754$; $p=0,034$). Haftada en az 3 gün ve üzerinde, en az yarım saat süre ile fiziksel egzersiz yaptığını beyan edenlerin GDS skor ortalaması ($2,8\pm 3,6$), egzersiz yapmayanlardan ($5,9\pm 3,9$) anlamlı düşüktü ($U=555,000$; $p<0,001$).

Hastalık sayısı ve GDS skorları arasında anlamlı korelasyon gözlenmedi ancak kullanılan ilaç sayısı ile GDS skorları arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardı (sırasıyla $\tau\text{-}b=0,107$; $p=0,103$, $\tau\text{-}b=0,134$; $p=0,039$). Multimorbidite ile depresif olma durumu arasında istatistiksel bir fark gözlenmedi ($\chi^2=0,184$; $p=0,668$).

SMMT skorları ile GDS skorları arasında negatif bir korelasyon mevcuttu ($\tau\text{-}b=-0,272$; $p<0,001$). SMMT skorları normal (32, %29,1) ve hafif demansı (9, %75) gösteren katılımcılarda depresif durum daha az oranda görülmekteyken SMMT skorları ağır demansı (5, %83,3) gösteren katılımcılarda depresif durum oranı daha yüksekti. ($\chi^2= 16,047$; $p<0,001$). SMMT skorlarına göre depresif olma durumu Tablo 4.17'de gösterilmektedir.

Tablo 4.18 Katılımcıların GDS ve SMMT ilişkisi			
	Demans	Hafif demans	Normal
Depresif değil	1 (16,7)	3 (25,0)	78(70,9)
Depresif	5(83,3)	9 (75,0)	32(29,1)
Toplam	6 (100)	12 (100)	110(100)

GDS, Geriatrik Depresyon Skalası, SMMT, Standardize Mini Mental Test

GDS skoruna göre normal duygudurumu olan katılımcıların SMMT skor ortalaması ($27,8\pm 2,8$), GDS puanına göre olası depresyonu olan katılımcıların SMMT toplam puan ortalamasından ($25,0\pm 3,3$) istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($t=4,201$; $p<0,001$).

GDS toplam puan ortalaması, SMMT skorlarına göre normal olanlarda $4,1 \pm 3,3$; hafif demansı olanlarda $8,7 \pm 3,9$; ciddi demansı olanlarda $11,2 \pm 4,4$ [3-15] idi. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($F=20,285$; $p<0,001$).

4.4 Fiziksel değerlendirme

4.4.1 Kullanılan cihaz / protez

Katılımcıların herhangi bir cihaz veya protez kullanımını incelendiğinde gözlük kullanan 99 (%77,3) kişi olduğu, gözlük kullanmayanlardan 4 (%3,1) kişinin gözlüğünü aktif kullanmadığı, 3 (%2,3) kişi ise kendisine gözlük önerildiğini ancak ekonomik nedenlerden ötürü alamadığını beyan etmiştir. Katılımcılardan 77 (%60,2) hasta diş protezi kullandığını, diş protezi kullanmayanlardan 1 (%0,8) kişi kullanmadığını, 1 (%0,8) kişi ise ekonomik nedenlerden alamadığını beyan etmiştir. 29 (%22,7) hasta baston/walker kullandığını, 12 (%9,4) hasta işitme cihazı, 2 (%1,6) hasta solunuma yardımcı cihaz kullandığını beyan etmiştir. Toplam 114 (%89,1) katılımcı cihaz veya protez kullanmakta iken 14 (%10,9) katılımcı kullanmamaktaydı.

4.4.2 Fonksiyonel Değerlendirme

Katılımcılar temel günlük aktivitelerini çoğunlukla kendileri yapabilmekteydi. Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinden bağımsız olarak en fazla oranda yapılabilen aktiviteler ilaç içme (%83,6), telefon kullanma(%80,5) ve para ile ilgili işlemler (%73,4) iken katılımcıların büyük bölümü (%68,8) araba kullanmamaktaydı. Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerindeki yeterlilikleri aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Günlük Yaşam Aktiviteleri		Kendisi n* (%)**	Yardımla n* (%)**	Hiç yapamama n* (%)**
Temel	Yürüme	95 (74,2)	31(24,2)	2 (1,6)
	Giyinme	118 (92,2)	8 (6,3)	2 (1,6)
	Banyo	111 (86,7)	10 (7,8)	7 (5,5)
	Yemek yeme	124 (96,9)	3 (2,3)	1(0,8)
	Tuvalet	126 (98,4)	0 (0,0)	2 (1,6)
Enstrümental	Araba kullanma	38 (29,7)	2 (1,6)	88 (68,8)
	Telefon kullanma	103 (80,5)	5 (3,9)	20 (15,6)
	Alışveriş	85 (66,4)	19 (14,8)	24 (18,8)
	Yemek hazırlama	79 (61,7)	21(16,4)	28 (21,9)
	Ev işleri	77 (60,2)	21(16,4)	30 (23,4)
	İlaç içme	107 (83,6)	11(8,6)	10 (7,8)
	Para ile ilgili işlemler	94 (73,4)	15 (11,7)	19 (14,8)

*n=olgu sayısı, ** % satır yüzdesi

4.4.3 Denge ve Yürüyüş

Katılımcıların denge ve yürüyüşleri Tinetti testi ile değerlendirildi. Katılımcıların Tinetti denge testinde ortalama skoru $13,5 \pm 3,6$ [0-16], Tinetti yürüme testinde $9,7 \pm 2,4$ [0-11] ve toplam da ise $23,2 \pm 5,8$ [0-27] idi. Tinetti denge ve yürüme testine göre düşme riski olmayan 86 (%67,2), orta riskte olan 24 (%18,8), yüksek riskte olan 18(% 14,1) kişi vardı. Yaş gruplarına göre Tinetti testi skorları açısından anlamlı fark vardı. 65-74 yaş arası düşme riski yüksek olarak değerlendirilen %7,1 iken 85 yaş ve üzeri bu oran %57,1'e yükselmekteydi. ($\chi^2= 20,972$; $p<0,001$). Katılımcıların yaş grupları ile düşme riski arasındaki ilişki Tablo 4.19'da gösterilmektedir.

Denge sağlama zorluğu olduğunu beyan eden 57 (%44,5) katılımcı vardı. Dengeyi sağlamada zorluk yaşayanlar ile Tinetti testine göre düşme riski açısından anlamlı fark vardı ($\chi^2=14,503$; $p=0,001$). Denge sağlamada zorluk yaşayanların Tinetti testi ortalama skoru($20,6 \pm 7,5$), dengeyi sağlayanlardan

(25,2±2,6) anlamlı düşüktü (U=1235,0; p<0,001). Dengeyi sağlamada zorluk yaşama ile Tinetti toplam puanı, Tinetti denge alt skorları ve tinetti yürüme alt skorları korele idi (sırasıyla tau-b=-0,307; p<0,001, tau-b=-0,303, p<0,001, tau-b=-0,317;p<0,001).

Tablo 4.20 Katılımcıların yaş grupları ile düşme riski arasındaki ilişki						
Yaş aralıkları	Risk yok		Ara risk		Yüksek riskli	
	n*	%**	n*	%**	n*	%**
Genç yaşlı (65-74 yaş)	66	77,6	13	15,3	6	7,1
Yaşlı (75-84 yaş)	19	52,8	9	25,0	8	22,2
İleri yaşlı (≥85 yaş)	1	14,3	2	28,6	4	57,1

*n: vaka sayısı , **%:sattır yüzdesi

Tinetti testine göre cinsiyetler açısından düşme riskinde fark yoktu ($\chi^2=4,436$; p=0,109). Sigara ve alkol kullanma durumu ile Tinetti testi arasında fark saptanmadı (sırasıyla $\chi^2=5,648$, p=0,227; $\chi^2=2,742$, p=0,254). Fiziksel egzersiz yapma durumu ile Tinetti testine göre düşme riski açısından anlamlı fark vardı ($\chi^2=15,603$; p=0,004). Hiç egzersiz yapmayanların Tinetti testi toplam puan ortalamaları 21,5±6,9, düzenli fiziksel egzersiz yapanların ortalamaları 26,0±2,0, ara sıra egzersiz yapanların ortalamaları 25,0±2,6 idi. Haftada en az 3 gün ve yarım saat süre ile fiziksel egzersiz yapanların, hiç egzersiz yapmayanlardan anlamlı yüksek Tinetti toplam puanları vardı (U=591,500; p<0,001).Egzersiz yapmayanlarda Tinettiye göre düşme riski olmayanların oranı %55,3, düzenli fiziksel egzersiz yapanlarda ise %90 idi. Düzenli egzersiz yapanlarda yüksek düşme riski saptanmazken, hiç egzersiz yapmayanların %22,4'ü yüksek riskli olarak saptandı. Katılımcıların egzersiz yapma durumu ve Tinetti Denge ve Yürüme değerlendirmesine göre düşme riski Tablo4.20'de gösterilmektedir.

Tablo 4.21 Katılımcıların egzersiz yapma durumu ve Tinetti Denge ve Yürüme değerlendirmesine göre düşme riski						
Egzersiz yapma durumu	Risk yok		Ara risk		Yüksek riskli	
	n*	%**	n*	%**	n*	%**
Hiç	42	55,3	17	22,4	17	22,4
Haftada en az 3 gün ve yarım saat süre ile	28	90,3	3	9,7	0	0,0
Düzensiz yapan	16	76,2	4	19,0	1	4,8

Multimorbidite ile Tinetti testine göre düşme riski arasında anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=1,462;p=0,481$) ancak hastalık sayısı ile Tinetti skorları arasında negatif korelasyon gözlemlendi ($\tau-b= -0,140; p=0,039$). Kullanılan ilaç sayısı ile Tinetti skorları korele değildi. ($\tau-b=-0,125; p=0,063$).

4.4.4 Düşmeler

Katılımcılardan hiç düşmediğini beyan eden toplam 90 (%70,3), düşme öyküsü olan 38 (%29,7), son bir yıl içinde 1 kez düşen toplam 14 (%10,9) , birden çok kez düşen toplam 24 (%18,8) katılımcı vardı.

Kadınlarda son bir yılda düşme sayısı erkeklerden fazla idi ($U=1567,5; p=0,005$). Yaş ile son bir yılda düşme sayısı arasında anlamlı korelasyon yoktu ($\tau-b=-0,028; p=0,687$). Düzenli egzersiz yapma durumu ile düşme sayısı arasında anlamlı korelasyon yoktu ($\tau-b=1459,0; p=0,264$). Kullanılan ilaç sayısı ve hastalık sayısı ile son bir yılda düşme sayısı arasında anlamlı korelasyon yoktu (sırasıyla $\tau-b=0,001; p=0,990$, $\tau-b=0,085; p=0,243$).

Tinetti denge, yürüme ve toplam puanları ile son bir yılda düşme sayısı arasında anlamlı ilişki yoktu (sırasıyla $\tau b=-0,103 p=0,170$, $\tau-b=-0,152 p=0,051$, $\tau-b=-0,129 p=0,090$).

4.5 Çevresel Değerlendirme

4.5.1 Ekonomik durum

Düzenli aylık geliri olan 93 (%72,7) katılımcı bulunurken 73'ü (%57,0) gelirini yeterli olarak algılamaktaydı. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (113; %88,3) herhangi bir sağlık güvencesi bulunmaktaydı. Düzenli geliri olanların %30,2'si gelirini yetersiz algılamaktaydı.

Erkeklerde düzenli aylık geliri olanların oranı (%81,0) kadınlardan (%64,6) fazlaydı ($\chi^2=4,298$, $p=0,038$), gelirini yeterli algılayanların oranı açısından cinsiyetler arasında fark yoktu ($\chi^2=2,113$, $p=0,146$).

Maddi geliri düzenli olanların SMMT toplam puan ortalaması ($27,6\pm 3,1$) düzenli olmayanlardan ($24,7\pm 4,9$) anlamlı daha yüksekti ($t=-3,953$; $p<0,001$). Maddi gelir algısı yeterli olanların SMMT toplam puan ortalaması ($27,7\pm 3,1$), maddi gelirini yetersiz algılayanlardan ($25,7\pm 4,5$) anlamlı daha yüksekti ($t=-2,923$; $p=0,004$).

Katılımcılardan düzenli gelire sahip olanların GDS toplam puan ortalaması ($4,4\pm 3,8$) sahip olmayanlardan ($6,1\pm 4,2$) anlamlı daha düşüktü ($t=2,189$; $p=0,030$). Katılımcıların maddi gelirini yeterli algılayanların ortalama GDS skoru ($3,8\pm 3,3$), yeterli algılamayanlardan ($6,2\pm 4,2$) anlamlı daha düşüktü ($t=3,667$; $p < 0,001$).

Düzenli aylık geliri olanların GDS skorları, olmayanlardan anlamlı daha düşüktü ($U=1232,5$; $p=0,034$). Maddi gelirini yeterli algılayanların GDS skorları yetersiz algılayanlardan daha düşüktü ($U=1291,0$; $p=0,001$). Düzenli aylık gelir sahibi olma ile depresif olma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmazken ($\chi^2=2,000$; $p=0,157$), maddi geliri yeterli algılama ile depresif olma durumu arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=9,389$; $p=0,002$).

4.5.2 Sosyal Durum

Yalnız yaşayan toplam 22 (%17,2) katılımcı vardı. Kadınların 15'i (%23,1), erkeklerin 7'si (%11,1).yalnız yaşamaktaydı. Biriyle birlikte yaşama ile cinsiyet ve yaş grupları arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla $\chi^2=3,218$; $p=0,073$, $\chi^2=0,457$; $p=0,796$). Kadın katılımcılardan 3'ü (%2,3) çocukları ile aynı veya bitişik binada ancak farklı evlerde yaşamaktaydı. Bu katılımcılar gündelik yaşamlarını yalnız idare etmekteydi. Toplam 2 (%1,6) hasta eşi ve bakıcı ile yaşamaktaydı. Katılımcıların biriyle birlikte yaşama durumu Tablo 4.21'de gösterilmektedir.

	Olgu sayısı	Yüzde
Eş	85	66,4
Çocuk	14	10,9
Akraba	5	3,9
Diğer	8	6,3

Katılımcıların acil durumlarda yardımcı olabilecek kimse olup olmadığı incelendiğinde 8 (%6,2) kişi kimse olmadığını, 120 (%93,7) kişi yardım isteyebileceği birileri olduğunu beyan etti.

Sağlık konusunda rehberlik edebilecek kimsesi olmadığını beyan eden katılımcı sayısı 16 (%12,5) idi. Sağlık konusunda kendisine rehber olabilecek kimse olduğunu beyan edenlerin,84'ü (%65,6) çocuğu, 21'i (%16,4) eşi, 5'i (%3,9) komşusu veya arkadaşı, 3'ü (%2,3) akrabası, 2'si (%1,6) aile hekiminden rehberlik isteyebileceğini beyan etti. Toplam 3 (%2,3) kişi birden fazla kişiden rehberlik isteyebileceğini beyan etti.

Katılımcıların sosyal destek algıları ÇASDÖ ile değerlendirildi. Katılımcıların ortalama ÇASDÖ skorları $50,8\pm 24,8$ [5–84] idi. ÇASDÖ aile alt ölçeği ortalama skoru $18,4\pm 7,9$ [0-28], arkadaş alt ölçeği ortalama skoru $16,0\pm 9,5$ [0-28] ve özel insan alt ölçeği ortalama skoru $16,3\pm 9,3$ [0-28] idi.

ÇASDÖ toplam ve aile, arkadaş ve özel kişi alt ölçek skorları arasında cinsiyete göre anlamlı fark görülmedi (sırasıyla $U=1849,0$, $p=0,342$; $U=1807,5$, $p=0,241$; $U=1767,0$, $p=0,176$; $U=1949,5$, $p=0,635$). Yaşla ÇASDÖ toplam ve aile, arkadaş ve özel kişi alt ölçek skorları arasında anlamlı negatif korelasyon gözlemlendi (sırasıyla $\tau_b=-0,198$, $p=0,002$; $\tau_b=-0,145$, $p=0,027$; $\tau_b=-0,207$, $p=0,001$; $\tau_b=-0,233$, $p<0,001$).

Evlilerde evli olmayanlara göre ÇASDÖ skorlarının anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi ($t=-3,052$, $p=0,003$).

Katılımcıların eğitim durumu ile ÇASDÖ toplam ve arkadaş alt ölçek skoru arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır ($\tau_b=0,151$; $p=0,031$, $\tau_b=0,200$; $p=0,005$).

Hastalık sayısı ile ÇASDÖ skorları arasında anlamlı korelasyon gözlenmedi ($\tau_b=-0,075$; $p=0,249$). Multimorbidite olanların olmayanlar ile ÇASDÖ ortalamaları arasında anlamlı fark gözlenmedi ($U=982,500$; $p=0,721$).

Geriatrik Depresyon Skalası skorları, ÇASDÖ toplam puanları ve alt ölçek skorları ile negatif koreleydi. SMMT skorları ÇASDÖ toplam, arkadaş ve özel alt ölçek skoru ile pozitif korele iken, aile alt ölçek skoru ile anlamlı korelasyon saptanmadı. Katılımcıların bilişsel, duygudurum durumlarının ÇASDÖ ile ilişkisi Tablo 4.22'de gösterilmektedir.

Tablo 4.23 Katılımcıların ÇASDÖ ve alt boyutlarının SMMT ve GDS ile ilişkisi				
	SSMT		GDS	
	tau-b	p	tau-b	p
ÇASDÖ skoru	0,192	0,003	-0,333	<0,001
Aile alt ölçek skoru	0,127	0,063	-0,294	<0,001
Arkadaş alt ölçek skoru	0,219	0,001	-0,365	<0,001
Özel kişi alt ölçek skoru	0,201	0,003	-0,287	<0,001

ÇADSÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği; GDS, Geriatrik Depresyon Skalası; SMMT, Standardize Mini Mental Test

4.6 Aşılar

Katılımcılardan yaşlılık döneminde aşı olan kişilerin toplam sayısı 49 (%38,3) idi. Katılımcıların toplam 40'ı (%31,3) grip aşısı, 9'u (%7) tetanoz, 6'sı (4,7) pnömokok, 3'ü (2,3) meningokok, 1'i (0,8) kuduz aşısı olmuştur. Hiçbir katılımcı yaşlılık dönemi ve öncesinde HBV aşısı olmadığını beyan etmiştir. 10 (%7,8) hasta birden fazla türde aşı olmuştur.

5.TARTIŞMA

Kapsamlı geriatric değerlendirme, bir yaşlının çok sayıda sorununun mümkün olduğunca etkin değerlendirilmesi ve takip edilmesini sağlayan bir yöntemdir (53). Biz bu çalışmada kapsamlı geriatric değerlendirme ile Çanakkale şehir merkezindeki yaşlı nüfusun mevcut sağlık özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Bu çalışmada ileri yaşlıların nüfus içindeki payı %5,5 saptanmıştır. Yaşlıların %17,2'si yalnız yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin çoğunluğu kadınlar olmak üzere %81,3'ü ilköğretim mezunu veya altında eğitim düzeyine sahiptir. Düzenli aylık gelir sahibi olanların, emeklilerin çoğunluğu erkektir, kadınların ekonomik kaynakları çoğunlukla eşleridir. Halen sigara kullanan oranı %7,7, bırakanların oranı %12,3'tür. Yaşlıların %85,2'sinde en az iki kronik hastalık var iken hiç hastalığı olmayan %1,2'dir. En sık görülen hastalıklar Hipertansiyon (%60,2), Osteoartrit (OA) (%43,0), katarakttır (%37,5). Düzenli olarak birden fazla ilaç kullanma oranı %78, en sık kullanılan ilaçlar %60,2 ile antihipertansiflerdir. Yaşlıların %89,1'i en az bir yardımcı cihaz/protez kullanmaktadır. Katılımcıların yalnız %36,5'i normal BKİ'ye sahipken, %30,5'inde malnutrisyon riski saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %44'ünde denge sağlama zorluğu, %14,1'inde yüksek düşme riski saptanmıştır. TGYA bağımsızlık oranları en yüksek olan aktivite %98,4 ile tuvalete gitme, tam bağımlı olunan %5,5 ile banyo yapabilmeyi. Katılımcıların bağımsızlığının en yüksek oranda olduğu EGYA %83,6 ile ilaç içme, kısmi bağımlı olunan %14,4 ile yemek hazırlama ve ev işleri, tam bağımlı olunan %68,8 ile araba kullanma ve %23,4 ile ev işleridir. Tüm aktiviteler içinde en çok kısmi bağımlı olunan aktivite yürüme (%24,2) olarak saptanmıştır. Depresif belirti prevalansı %35,9, kognitif fonksiyon bozukluğu prevalansı %14,1, bunların %33,3'ünü ileri demanslılar oluşturmaktadır.

5.1 Sosyodemografik özellikler

Araştırmamızın sonuçlarına göre, Çanakkale Kepez beldesinde ikamet eden 128 katılımcının 65'i(50,8%) kadın 63'ü(49,2%) erkekti. Kadınların yaş ortalaması 72,6±6,8 [65-91], erkeklerin 73,0±6,0 [65-89] idi. Yaş grupları açısından incelendiğinde genç yaşlı (65 – 74 yaş) oranı %66,4, yaşlı (75–84 yaş) oranı %28,1 ve ileri yaşlı (85 yaş ve üzeri) oranı %5,5'dir. 2015 yılı istatistiklerine göre Türkiye'de yaşlı nüfusun %43,8'ini erkekler, %56,2'sini kadınlar oluşturmaktaydı (78).

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri cinsiyet açısından incelendiğinde, evli kadınların yüzdesi erkeklere göre yaş ilerledikçe belirgin olarak düşmekte iken aynı yaş grubundaki erkeklerin yarısından fazlası evli olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda cinsiyetler açısından görülen bu farklılık ülkemizin güncel yaşlı istatistikleri ile uyumlu idi (79).İlkokul mezunu olmayan ve ilkokul mezunu olan kadın oranı erkeklerden fazla, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan erkek oranı, kadın oranından yüksekti. Bizim çalışmamızda Türkiye verileri ile uyumlu olarak kadınların erkeklerden daha çok işsiz olduğu, erkeklerin kadınlardan daha çok sıklıkta emekli veya çalışan durumda olduğu saptandı (79).

Çalışmamızda yaşlı bireylerde halen sigara içme oranı %16,4, bırakan oranı %30,5, hiç kullanmama oranı %53,1, alkol kullanan 26 (%20,3) katılımcı vardı. Kadınlar erkeklerden daha az oranda sigara ve alkol kullanmaktaydı. Türkiye'de 2013 yılında yapılan bir çalışmada 65-74 yaş arası sigara bırakan %31,7, düzenli ve arasıra kullanan %25,7, 74 ve üzeri yaş grubunda bırakan %34,5, düzenli ve arasıra kullanan %11 olarak saptanmıştır (80). Çanakkale il merkezini kapsayan 2013 yılında yayınlanan Çanakkale Yaşlı Atlası'nda incelenenlerin %11'inin düzenli, %5'inin arasıra sigara kullandığı, %19'unun arasıra alkollü içecek kullandığı belirtilmiştir (15). Yapılan bir metaanalizde (n=140,058) yaşlılarda sigara içme prevalansının %13 (erkeklerde %22, kadınlarda %8) olduğu, sigara yaşlı erkeklerin sigara kullanma prevalansının kadınlardan daha yüksek olduğu ancak, son yapılan çalışmalarda kadın içici sayısının artmakta olduğu bildirilmiştir. Sigara kullanımının en yaşlı kesimde

azalmasının nedeni aydınlatılamamıştır. Son dönemlerde yaşlılarda sigara kullanımı önemli ve önlenebilir bir sağlık sorunu olarak dikkat çekmeye başlamıştır (81).

5.2 Medikal değerlendirme

Çalışmamızda hiç kronik hastalığı veya rahatsızlığı olmayan 2 (%1,6), multimorbidite saptanan 109 (%85,2) yaşlı birey vardı. Çalışmamızda yaşın ilerlemesi ile hastalık sayısı arasında birliktelik saptanmadı. Antalya'da 400 katılımcıyla yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %75,5'inde multimorbidite saptanmıştır (25). İskoçya'da 2012'de yapılan bir çalışmada (n=1,751,841), multimorbidite prevalansı yaşlı bireylerde diğer yaş gruplarından daha yüksek saptanmıştır.(82). Hollanda'da yapılan bir çalışmada multimorbidite prevalansı 60-79 yaş arası erkeklerde %60,9, 80 yaş ve üzeri %74,2, kadınlarda sırasıyla %64,9 ve %79,9 olarak saptanmıştır. Multimorbidite yüzdelerinin düşük olduğu çalışmalar incelendiğinde aradaki farkın, komorbiditelerin tanımlanmasındaki kısıtlılıkların kaynaklanabileceği belirtilmiştir (83).

Bizim çalışmamızda multimorbiditenin yüksek yüzdede saptanması yalnızca sık görülen kronik hastalıkları değil, yaşlıda görülen tüm kronik durumları dâhil etmemizden kaynaklanabilir. Çünkü osteoporoz, katarakt gibi bir takım kronik hastalıklar ölümcül sonuçlar doğurmamasına rağmen kişinin yaşam kalitesini bozacak birçok fonksiyonel kayba neden olmaktadır (84). Ayrıca çalışmamızda yüksek multimorbidite oranına rağmen hastalık sayısı ile yaş arasında doğrusal ilişkinin olmaması bir çelişki gibi görünmektedir. Ancak yaşın ilerlemesi multimorbiditeyi etkileyen tek faktör değildir. Kişilerin yaşadığı sosyo-ekonomik koşulların, sahip olunan hastalık özelliklerinin önemli etkisi olduğu, multimorbiditesi olanların üçte ikisinin 65 yaş ve altında olduğu belirtilmektedir (82). Kronik durumların sayısının artmasının kapasiteyi azaltmakta olduğu belirtilmiştir. Ancak fonksiyonelliğin azalmasında en önemli etken hastalık sayısı değil belli hastalıkların olması ve birbiriyle etkileşimidir (35).

Dünya’da 60 yaş ve üzeri bireylerde en çok hastalık yükü oluşturan hastalıklar başlıca kardiyovasküler hastalıklar (%30,3), maligniteler (%15,1), kronik solunum yolu hastalıkları (%9,5) , kas-iskelet sistemi hastalıkları (%7,5), nörolojik ve mental hastalıklar (%6,6) olarak saptanmıştır (85). Bizim çalışmamızda kronik hastalıkların dağılımına baktığımızda en sık görülen hastalıklar HT (%60,2), OA (%43,0), katarakt (%37,5), GIS hastalıklar (%28,9), duyu organlarına ait rahatsızlıklar (%25), DM (%24,2), kalp hastalıkları (%23,4) idi. Çanakkale Yaşlı Atlasında da en sık görülen hastalığın %59,2 hipertansiyon olduğu saptanmıştır (15). Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda yaşlılarda sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla; HT %30,7, OA %13,7, kronik kalp yetmezliği %13,7, DM %10,2, koroner arter hastalığı %9,8 ve osteoporoz %8,2 olduğu saptanmıştır (13). Antalya’da yapılan bir çalışmada yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar %66,3 HT, %28,2 DM, %26,8 koroner arter hastalığı, %20,8 HL, %19,8 depresyon olarak saptanmıştır (25). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada yaşlılarda en sık görülen hastalıklar başta kardiyovasküler (%58,7),kas-iskelet sistemi (%35,4) ve endokrin sisteme ait hastalıklar (%20,5) görülmektedir (86). Yaşlılarda kronik durumların sayısının artması sonucunda kullanılan ilaç sayıları ve polifarmasi görülme sıklığı artmaktadır (87). Bizim çalışmamızda yaşlı bireyler günde ortalama $4,6\pm 3,3$ ilaç kullanmaktaydı. Kişilerin yaşları ilerledikçe değil hastalıkları arttıkça kullandıkları ilaç sayıları artmakta idi. Kadın katılımcılar günde ortalama $5,4\pm 3,3$ ilaç ile erkeklerden ($3,7\pm 3,0$) daha fazla sayıda ilaç kullanmakta idi. En sık kullanılan ilaçlar %60,2 ile antihipertansifler, %40,6 mide ilaçları, %35,1 NSAİD, %19,5 vitaminler, %18,7 oral antidiyabetikler idi.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaklaşık her dört yaşlıdan birinin beş ve daha fazla sayıda ilaç kullanmakta olduğu saptanmıştır (86). Amerika’da yapılan bir çalışmada yaşlıların %87’si en az bir ilaç, %36’sı 5 ve üzeri ilaç , %38’i reçetesiz ilaç kullanmakta olduğu saptanmıştır (88). Birçok çalışmada en sık kullanılan ilaç grubunu antihipertansifler ve kardiyovasküler ilaçlar, gastrointestinal ilaçlar ve santral sinir sistemi ilaçları oluşturmaktadır (89). Amerika’da yapılan bir çalışmada özellikle antidepresan ilaç grubunda olmak üzere pek çok ilaç grubunda kadınların erkeklerden daha fazla ilaç kullandığı

saptanmıştır (90). Brezilya'da yapılan bir çalışmada kadınların 79 yaşından sonra kullandıkları ilaç sayılarının erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır (91).

Çalışmamızda elde edilen verilere göre katılımcıların günde ortalama kullandıkları ilaç sayıları polifarmasi sınırına yakındır. Polifarmasiyi azaltmak için yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı önerilmektedir. Yaşlılıkta birden çok ve uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalıklara sık rastlanması nedeniyle, sağlık çalışanlarının özellikle yaşlı popülasyonda dikkatli ve özenli yaklaşımı önerilmektedir (92). Yaşlılıkta benzer etken maddeli ilaçların araştırılmadan reçete edilmesi, yaşlılıkta kullanılması fizyolojik açıdan ve yan etkiler açısından riskli olan ilaçların takipsiz kullanılması, bir ilacın yan etkisinin farklı bir belirti olarak değerlendirilip bu durum için de reçete verilmesi, ilaç tedavisi gerektirmeyen durumlarda yaşam tarzı değişikliği veya ilaç dışı öneriler yerine gereksiz reçete düzenlenmesi kaçınılması gereken durumlar olarak belirtilmiştir (93).

Yaşlılarda kronik hastalıkların bir diğer önemli sonucu da malnutrisyondur. Drewnowski ve Shultz, Amerika'daki yaşlıların %85'inde esansiyel besinlerin emilimini, transportunu, metabolizmasını ve atılımını etkileyecek en az bir kronik hastalık olduğunu belirtmektedir (54).

Çalışmamızda yaşlıların beslenme durumları ağırlık ölçümü ve kilo kaybı, BKİ, MNA ile değerlendirildi. Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre çoğunluğu (%36,5) kilolu, normal (%26,2) ve evre 1 obez (%24,6) idi.

Yaşlılarda ortalama ağırlık yaşla birlikte azalmaktadır. Gelişmiş ülkelerde erkeklerde 65 yaş civarından, kadınlarda 75 yaş civarından sonra ortalama ağırlığın azalma eğiliminde olduğu, her iki cinsiyette 75 yaştan sonra ortalama BKİ'nde azalma olduğu saptanmıştır. Yaşlanma sürecinde karın çevresinde yağ doku artarken, derialtında azalmaktadır. Vücut suyu içeriği azalması, kas kütlelerinde azalma erkeklerde daha belirgindir. Aynı BKİ değerine sahip yaşlı bireyler, genç bireylere göre daha çok toplam vücut yağına sahiptir. Yüksek

BKİ'li gençler daha fazla derialtı yağ tabakasına sahipken düşük BKİ'li yaşlılarda kas kitlesi daha fazladır (94). Bu durum yaşlılarda BKİ'nin beslenme durumunun değerlendirilmesindeki kesim noktalarını etkilemektedir. Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Topluluğu (ESPEN) 2015 konsensüs kararında yetişkin bireylerde malnutrisyon riski için önerilen kesim noktası ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) kullanılabileceği gibi alternatif olarak da hasta eğer >70 yaş ise $<20 \text{ kg/m}^2$, ≤ 70 yaş ise $<22 \text{ kg/m}^2$ kesim noktası kullanılabileceği önerilmektedir (95). Biz kesitsel çalışmamızda DSÖ'ye göre olan sınıflandırmayı kullandık ancak yaşlı bireylerin klinik takibinde ESPEN'in yeni önerileri doğrultusunda yaklaşım izlemek daha uygun görünmektedir.

Beden kitle indeksi ve mortalite arasındaki ilişkiyi incelemek üzere 57 prospektif çalışmanın ortak araştırmasında ($n=900.000$), BKİ'nin optimum düzey olan $22,5-25 \text{ kg/m}^2$ 'nin altında ve üzerinde olmasının tüm mortaliteler için güçlü bir prediktör olduğu tanımlanmıştır. Bu kesim noktası üzerindeki değerlerin çoğunlukla vasküler hastalıklar nedeniyle olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre ortanca sağ kalım BKİ $30-35 \text{ kg/m}^2$ iken 2-4 yıl azalmakta, $40-45 \text{ kg/m}^2$ iken 8-10 yıl azalmaktadır. $22,5 \text{ kg/m}^2$ altında mortalitenin esas olarak sigara içimiyle ilişkili hastalıklardan kaynaklanabileceği saptanmıştır ancak ilişki düzeyi yeterince açıklanamamıştır (96). BKİ ile ilgili yapılmış çalışmalarda BKİ normal kesim noktası altında olmasının mobiliteyi azalttığı, yüksek BKİ'in aşikâr yeti yitimi ile ilişkili olduğu konusunda fikir birliği vardır.(97)

Çalışmamızda mini nutrisyonel değerlendirmeye (MNA) göre katılımcıların %30,5'i malnutrisyon riski altında, %3,1'i malnutrisyonda idi. Ankara'da bir geriatri polikliniğine başvuran hastaların %28'inde beslenme bozukluğu, İstanbul'da yapılan çalışmada ise polikliniğe başvuran hastalarda malnütrisyon riski %31, malnütrisyon oranı %13 olarak saptanmıştır (53,98). İspanya'da yaşlılarda malnutrisyon prevalansı toplumda %6,9 ve %27,6, hastanelerde %24,6 ve %69,2 oranında görülmektedir. Mini nutrisyonel değerlendirmeyi esas alan farklı ülkelerde yapılan çalışmalar karşılaştırılabilir sonuçlar içermektedir (99).

Malnutrisyon riski altında olanları saptamak ve zamanında müdahale ile mortalite ve morbidite artışına neden olan beslenme bozukluklarının önüne geçilebilir (53). Malnutrisyon kognitif fonksiyonların bozulması, kişinin kendisine bakmasını sağlayan yaşam aktivitelerini bozarak bağımlılık riskinde artışa neden olmaktadır (35).

5.3 Kognitif değerlendirme

Global demans prevalansı çalışmasına göre demanslı birey sayısı dünyada, 2010 yılında 35,6 milyon olduğu, bu rakamların her 20 yılda 2'ye katlanacağı ve 2030 yılında 65,7 milyona, 2050'de 115,4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Geleceğe yönelik bu rakamların koruyucu müdahaleler, tedavi ve bakımın geliştirilmesi, progresyonu yavaşlatıcı müdahaleler ile modifiye edilebileceği bu nedenle tüm ülkelere bu konu hakkında ulusal çalışmaları düzenli ve devamlı bir şekilde izleyecek komisyonlar oluşturulması önerilmektedir (100).

Bizim çalışmamızda kognitif fonksiyon bozukluğu prevalansı %14,1 olarak saptandı. Çalışmamızda genç yaşlıların (65-74 yaş) yaşlı ve ileri yaşlılardan, erkeklerin kadınlardan, evli olanların dul olanlardan, halen çalışan yaşlıların emekli olanlardan, eğitim seviyesi yüksek olanların düşük olanlardan, olanların daha yüksek SMMT skorları olduğu görüldü. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar vardı (101).

Dünya'da her 5 Alzheimer demans vakasından 1'i (topluma atfedilen risk, %19,1) eğitim seviyesinin düşüklüğüne bağlanmaktadır. 2010 için küresel olarak 6,5 milyona yakın vakanın başkaatfedilebilir risk faktörleri nedeniyle, AD insidansını azaltmak için eğitim seviyesinin yükseltilmesi, vasküler hastalıklar ve depresyon prevalansının etkin yöntemlerle düşürülebileceği önerilmektedir (7).

Çalışmamızda sigara kullanmanın bilişsel fonksiyonlar üzerine etkisi görülmedi ancak alkol kullananlarda anlamlı yüksek SMMT skorları saptandı. 2008 yılında yapılan bir metaanalizde nikotinin kısa süreli hafıza, dikkat ve öğrenme yönünde olumlu etkisi olsa da sigara içiyor olmanın sağlığa verdiği

zararlar nedeniyle Alzheimer (AD) ve diğer demans riskini artırdığı belirtilmiştir (102).

Dünya Sağlık Örgütü alkol ve sağlık global raporunda alkol tüketenlerin oranının yaş ilerledikçe düşmesine rağmen, yaşlı içicilerin diğer yaş gruplarından daha sık alkol tüketme eğiliminde olduğunu ve geçmişte tükettiği miktarın yaşlandıkça yarattığı etkinin artmasına bağlı yaralanma riskinin daha da arttığını belirtilmiştir. Alkolün yol açtığı zararların tüketilen alkolün miktarı, türü ve içme paterni ile ilişkili olduğu bu nedenle zararlı kullanımları azaltacak yönde politikalar geliştirilmesini önermektedir (103).

Çalışmamızda alkol tüketim paternleri açısından sınıflama yapılmamıştır, alkol tüketenlerin çoğunluğu yalnızca sosyal ortamlarda tükettiğini beyan etmiştir. Ancak kesitsel çalışmalarda bireylerin tükettikleri miktarın daha azını söyleme eğiliminde olmaları gözardı edilmemelidir (103).

Aksi kanıtlar olsa da hafif veya orta düzey içki içmenin, şarap tüketmenin kognitif gerilemeyi azalttığı ve koruyucu etki gösterdiği yönünde çalışmalar vardır (104). 2013 yılında yapılan bir çalışmada kadınlarda haftada 8 birim ve üzeri alkol tüketmenin algısal hızda daha az gerilemeye yol açtığını, alkolün hafıza, ilişkilendirme ve sayısal yetenekler gibi kognitif fonksiyonlarla anlamlı ilişkisi olmadığını, haftada 7 birim alkol tüketmenin yaşlılarda sözel ve uzaysal yetenek performansında olumlu etkisi olduğunu, ileri yaşlılarda ise kognitif gerilemeyi artırdığı yönünde bulgular ortaya koymaktadır. Ancak bu çalışmalar kanıt yetersizliği nedeniyle alkolü kognitif gerilemeyi azaltıcı öneri olarak sunmamaktadır (104).

Uyku bozuklukları ve kognitif fonksiyonlar üzerine literatürde farklı görüşler olsa da yakın zamanda yapılmış kapsamlı bir çalışmada demans hastalarında ve hafif kognitif bozuklukta uyku bozukluklarının sık görülmekte olduğu ancak kognitif fonksiyonları olumsuz etkileme yönünde bir bulgu olmadığı saptanmıştır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte demansa yol açan nöropatolojik mekanizmaların eş zamanlı uyku bozukluğuna neden olabileceği, depresyonun eşlik etmesinin de uyku bozukluğunu tetikleyebileceği

ve uyku bozukluğun da çift yönlü olarak depresyonu tetikleyebileceği öne sürülmektedir (105). Japonya'da yapılan bir çalışmada uyku bozukluğu ve kognitif fonksiyonların ilişkisi olmadığı, hatta düşük SMMT skorları olan yaşlıların uyku süresinin daha uzun olduğunu saptamıştır (106). Bizim çalışmamızda da uyku düzeni ile kognitif fonksiyonların değişmediği görüldü.

Yaşlılarda cinsel aktivitenin kognitif fonksiyonlarla ilişkisini inceleyen bir çalışmada cinsiyete bağlı bazı farklılar tespit edildiği bildirilmiştir. Cinsel aktif olmak yaşlı erkeklerde genel kognitif fonksiyonlarda olumlu etki gösterirken, yaşlı kadınlarda fark saptanmamıştır (107). Bu çalışmanın verilerini kıyasladığı başka bir çalışmada yaşlı erkekler için benzer etki bildirilirken, yaşlı kadınlar yönünden hafıza fonksiyonuna olumlu etkisi saptanmıştır (107). Bizim çalışmamızda kognitif fonksiyonlarla cinsellik, cinsiyet açısından incelenmemiş olup, literatüre uygun olarak cinsel aktif olan yaşlı bireylerin, olmayanlardan daha yüksek kognitif performans skorları olduğu gözlenmiştir.

Yakın zamanda yapılan bir sistematik derlemede, son dönemlerde yaşlanmanın beden ve zihin üzerindeki olumsuz etkilerinden korumak için fiziksel aktivite ve egzersizin yaşam tarzı haline getirilmesini öneren çalışmaların sayısının arttığını ancak fiziksel aktivitenin kognitif gerileme hızını nasıl etkilediğinin halen anlaşılamadığı bildirilmiştir. Bu derlemeye göre birçok günlük aktiviteyi de içeren geniş bir fiziksel aktivite tanımı ile belli hareketlerin olduğu yapılandırılmış programlar uygulamanın yaşa bağlı kognitif gerilemeyi önlemede benzer yararı olup olmadığı önemlidir. Fiziksel aktivite çalışmalarında spesifik olmayan çeşitli eylemler yer alırken, fiziksel egzersizde süre ve yoğunluk açısından daha kontrollü programlar incelenmektedir. Yaşlılarda hangi tür egzersizin, ne kadar süre ve yoğunlukta uygulandığında kognitif fonksiyonlarda olumlu etki gösterdiğine dair ileri çalışmalar gerektiği bildirilmektedir (108). Bizim çalışmamızda haftada en az 3 gün ve en az yarım saat süre ile düzenli egzersiz yapanların hiç yapmayanlardan anlamlı yüksek SMMT ortalama skorları olduğu saptandı.

Bizim çalışmamızda literatüre uyumlu olarak düşük SMMT skorları olanlarda MNA'nın da düşük olduğu gözlenmektedir (98). Yeni tanı AD

hastalarının beslenme yönünden incelendiği bir çalışmada malnutrisyon riskinin arttığı, günlük yaşam aktivitelerindeki bozulmanın bağımsız bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (109).

Çalışmamızda multimorbidite olan ve olmayan yaşlı bireylerin kognitif fonksiyonları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. Kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı ile kognitif fonksiyonlar arasında korelasyon yoktu. Bu konudaki verilerimiz literatüre uymamaktadır. 2015 yılında yapılan bir metaanalizde yer alan çalışmalarda kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere pek çok hastalığın yaşlanma ile ilişkili olduğu, demans ve ciddi kognitif bozukluk için risk faktörü olduğu tanımlanmıştır. Demans/ciddi kognitif bozukluk olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldığı geniş nüfusu içeren kohort çalışmalarında etkilenen bireylerde multimorbiditenin, hastalık yükünün ve sağlık masraflarının daha fazla olduğu gösterilmektedir (110). Komorbiditeler beyin gibi metabolik aktivitesi yüksek organlarda önemli ve hızlı değişikliklere neden olmaktadır. Obezite, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol seviyesi, HT, DM, kalp yetmezliği ve karaciğer disfonksiyonu olan hastalarda B12, D2 ve D3 vitaminlerinin eksikliğinin giderilmesi ile kognitif performansın olumlu etkilendiği gösterilmiştir (111).

Kognitif fonksiyonların kronik ağrı için bir prediktör olup olmadığının incelendiği yakın zamanda yapılan bir prospektif kohort çalışmasında, kronik ağrının özellikle hafıza, dikkat ve düşünsel esneklik gibi kognitif fonksiyonlarda bozukluğa yol açtığı iyi bilindiği, bu fonksiyonlar ile ağrı modülasyonunda yer alan beyin bölgelerinin çakıştığı belirtilmiştir. Kişinin ağrısına dikkatini vermesi nedeniyle karmaşık bilişsel görevleri yerine getirememesine neden olduğu (Legrain ve ark., 2009; Lautenbacher ve ark., 2010) bildirilmektedir. Premorbid bilişsel esnekliğin ve hafıza kapasitesinin sınırlı olmasının, ağrı karakterinin nöropatik olmasının ve bazı serebral durumların, ağrının kronikleşmesine neden olabileceği belirtilmektedir. Ancak bu çalışmanın sonuçlarına göre kognitif fonksiyonların kronik ağrı için bir prediktör olup olmadığı halen bilinmemektedir.(112)

Bizim çalışmamızda algılanan ağrı şiddeti ve kognitif fonksiyonlar arasında negatif korelasyon saptandı. Amerika'da yaşlılarda ağrı prevalansı ve ağrının etkilerini inceleyen bir çalışmada demans ve kognitif performansın etkisi saptanmamıştır (113)

Hollanda'da ağrının yaşla ilişkisini inceleyen bir çalışmada, klinik ağrı skalası yüksek olan gençlerde yürütücü işlevler ve hafıza performansında düşüş saptanmıştır. Yaşlılarda ise durum tersinedir, ağrı ve kognitif test performansı ilerleyen yaşla ilişkili bulunmamıştır. Hatta klinik ağrı skorları düşük olan yaşlıların yürütücü işlev performansında azalma tesbit edilmiştir. Yaşlanmada kognitif fonksiyonlardaki düşüşün nedeni olabilecek vaskülarizasyon değişiklikleri gibi birçok neden vardır. Ağrı olmaksızın da yaşın ilerlemesi ile kognitif fonksiyonlardaki düşüş iyi bilinmektedir. Ancak kognitif fonksiyonlar bozuldukça kişi, yaşadığından daha az ağrı şiddeti belirtebilmektedir (114).

Alzheimer demanslı hastalarla yapılan bir deneyde nosiseptif bilginin santral süreçlerinde bozukluk olmadığı hatta hastalar için bu rahatsız edici hissin nasıl değerlendirileceğini ve ne yapacaklarını değerlendiremedikleri için daha da rahatsız edici olabileceği (115), ağrı sırasında yüz ifadelerinin gözlendiği deneylerde, demansı olmayan hastalar ile benzer ağrı şiddeti yaşadıkları ve yüz ifadesinde buldukları gösterilmiştir (116).

5.4 Duygudurum değerlendirmesi

Yaşlı bireylerde depresyon sık görülen bir sağlık problemidir. Kişinin yaşam kalitesini bozması ve komorbiditelere neden olması açısından önemlidir ancak tanı ve tedavi oranları düşüktür (117). Bu nedenle birinci basamakta ileri yaşlılarda depresyon semptomları ve belirtileri sorgulamak önemlidir (118). Geriatrik depresyonun öncü belirtileri olabilmesi nedeniyle yaşlılarda atipik bedensel belirtilerin dikkate alınması önerilmektedir (119). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda yaşlılarda depresyon oranları %35-40 civarında, depresif belirti sıklığı, %47, %55; Amerika'da çok etnikli bir çalışmada depresyon prevalansı %11,19 olarak belirtilmiştir (117, 120, 121). Almanya'da yapılan bir çalışmada yaşlılarda depresyon insidansı erkeklerde 36,8, kadınlarda 46,0

/1000 kiş-yılı olarak saptanmıştır. 75-79 yaş arasında 35,4 /1000 kiş-yılı olan insidans 79-85 yaş arasında 75,2 /1000 kiş-yılı olmaktadır. Özellikle 85 yaş ve üzeri olmak, mobilite bozuklukları olması, görme bozuklukları, hafif kognitif bozukluk, öznel unutkanlık Şikâyeti ve halen sigara içiyor olmanın depresyon görülme oranlarını artırdığı bildirilmiştir (118). Çalışmamızda literatüre uygun olarak depresif belirti prevalansı %35,9 olarak saptandı. 65-74 yaş aralığında %29,4 iken 85 yaş ve üzeri %71,4 oranında görülmekteydi.

Dışcigil ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada depresyon için kadın cinsiyet, dul olma ve multimorbidite risk faktörleri olarak belirlenirken, zen ve ark çalışmasında kadınlarda, 70-75 yaş aralığında olanlarda, yalnız yaşayanlarda depresif belirtiler daha sık bulunmuştur (122,123). Bizim alışmamızda kadınlarda, evli olmayanlarda, işsizlerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda depresif belirtiler daha sık saptanmıştır. Bu çalışmaların aksine bizim çalışmamızda multimorbidite geriatrik depresyonla ilişkili saptanmamıştır. Bizim bu bulgumuzu destekleyen in'de yapılan bir çalışmada, Charlson komorbidite indeksi kullanılarak kronik hastalık sayısı ile depresif ve depresif olmayan grup arasında fark saptanmamıştır (124). Yine lkemizde yapılan bir çalışmada da depresif belirtiler kronik hastalık sayısı ile ilişkili bulunmamıştır (125). Almanya'da yapılan çalışmada eğitim seviyesi, medeni durum ve kronik hastalıkların varlığının depresyon insidansına katkıda bulunmadığını belirtilmiştir (118).

Çalışmamızda depresyon skorları ile kullanılan ilaç sayısı arasında pozitif yönlü korelasyon gözlenmekteydi. Yakın zamanda Çanakkale bölgesinde yapılan bir çalışmada da depresif yaşlılarda polifarmasi sıklığı artmış bulunmuş ancak polifarmasi için GDS skoru anlamlı bir değişken olarak saptanmamıştır (126).

Çalışmamızda, depresif olanların MNA skorları daha düşük bulundu. Bu bulgular literatürde iyi tanımlanan depresyon, kognitif fonksiyonlar ve beslenme arasındaki iki yönlü ilişkiyi desteklemektedir (111). Randomize kontrollü bir çalışmada, hafif kognitif bozukluğu olan yaşlılarda DHA ve EPA takviyesinin

depresif semptomları azalttığı, n-3 PUFA takviyesinin demans progresyonunu geciktirebileceği bildirilmektedir (127).

Bizim çalışmamızda depresif semptomlar arttıkça, genel sağlık algısı azalmakta, sübjektif ağrı şiddeti artmakta idi. Depresyonu olan yaşlılarda kronik ağrı sıklığı ve şiddetinin arttığı iyi bilinmektedir. Bu nedenle ağrı şikâyeti olan yaşlıların duygudurum açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (128).

Çalışmamızda yaşlılarda cinsel aktivite duygudurum açısından incelendiğinde literatüre uygun olarak, depresif belirtilerin cinsel aktif olmayanlarda daha fazla olduğu görüldü. Depresyon ve antidepresan ilaçların cinsel disfonkiyon için risk faktörü olduğu, erektil disfonksiyonu olan erkeklerde depresyonun daha sık görüldüğü literatürde belirtilmiştir (129). Ülkemizde yapılan bir çalışma doktorların ileri yaş cinselliği hakkında farkındalığının düşük seviyede olduğunu göstermektedir (130). Cinsellik ve ilişkili sorunlar fiziksel, mental, sosyal ve kültürel açıdan insan sağlığı ile etkileşimde olması nedeniyle hekimlerin, yaşlı hastalarıyla ifade edemediği cinsel sorunları konuşabilmesi önerilmektedir (129).

Bizim çalışmamızda yaşlı bireylerin egzersiz durumları ve depresyon ilişkisi incelenirken, hiç egzersiz yapmayanlar, düzensiz yapanlar ve düzenli yapanlar kıyaslanmış, haftada en az 3 gün, yarım saat süre ile orta yoğunlukta egzersiz yapan yaşlı bireyde depresyon belirtilerinin daha az olduğu saptanmıştır. Bizim verilerimiz literatürle uyumludur. Bu konuda yapılan bir metaanalizde fiziksel egzersiz çeşitleri, süreleri, yoğunlukları açısından incelenerek, depresyonu olan yaşlı bireylerde özellikle aerobik egzersizlerin tedavi yanıtını arttığını, ancak egzersizin depresyon tedavisindeki etkinliğinin yaş ve hastalığın şiddetinden etkilendiği belirtilmektedir (131). Brezilya'da yapılan bir çalışmada haftada en az iki gün, 30 dk süre ile orta yoğunlukta bir aerobik egzersiz uygulamanın yaşlılarda depresif semptomları azalttığı ve güçlendirme tedavisinde kullanılabileceğini önermektedir (132). Bunlarla birlikte fiziksel aktivitenin sosyalleşme, öz-güven artırma ve diğer hastalıklara olumlu etki ederek veya önleyerek sağladığı yararlar bir diğerini beslemektedir (35).

Yaşlı kadınlarda ileri yaş depresyonu ile ilgili yapılmış (n=21,768) geniş bir çalışmada, 10 yıl boyunca hastalar izlenmiş ve fiziksel/fonksiyonel kısıtlılıkların %60 oranında yeni vaka gelişmesinde en önemli risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda İleri yaş depresyonu yeni gelişen vakaların 1/3'ünde uyku problemleri, egzersiz yapmama ve ağrının önemli faktörler olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada fiziksel aktivite ve sigara içimi bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur. Kronik hasta/yeti yitimi olan hastalara bakmanın depresyon riskini yükselttiği başka çalışmalarda tanımlanırken, ek olarak torunlara veya çocuklarına bakıyor olmanın depresyon riskini azalttığını saptamışlardır (133). Birinci basamakta egzersizin artırılması, ağrı ve uyku bozukluklarına erken müdahale ve depresyonun klinik belirtileri oluşmadan önce önlemenin, toplumda depresyon yükünü önemli oranda azaltılabileceği belirtilmiştir (133).

Bizim çalışmamızda yaşlılarda halen sigara kullanımı, bırakmış olma ve hiç kullanmama ile depresif durum değişmezken, alkol kullananlarda olası depresyon daha az saptandı. Bu veriler literatür ile uyuşmamaktadır. Literatürde halen sigara kullanıyor olmanın depresyon için risk oluşturduğunu ancak alkol ile ilişkisi olmadığını (118) ve ağır derece alkol tüketmenin yaşlı kadınlarda depresyonla ilişkisi olduğunu (133) belirten güçlü yayınlar vardır.

İleri yaşta başlayan depresyon, genç yaşta görülen depresyondan farklı özellikler ve risk faktörleri taşımaktadır (134). İleri yaş depresyonunda kognitif bozukluklar sık görülmektedir (135). Bhalla ve ark ileri yaş depresyonu sonrası, hafif kognitif bozukluk riskinin iki kat arttığını göstermiştir (136). Depresif semptomlar majör depresyon hastalarında %40-50 oranında, Alzheimer hastalarında %10-20 oranında görülürken, hafif kognitif bozuklukta %3-63 oranında görülebildiği bildirilmiştir (137). Yanısıra hafif düzeyde kognitif bozukluğa ileri yaş depresyonunun eşlik ettiği yaşlılarla (%13,6) , depresyon olmaksızın hafif kognitif bozukluğu olan yaşlıların kıyaslandığı bir çalışmada, depresif olmayanlara (%1,9) göre daha yüksek oranda demans geliştiği gözlenmiştir (138).

Bu konuda yapılan en güncel çalışmalardan birinde geçmişinde majör depresyon öyküsü olan ancak akut depresyonu olmayan yaşlıların takipte demans geliştirmedeği çoğunlukla kognitif performanslarının normal olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada başlangıçta demansı olmayan, ortalama 81 yaşında 2,709 hastanın kognitif performansı, depresif semptomları olan ve olmayanlar ile müteakip demans geliştiren ve geliştirmeyen hastalar arasında kıyaslanmıştır. 6 yıllık takipte demans ve depresyon gelişimine bakılmıştır. Takipte demans gelişmeyen depresif hastalarda az ve orta kognitif defisitler saptanırken, takibinde demans gelişen depresif hastalarda orta ve ciddi kognitif defisitler gelişmiştir. Öğrenme ve hafızaya ilişkin kusurların depresif semptomları olanlarda demans için risk oluşturduğunu saptamışlardır. Önceden majör depresyonu olan ve sonradan demans gelişmeyen hastaların kognitif defisitlerinin olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte öğrenme ve oryantasyon defisitlerinin önceden majör depresyonu olan hastalar için de demans için risk olabileceğini saptamışlardır (135).

Bizim çalışmamız verileri de literatüre uyumlu olarak depresif belirti saptanan yaşlılarda kognitif fonksiyonların daha düşük olduğunu ve kognitif fonksiyon bozukluğu ileri düzeyde olanların da depresif skorlarının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Primer bir duygudurum bozukluğuna eşlik eden sekonder kognitif bozulma "pseudodemans" olarak tanımlanmaktadır. Literatürde başka nedenler de tanımlanmış olsa da en sık unipolar veya bipolar depresyon sonrası tanımlanmandığı belirtilmektedir (139). Pseudodemans klinik olarak gerçek demansa benzerdiği, tamamiyle geri dönüşlü olmaması, residüel kognitif bozukluğa neden olabilmesiyle organik açıdan (vasküler demans için 3 kat, AD için 2 kat risk) demans için prodrom (140) olduğu yönünde yayınlar vardır (141). Saez-Fonseca hastaneye başvuran kognitif fonksiyon bozukluğu olmayan depresif hastalardan, pseudodemans kliniği ile başvuranlardan, ortalama 5-7 yıllık takipte demans gelişmesi açısından rölatif risk yaklaşık 4 olarak açıklanmıştır (142). Kanıtlar depresyonun demans için bir risk faktörü olduğunu,

özellikle ileri yaşta duygudurum bozukluklarının erken tedavisinin veya önlenmesinin önemli olduğu bildirilmiştir (139).

Sonuç olarak, ileri yaş depresyonu ve demans arasındaki ilişki için değişik açıklamalar mevcuttur. Geç yaşta başlayan depresyon, demansın erken belirtisi olarak ortaya çıkabilmekte, depresyon varlığı da sosyal, vasküler ve nörokimyasal değişikliklerle kognitif bozulmaya neden olarak demans nedeni olabilmektedir. Ayrıca her iki hastalığın oluşmasına neden olabilecek serebrovasküler hastalıklar gibi ortak risk faktörleri de demans ve depresyonun bir arada görülmesine neden olmaktadır (143).

Depresyon ve demans arasındaki gerçek bağlantılar net olarak ortaya konamamış olsa da Richard ve ark., ileri yaş depresyonunun kognitif gerileme oluşumuna eşlik ettiğini, ancak öncülü olmadığını, vaka kontrol ve boylamsal çalışmalarda depresyon hikâyesi olanlarda demans riskinin arttığını, ancak çok az longitudinal çalışmada demans riskinin artmadığını söylemektedir. Ayrıca depresyonun Alzheimer veya vasküler demans gelişmesi ile zayıf ilişkisi olduğunu, Alzheimer ve diğer patolojilerin depresyon belirtisi ile kendini gösterebileceğini ifade etmektedir (137).

Bizim çalışmamızda hafif kognitif bozukluğu olan 12 kişiden 9'u (%75) depresif belirtiler de göstermekteydi. Bu kişiler pseudodemans olabileceği gibi demans açısından da en riskli grup iken, hafif kognitif bozukluğu olup depresyonu olmayan 3 (%2,3) kişi ve kognitif performansı normal olan depresif 32 (%25) kişinin de demans progresyonu açısından takip edilmesi gerekmektedir. Bizim çalışmamız kesitsel olduğu için demans progresyonu ve pseudodemans ayrımı yapmak mümkün değildir. Ancak güncel verilere göre demans prodromu veya risk faktörü olarak değerlendirilmesi gereken toplamda 44 (%34) yaşlı birey vardır. Başka bir açıdan bakıldığında da, 57 (%87,7) kadın, 41 (%65,1) erkek olmak üzere çalışmaya katılan yaşlı bireylerin 98'i (%75,6) öznel unutkanlık şikâyeti olduğunu belirtirken, hâlihazırda demans tanısı olan 7 (%5,5) , depresyon tanısı olan 9 (%7,0) hasta vardı.

Depresyonu olan yaşlılarda belirgin kognitif bozulmaların, depresif pseudodemans olarak nitelendirilmeden önce başlangıç aşamasında demans belirtisi olabileceğini atlanmamalıdır (135). Yanısıra yaşlı bir hastada demans tanısı konulduğunda eşlik eden depresyon açısından mutlaka bir değerlendirme yapılması gerektiği, depresyonun atipik görünülerde ortaya çıkabileceği, işlevsel bozulma olmasa dahi, bireyin öznel unutkanlık yakınmalarının dikkate alınması gerektiği, demans öncülü olabilecek hafif bilişsel bozukluk açısından nöropsikolojik değerlendirme yapılarak izleme alınması gerektiği bildirilmiştir. (143).

Unutkanlık şikâyeti olan hastalarda unutkanlığın yaşlanmaya bağlı bir gerileme mi nörodejeneratif bir süreç mi olduğu konusu, son dönemlerde klinik ve nörofizyolojik çalışmalarla dikkatle incelenmekte ve hangi tür hafıza sorunlarının daha çok demansı düşündürmesi gerektiği konusunda bizi yönlendirecek ipuçları aranmaktadır (144). Özellikle Aile hekimliği açısından patolojik olma olasılığı yüksek olan unutkanlık şikâyetlerini ayırt edebilmenin, hastalıkları erken dönemde saptayabilmek için son derece önemli olduğunu düşünmekteyiz

5.5 Fonksiyonel değerlendirme ve düşmeler

Yeti yitimi ve mobilite problemleri yaş ilerledikçe artmaktadır. Yaşlılarda fonksiyonel bağımsızlığı artırmaya yönelik cihaz/protez kullanımı yaygın olmasına rağmen hastaların çoğunluğu bu cihaz/protezlerin uygun kullanımı, hasar durumu, uygun yükseklikte olup olmadığı konusunda talimat almamaktadır (145). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlıların %72,6 'sının herhangi bir yardımcı cihaz/protez kullanmakta olduğu belirtilmiştir (146). Bizim çalışmamızda da katılımcıların büyük çoğunluğu (%89,1) en az bir cihaz kullanmakta,%77,3'ü gözlük, %60,2'si dış protezi, %22,7'si baston,/walker, %9,4'ü işitme cihazı kullanmaktaydı.

Bizim çalışmamızda katılımcıların TGYA bağımsızlık oranları en yüksek olan aktivite %98,4 ile tuvalete gitme, ardından%96,9 ile yemeğini yeme, en çok kısmi bağımlı olunan %24,2 ile yürüme, tam bağımlı olunan %5,5 ile banyo

yapabilmedir. Ülkemizde yapılan başka çalışmalarda da banyo yapma en çok yarı bağımlı- tam bağımlı olunan günlük yaşam aktivitelerindedir (Keskinoglu ve ark,147). Bizim çalışmamızda tüm aktiviteler içinde en çok kısmi bağımlı olunan aktivite yürüme (%24,2) olarak saptanmıştır. Bahsi geçen çalışmalarda yürümeye dair veriye rastlanmamıştır.

Bu çalışmalara uyumlu olarak bizim çalışmamızda da enstrumental yaşam aktivitelerinde daha yüksek kısmi ve bağımlılık oranları görülmektedir. Bizim çalışmamızda katılımcıların bağımsızlığının en yüksek oranda olduğu EGYA %83,6 ile ilaç içme, ardından %80,5 ile telefon kullanma, kısmi bağımlı olunan %14,4 ile yemek hazırlama ve ev işleri, tam bağımlı olunan %68,8 ile araba kullanma ve %23,4 ile ev işleridir. Bahsi geçen çalışmaların ilkinde yaşlıların en fazla oranda tam ve yarı bağımlı olduğu EGYA lar temizlik yapma %75,5, yemek hazırlama %73,5, alışveriş yapma %69,6, Keskinoglu ve ark'a göre EGYA'da ise ev işi yapmada %14,5'nin tam bağımlı, %19,4'nün yarı bağımlı olduğu bulunmuştur (147).

Dünya sağlık örgütü sağlıklı yaşlanma raporuna göre ülkeler arasında yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranları geniş bir aralıkta değişmektedir. İsviçre'de 75 yaşındaki insanların %17'si yardıma ihtiyaç duyarken, Gana, Hindistan, Meksika ve Rusya'da aynı yaştaki bireylerin %40'ından fazlasının bağımsızlığını yitirdiği tahmin edilmektedir. Yine DSÖ verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde yeti yitimi olarak yaşanan yılların %12'sini oluşturan demans hastalığı, yaşlı nüfusta bağımlılığın asıl nedenini oluşturmaktadır (35).

Yaşlılarda mobilite, yürüme güvenliği ve bağımsız yaşam arasında kuvvetli bir ilişki mevcuttur. Düşme insidansı yaşın ilerlemesiyle birlikte artmaktadır (148).

Dünya sağlık örgütü yapılan çalışmalarda, 65 yaş üzeri kişilerin %30'unun, 85 yaş üzeri kişilerin %50'sinin, yılda en az bir kez düştüğünü, düşmelerin kırık riski açısından osteoporozdan daha önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (35).

Çalışmamızda Tinetti testine göre, yaş grupları açısından 65-74 yaş arası düşme riski yüksek olarak değerlendirilenlerin oranı %7,1 iken 85 yaş ve üzeri bu oran %57,1'e yükselmekteydi. Tinetti denge ve yürüme değerlendirmesi testine göre yapılan risk sınıflamasına göre düşme riski olmayan 86 (%67,2), orta riskte olan 24 (%18,8), yüksek riskte olan 18 (% 14,1) kişi vardı. Ancak çalışmamızda katılımcıların %29,7'sinde en az bir kez, %18,8'inde birden çok kez düşme öyküsü vardı ve düşme sayıları yaş ile korele değildi.

Bizim çalışmamızda yaşın ilerlemesi ile düşme sayılarının ilişkide saptanmama nedeni olarak, kişilerin düştüğünü unutmaması, tehlike ya da yaralanmaya neden olmayan düşmelerin önemsenmeyerek kişilerin gerçek düşme sayılarını, olduğundan az beyan edebileceği tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda düşme sayıları, Tinetti denge ve yürüme değerlendirmesi ile de anlamlı ilişkide değildi. Prevelans açısından düşme sıklığı dünya verilerinin altında olmasıyla birlikte ülkemizde yapılan bir çalışmada benzer oranlar (%21,1) bildirilmiştir (148). Çanakkale Yaşlı Atlası'nda yaşlıların %16'sının son 6 ay içinde ev içinde düştüğü, kadınlarda ve en az bir kronik hastalığı olanların daha fazla düşme eğilimi olduğu belirtilmiştir (15).

Bizim çalışmamızda düşme sıklığı literatüre uygun olarak kadınlarda daha fazla saptandı ancak Tinetti testine göre cinsiyetler açısından düşme riskinde fark yoktu. Her ne kadar kadınlarda düşmelere bağlı olarak erkeklerden %58 oranda daha fazla ölümcül olmayan yaralanma saptansa da, düşmelere bağlı ölüm riski erkeklerde kadınlardan %46 daha yüksek saptanmıştır (149).

Bizim çalışmamızda düşme sıklığı, düzenli egzersiz yapma ile ilişkili bulunmamıştı. Çalışmamızda egzersiz yapma durumu ile düşme ilişkisi saptanmaması literatüre uymamaktadır. Ancak düşme riski Tinetti ile değerlendirildiğinde literatüre uygun olarak egzersiz yapanlarda azalmaktaydı. Egzersiz yapmayanlarda düşme riski olmayanların oranı %55,3, düzenli fiziksel egzersiz yapanlarda ise %90 idi. Düzenli egzersiz yapanlarda yüksek düşme riski saptanmazken, hiç egzersiz yapmayanların %22,4'ü yüksek riskli olarak saptandı.

Egzersiz düşme sıklığını azalttığı ve egzersiz türleri arasında farklılık olmadığını, hatta tüm diğer düşmeleri önleme programlarından görece daha etkili olduğunu bildiren bir metaanaliz mevcuttur (150). Yakın zamanda yapılan bir metaanalizde egzersizin düşmelere bağlı yaralanmaları da azalttığını göstermektedir(151).

Çalışmamızda hastalık sayısı veya kullanılan ilaç sayısı ile düşme sıklığı, Tinetti düşme riski arasında ilişki saptanmadı. Bu konudaki güncel veriler bu bulguyu desteklememektedir. Taro Kojima ve ark. polifarmasi ve yaşlılarda düşme riskini inceleyen bir çalışmada komorbiditeler risk faktörü olarak tanımlanmış ve başka bir çalışmada 5 ve daha fazla ilaç kullanmanın önemli risk oluşturduğu belirtmiştir. Bu konuda yapılan bir sistematik derlemede düşme riskinin ilaç sayısından ziyade kullanılan ilacın özelliği ile daha güçlü ilişkide olduğu belirtilmiştir (152).

Amerika ve İngiltere Geriatrik Toplulukları tüm yaşlı bireylere son bir yıl içinde düşme öyküsünün yâda yürüme veya denge problemi yaşayıp yaşamadığının sorgulanmasını önermektedir (149). Denge ve yürüyüş bozukluklarının, düşme için tanımlanan en güçlü risk faktörü olduğu bilinmektedir. Yaşlılar tökezlediklerinde veya kaydıklarında düşmelerini engelleyebilecek birçok vücut hareketini, gereken hızda yapamamaktadırlar. Düşme sıklığı arttıkça yaşlıların yürüyüşlerinin bozulduğu, yine yürüyüşleri bozulan, yanlış adımlayan yaşlıların da düşme riskinin arttığı belirtilmektedir.

5.6 Sosyoekonomik Değerlendirme

Yaşlılıkta yaşanan sosyal problemler, medikal problemlerden daha fazladır ve medikal problemlerin daha ağır yaşanmasına yol açmaktadır (153). Tufan İ. Türkiye' de yaşlılarla ilgili yayınladığı raporda, yaşlılık döneminde yaşlının bakım ihtiyaçlarının öncelikle eşi, çocukları ve eşleri tarafından giderildiği için en önemli sosyal kurumun aile olduğunu, öte yandan yaşlıların yalnızlık ve sosyal izolasyon sorununun günümüzün modern toplumunda derinleştiğini ve yaşlıların bakımının önemli sorunlardan biri haline geldiğini bildirmektedir. Türkiye'deki yaşlıların yaşamından memnun olmayanların

%42'sinin yalnızlığı neden göstermesi saptanan bu tespiti desteklemektedir (154). Çalışmamızda yalnız yaşayan yaşlı oranı %17,2, eşi ile yaşayan %66,4, çocuğu ile yaşayan %10,9 idi,2 (%1,6) hasta eşi ve bakıcı ile yaşamaktaydı. 120 (%93,7) kişi yardım isteyebileceği birileri olduğunu beyan etti. Çalışmamızda yalnız yaşama ve sosyal izolasyon yüzdeleri nisbeten düşük bulunmaktaydı.

Ancak yaşlılarda yaşam memnuniyetini oluşturan psikolojik ve sosyolojik faktörlerin birçok değişkeni kapsamakta olduğu bildirilmiştir. "Psikolojik faktörler özellikle mutluluğu, algılanan refahı, iyi olmayı, korkuyu, stresi, sosyolojik faktörler ise sosyal ilişkileri, geliri, medeni durumu, ev sahipliği gibi değişkenleri kapsamaktadır"(31). Yaşlılarda yalnızlık duygusunun ise medeni hal, eğitim düzeyi, yalnız ya da eş ve çocuklarıyla birlikte yaşama durumu, sağlık durumu, kurum bakımı altında olup olmaması, cinsiyeti ve sosyo-kültürel durumu ile alakalı olduğu bildirilmiştir (153). Bu faktörler içinde yer alan yoksulluk, kişinin kendini gerçekleştirme olanak sağlayan ihtiyaçlarını ve dolaylı olarak da sosyal yaşamını kısıtlayarak yaşlı bireyin yalnızlaşmasının en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmektedir (155).

Ülkemizde yaşlılarda fakirlik sorunsalının en ağır ezdiği grubun özellikle yaşlı dul kadınlar olduğu, 60 yaş sonrası incelendiğinde en düşük gelir grubunda yer aldıkları, zaten kadınların çoğunun mevcut sosyal güvence ve düzenli gelirlerinin eşi tarafından karşılanıyor olması nedeniyle, eşin ölümünden sonra baş gösteren psikososyolojik sorunlara ekonomik problemlerin eklenmesine bağlı olduğu bildirilmiştir (156). Bununla birlikte düşük gelir grubunda olmanın her iki cinsiyet açısından da psikolojik sıkıntıları artıran en önemli faktör olduğu saptanmıştır. Ruhsal sorunlar yaşadığını belirten bireylerin %92'si en düşük gelir grubunda yer almakta olduğu bildirilmiştir (154).

2008 TNSA verilerine göre düzenli geliri olan %69,2, olmayan %30,8 yaşlı vardı (157). 2015 TÜİK verilerine göre yaşlı nüfusun işgücüne katılım oranı çoğunluğu tarım sektöründe olmak üzere %11,5, erkeklerde %19,3 kadınlarda %5,5, işsizlik oranı %2,1 idi. Yaşlılarda yoksulluk %18,3 ile bir önceki yıllara göre (%17,7), erkeklerde kadınlara göre artmaktaydı (36).

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun (%72,9) düzenli aylık geliri var iken, gelirini yeterli algılayan %57 katılımcı vardı. Erkeklerde düzenli gelir oranı kadınlardan yüksek iken, maddi geliri yeterli algılamada cinsiyetler arasında fark gözlenmedi.

Çalışmamızda maddi geliri düzenli olanların ve maddi gelirini yeterli algılayanların kognitif fonksiyonları daha iyi saptandı. Depresif olma durumu ise maddi gelirin düzenli olmasından ziyade yeterli algılama ile değişmekteydi. Maddi gelirini yetersiz algılayanlar daha çok depresif belirti göstermekteydi.

Düşük sosyoekonomik koşulların kognitif fonksiyonlar ve depresyon ve multimorbidite için risk oluşturduğu bilinmektedir. 2010 yılında tüm demans vakalarının %58'i düşük veya orta gelir düzeyinde yaşamaktayken, bu oranın 2030'da %63, 2050 yılında ise %71'e yükseleceği tahmin edilmektedir (100,35).

Kişilerin sağlığı koruyucu davranışlarda bulunması ile sosyal desteğin incelendiği bir çalışmada yaşlı bireylerin algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalaması 63.91+14.39, sosyal destek alt ölçek ortalama puanları (aile, arkadaş, özel bir bireyden sağlanan destek) ortalama puanları (sırasıyla 22.37+5.37, 21.53+4.61, 20.00+7.13) bizim çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Çalışmada yaşlı bireylerin yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, sosyal güvence ve ekonomik durumuna göre sosyal destek ölçeği alt grupları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (158).

Bizim çalışmamızda katılımcıların ortalama ÇASDÖ skorları 50,8±24,8 ile Polat ve ark 'ın gösterdiğinden daha düşük bulundu. Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek bağlamında cinsiyete ve hastalık sayısına göre farklılık yoktu ancak yaş ilerledikçe algılanan sosyal destek de azalmaktaydı. Evlilerde algılanan sosyal destek evli olmayanlara göre daha fazlaydı. Eğitim durumu ile algılanan sosyal destek artmaktaydı. Eğitimin yaşlı bireylere sağladığı sosyal destek algısı, özel bir insandan veya aileden algılanan sosyal destekle ilişkili değilken, arkadaştan algılanan sosyal destek boyutunda olumlu ilişkiydi.

Yakın zamanda Çanakkale’de yapılan bir çalışmada farklı sonuçlar belirtilmekteydi. Erkeklerde kadınlara göre sosyal destek algısının daha yüksek olduğu, evli olanların dul olanlara göre arkadaş sosyal desteği ile ilişkisi bulunmazken algıladığı sosyal desteğin anlamlı yüksek olduğu, eğitim durumun ilişkili olmadığı saptanmıştır (126).

Bizim çalışmamızda algılanan sosyal desteğin aile, arkadaş ve özel insan boyutunda azalmasının kişilerde depresif belirtileri artırdığı saptanmıştır. Sosyal destek ve depresyon ilişkisi iyi bilinmektedir ancak ülkemizde yaşlılarda çok boyutlu algılanan destek ölçeği ile yapılan çalışmalar çok sınırlıdır. Bu bağlamda verilerimiz ülke literatürüne katkı sunmaktadır. Yurt dışında yapılan bir yayında yaşlılarda 6 yıl yalnız yaşamının mortaliteyi artırdığı, depresif semptomlarla kuvvetli ilişkide olduğu, 4 yıl yalnız yaşamının sistolik kan basıncında büyük yükselmelere ve daha birçok nörokimyasal ve metabolik değişikliklere yol açtığı saptanmıştır (159).

Çalışmamızda aileden algılanan sosyal desteğin değil de, kişinin arkadaşlarından, özel bir insandan veya toplamda hissettiği desteğin artmasının kognitif fonksiyonlar üzerinde üstünlük sağladığı görülmekteydi.

Samsun’da aileden alınan sosyal destek ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyon belirtisinin %37,1 olarak saptandığı ve aileden algılanan sosyal desteğin yeterli olup, depresyonla ilişkisi olmadığı belirtilmiştir (160).

Yalnızlığın ve izolasyonun yaşlılarda kognitif fonksiyonların kötüleşmesine yol açtığı, eğitim seviyesi düşük yaşlılarda sosyal bağlantıları destekleme yönünde müdahalelerin yararlı olabileceği bildirilmektedir (161).

Yaşlılarda aileden alınan desteğin olumlu etkisi her ne kadar ülkemizde halen güçlü aile bağları ile sürdürülse de(156), yaşlı bireylerin sorunlarının yalnız kendi ailesi içinde çözümlenmesi eksik ve birçok yönüyle kendi problemlerini doğuran da bir süreçtir (154). Yaşlı sağlığı ve yaşlı bakımı toplumsal bir sorumluluktur (162). Kişilerin sosyoekonomik durumlarının yaşlanma ve biyopsikososyal açıdan iyilik halinin önemli belirleyicilerinden olduğu aşikârdır.

Her ne kadar eşitsiz yaşam koşulları tamamiyle engellenemese de uygun sosyal politikalarla birtakım sorunların üstesinden gelinebileceği belirtilmektedir (156). Sağlıksız yaşlanmayı ve morbiditeleri engellemek öncelikli olarak sağlık masraflarını azaltmak veya topluma üretkenlik sunamayan grupların ekonomik yükünü azaltmak hedefiyle değil insan hakları ve yaşlı hakları temelinde yükseltilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

5.7 Aşılar

İstanbul'da 65 yaş ve üzeri 347 katılımcı ile yapılan bir çalışmada %26,8 (93 kişi) düzenli influenza aşısı olurken bu oran pnömokok aşısı için %3,1 (11 kişi) ve tetanos aşısı için de %11 (38 kişi) olarak tespit edilmiştir(163). Ankara'da 65 yaş ve üzeri 112 kişi ile yapılan bir çalışmada aşılama oranları influenzada %26,8, tetanozda %1,8, pnömokokda %0,0 olarak saptanmıştır (164). Türkiyede yapılan başka bir çalışmada son 6 yıl içinde en az bir kez aşı olan yaşlı birey %47,2, en sık uygulanan aşı %33,7 ile influenza olarak saptanmıştır (165). Bizim çalışmamızda katılımcılardan yaşlılık döneminde en az bir kez aşı olan kişilerin toplam sayısı 49 (%38,3) idi. Katılımcıların toplam 40 (%31,3) kişi grip aşısı, 9(%7) kişi tetanoz, 6 (4,7) kişi pnömokok, 3 (2,3) kişi meningokok, 1 (0,8) kişi kuduz aşısı olmuştur. Hiçbir katılımcı yaşlılık dönemi ve öncesinde HBV aşısı olmadığını beyan etmiştir. 10 (%7,8) hasta birden fazla türde aşı olmuştur

Bizim çalışmamızda katılımcılardan en sık yapılan aşı %31,3 ile grip aşısı olarak saptandı. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu idi. 65 yaş üzeri aşılama ile ilgili Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) 2020 hedefleri %90 aşılama yüzdesi olarak belirlemiştir. Mevcut aşılama yüzdeleri gelişmiş ülkelerde dahi istenilen yüzdenin altındadır (166). Avrupa ülkelerinde 65 yaş ve üzeri İnfluenza aşısı 2008 yılında %1 (Estonya) ve %82 (Hollanda) arasında değişmekte olduğu belirtilmiştir. En yüksek oranlar Hollanda, İngiltere, Kuzey İrlanda ve İsveç 'te belirtilmiş iken Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya ve İspanya'da %60, Danimarka, Finlandiya, Norveç, Portekiz, İsveç'te %50,Macaristan Litvanya, Romanya, Slovekyada %50'nin altı,

Estonya, Polonya, Letonya'da %10 veya daha aşağıda olduğu belirtilmiştir (167).

5.8 Yorum

Çalışmamızın toplum tabanlı olması nedeniyle katılımcıların toplumda yer aldıkları gibi heterojen nüfus özelliği göstermesi, çalışmamızın temsil gücünü ve sonuçlarımızın genellenebilirliğini artırmaktadır. Yaşlı bireylere ulaşabilmek için tüm bariyerler göz önüne alınarak polikliniğe gelemeyen yaşlıların evde ziyareti gerçekteştirilmiş, köyde oturanların ise köyelerine gidilerek yaşam ortamları ile birlikte değerlendirilmiştir. Bu bağlamda Kepez beldesinde toplam 44 yaşlı bireye ev ziyareti yapılmış, 3 farklı kırsal alana gidilmiştir. Yaşlı bireylerle görüşmeler birebir yapılmış, anketler doktor, katılımcı ve varsa yaşlı yakını ile birlikte doldurulmuştur. Tüm görüşme ve muayene süresi yaşlının ihtiyacına göre belirlenmiştir (30 dakika ile 60 dakika arasında değişmektedir). Çalışmamızda kapsamlı geriatrik değerlendirmenin birçok bileşeni geçerli ve önerilen testlerle sorgulanmıştır. Yaşlı sağlığı doğrultusunda bu kesitsel değerlendirme ile çalıştığımız bölgedeki yaşlı nüfusun özellikleri ve sağlık durumu hakkında elde ettiğimiz verilerle, önde gelen medikal, mental, fonksiyonel, ve sosyoekonomik problemleri tanımlanmıştır.

Klinikte, yaşlıların biyopsikososyal özelliklerini, yaşam koşullarını gözeten bir bakış açısıyla özel bir çerçeve çizerek, koruyucu hizmet olanaklarının sunulması, önde gelen problemlere yönelik, kanıta dayalı olan güncel önerilerin sunduğu müdahalelerle var olan sorunların geriletilmesi veya ilerlememesinin yavaşlatılması gibi ödevlerimiz önümüzde durmaktadır. Bu konuda yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇLAR

- 1) Çalışmamıza katılan yaşlılarda 65'i (50,8%)kadın, 63 (49,2%)'si erkekti.
- 2) Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması $72,6 \pm 6,8$ [65-91], erkeklerin yaş ortalaması $73,0 \pm 6,0$ 'dir [65-89].
- 3) Yaş grupları açısından incelendiğinde genç yaşlı (65 – 74 yaş) oranı %66,4, yaşlı (75–84 yaş) oranı %28,1 ve ileri yaşlı (85 yaş ve üzeri) oranı %5,5'dir. İleri yaşlıların payı %5,5 ile Türkiye ortalamasından oldukça düşüktür.
- 4) Evli kadınların yüzdesi erkeklere göre yaş ilerledikçe belirgin olarak düşmekte iken aynı yaş grubundaki erkeklerin yarısından fazlası evli olarak saptanmıştır
- 5) Toplamda diplomasız okur-yazar oranı %15,6, ilkokul mezunu olmayan 43 (33,6%) kişi, ilkokul mezunu 61 (47,7%), ortaokul mezunu 8 (6,3%), lise mezunu 11 (8,6%) ve üniversite mezunu 5 (3,9%) kişi vardır. İlkokul mezunu olmayan ve ilkokul mezunu olan kadın oranı erkeklerden fazla, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan erkek oranı, kadın oranından yüksektir.
- 6) Yaşlı bireylerin %3,9'u aktif olarak çalışıyor, %46,1'i emekli, %50'si çalışmıyordu. Erkeklerde çalışan ve emekli oranı kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti
- 7) Yaşlı bireylerde halen sigara içme oranı %7,7, bırakan oranı %12,3, hiç kullanmama oranı %80'dir. Kadınlar erkeklerden daha az oranda sigara kullanmaktadır.
- 8) En az iki kronik hastalığı olan yaşlı birey oranı %85,2, hiç kronik hastalığı veya rahatsızlığı olmayan yaşlı birey oranı %1,6'dır.
- 9) En sık görülen hastalıklar HT (%60,2), OA (%43,0), katarakt (%37,5), GIS hastalıklar (%28,9), duyu organlarına ait rahatsızlıklar (%25), DM (%24,2), kalp hastalıklarıdır (%23,4).

- 10) Toplam 100 (%78,1) katılımcı birden fazla ilaç, toplam 11 (%8,6) katılımcı günde 1 ilaç kullanımını belirtti. Katılımcılardan 17'si (%13,3) düzenli kullandığı ilaç olmadığını bildirdi.
- 11) Yaşlı bireyler günde ortalama $4,6 \pm 3,3$ ilaç kullanmaktadır. Kadın katılımcılar günde ortalama $5,4 \pm 3,3$ ilaç ile erkeklerden ($3,7 \pm 3,0$) daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır.
- 12) En sık kullanılan ilaçlar %60,2 ile antihipertansifler, %46 mide ilaçları, %35,1 NSAİD, %19,5 vitaminler, %18,7 oral antidiyabetiklerdir.
- 13) Katılımcıların büyük çoğunluğu (%89,1) en az bir cihaz kullanmakta, %77,3'ü gözlük, %60,2'si diş protezi, %22,7'si baston,/walker, %9,4'ü işitme cihazı kullanmaktadır.
- 14) BKİ sınıflamasına göre %0,8'i zayıf, %26,2'si normal,%36,5'i kilolu, %24,6'sı evre 1 obez, %8,7'si evre 2 obez, %3,2'si morbid obezite durumundadır.
- 15) MNA'ya göre yaşlı bireylerin %66,4'ü normal nutrisyonel durumda iken, %30,5'i malnutrisyon riskinde, %3,1'i malnutrisyondadır.
- 16) Katılımcılarda %85,9 normal, %9,4 hafif demans, %4,7 belirgin demansla uyumlu kognitif fonksiyonlar saptanmış olup kognitif fonksiyon bozukluğu prevalansı %14,1'dir.
- 17) Genç yaşlıların (65-74 yaş) yaşlı ve ileri yaşlılardan, erkeklerin kadınlardan, evli olanların dul olanlardan, halen çalışan yaşlıların emekli olanlardan, eğitim seviyesi yüksek olanların düşük olanlardan daha iyi kognitif performansları vardır.
- 18) Çalışmamızda sigara kullanmanın bilişsel fonksiyonlar üzerine etkisi saptanmamıştır.
- 19) Uyku düzeni ile kognitif fonksiyonların değişmemektedir.
- 20) Cinsel aktif olan yaşlı bireylerin, olmayanlardan daha yüksek kognitif performans skorları olduğu ve daha az depresif belirtisi olduğu gözlenmiştir.

- 21) Haftada en az 3 gün ve en az yarım saat süre ile düzenli egzersiz yapanların hiç yapmayanlardan daha iyi kognitif performansları ve daha az depresif belirtileri vardır.
- 22) Kognitif fonksiyon bozukluğu olanlarda ve depresif belirtileri olanlarda beslenme bozukluğu da görülmektedir. Malnutrisyon açısından izlenmelidir.
- 23) Ağrı şiddeti ve kognitif fonksiyonlar arasında negatif korelasyonsaptanmaktadır.
- 24) 57(%87,7) kadın,41(%65,1) erkek olmak üzere çalışmaya katılan yaşlı bireylerin 98'inde (%75,6) öznel unutkanlık şikâyeti, 7'sinde (%5,5) demans tanısı, 9'unda (%7,0) depresyon tanısı vardır.
- 25) Depresif belirti prevalansı %35,9, 65-74 yaş aralığında %29,4 iken 85 yaş ve üzeri %71,4 oranında görülmektedir.
- 26) Kadınlarda, evli olmayanlarda, işsizlerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda depresif belirtiler daha sık saptanmıştır.
- 27) Multimorbidite geriatrik depresyonla ilişkili saptanmamaktadır.
- 28) Depresyon belirtileri olan hastalarda ilaç kullanım sayısı artmaktadır.
- 29) Depresif belirtiler arttıkça, genel sağlık algısı azalmakta, sübjektif ağrı şiddeti artmaktadır.
- 30) Depresif belirti saptanan yaşlılarda kognitif fonksiyonlar daha düşüktür ve kognitif fonksiyon bozukluğu ileri düzeyde olanların da depresif belirtileri daha fazladır.
- 31) Hafif kognitif bozukluğu olan 12 kişiden depresif belirti gösteren 9 (%75,0), göstermeyen 3 (%25,0)yaşlı birey, kognitif performansı normal olan ve depresif belirtiler gösteren 32 (%25) kişi vardır. Bu kişiler pseudodemans olabileceği gibi demans açısından da en riskli grup iken, hafif kognitif bozukluğu olup depresyonu olmayan 3 (%2,3) kişi de demans progresyonu açısından takip edilmesi gerekmektedir. Bizim çalışmamız kesitsel olduğu için demans progresyonu ve pseudodemans

ayrımı yapmak mümkün değildir. Ancak güncel verilere göre demans prodromu veya risk faktörü olarak değerlendirilmesi gereken toplamda 44 (%34) yaşlı birey vardır.

- 32)** TGYA bağımsızlık oranları en yüksek olan aktivite %98,4 ile tuvalete gitme, ardından %96,9 ile yemeğini yeme, en çok kısmi bağımlı olunan %24,2 ile yürüme, tam bağımlı olunan %5,5 ile banyo yapabilmidir.
- 33)** Tüm aktiviteler içinde en çok kısmi bağımlı olunan aktivite yürüme (%24,2) olarak saptanmıştır.
- 34)** Katılımcıların bağımsızlığının en yüksek oranda olduğu EGYA %83,6 ile ilaç içme, ardından %80,5 ile telefon kullanma, kısmi bağımlı olunan %14,4 ile yemek hazırlama ve ev işleri, tam bağımlı olunan %68,8 ile araba kullanma ve %23,4 ile ev işleridir.
- 35)** Denge sağlama zorluğu olduğunu beyan eden 57 (%44,5) yaşlı birey vardır.
- 36)** Tinetti denge ve yürüme değerlendirmesi testine göre yapılan risk sınıflamasına göre düşme riski olmayan 86 (%67,2), orta riskte olan 24 (%18,8), yüksek riskte olan 18 (% 14,1) kişi vardır.
- 37)** Tinetti testine göre, yaş grupları açısından 65-74 yaş arası düşme riski yüksek olarak değerlendirilenlerin oranı %7,1 iken 85 yaş ve üzeri bu oran %57,1'e yükselmektedir.
- 38)** Katılımcıların %29,7'sinde en az bir kez, %18,8'inde birden çok kez son bir yılda düşme öyküsü belirtilmiştir. Katılımcıların beyan ettiği düşme sayılarının yaş ve Tinetti denge ve yürüme değerlendirmesi, egzersiz yapma ile ilişkili olmaması çelişkili görünmekte, kişilerin düştüğünü unutmaması, tehlike ya da yaralanmaya neden olmayan düşmelerin önemsenmeyerek kişilerin gerçek düşme sayılarının olduğundan az beyan edilmiş olabileceğini düşündürmektedir.

- 39)** Beyan edilen düşme sıklığı kadınlarda daha fazla saptanmakta ancak Tinetti testine göre cinsiyetler açısından düşme riskinde fark yoktur.
- 40)** Egzersiz yapmayanlarda düşme riski olmayanların oranı %55,3, düzenli fiziksel egzersiz yapanlarda ise %90'dır. Düzenli egzersiz yapanlarda yüksek düşme riski saptanmazken, hiç egzersiz yapmayanların %22,4'ünün düşme riski yüksektir.
- 41)** Yalnız yaşayan %17,2, eşi ile yaşayan %66,4, çocuğu ile yaşayan %10,9, eşi ve bakıcı ile yaşayan %1,6 yaşlı birey oranı vardır.
- 42)** 120 (%93,7) kişi yardım isteyebileceği birileri olduğunu beyan etmektedir.
- 43)** Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun (%72,9) düzenli aylık geliri var iken, gelirini yeterli algılayan %57 katılımcı vardır. Erkeklerde düzenli gelir oranı kadınlardan yüksek iken, maddi geliri yeterli algılamada cinsiyetler arasında fark gözlenmemektedir.
- 44)** Çalışmamızda maddi geliri düzenli olanların ve maddi gelirini yeterli algılayanların kognitif fonksiyonları daha iyi ve depresif belirtileri daha az saptanmaktadır.
- 45)** Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek bağlamında cinsiyete ve hastalık sayısına göre farklılık yoktur ancak yaş ilerledikçe algılanan sosyal destek de azalmaktadır
- 46)** Evlilerde algılanan sosyal destek evli olmayanlara göre daha fazladır.
- 47)** Eğitim durumu ile algılanan sosyal destek artmaktadır. Eğitimin yaşlı bireylere sağladığı sosyal destek algısı, özel bir insandan veya aileden algılanan sosyal destekle ilişkili değilken, arkadaştan algılanan sosyal destek boyutunda olumlu ilişkidir.
- 48)** Çalışmamızda algılanan sosyal desteğin aile, arkadaş ve özel insan boyutunda azalmasının kişilerde depresif belirtileri artırdığı saptanmıştır

- 49)** Çalışmamızda aileden algılanan sosyal desteğin değil de, kişinin arkadaşlarından, özel bir insandan veya toplumda hissettiği desteğin artmasının kognitif fonksiyonlar üzerinde üstünlük sağladığı görülmekteydi
- 50)** Bizim çalışmamızda katılımcılardan en sık yapılan aşı %31,3 ile grip aşısıdır.
- 51)** Bizim çalışmamızda katılımcılardan yaşlılık döneminde en az bir kez aşı olan kişilerin toplam sayısı (%38,3) 49'dur. 9(%7) kişi tetanoz, 6 (4,7) kişi pnömokok, 3 (2,3) kişi meningokok, 1 (0,8) kişi kuduz aşısı olmuştur. Hiçbir katılımcı yaşlılık dönemi ve öncesinde HBV aşısı olmadığını beyan etmiştir. 10 (%7,8) hasta birden fazla türde aşı olmuştur.
- 52)** Giderek önemi artan yaşlı sağlığı doğrultusunda bu kesitsel değerlendirme ile çalıştığımız bölgedeki yaşlı nüfusun özellikleri ve sağlık durumu hakkında elde ettiğimiz verilerle, önde gelen medikal, mental, fonksiyonel ve sosyoekonomik problemleri tanımlanmıştır.
- 53)** Aile hekimliği pratiğinde, yaşlıların biyopsikososyal özelliklerini, gözeten bir bakış açısıyla, koruyucu hizmet olanaklarının sunulması, önde gelen problemlere yönelik, kanıta dayalı olan güncel önerilerin sunduğu müdahalelerle var olan sorunların geriletilmesi veya ilerlememesinin yavaşlatılması gibi ödevlerimiz önümüzde durmaktadır. Bu konuda yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- 1) BEARD, J. R., BLOOM, D. E. (2015). Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. (Lond.). **385**: 658-661.
- 2) WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). World report on ageing and health. p.: 3-18
- 3) TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU.(2013). İstatistiklerle Yaşlılar. Sayı: 16057
- 4) AKGÜN, S., BAKAR, C., BUDAKOĞLU, I. İ. (2004). Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Turkish Journal of Geriatrics*. **7**:105-110
- 5) AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. (2008). Recommended curriculum guidelines for family medicine residents: Care of older adults.
- 6) ÖZKUL, M., KALAYCI, I. (2015). Türkiye’de yaşlılık çalışmaları. *Sosyoloji Konferansları*. **52**: 259-290.
- 7) WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). World report on ageing and health. p. :23 – 26.
- 8) SARMA, S., PEDDIGREW, C. (2008). The relationship between family physician density and health related outcomes: the Canadian evidence. *Cah Sociol Demogr Med*. **48**:61-105.
- 9) DEPP, C.A., JESTE, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*. **14**:6-20.
- 10) PRINCE, M., BRYCE, R., ALBANESE, E., WIMO, A., RIBEIRO, W.,FERRI, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*. **9**: 63-75.

- 11) GALLUCCI, M., ONGARO, F., AMICI, G. P., REGINI, C. (2009). Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: evidence from "The Treviso Longeva (TRELONG) Study". *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **48**: 281-283.
- 12) ELLIS, G., WHITEHEAD, M. A., ROBINSON, D., O'NEILL, D., LANGHORNE, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj*. **343**: d6553.
- 13) BEĞER, T., YAVUZER, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*. **25**: 1-3.
- 14) TÜMERDEM, Y. (2006). Gerçek yaş. *Turkish Journal of Geriatrics*. **3**:195-196.
- 15) BAKAR, C. (2013). Çanakkale Yaşlı Atlası. ÇANAKKALE: Çanakkale Belediyesi.
- 16) KING, M., LIPSKY, M. S. (2015). Clinical implications of aging. *Disease-a-month: DM*. **61**: 467-474.
- 17) WARNER R. H., SIERRA F., THOMPSON V. L., Biology of aging FILLIT, H. M., ROCKWOOD, K., WOODHOUSE, K. (2010). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Elsevier Health Sciences.
- 18) TROEN, B. R. (2003). The biology of aging. *Mount Sinai Journal of Medicine*. **70**: 3-22.
- 19) STEVES, C. J., SPECTOR, T. D., JACKSON, S. H. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now and in the future. *Age And Ageing*. **41**: 581-586.
- 20) SAVAŞ, S., AKÇİÇEK, F. (2010). Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*. **49**: 19-30.

- 21) JOGERST, G.J., WILBUR, J.K. (2007). Rakel: Textbook of Family Medicine.Part :Care of the Elderly
- 22) KUTSAL, Y. G. (2009). Neden geriatri. *Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. **55**:51-56.
- 23) BESDINE R. W. (2016).Physical Changes With Aging
Erişim:(<http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/approach-to-the-geriatric-patient/physical-changes-with-aging>)
- 24) ÇİFTÇİLİ, S.,YEĞEN, B.Ç. (2011). Aile Hekimleri için Yaşlı sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İSTANBUL:Deomed yayıncılık. Bölüm 1.1.
- 25) AŞIK, Z. (2014). Aile hekimliğinde yaşlı değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi. Antalya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 26) TAFFET, E.D., SHMADER, E. G.(2016). Normal aging
Erişim:(http://www.uptodate.com/contents/normal-aging?source=search_result&search=normal+aging&selectedTitle=1~16)
- 27) VELDHUIS, J. D. (1997). Altered pulsatile and coordinate secretion of pituitary hormones in aging: evidence of feedback disruption. *Aging Clinical and Experimental Research*. **9**: 19-20.
- 28) ATAK, H. (2011). Kimlik gelişimi ve kimlik biçimlenmesi: Kuramsal bir değerlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. **3**: 163-213.
- 29) ELKIND, D. (1978). Erik Erikson: İnsanda gelişimin sekiz evresi. *Dialogue*.**11**: 3-13.
- 30) BUZ, S. (2015). Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. *Electronic Journal of Social Sciences*. **14**: 268-278.
- 31) ARUN, Ö. (2008). Yaşlı bireyin Türkiye serüveni: Kaliteli yaşlanma imkanı üzerine senaryolar. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. **7**: 313-330.

32) ÖZTOP, H. (2006). Yaşlı kadınların ekonomik ve psiko-sosyal sorunları. *Turkish Journal of Geriatrics*. **9**: 234-239.

33) AKDEMİR, N., ÇINAR, F. İ., GÖRGÜLÜ, Ü. (2007). Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*. **10**: 215-222.

34) OZDEMİR, O., BİLGİLİ, N. (2014). Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Tıp Derg.* **56**:128-131.

35) WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). World report on ageing and health. Chapter 3.

36) TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2015). İstatistiklerle Yaşlılar. Sayı: 21520

37) KUTSAL, Y. G. (2007). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. *Geriatrici. Türk Tabipler Birliği Yayınları*. p.: 13-19.

38) Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı.

Erişim: <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf>

39) DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI. (2007). Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. **Yayın No:2741**.

40) T.C.AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI.(2016). Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı'nın Güncel Maddeleri.

Erişim: <http://eyh.aile.gov.tr/duyurular/turkiyede-yasli-larin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı-uygulama-programinin-guncel-maddeleri>

41) TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı kurumu 2015-2020 eylem planı

42) SPALDING, M.C., SEBESTA, S.C. (2008). Geriatric screening and preventive care. *Am Fam Physician*. **78**:206-215.

43) UZUNER, A. (2011). Yaşlılarda Koruyucu Sağlık Hizmeti. Aile Hekimleri için Yaşlı sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İSTANBUL:Deomed yayıncılık. Bölüm 2.1

44) RUBENSTEIN, L. Z. (1981). Specialized geriatric assessment units and their clinical implications. *Western Journal of Medicine*, **135**: 497.

45) WILLIAMS, T. F. (1987). Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-Making: NIH Consensus Statement. Bethesda, Md: *National Institutes of Health*. **6**: 1-21.

46) VERMEIRE, E., HEARNshaw, H., VAN ROYEN, P., DENEKENS, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. **26**: 331-342.

47) CAPLAN, G. A., WILLIAMS, A. J., DALY, B., ABRAHAM, K. (2004). A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department—the DEED II study. *Journal of the American Geriatrics Society*. **52**: 1417-1423.

48) BERNABEI, R., VENTURIERO, V., TARSITANI, P., GAMBASSI, G. (2000). The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. *Critical reviews in oncology/hematology*. **33**:45-56.

49) KUO, H. K., SCANDRETT, K. G., DAVE, J., MITCHELL, S. L. (2004). The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*. **39**: 245-254.

50) WARD, K.T.,REUBEN, D.B. (2016). Comprehensive geriatric assesment.

Erişim:<http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>

51) RAKEL, R.E., RAKEL, D.P. (2011). Textbook of Family Medicine. Eighth Edition. Saunders an imprint of Elsevier Inc. , Chapter 4. p.: 33-52.

52) RAKICIOĞLU, N. (2009). Yaşlılık döneminde malnütrisyonun saptanması.

Erişim: www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/21.pdf

Erişim Tarihi: 20Nisan2012

53) ARIOĞUL, S. (2013) Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun Ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması. *Akademik Geriatri Derneği*

54) BROWNIE, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. *International journal of nursing practice*. **12**: 110-118.

55) WORLD HEART ORGANIZATION. (2016). Elder Abuse.

Erişim: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/

56) BİLGİN, N. G., MERT, E. (2005). Geriatrik yaş grubu adli olguların özellikleri. *Türk Geriatri Dergisi*. **8**:13-16.

57) TÜRK KARDİYOLOJİ VAKFI (2015). Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu.Kan Basıncının Ölçümü ve Klinik Değerlendirme

Erişim: https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103

58) AĞIRCAN, D. (2009). Tinetti Denge Ve Yürüme Değerlendirmesi, Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi. Denizli, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

59) MACPHEE, G. J., CROWTHER, J. A., MCALPINE, C. H. (1988). A simple screening test for hearing impairment in elderly patients. *Age and Ageing*. **17**: 347-351

60) DÖVENTAŞ, A. (2009). Çok yönlü geriatrik değerlendirme: Pratik yaklaşımlar. *Akademik Geriatri Dergisi*. **1**: 125-131.

61) UNCU, Y., ÖZÇAKIR, A. (2003). Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. *Turkish Journal of Geriatrics*. **6**: 31-37.

62) ÇİFTÇİLİ, S., DİŞÇİGİL, G.(2011). Yaşlıya Özgü Öykü Alma ve Fizik Muayene. Aile Hekimleri için Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İSTANBUL. Deomed Yayıncılık. p.:97.

63) TURK, D. C., MELZACK, R. (2011). Handbook Of Pain Assessment. Guilford Press. p: 23-29.

64) HOOTEN, W. M., TIMMING, R., BELGRADE, M., GAUL, J., GOERTZ, M., HAAKE, B., SCHWEIM, K. (2013). Assessment and management of chronic pain. *Institute for Clinical Systems Improvement*. 106.

65) HAWKER, G. A., MIAN, S., KENDZERSKA, T., FRENCH, M. (2011). Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis Care & Research*, **63**:240-252.

66) VELLAS, B., GUIGOZ, Y., GARRY, P. J., NOURHASHEMI, F., BENNAHUM, D., LAUQUE, S., ALBAREDE, J. L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. **15**:116-122.

67) YAVUZ, B.B. (2007). Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi*. **14**: 5-17.

68) SARIKAYA, D. (2013). Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması

69) COCKRELL, J. R., FOLSTEIN, M. F. (1988). Mini-Mental State Examination. *Psychopharmacology Bulletin*. **24**: 689.

70) CAN, G., ERTAN, T., EKER, E., YAŞAR, R.(2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* . **13**:273-281

71) BABACAN-YILDIZ, G., Emel, U. R., KOLUKISA, M., IŞIK, A. T., GÜRSOY, E., KOCAMAN, G., ÇELEBİ, A. (2016). Eğitimsizler İçin Modifiye Edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk Toplumunda Alzheimer Hastalığı Tanısında Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **27**:41-46.

72) KESKİNOĞLU, P. , GİRAY, H., PİCAKÇİEFE, M. , BİLGİC N. , UCKU, R.(2011). The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* **43**. : 93–100

73) YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. **17**:37-49.

74) ERTAN, T, EKER, E. (2000). Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr* **12**:163-231.

75) AKTÜRK, Z., ŞAHİN, E.M., DAĞDEVİREN, N., ÖZER, C. (2002) Türkçeleştirilmiş geriatrik depresyon skalasının iç güvenilirlik analizi. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. Adana. Kongre Programı ve Kitabı. p.:442.

76) ZIMET, G.D., DAHLEM, N.W., ZIMET, S.G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. **52**:30-41.

77) EKER, D., AKAR, H.(1994). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. **34**:45-48.

78) TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU.(2014). İstatistiklerle Yaşlılar Hayat Tabloları Sayı: 1852201

79) TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU.(2015). İstatistiklerle Yaşlılar. Sayı: 1862018

80) ÜNAL, B., ERGÖR, G., HORASAN, G. D. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: *Sağlık Bakanlığı*. Bölüm 4. p.: 45

81) MARINHO, V., LAKS, J., COUTINHO, E. S. F., BLAY, S. L. (2010). Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saude Publica*. **26**: 2213-2233.

82) BARNETT, K., MERCER, S. W., NORBURY, M., WATT, G., WYKE, S., GUTHRIE, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. **380**: 37-43.

83) VAN DEN AKKER, M., BUNTINX, F., METSEMAKERS, J. F., ROOS, S., KNOTTNERUS, J. A. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*. **51**: 367-375.

84) BİLİR, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. **25**: 1-6.

85) PRINCE, M. J., WU, F., GUO, Y., ROBLEDO, L. M. G., O'DONNELL, M., SULLIVAN, R., YUSUF, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*. **385**:549-562.

86) KILINÇ, A. S., ÖNAL, Ö., SÜTLÜ, S. P., ATAY, E., ŞAHİN, D. S., KURAL, M., ÇATAK, B. (2014). Bir Aile Hekimine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Ev Güvenliğinin Değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Kongresi*.

87) KWAN, D. (2013). Polypharmacy: Optimizing medication use in elderly patients.*Practice*. **20**: 25.

88) ROCHON, P. A., SCHMADER, K. E., SOKOL, H. N. (2013). Drug prescribing for older adults. *Sokol N, Dep. Ed.*

Erişim:<http://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-olderadults>.

89) MAHER, R. L., HANLON, J., HAJJAR, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*. **13**: 57-65.

90) ZHONG, W., MARADIT-KREMERS, H., SAUVER, J. L. S., YAWN, B. P., EBBERT, J. O., ROGER, V. L., ROCCA, W. A. (2013). Age and sex patterns of drug prescribing in a defined American population. In *Mayo Clinic Proceedings*. **88**:697-707

91) VENTURINI, C. D., ENGROFF, P., ELY, L. S., ZAGO, L. F. D. A., SCHROETER, G., GOMES, I., MORRONE, F. B. (2011). Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. *Clinics*. **66**: 1867-1872.

92) APAYDIN-KAYA, Ç. ÇİFTÇİLİ, (2014). S.Birinci basamakta Yaşlılarda İlaç Kullanımı İlkeleri. Aile Hekimleri için Yaşlı sağlığına Bütüncül Yaklaşım İSTANBUL:Deomed yayıncılık. Bölüm 3.4

93) BAHAT, G., TUFAN, F., AKIN, S., TUFAN, A., ERTEN, N., KARAN, M. A. (2012). Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *J Gerontol Geriatrik Arş*. **1**: 2-8.

94) MÜZE, H. A., SİTESİ, K. (2011). Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi Sözel Sunum ve Poster Özetleri.

95) CEDERHOLM, T., BOSAEUS, I., BARAZZONI, R., BAUER, J., VAN GOSSUM, A., KLEK, S., VAN DER SCHUEREN, M. A. E. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition—an ESPEN consensus statement. *Clinical nutrition*. **34**: 335-340.

96) PROSPECTIVE STUDIES COLLABORATION. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*. **373**: 1083-1096.

97) DAVISON, K. K., FORD, E. S., COGSWELL, M. E., DIETZ, W. H. (2002). Percentage of body fat and body mass index are associated with mobility limitations in people aged 70 and older from NHANES III. *Journal of the American Geriatrics Society*. **50**: 1802-1809.

98) SAKA, B., KAYA, O., OZTURK, G. B., ERTEN, N., KARAN, M. A. (2010). Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clinical Nutrition*. **29**: 745-748.

99) TRABAL, J., FARRAN-CODINA, A. (2015). Effects of dietary enrichment with conventional foods on energy and protein intake in older adults: a systematic review. *Nutrition Reviews*. **73**: 624-633.

100) PRINCE, M., BRYCE, R., ALBANESE, E., WIMO, A., RIBEIRO, W., FERRI, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*. **9**:63-75.

101) BUĞRUL, N. (2015). Beylikova'da 55 yaş üstü bireylerde uyku kalitesi, yorgunluk ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.

102) PETERS, R., POULTER, R., WARNER, J., BECKETT, N., BURCH, L., BULPITT, C. (2008). Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC Geriatrics*. **8**:36

103) WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). Global status report on alcohol and health. Chapter 1

104) CERHAN, J. R., FOLSOM, A. R., MORTIMER, J. A., SHAHAR, E., KNOPMAN, D. S., MCGOVERN, P. G., HEISS, G. (1998). Correlates of cognitive function in middle-aged adults. *Gerontology*. **44**:95-105.

105) GUARNIERI, B., ADORNI, F., MUSICCO, M., APPOLLONIO, I., BONANNI, E., CAFFARRA, P., FERRARA, S. (2012). Prevalence of sleep disturbances in mild cognitive impairment and dementing disorders: a

multicenter Italian clinical cross-sectional study on 431 patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. **33**:50-58.

106) OTSUKA, K., CORNELISSEN, G., YAMANAKA, T., OINUMA, S., SASAKI, J., YAMANAKA, G., MATSUBAYASHI, K. (2014). Comprehensive Geriatric Assessment Reveals Sleep Disturbances in Community-Dwelling Elderly Adults Associated with Even Slight Cognitive Decline. *Journal of the American Geriatrics Society*. **62**: 571-573.

107) WRIGHT, H., JENKS, R. A. (2016). Sex on the brain! Associations between sexual activity and cognitive function in older age. *Age and Ageing*. **0**: 1-5.

108) BHERER, L., ERICKSON, K. I., LIU-AMBROSE, T. (2013). A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *Journal of Aging Research*.

Erişim : <http://dx.doi.org/10.1155/2013/657508>

109) DROOGSMA, E., VAN ASSELT, D. Z. B., SCHOLZELDORENBOS, C. J. M., VAN STEIJN, J. H. M., VAN WALDERVEEN, P. E., VAN DER HOOFT, C. S. (2013). Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. *The Journal Of Nutrition, Health & Aging*. **17**: 606-610.

110) BELL, J. F., FITZPATRICK, A. L., COPELAND, C., CHI, G., STEINMAN, L., WHITNEY, R. L., LOGSDON, R. (2015). Existing data sets to support studies of dementia or significant cognitive impairment and comorbid chronic conditions. *Alzheimer's & Dementia*. **11**: 622-638.

111) ALIEV, G., ASHRAF, G. M., KAMINSKY, Y. G., SHEIKH, I. A., SUDAKOV, S. K., YAKHNO, N. N., BACHURIN, S. O. (2013). Implication of the nutritional and nonnutritional factors in the context of preservation of cognitive performance in patients with dementia/depression and Alzheimer

disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 1533317513504614.

112) ATTAL, N., MASSELIN-DUBOIS, A., MARTINEZ, V., JAYR, C., ALBI, A., FERMANIAN, J., BAUDIC, S. (2014). Does cognitive functioning predict chronic pain? Results from a prospective surgical cohort. *Brain*. **3**:54.

113) PATEL, K. V., GURALNIK, J. M., DANSIE, E. J., TURK, D. C. (2013). Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *PAIN*. **154**: 2649-2657.

114) OOSTERMAN, J. M., GIBSON, S. J., PULLES, W. L. J. A., VELDHUIJZEN, D. S. (2013). On the moderating role of age in the relationship between pain and cognition. *European Journal of Pain*. **17**:735-741.

115) COLE, L. J., FARRELL, M. J., DUFF, E. P., BARBER, J. B., EGAN, G. F., GIBSON, S. J. (2006). Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain*. **129**:2957-2965.

116) HADJISTAVROPOULOS, T., HERR, K., PRKACHIN, K. M., CRAIG, K. D., GIBSON, S. J., LUKAS, A., SMITH, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology*. **13**: 1216-1227.

117) STEFFENS, D. C., FISHER, G. G., LANGA, K. M., POTTER, G. G., PLASSMAN, B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *International Psychogeriatrics*. **21**: 879-888.

118) WEYERER, S., EIFFLAENDER-GORFER, S., WIESE, B., LUPPA, M., PENTZEK, M., BICKEL, H., RIEDEL-HELLER, S. G. (2013). Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age and Ageing*. **42**: 173-180.

119) ÖYEKÇİN, D. G., AYDIN, P. Ç., DEĞİRMENCİ, Y., KUTLUAY, D. (2012). Paradoksal Disfaji Ardındaki Geriyatrik Depresyon: Bir Olgu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. **15**: 181-186

120) GÜL, H. L., EVCİLİ, G., KARADAŞ, Ö., GÜL, E. S. (2012). Geriatric depression and associated risk factors: The level of depression symptom at elderly living in nursing home. *J Clin Anal Med*. **3**: 308-310.

121) ÜNSAL, A., ARSLAN, G. G., & ÇOBAN, A. (2013). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **2**:1

122) DİŞÇİGİL, G., GEMALMAZ, A., BAŞAK, O., GÜREL, F. S., TEKİN, N. (2005). Birinci basamakta geriyatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*. **8**:129-33.

123) ÖZEN, İ. (2008). Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **7**: 399-404.

124) LIN, J. H., HUANG, M. W., WANG, D. W., CHEN, Y. M., LIN, C. S., TANG, Y. J., LANE, H. Y. (2014). Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC geriatrics*. **14**: 1.

125) CİNAR, I. O., KARTAL, A. (2008). Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics. *TAF-Preventive Medicine Bulletin*. **7**: 399.

126) ÇİBIK, B. (2016). Yaşlılarda polifarmasi yaygınlığı, ilaç etkileşimi, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi. Uzmanlık Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Tıp Fakültesi

127) SINN, N., MILTE, C. M., STREET, S. J., BUCKLEY, J. D., COATES, A. M., PETKOV, J., HOWE, P. R. (2012). Effects of n-3 fatty acids, EPA v. DHA, on depressive symptoms, quality of life, memory and executive

function in older adults with mild cognitive impairment: a 6-month randomised controlled trial. *British Journal of Nutrition*. **107**:1682-1693.

128) HERR, K. A., GARAND, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. **17**: 457.

129) DOMINGUEZ, L. J., BARBAGALLO, M. (2016). Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*.

Erişim : <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2016.05.013>

130) DOGAN, S., DEMİR, B., EKER, E., KARİM, S. (2008). Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *International Psychogeriatrics*. **20**: 1019-1027.

131) JOSEFSSON, T., LINDWALL, M., ARCHER, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. **24**: 259-272.

132) DESLANDES, A. C., MORAES, H., ALVES, H., POMPEU, F. A. M. S., SILVEIRA, H., MOUTA, R., LAKS, J. (2010). Effect of aerobic training on EEG alpha asymmetry and depressive symptoms in the elderly: a 1-year follow-up study. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. **43**: 585-592.

133) CHANG, S. C., PAN, A., KAWACHI, I., OKEREKE, O. I. (2016). Risk factors for late-life depression: a prospective cohort study among older women. *Preventive Medicine*. **91**:144-151.

134) WU, Z., SCHIMMELE, C. M., CHAPPELL, N. L. (2012). Aging and late-life depression. *Journal of Aging and Health*. **24**:3-28.

135) HESER, K., BLECKWENN, M., WIESE, B., MAMONE, S., RIEDEL-HELLER, S. G., STEIN, J., WEYERER, S. (2016). Late-Life Depressive Symptoms and Lifetime History of Major Depression: Cognitive Deficits are Largely Due to Incipient Dementia rather than Depression. *Journal of Alzheimer's Disease*. p.:1-15

136) BHALLA, R. K., BUTTERS, M. A., BECKER, J. T., HOUCK, P. R., SNITZ, B. E., LOPEZ, O. L., REYNOLDS, C. F. (2009). Patterns of mild cognitive impairment after treatment of depression in the elderly. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. **17**: 308-316.

137) RICHARD, E., REITZ, C., HONIG, L. H., SCHUPF, N., TANG, M. X., MANLY, J. J., LUCHSINGER, J. A. (2013). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia. *JAMA Neurology*. **70**: 383-389.

138) STEFFENS, D. C., MCQUOID, D. R., POTTER, G. G. (2014). Amnestic mild cognitive impairment and incident dementia and Alzheimer's disease in geriatric depression. *International Psychogeriatrics*. **26**: 2029-2036.

139) KENNEDY, J. (2015). Depressive pseudodementia—how 'pseudo' is it really?. HILTON, C. *Old Age Psychiatrist*. p.: 30-37.

140) HERMIDA, A. P., MCDONALD, W. M., STEENLAND, K., LEVEY, A. (2012). The association between late-life depression, mild cognitive impairment and dementia: is inflammation the missing link?. *Expert Review of Neurotherapeutics*. **12**: 1339-1350.

141) BARNES, D. E., YAFFE, K., BYERS, A. L., MCCORMICK, M., SCHAEFER, C., WHITMER, R. A. (2012). Midlife vs late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of General Psychiatry*. **69**:493-498.

142) SÁEZ-FONSECA, J. A., LEE, L., WALKER, Z. (2007). Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *Journal of Affective Disorders*. **101**: 123-129.

143) ERDEN-AKİ, Ö.(2010). Yaşlı Bireylerde Demans Ve Depresyonun Ayırıcı Tanısı. **Özel sayı**:37-42.

144) KOEN, J. D., YONELINAS, A. P. (2014). The effects of healthy aging, amnestic mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease on

recollection and familiarity: a meta-analytic review. *Neuropsychology Review*. **24**: 332-354.

145)BRADLEY, S. M., HERNANDEZ, C. R. (2011). Geriatric assistive devices. *American Family Physician*. **84**: 405-411.

146) OLGUN, N., ASLAN ETİ, F., YÜCEL, N., ÖNTÜRK KAN, Z., LAÇIN, Z. (2013). Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **4**: 2

147) YAZICI, S. Ö., KALAYCI, İ. (2015). YAŞLI HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *SDÜ Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*. **3**: 385-390.

148) ERDOĞAN, T., TUNCA, H. (2016). Dâhiliye polikliniğine başvuran geriatrik hastaların çok yönlü fonksiyonel değerlendirilmesi ve beslenme durumlarının irdelenmesi. *Osmangazi Journal of Medicine*. **38**

149) AMBROSE, A. F., PAUL, G., HAUSDORFF, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*. **75**: 51-61.

150) CHANG, J. T., MORTON, S. C., RUBENSTEIN, L. Z., MOJICA, W. A., MAGLIONE, M., SUTTORP, M. J., SHEKELLE, P. G. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Bmj*. **328**:680.

151) EL-KHOURY, F., CASSOU, B., CHARLES, M. A., DARGENT-MOLINA, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials., *B.M.J.* **347**: f6234

152) HAMMOND, T., WILSON, A. (2013). Polypharmacy and falls in the elderly: a literature review. *Nursing and Midwifery Studies*. **2**: 171-175.

- 153)DANIŞ, A. G. M. Z. Yaşlılık, Yoksulluk Ve Yalnızlık.
- 154) TUFAN, İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu
- 155)KURT, G., BEYAZTAŞ, F. Y., ERKOL, Z., ENSTİTÜSÜ, S. D. Ü. S. B., BAYSAL, A. İ. B. Ü. İ., AD, T. F. A. T. (2010). Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*. **24**: 32-9.
- 156)ARUN, Ö., ARUN, B. K. (2011). Türkiye’de yaşlı kadının en büyük sorunu: dulluk. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. **10**: 1515-1527.
- 157)ASLAN, D., ERTEM, M. (2012). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Palme Yayıncılık. p.: 1-66.
- 158)POLAT, Ü., KAHRAMAN, B. B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*. **18**: 213-218.
- 159) CACIOPPO, J. T., CACIOPPO, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*. **8**: 58-72.
- 160) ALTAY, B., AVCI, İ. A. (2009). Samsun Alanlı Köyünde Yaşayan Yaşlılarda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Depresif Belirti Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **8(2)** : 139-146
- 161) SHANKAR, A., HAMER, M., MCMUNN, A., STEPTOE, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*. **75**:161-170.
- 162) TAŞCI, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. *Çalışma ve Toplum*, **1**.
- 163) AKMAN, M., SARISOY, M., UZUNER, A., ÇİFÇİLİ, S., UÇ,D., GÜZEL, S., DİKMEN, S.(2014). 65 yaş üstü erişkinlerde aşılama durumu ve bilgi düzeyi. *Turkish Family Physician*. **5 (3)**

164) ZEYBEK, Y, TOKALAK, İ.,BOYACIOĞLU, S. (2004). Altmış beş üstü ve üzeri erişkinlerde aşılanma durumu. *Türk Geriatri Dergisi*. **7**: 152-154.

165) NAHARCI, M. I., BOZOGLU, E., TASCI, I., CINAR, M., ARDIC, N., AYLAYAVA, R. N., DORUK, H. (2015). Vaccination status and related factors in an elderly Turkish population sample: A cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences*. **8**:77.

166) WILLIAMS, W. W. (2016). Surveillance of vaccination coverage among adult populations—United States, 2014. *MMWR. Surveillance Summaries*, **65(1)**: 1–36

167) Seasonal influenza immunisation in Europe. Overview of recommendations and vaccination coverage for three seasons: pre-pandemic (2008/09), pandemic (2009/10) and post-pandemic (2010/11). *Eurosurveillance*, **19(16)**: 20780

Erişim:<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20780>

EKLER

EK 1:Yapılandırılmış anket formu

GERİATRİK SAĞLIK ANKETİ

A. Sosyo-Demografik Özellikleri

1.Ad-Soyadı:

2.Yaş:

3.Cinsiyet:

4.Adres:

5.TEL:

6.Medeni Hal:

A)Bekar

B)Evli

C)Dul

7.Çalışma Durumu:

A)Çalışan

B)Emekli

C)Çalışmıyor

8.Eğitim Durumu:

A) Okuryazar

B) Okuryazar değil

9. Eğitim seviyesi

İlkokul Ortaokul

Lise

Üniversite

10.Düzenli aldığınız aylık geliriniz var mı? (maaş, kira)

A)Hayır

B)Evet

11.Maddi Gelirinizi nasıl algılıyorsunuz?

A)Yeterli

B)Yetersiz

12.Sağlık Güvenceniz var mı?

A)Hayır

B)Evet

B. ALIŞKANLIKLAR

1. Sigara Kullanımı:

Hiç içmemiş

Bırakmış.....yıldır içmiyor,.....yıl.....paket/gün içmiş

İçiyor.....yıl.....paket/gün

2. Alkollü içki kullanımı:

Hayır hiç kullanmam

Evet, sadece sosyal ortamlarda kullanım

Evet kullanım

3-. Fiziksel egzersiz yapıyor mu?

Hayır hiç yapmam

Evet yaparım

Egzersiz tipi :.....

Sıklık :.....

Süre

Yoğunluk

(Haftada 3 gün ve üzerinde en az yarım saat) Evet

Hayır

C. ÖZGEÇMİŞ

1. Devamlı ilaç kullanmanızı gerektiren hastalıklarınız var mı? (Varsa neler?)

.....
.....
.....
.....
.....

2. Reçeteli veya reçetesiz, vitaminler de dahil olmak üzere günde kaç ilaç kullanıyorsunuz?

(.....adet/gün)

3. Kullandığınız ilaçlarınız nelerdir?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Hastalıklarınız nedeniyle uymanız gereken özel bir diyetiniz var mı?

A)Hayır

B)Evet

5. Günlük hayatında kullandığı cihaz var mı? Varsa neler?(gözlük, işitme cihazı, walker....vb)

.....
.....
.....
.....

6. Hiç düştünüz m?

A)Hayır

B)Evet

7. Dengenizi sağlamakta zorluk yaşar mısınız?

A)Hayır

B)Evet

D-GENEL SAğLIK DURUMU:

1)Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Mkemmел / Çok iyi / İyi / Kötü

2)Son 1 ay içinde ne şiddette vücut ağrısı hissettiniz?

Hiç / Çok Hafif / Hafif / Orta / şiddetli / Çok şiddetli

E-GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ:

Aşağıdaki aktiviteleri yaparken;

Başkasından yardım almadan kendiniz yapıyorsanız **(K)** şıkkını

Başkasının veya bir aracın yardımı ile yapıyorsanız **(B)** şıkkını

Hiç yapamıyorsanız **(H)** şıkkını İşaretleyiniz :

Yürüme	K	B	H	Telefon kullanma	K	B	H
Giyinme	K	B	H	Alışveriş	K	B	H
Banyo	K	B	H	Yemek hazırlama	K	B	H
Yemek yeme	K	B	H	Ev işleri	K	B	H
Tuvalet	K	B	H	Kendi kendine ilaç alma	K	B	H
Araba sürme	K	B	H	Para ile ilgili işlemler	K	B	H

F. SİSTEMLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

1	Görme sorunlarından ötürü araba sürerken, televizyon izlerken veya okuma yaparken zorluk yaşıyor musunuz?	Hayır/Evet
2	Normal konuşma seslerini işitebiliyor musunuz?	Hayır/Evet
3	İşitme cihazı kullanıyor musunuz?	Hayır/Evet
4	Hafıza sorunuz var mı?(unutkanlık var mı?)	Hayır/Evet
5	Sıklıkla kendinizi mutsuz veya çökkün hisseder misiniz?	Hayır/Evet
6	Son 6 ayda istemsiz kilo kaybınız oldu mu?	Hayır/Evet
7	İdrar tutamama veya idrar yapmayla ilgili başka bir sorunuz oldu mu?	Hayır/Evet
8	İshal, kabızlık veya başka bir barsak sorunuz oldu mu?	Hayır/Evet
9	Son 1 yıl içinde kaç kez düştünüz?	Hayır/Evet

H. FİZİK MUAYENE

TA:

Boy/Kilo:

Mevcut Fizik Muayene Bulguları:

Nörolojik Muayene:

I. TESTLER

Fısıltı Testi:

Sağ kulak:

Sol kulak:

Denge Testi:

İ. SOSYAL DESTEK ve KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Birlikte yaşadığınız biri var mı?

A)Hayır B)Evet

2.Cevabınız evet ise kiminle ? Eş /Çocuk / Akraba / Arkadaş / Diğer

3. Acil durumlarda size yardımcı olabilecek kimse var mı?

A)Hayır B)Evet

4.Sağlık problemlerinizi konusunda ihtiyaç duyduğunuzda size rehberlik edebilecek biri var mı?

A)Hayır B)Evet (çocuk, bakıcı, eş.....)

5. Sağlık Problemlerinizi için sıklıkla hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?

A) Aile Sağlığı Merkezi

B) Devlet Hastanesi

C) Üniversite Hastanesi

D) Evde Sağlık Hizmetleri

6. İlaçlarınızı hangi sistemi kullanarak düzenliyorsunuz?

A)İlaç kutusu kullanarak

B)Aileden birinin yardımı ile

C)Liste veya tabela yardımıyla

D)Hiçbiri

7.Cinsel olarak aktif misiniz?

A)Hayır B)Evet

8.Kasıtlı olarak size zarar vermeye çalışan birileri oldu mu?

A)Hayır B)Evet

9. Hiç zatüre aşısı oldunuz mu?

A)Hayır B)Evet

10. Grip aşısı oldunuz mu?

A) Hayır B) Evet, (her yıl-arada)

11. İnternet kullanıyor musunuz?

A) Hayır B)Evet

12. Kitap ya da gazete okuma alışkanlığınız var mı?

A) Hayır B)Evet

13. Arkadaşlarınızla birlikte bir araya gelerek yaptığınız etkinlikler var mı? (satranç, tavla,)

A) Hayır B)Evet

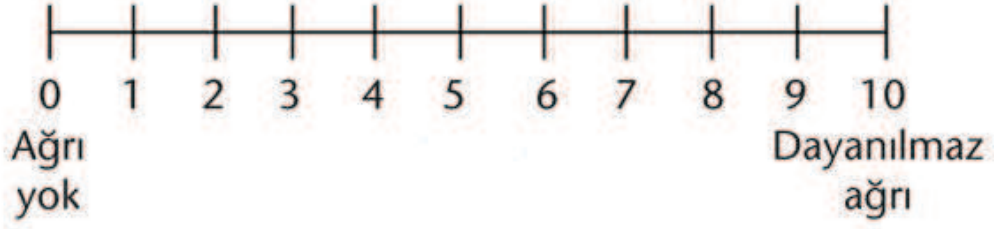
(.....)

.....)

VİSUAL ANALOG SKALASI (VAS) ve YÜZ İFADELERİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (WRONG BAKER)

Lütfen ağrınızın şiddetini aşağıdaki ölçekte işaretleyiniz.

A



B



TİNETTİ DEĞERLENDİRME SKALASI: DENGE

Başlangıç Pozisyonu: Kişi sert ve kolçaksız bir sandalyeye oturur.
Aşağıdaki testler uygulanır.

Talimat/Görev Puanlama Skor

1. Oturma Dengesi:

Sandalyede kayma/yaslanma = 0

Sabit, güvenli oturuş = 1

2. Kalkma:

Yardımsız yapamaz = 0

Kollardan yardım alarak yapabilme = 1

Kolları kullanmaksızın yapabilme = 2

3. Kalkma Girişimleri:

Yardımsız yapamama = 0

Yapabilir, birden daha fazla girişim gerekir = 1

Bir girişimle kalkabilir = 2

4. Kalktıktan hemen sonraki Sabit değil(gövde salınımı, dengesi (ilk 5 sn'
deki):

Ayakların hareketi, kendini kasarak = 0

Sabit ama walker/diğer destekleri kullanarak = 1

Sabit, walker/diğer destekleri kullanmaksızın = 2

5. Ayakta durma dengesi:

Sabit değil = 0

Sabit ama topuklar arası mesafe 10 cm' den fazla ve baston veya diğer destekleri kullanarak = 1

Ayaklar arasındaki mesafe az olacak şekilde desteksiz ayakta dik duruş = 2

6. Ayakta dik duruş: (Kişinin ayakları mümkün olduğu kadar birbirine yakın kendini tutar, durur, test eden kişi avuç içi ile kişinin göğsünden yavaşça sabit durur 3 kez iter)

Düşmeye başlar= 0

Sendeler ve tutunur = 1

Dengesi bozulmaz = 2

7. Gözler kapalı: (6 numaralı pozisyonda max. skor olursa)

Sabit değil = 0

Sabit = 1

8. 360° dönme:

Kesintili adımlarla (sürekli olmayan) = 0

Kesintisiz adımlarla= 1

Sabit değil (sendeleme ve bir yerden tutunmaya alışma) = 0

Sabit (dengeli) = 1

9. Ayaktan oturma

Güvensiz (mesafeyi ayarlayamam, pozisyonuna geçiş: sandalyeye düşerek oturma= 0

Kolları kullanarak ve ya düzgün olmayan hareketle oturma= 1

Güvenli, düzgün hareketle oturma = 2

DENGE PUANI:.....

TİNETTİ DEĞERLENDİRME TESTİ: YÜRÜYÜŞ

Başlangıç talimatları: Kişi, testi yapan kişi ile birlikte, koridorda ve ya odanın bir ucundan diğer ucuna doğru yürür. Öncelikle 'her zaman ki gibi olağan' yürür, sonra geriye döner 'hızlı ama güvenli' (her zaman ki yürüme yardımcısını kullanarak)

Talimat/Görev Puanlama Skor

10. Yürüyüşe başlama (yürü der demez hemen başlama) :

Biraz duraklayarak birkaç hamle ile başlar =0

Tereddütsüz yürür = 1

11. Adım uzunluğu ve genişliği:

a. Adım atarken sağ ayak sol ayağı geçmiyor= 0

b. Adım atarken sağ ayak sol ayağı geçiyor= 1

c. Adım atarken sağ ayağını yerden kaldırmıyor= 0

d. Adım atarken sağ ayağını yerden tamamen kaldırıyor= 1

e. Adım atarken sol ayak sağ ayağı geçmiyor= 0

f. Adım atarken sol ayak sağ ayağı geçiyor= 1

g. Adım atarken sol ayağını yerden kaldırmıyor= 0

h. Adım atarken sol ayağını yerden tamamen kaldırıyor= 1

12. Adım simetrisi:

Sağ ve sol adım uzunluğu eşit değil= 0

Sağ ve sol adım uzunluğu eşit görünüyor= 1

13. Adım alma sürekliliği:

Adımlar arasında süreklilik yok ve ya duruyor= 0

Adımlar süreklilik gösteriyor= 1

14. Yürüyüşün yapıldığı yol (Çizgiler takip ederek, 10 adım boyunca kişiyi gözlemleme)

Çizgiden sapma= 0

Çizgiden hafif/orta düzeyde sapma ve ya yürüme yardımcısı kullanma = 1

Yürüme yardımcısı kullanmadan düzgün yürüme= 2

15. Gövde:

Sallanarak ve ya yürüme yardımcısı kullanarak yürür = 0

Sallanma yok ama dizler ve sırt bükülerek ve ya yürürken kollar yana doğru açılır= 1

Gövde dik durarak, kollar gövde yanında yürüme = 2

16. Yürüme duruşu:

Topuklar birbirinden uzakta = 0

Yürürken topuklar neredeyse birbirine değecek kadar yakın duruyor=

1

YÜRÜME PUANI:.....

DENGE + YÜRÜME PUANI:.....



EĞİTİMLİLER VEEĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TESTİ

Aktif Kullanılan el:

Toplam skor:

Oryantasyon (Toplam puan 10) :

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Hangi gündeyiz?

Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı?:

Hangi ülkede yaşıyorsunuz?

Hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Şu an binada kaçınıcı kattasınız?

(her bir madde için 1 puan verilir)

Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (masa, bayrak, elbise) (20 saniye süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir)

Dikkat ve Hesap yapma (Toplam 5 puan)

Kişi eğitimsiz ise: Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR' dan önce CUMARTESİ ondan önce ne gelir? Devam edin.

(Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)

Kişi eğitilmiş ise: 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86,79, 72, 65)

Hatırlama (Toplam 3 puan):

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin (masa, bayrak, elbise) (Her doğru kelime için 1 puan verilir)

Lisan (toplam 9 puan)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nelerdir? (saat, kalem) (20 saniye süre tanınır) (Her doğru kelime için 1 puan verilir)

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve bitirdikten sonra tekrar edin 'eğer ve fakat istemiyorum' (10 saniye süre tanınır ve tam bir cümle için 1 puan verilir)

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim beni dikkatle dinleyin ve söylediklerimi yapın. 'Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen.' (30 saniye süre tanınır her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam 3 puan)

d) Kişi eğitilmiş ise: Şimdi yüzüme bakın ve yaptığının aynısını yapın (gözlerinizi kapatın). Doğru işlem için 1 puan verilir)

Kişi eğitilmiş ise: Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (Gözlerinizi kapatın, 1 puan)

e) Kişi eğitilmiş ise: Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin (30 saniye süre tanınır ve anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

Kişi eğitilmiş ise: Şimdi size bir kağıt vereceğim, kağıda aklınıza anlamlı gelen bir cümleyi yazın (1 puan)

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 dakika süre tanınır ve kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)

TOPLAM SKOR:

SAAT ÇİZME TESTİ

Lütfen aşağıya saat çizerek, 11.10 yi belirtin.



GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORM (GDS)

1. Hayatınızdan memnun musunuz? **HAYIR/EVET**
2. İlgilendiğiniz veya yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı? **HAYIR/EVET**
3. Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz? **HAYIR/EVET**
4. Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz? **HAYIR/EVET**
5. Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz? **HAYIR/EVET**
6. Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz? **HAYIR/EVET**
7. Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz? **HAYIR/EVET**
8. Sıklıkla umutsuzluk hisseder misiniz? **HAYIR/EVET**
9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz? **HAYIR/EVET**
10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz? **HAYIR/EVET**
11. Şu an hayatta olmak güzel mi? **HAYIR/EVET**
12. Sizce şu anki durumunuz değersiz mi? **HAYIR/EVET**
13. Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz? **HAYIR/EVET**
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?
HAYIR/EVET
15. Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz? **HAYIR/EVET**

TOPLAM SKOR:

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5, 6,7 kesinlikle evet

TOPLAM SKOR:

MİNİ NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRME KISA FORM (MNA)

A- Son 3 ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma güçlüğü nedeniyle besin tüketiminde azalma oldu mu?

0 = şiddetli iştah kaybı

1 = orta derecede iştah kaybı

2 = iştah kaybı yok

B-Son aylarda kilo kaybınız oldu mu?

0 = 3 kg'dan daha fazla kilo kaybı

1 = bilmiyor

2 = 1 ile 3 kg arası kilo kaybı

3 = kilo kaybı yok

C-Hareketlilik

0 = yatağa veya sandalyeye bağımlı

1 = kendi başına yataktan/sandalyeden kalkabiliyor ancak dışarıya çıkamıyor

2 = kendi başına dışarıya çıkabiliyor

D-Geçtiğimiz son 3 ay içerisinde, psikolojik stres veya ciddi bir hastalık geçirdiniz mi?

0 = evet

2 = hayır

E-Nöropsikolojik sorunlar

0 = ciddi demans veya depresyon

1 = hafif demans veya depresyon

2 = herhangi bir psikolojik rahatsızlığı yok

F1-Beden Kitle İndeksi (BKİ): (Kg/m²)

0 = BKİ 19'dan düşük

1 = BKİ 19 ile 21 arasında

2 = BKİ 21 ile 23 arasında

3 = BKİ 23'ten fazla

BKİ bilinmiyorsa veya ölçüm yapılamıyorsa soru F1 yerine F2 yanıtlanır.

F2-Baldır (CC) çevresi ölçümü - cm

0 = CC 31'den daha küçük

1 = CC 31 veya daha büyük

Tetkik Skoru

(Maksimum 14 puan)

12-14 puan: Normal beslenme durumu

8-11 puan: Malnütrisyon riski

0-7 puan: Malnütrisyon

EK.2 Etik Kurul onayı



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : KLLARŞ.ETİK.KURUL.BŞK./050.99-51
Konu : Başvuru İncelemesi

14/03/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Aysegül ULUDAĞ

Yürütlülüğünü yapmış olduğumuz "Çanakkale Şehir Merkezinde Geriatrik Yaş Grubunda Kapsamlı Sağlık Değerlendirmesi" başlıklı EK-2014-22 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 12/03/2014 tarih ve 05-05 nolu karar aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Emine COŞAR
Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Karar Tarihi : 12.03.2014 14:30

Karar No : 2014-05

Karar-05) EK-2014-22 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje araştırmacılarından Arş. Gör. Dr. Ayşe AKAY'ın sunumunun dinlenmesinin ve raporörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "ETİK KURUL ONAYINI ALIR." kararı verilmiştir.

.../03/2014 Bilgisayar İşletmeni : F.OTURAN

EK.3 Tez danışman değişikliği kararı

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 26/08/2016
TOPLANTI SAYISI : 33

Fakülte Yönetim Kurulu, gündemindeki maddeleri görüşmek üzere 26.08.2016 Cuma günü saat 15:00'da toplanmış olup, aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO 20: Dahili Tıp Bilimleri Bölümü'nün 16/08/2016 tarih ve 101.03.01-E.92007 sayılı yazısı ve ekleri okundu.

Aile Hekimliği Anabilim Dalının 15/08/2016 tarih ve E. 90756 sayılı yazısındaki talebi doğrultusunda, **Arş. Gör. Dr. Ayşe AKAY'm** yürüttüğü bitirme tezinin tez danışmanının FETÖ-PDY terör olayları kapsamında görevinden uzaklaştırılmış olması, bu durumun ne kadar zaman süreceğinin belli olmaması ve adı geçen tezinin tamamlanmasına az bir süre kalmış olması nedeniyle, mağdur olmaması için, tez danışmanı değişikliğinin kabulüne oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr.Yücel ACER
Dekan V.
(imza)

Prof.Dr. Hakkı Engin AKSULU
Üye
(imza)

Prof.Dr.Nihal Arzu MİRİCİ
Üye
(imza)

Prof.Dr.Mustafa EDREMİTLİOĞLU
Üye
(imza)

Doç.Dr. Alper ŞENER
Üye
(imza)

Doç. Dr. Bahadır KIRILMAZ
Üye
(imza)

Yrd.Doç.Dr. Hakan TÜRKÖN
Üye
(izinli)

Serap YAHŞI
Fakülte Sekreteri
Raportör
(imza)



Ek 4. Aydınlatılmış onam formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman :	Form- 11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

1. Çalışmanın adı: Çanakkale şehir merkezinde Geriatrik yaş grubunda kapsamlı sağlık değerlendirmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Uludağ ÇOMUTF Aile Hekimliği AD. 2862635950/1530

Dr. Ayşe AKAY ÇOMUTF AD. Aile Hekimliği AD. 2862635950/1530

Doç. Dr. Erkan Melih Şahin Aile Hekimliği AD. 2862635950/1530

Dr. Mustafa Turan ÖZDEMİR ÇOMUTF Aile Hekimliği AD.

3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Dünyada yaşlı nüfusun artması ile birlikte bu yaş grubunun yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Yaşlanmayla birlikte kalp, eklem hastalıklarının sıklığı artmakta hafızanın yıkım süreci hızlanmaktadır. Sağlık sorunlarının önde olması daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerinin öne çıkmasını sağlamaktadır. Başvurulan alanlarda kapsamlı değerlendirme olanağı olmaması yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Bu çalışmada yaşlı grubunun kapsamlı değerlendirilmesi, müdahale gerektiren sorunların ve koruyucu sağlık hizmetlerinde öncelik teşkil edecek sorunların tespiti amacıyla Çanakkale şehir merkezindeki yaşlı grubundaki hastaların mevcut durumlarının saptanması amaçlanmıştır.

4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Sayın katılımcı, araştırmanın yapıldığı 65 yaş ve üzerinde olduğunuz için seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Sayın Katılımcı, araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur. Bir kez katıldıktan sonra devam etme zorunluluğu da yoktur.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Sayın Katılımcı, çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sizin fizik muayeneniz yapılacak, kilo ve boyunuz tartılıp, kilonuz ölçülecektir. Ardından hafıza durumunuzu görmek için test ve yaş, eğitim durumu, hastalıklarınız, ilaçlarınız, alışkanlıklarınız, sosyal destek ve günlük işleriniz hakkında sorular cevaplandırmanız için sorulacaktır.

7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Sayın katılımcı, araştırmaya katılmak sizin için herhangi bir risk arz etmemektedir.

8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Sayın Katılımcı, araştırmaya katılmak ile kapsamlı muayeneniz yapılmış olacaktır.

9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırma için herhangi bir maddi bedeli yoktur, masrafınız yoktur.

10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Sayın Katılımcı, kimlik bilgileriniz alınmayacaktır.

11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Sayın Katılımcı, araştırma sonunda kişisel verileriniz sadece sizinle paylaşılacaktır.

12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Sayın Katılımcı, araştırma sonuçları, bilimsel makale şeklinde bilim dünyası ile paylaşılacaktır.

Daha ayrıntılı bilgi için,

Dr. Ayşegül Uludağ ve Dr. Ayşe AKAY'a ulaşabilirsiniz.

Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Çanakkale şehir merkezinde Geriatrik yaş grubunda kapsamlı sağlık değerlendirmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih: