



**T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİNDE YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIK DURUMUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK  
GEREKSİNİMLERİNİN ORTAYA KONMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Melis TANER**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Cahit ÖZER**

**HATAY-2015**

**T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİNDE YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIK DURUMUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK  
GEREKSİNİMLERİNİN ORTAYA KONMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Melis TANER**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Cahit ÖZER**

**HATAY-2015**

## TEZ ONAY SAYFASI

T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

### HATAY İLİNDE YAŞLI BİREYLERİN SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK GEREKSİNİMLERİNİN ORTAYA KONMASI

**Dr. Melis TANER**

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

.....  
Prof. Dr. Yüsuf Önlen  
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

.....  
Prof. Dr. Cahit ÖZER  
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

.....  
Prof. Dr. Cahit ÖZER  
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER.....
2. Prof. Dr. Mustafa ÇELİK .....
3. Yrd. Doç. Dr. Erhan YENGİL.....

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Yaşlılığın Tanımı	2
2.2. Yaşlılığın Demografisi	2
2.3. Türkiye’de Yaşlılık	4
2.4. Ülkemizde Yaşlılara Sunulan Hizmetler	5
2.5. Yaşlılık Döneminde Bireyde Oluşan Değişiklikler	6
2.6. Yaşlılar İçin Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
2.6.1. Fiziksel Aktivite	7
2.6.2. Sağlıklı Beslenme	8
2.6.3. Sigara Kullanımı	8
2.6.4. Alkol Kullanımı	9
2.6.5. Aspirin Kullanımı	9
2.6.6. İmmünizasyon	10
2.6.7. Kan Basıncı Takibi	10
2.6.8. Obezite Taraması	11
2.6.9. Hiperlipidemi	11
2.6.10. İşitme Muayenesi	11

2.6.11. Görme Muayenesi	12
2.6.12. Osteoporoz	12
2.6.13. Yaralanmalardan Korunma Ve Çevre Düzenlemesi	12
2.6.14. Kanser Taramaları	13
2.6.14.1. Meme Kanseri	13
2.6.14.2. Kolorektal Kanser	14
2.6.14.3. Prostat Kanseri	14
2.6.14.4. Serviks Kanseri	14
2.7. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme	14
2.7.1. Fonksiyonel Değerlendirme	16
2.7.2. Bilişsel Fonksiyonlar	17
2.7.3. Duygudurum Değerlendirmesi	18
2.7.4. Beslenme	19
2.7.5. Düşmeler	20
2.7.6. Ürinerİnkontinans	21
2.7.7. İşitme	21
2.7.8. Görme	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	23
4.BULGULAR	25
5.TARTIŞMA	30
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	35
7.KAYNAKLAR	36
8.EKLER	45
9.ÖZGEÇMİŞ	49

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Yaşlılarda on dakikalık kapsamlı tarama testi parametrelerinin cinsiyet ile ilişkisi	27
<b>Tablo 2:</b> Yaş Gruplarına Göre Yaşlıların Sağlık Sorunları	28

## ŞEKİL LİSTESİ

<b>Şekil 1 :</b> Dünyada yaş grubuna ve yıllara göre nüfus oranı (1950-2030)	3
<b>Şekil 2:</b> Türkiye’de yaş grubuna göre nüfus oranları (1935-2075)	4
<b>Şekil 3 :</b> Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin cinsiyet dağılımı	25
<b>Şekil 4 :</b> Yaşlı bireylerin yaş dağılım histogramı	25

## KISALTMALAR

WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
ACS	: American Cancer Society
AAFP	: American Academy of Family Physician
USPSTF	: United States Preventive Service Task Force
JNC-7	: The Seventh Report of the Joint National Committee
AHA	: American Heart Association
AGS	: American Geriatric Society
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
CDC	: Centers of Disease Control
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
DM	: Diyabetes Mellitus
ADA	: American Diabetes Association
BMI	: Body Mass Index
NHLBI	: National Heart Lung and Blood Institute
IU	: International Unit
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
TGYA	: Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri
EGYA	: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
TSH	: Tiroid Stimulating Hormone



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her konuda destek olup yol gösteren, özellikle tez hazırlama sürecimde beni yüreklendiren değerli danışman hocam ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER' e,

Bilimsel ve mesleki deneyimlerinden faydalandığım, klinik bilgi ve tecrübesiyle her zaman örnek aldığım hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Erhan YENGİL'e,

Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Pınar DÖNER'e,

Uzmanlık eğitimimin henüz başında Dahiliye rotasyonumda birlikte çalışma fırsatı bulduğum, hekimliğe farklı bir pencereden bakmamı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. M. Rami HELVACI'ya,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığımız, Acil rotasyonumda her nöbetin sabahını birlikte getirdiğimiz samimi ve sıcak arkadaşım Dr. Dilem YamanSÜRMEİ' ye,

Uzmanlığımı kazanmadan önceye dayanan dostluğumuzun uzun yıllar devam edeceğini bildiğim Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Dr. Mehmet Ali YAVUZ'a,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıştığım arkadaşlarım Dr. Y. Ela MANSUROĞLU, Dr. Mustafa EZER, Dr. Gökhan DEMİRKIRAN, Dr. Mustafa YILDIZ, Dr. Sümeyya Havva KOKAÇYA, Dr. Okan Yağız ÖZONUR, Dr. Gözen SOĞUKSU' ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca rotasyon yaptığım, birlikte çalıştığım bölümlerdeki tüm doktor arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve hastane çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her anında yanımda olan, sevgi ve desteklerini bir an bile benden esirgemeyen canım annem ve canım babama, onlara sahip olduğum için kendimi hep şanslı saydığım ağabeyim Melih ve kardeşim Merih'e, kız kardeş yokluğunu aratmayan sevgili Esra ve ailemizin son üyesi biricik yeğenim Aren Fuat'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Melis TANER

Hatay, 2015

## ÖZET

### Hatay İlinde Yaşlı Bireylerin Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi ve Karşılanmamış Sağlık Gereksinimlerinin Ortaya Konması

**Amaç:** İlimizde yaşlı nüfusun sağlık durumunun değerlendirilmesi, var olan veya henüz tanımlanmamış hastalıkların ortaya çıkartılması, tarama sonucu ortaya çıkan sağlık sorunlarına çözüm aranması amaçlandı.

**Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışma Hatay ili merkez ilçesi Antakya'da yürütüldü. Evreni temsil etmek üzere iki küme seçildi. 17.234 nüfuslu Serinyol ve 2310 nüfusun kayıtlı olduğu Anayazı mahalleleri şehrin dışında ancak kentsel özellikler taşıması ve anabilim dalımızın eğitim alanları olması nedeniyle tercih edildi. Bu mahallelerde bulunan toplam 7 aile hekiminin çalıştığı 3 aile sağlığı merkezinde Mayıs-Aralık 2014 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezine başvuran veya aile hekimleri aracılığıyla telefonla yapılan daveti kabul ederek aile sağlığı merkezlerine gelen 65 yaş ve üzeri bireyler dahil edildi. Bu yollarla görüşülemeyenlere ev ziyaretleri düzenlenerek ulaşıldı. Yaşlı bireylere on dakikalık kapsamlı tarama testi uygulandı.

**Bulgular:** Toplam 1583 yaşlı birey saptandı. Huzurevinde kalan 180 yaşlı birey, çalışmaya katılmaya engel derecede sağlık sorunu olan ve Türkçe konuşamayan 22 yaşlı birey çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya 611 (% 44.2) yaşlı birey dahil edildi. Bireylerin 324' ü (%53) erkek, 287' si (%47) kadındı. On dakikalık kapsamlı tarama testi uygulanan yaşlı bireylerin 114'ünde (%18.7) demans, 230'unda (%37.6) ürinerinkontinans, 319'unda (%52.2) depresyon, 419'unda (%68.6) immobilité, 126'sında (%20.6) düşme öyküsü, 82'sinde (%13.4) malnütrisyon riski, 233'ünde (%38.1) işitme azlığı, 219'unda (%35.8) görme azlığı tespit edildi. Kadınlarda ürinerinkontinans ( $p<0.001$ ), depresyon ( $p<0.001$ ), immobilité ( $p<0.001$ ), düşme öyküsü ( $p=0.003$ ) ve görme azlığının ( $p=0.003$ ) daha fazla olduğu görüldü. Demans, malnütrisyon riski ve işitme azlığı her iki cins için benzer oranlardaydı.

**Sonuç:** Yaşlıların sağlıklarının sürdürülmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılması için birinci basamakta on dakikalık kapsamlı tarama testinin uygulanması yararlıdır.

**AnahtarKelimeler:** Yaşlı birey, sağlık, on dakikalık kapsamlı tarama testi

## ABSTRACT

### Evaluation of the Health of the Elderly People in Hatay and Evolving Unmet Health Needs

**Aim:** It has been aimed to evaluate the health of the elderly people in our province, evolving the illnesses which have existed or not defined yet, to find solution to the health problems resulting from screening.

**Methods:** This cross-sectional study was performed in Hatay province center city Antakya. Two clusters were chosen for sampling; Serinyol had a population of 17.234 and Anayaz had a population of 2310. They were preferred for their semi urban characteristics and also they were education and research areas of our department. This study was carried in three different family health centers where total 7 family physicians were working. All people aged over 65 admitted to the centers for any reason between May and December 2014 were included in the study. Also elderly people for selected from the lists of family physicians and invited to participate by phone call. Those who accepted were visited at homes or invited to the health center. Ten minutes comprehensive screening test was applied to the elderly individuals.

**Results:** Total 1583 elderly individuals were found out. 180 elderly living in nursing home and 22 elderly individuals who can't speak Turkish were excluded. We reached 611 (%42.2) elderly individuals in the study area. Of these 324 (%53) were male while 287 (%47) were women. Dementia was detected 114 (%18.7) of elderly individuals, urinary incontinence 230 (%37.6), depression 319 (%52.2), 419 (%68.6) immobility, 126 (%20.6) falling history, 82 (%13.4) malnutrition risk, 233 (%38.1) hearing loss, vision loss were detected 219 (%35.8) of elderly individuals who were applied ten minutes comprehensive screening test. We found that urinary incontinence ( $p<0.001$ ), depression ( $p<0.001$ ), immobility ( $p<0.001$ ), falling history ( $p=0.003$ ) and vision loss ( $p=0.003$ ) were higher in women. Dementia, malnutrition risk and hearing loss were similar for both gender.

**Conclusion:** In primary care applying the ten minutes comprehensive screening test is useful for maintaining the health and increasing the health quality of the elderly.

**Key Words:** Elderly individuals, health, ten minutes comprehensive screening test

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya nüfusunun yaşlanmasında sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kaliteli ve etkin hizmet sunulmasının önemli rolü vardır. Bunu sağlamak amacıyla toplumdaki yaş gruplarının ihtiyaçlarına göre tarama ve muayene yöntemleri geliştirilmiştir. 65 yaş ve üzeri bireylerin uygun ve doğru bir şekilde değerlendirilmesi kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkün olur. Bu sayede sağlığın korunması ve geliştirilmesi için uygun koşullar sağlanarak gerektiğinde çevresel ve sosyal destek verilecektir.

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın "Aile hekimliği sürekli mesleki gelişim programı" nda da bahsedilen, Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamakta geriatrik hastaların değerlendirilmesi açısından faydalı bulunan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen "Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti"ndeki on dakikalık kapsamlı tarama testi kullanılmıştır. İlimizde yaşlı nüfusun sağlık durumunun değerlendirilmesi, var olan veya henüz tanımlanmamış hastalıkların ortaya çıkartılması, tarama sonucu ortaya çıkan sağlık sorunlarına çözüm aranması amaçlandı. Bu kısa ve kullanımı kolay test ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında geriatrik hastalarda en sık gözden kaçan hastalıklar açısından hekim ve yaşlı bireylerde farkındalık oluşturularak yaşlı bireylerin daha kaliteli yaşlanmaları sağlanacaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Yaşlılığın Tanımı**

Yaşlılık, doku ve organlardaki yeti yitimi ve işlevsellikteki azalmayla karakterize insan ömrünün geri dönüşümsüz doğal hayat dönemlerinden biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımına göre yaşlılık; çevresel faktörlere uyum sağlama yeteneğinde azalmadır. (2).

Normal yaşlanma; yaşamın süregelmesiyle birlikte zaman içinde ortaya çıkan anatomik, fizyolojik ve fonksiyonel işlev değişikliklerini tanımlar. Biyolojik yaşlılık; vücuttaki yapı ve fonksiyonlarda meydana gelen değişiklikleri, fizyolojik yaşlılık buna bağlı doku ve organlarda oluşan değişiklikleri tanımlamaktadır. Kişinin yaşadığı olaylar, çevre ve tecrübelerine dayanarak kendini yaşlı hissetmesi ve yaşam şeklini, görüşünü değiştirmesi duygusal yaşlılıktır. Yaşanan yılların birer yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımına da kronolojik yaşlılık denir. Normal yaşlanma sürecindeki anatomik ve fizyolojik işlev değişikliklerinde ortaya çıkan tüm patolojiler de patolojik yaşlanmanın bir sonucudur (3, 4).

### **2.2. Yaşlılığın Demografisi**

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığın sınırını 65 yaş olarak açıklamıştır. 65-75 yaş erken yaşlılık, 75-85 yaş arası orta yaşlılık, 85 yaş ve sonrası ileri yaşlılık olarak tanımlanmaktadır (2).

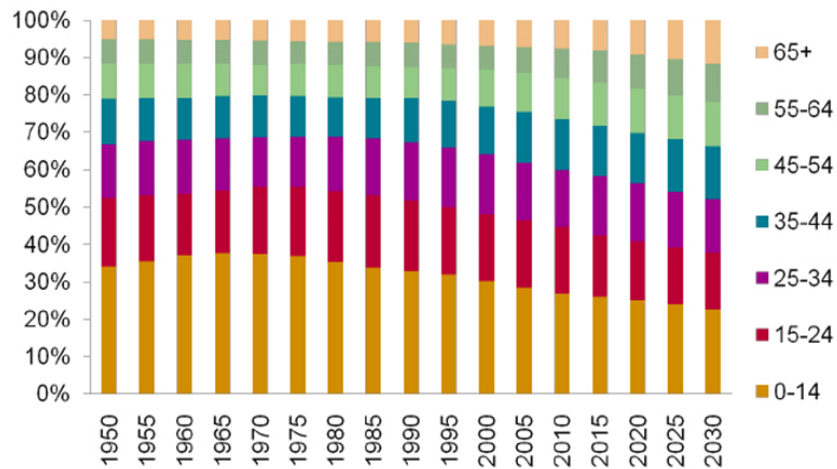
Dünya nüfusu gün geçtikçe artmakta ve bir yandan da yaşlanmaktadır. Yaşlı nüfusun artmasında fertilitenin ve mortalitenin azalmasının önemli etkisi vardır (5). Günümüzde gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus sayısı çocuk sayısından fazla, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise çocuk nüfusu yaşlı nüfusundan fazladır.

Dünya nüfusunun yaşlanmasında fertilitenin ve mortalitenin azalmasının yanı sıra yaşam süresinin uzamasının da rolü vardır. Tıp ve bilimin gelişmesiyle mortalitesi yüksek hastalıklar için yeni ve başarılı tedavi yöntemlerinin bulunması

sayesinde genç ölümlerinin önüne geçilmesi, daha fazla bireyin ileriki yaşlara ulaşmasını sağlamıştır.

Sağlıkta kaliteli hizmet sunulması hedeflenerek mevcut sağlık durumunun geliştirilmesiyle yaşlı nüfusun artışı beklenmektedir. 2010 yılında gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş ve üzeri 146 milyon kişi sayısının 2020’ de 232 milyon, 2030 yılında ise 1,4 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Yüzde 10 olan 1998 yılındaki yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %15’e yükseleceği düşünülmektedir (6). Dünya geneline baktığımızda, 2000 yılında %30 olan 0-14 yaş grubu çocukların nüfus oranının 2050 yılında %21’ e gerileyeceği, yine 2000 yılında 60 yaş ve üzeri kişilerin nüfus oranının %10’ dan %21’ e yükseleceği tahmin edilmektedir (5). Her yeni günde yaşlı bireylerin sayısındaki artış nedeniyle Birleşmiş Milletler,yaşlılık konusuna dikkat çekmek için 1999 yılını "**Yaşlılar Yılı**"olarak ilan etmiştir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun, 2012 yılında "21. Yüzyılda Yaşlanmak: Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele" konulu yayımladığı rapora göre dünyadaki yaşlı nüfusun kararlı bir şekilde arttığı belirtilmektedir. Raporda, 1950 yılında dünyada 60 yaş ve üzerinde 205 milyon kişi olduğu, bu sayının 2012 yılında 810 milyona yükseldiği,10 yıl içinde de bu sayının 1 milyara çıkması ve 2050'ye kadar ise 2 milyara çıkmasının öngörüldüğü söylenmektedir. Bu tahmin daha önce açıklanan bilgileri de desteklemektedir. Birleşmiş Milletler' in öngörüsüne göre 2050 yılında 100 yaş üzerindeki kişilerin sayısının da 3,2 milyona ulaşması beklenmektedir (4).

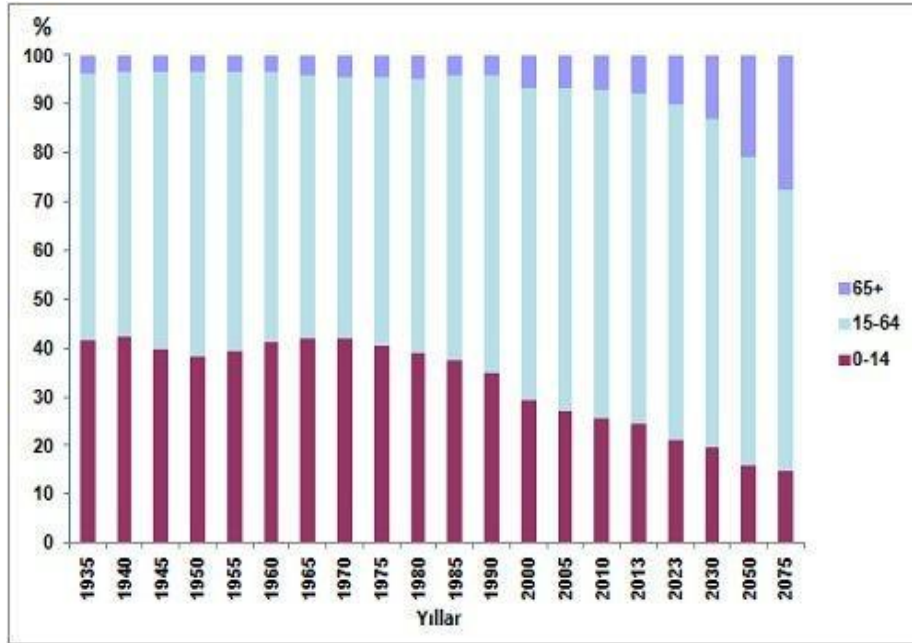


Şekil 1.Dünyada yaş grubuna ve yıllara göre nüfus oranı (1950-2030), UN 2010

2012 yılı Avrupa Birliği ve Avrupa Parlamentosu tarafından “**Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller arası Dayanışma Yılı**” olarak kabul edilmiştir. Böylece çeşitli toplantılarda yaşlıların yaşam kalitesinin yükseltilmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin ulusal ve yerel yönetimlerin işbirliği çerçevesinde daha planlı, daha kaliteli olması ve bu hizmetlere eşit şekilde ulaşılması hedeflenmiştir (7).

### 2.3. Türkiye’de Yaşlılık

Türkiye nüfusu 2014 yılında 77 milyon 323 bin 892 kişi olup 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %8’dir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075’te ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (8). 2010 yılında yayınlanan “Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri Raporu”na göre; insanların ortalama ömrünün, 2010 yılında Türkiye’de 74,6 yıl, dünyada 69,31 yıl olduğu, 2050 yılında ise Türkiye’de 78,5’ e, dünyada 75,59’ a yükseleceği tahmin edilmektedir (4).



Şekil 2. Türkiye’de yaş grubuna göre nüfus oranları (1935-2075) ; TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2013

Yaşlı nüfusun önümüzdeki yıllarda artışa geçmesiyle birlikte yaşlılığın artık bireyleri ilgilendiren bir sorun olmaktan çıkıp toplumsal bir sorun haline geleceği açıkça söylenebilir (9) . Bu yüzden yaşlı bireylere daha kaliteli sağlık hizmeti sunularak aktif yaşama katılımları desteklenmelidir. Sağlıklı, üretken ve bağımsız yaşlıların yaşam kalitelerinin artması için bu konuda birinci basamak hekimlerine önemli rol düşmektedir.

#### **2.4. Ülkemizde Yaşlılara Sunulan Hizmetler**

Türkiye’de 2013 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 5 milyon 892 bin yaşlı birey bulunmaktadır (10). Doğumda beklenen yaşam süresi uzadıkça her gün bu sayının artması beklenmektedir.

65 yaş üstü hastalarda ortalama 4-6 hastalık olduğu, polikliniklere başvuranların ortalama 3-8 ilaç, yatan hastaların günde ortalama 8-10 ayrı ilaç kullandıkları bildirilmiştir (11). Yapılan çalışmalar ülkemizde her 3 erişkinden birinde hipertansiyon olduğunu göstermektedir. Yılların ilerlemesiyle birlikte kanser ve diyabet nedeniyle kadın ve erkeklerde ölümlerin arttığı görülmektedir (10,11) .

Ülkemizdeki yaşlı nüfusun sağlık sorunlarındaki artış, kronik hastalığa yakalanma sıklığı ve bu hastalıklardan ölümlerin artması nedeniyle yaşlılara yönelik kapsamlı bakım ve hizmet veren düzenlemelerin getirilmesi zorunlu hale gelmiştir.

Yaşlıların korunmasına dair ilk defa yatılı kurum tarifi yapan, bugünkü huzurevlerinin açılmasını sağlayan yasa 1930 yılında yürürlüğe girmiştir.

1963 yılında muhtaç yaşlı, çocuk ve engelli kişilerin barınması, korunması, rehabilite edilmesi sağlamak üzere Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Böylece bu gruplara yönelik yapılması planlanan hizmetler hız kazanarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı olarak ilk huzurevi 1966 yılında Konya’da açılmıştır.

1982 Anayasasının 61. Maddesinde korunmaya ve bakıma muhtaç gruplar açıkça tarif edilerek devletin korunmaya, barınmaya, bakıma, yardıma ihtiyacı olan kişiler için gerekli kurum ve teşkilatları yapılandırması hükmü belirtilmiştir. Devletin denetimi halkın katılımı ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu ile SHÇEK, ihtiyaç sahibi yaşlı, çocuk, engelli ve diğer kişilerin ihtiyaçlarını karşılama, sorunlarını çözme, yaşam standartlarını geliştirme görevlerini planlama, yönetme ve



denetleme görevlerini üstlenmiştir. 2011 yılında da Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurularak yaşlı sağlığı açısından önemli bir adım atılmıştır.

Yaşlı hastaları ilgilendiren önemli konulardan biri de evde bakım hizmetidir. Bununla ilgili ilk mevzuat 2005 yılında çıkmış olup dar kapsamlı bir bakım tariflenerek özel sektöre bağlı merkezlerin kurulmasının önünü açmıştır.

2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan yönergede evde bakım hizmeti ihtiyacı olan kişiler ve alacakları hizmetler tanımlanmış, bu hizmetlerin esas olarak birinci basamak, ihtiyaç halinde ise ikinci basamakla birlikte yürütüleceği tanımlanmıştır (4,7,9) .

Uygulamada aksaklıklar olsa bile gün geçtikçe yaşlı sağlığı ve bakımı konusunda yol kat edilmektedir. Birinci basamağın güçlendirilmesi ve teşvik edilmesi ile yaşlılarımıza hak ettikleri sağlık standartları sağlanacaktır.

## **2.5. Yaşlılık Döneminde Bireyde Oluşan Değişiklikler**

Yaşlılık insan yaşamında doğal bir süreç olup fiziksel, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik boyutları vardır. Aile yapısındaki değişimler, kuşaklararası çatışmalar, rol ve statü kaybı, barınma ve bakım sorunu yaşlı bireylerin sosyokültürel sorunlarından bazılarıdır.

Bireyin emekli olması, yaşlanmadan kaynaklanan iş gücü kaybı gibi ekonomik sorunlar, fiziksel ve mental güçsüzlük, yorgunluk, yaşlılık rahatsızlıkları ile birleştiğinde yaşlının durum ile başa çıkabilmesi zorlaşmaktadır.

Yaşlılar genel olarak eskiye aşırı bağlı olup sürekli geçmişte yaşar, yeniliklere uyum sağlamakta zorlanırlar. Bilinç bulanıklığı, Alzheimer hastalığı, uyku ve oryantasyon bozuklukları sık görülür (12). Yaşlıların % 8-16'sında depresyon, %3'ünde saf anksiyete bozuklukları, %1,8'inde karışık anksiyete ve depresyon görülür. Depresyonun diğer tıbbi problemlerle birlikteliği sıktır ve mortaliteyi arttırıcı özelliğe sahiptir (13).

Yaşlılarda oluşan fiziksel değişiklikler; tüm deri tabakaları incelir, vücut yaralanmaları ve enfeksiyonlara olanak sağlar. Termoregülasyon azalır, ortostatik hipotansiyon, tüm doku ve organlarda atrofi ve değişiklikler oluşur. Görme, duyma, tat alma duyuları azalır. Hücresel immünite azalır, enfeksiyonlara yatkınlık artar. Kas

iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, sinir sistemi, endokrin sistem, üreme ve hormonal sistemlerde değişiklikler oluşur. (14,15) .

Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler her bireyde değişkenlik gösterir. Çünkü her bireyi etkileyen genetik özellikler, çevresel faktörler, psikolojik etkenler ve yaşam biçimi farklılık gösterir (16).

## **2.6. Yaşlılar İçin Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişilerin hastalıklardan korunması, sağlık ve iyilik hallerinin devamının sağlanması için gereklidir.

### **2.6.1. Fiziksel Aktivite**

Egzersiz yapmak kontrendikasyon yok ise tüm yaş gruplarında morbiditeyi azaltır, yaşam süresinin uzamasına neden olur (17) . Düzenli egzersiz yapmanın birçok kronik hastalığı önlediği, bazı hastalıklar için ise tedavi edici özelliği bulunduğu bilinmektedir (18). Fiziksel olarak aktif yaşlılarda daha az oranda koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, inme, diyabetes mellitus, kolon ve meme kanseri görüldüğü kanıtlanmıştır. Ayrıca daha sağlıklı vücut kitlesine ve daha sağlam kemik yapısına sahip olacaktırlar. Bu yaşlılarda fiziksel fonksiyonel kapasitenin ve kognitif fonksiyonların arttığı, düşme riskinin ise azaldığı bilinmektedir (19).

Amerikan Kalp Derneği (AHA) 65 yaş ve üzeri bireylere kendi fiziksel kapasitelerine göre kişiselleştirilmiş egzersiz programlarını önermektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü' nün önerisine göre yaşlılar, haftada 150 dakika orta şiddette aerobik egzersiz ya da haftada 75 dakika yoğun şiddette aerobik egzersiz veya bunların eşdeğerlerini yapmalıdır. Aerobik aktiviteler 10 dakikalık periyotlar halinde olmalıdır. Büyük kas gruplarını içeren kas güçlendirme faaliyetleri haftada en az iki kez yapılmalıdır. Mobilite yönünden zayıf yaşlılar dengelerini kaybetmemek ve düşmeyi önlemek açısından haftada en az 3 gün fiziksel aktivite yapmalıdır (19). 70 yaş ve üzeri fiziksel fonksiyonel kapasitesinde azalma olan kişilerde haftada 4 ile 7 gün arasında yürüyüş yapılmasının ileri işlevsel bozulmayı önlediği bildirilmiştir (20).

Birinci basamak hekimleri olarak başvuran her bireye yaşam tarzı değişiklikleri kapsamında fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme önerileri sunmalıyız.

### **2.6.2. Sağlıklı Beslenme**

Bireyin iyilik halinin devamının sağlanması için beslenme çok önemlidir. Yaşlılığın neden olduğu hastalıkların önlenmesi, geciktirilmesi, tedavi edilmesinde, olası komplikasyonlardan korunma ve mevcut fonksiyonel durumun devam ettirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkinliği tartışılmazdır (21).

Endüstriyel olarak üretilmiş trans yağ asitlerini içeren ürünler tüketmek Amerika'da her yıl koroner kalp hastalıklarının % 6 ile 19'unun nedeni olarak gösterilmektedir. Akdeniz diyeti ile beslenme birçok hastalık açısından mortaliteyi azaltmaktadır.

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) ve Birleşik Devletler Koruyucu Servisler Gücü ( USPSTF) diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları gibi diyetle ilişkili hastalıklar için beslenme önerileri sunmaktadır.

Yaşlılık döneminde besin çeşitliliği sağlanarak günde 3 ana 3 ara öğün beslenmeye devam edilmelidir. Besinler doğru hazırlanmalı ve doğru saklanmalıdır. Yeteri kadar meyve, sebze, et ve süt ürünleri dengeli bir şekilde tüketilmelidir. Yeterli posa alımının sağlanması için haftada en az 2-3 kere yemeklerde kuru baklagil, tahıl, sebze ve meyve tercih edilmelidir. Tuz, şeker, doymamış yağ oranı yüksek besinlerin tüketimi sınırlandırılmalıdır. Kontrendikasyon olmadığı sürece günlük 2-2,5 litre sıvı alımı desteklenmelidir (22, 23).

Birinci basamağa her başvuruda yaşlı bireyler sağlıklı beslenmeye teşvik edilmeli, bunun için yeme alışkanlıkları sorgulanmalıdır.

### **2.6.3. Sigara Kullanımı**

Sigara kullanımı ve ilişkili hastalıklar Amerika'da her yıl 440 bin, Türkiye'de 110 bin kişinin ölümüne neden olmaktadır (21-23) . Türk Toraks Derneğine göre, ülkemizde her yıl 18 bin 479 yeni akciğer kanseri vakası tanı almaktadır. Sigaranın akciğer kanserine yol açan nedenlerin başında yer aldığı herkesçe bilinmektedir (24).

Sigara kullanımı birçok hastalığın ortaya çıkmasında risk faktörü olarak gösterilmektedir. Birinci basamağa başvuran her kişiye sigara kullanımı sorulmalı, kullananların bırakması için sigaranın zararları ve neden olduğu hastalıklardan bahsedilip danışmanlık verilerek sık görüşmeye çağırılmalıdır.

#### **2.6.4. Alkol Kullanımı**

Alkol kullanımı genel olarak sağlığı, biliş ve fonksiyonları negatif etkiler. Depresyon, anksiyete bozuklukları, kronik ağrılar, alkol kullanma öyküsü, mutsuz yaşam, aile içi sorunlar alkol kullanımı açısından risk faktörü olarak gösterilmektedir.

AAFP ve USPSTF' ye göre erkeklerde günde 2 kadeh, kadınlarda günde 1 kadehten fazla alkol alımı önerilmemektedir. Amerikan Geriatri Derneği (AGS) alkol kullanımı ve sıklığını tanımlamak için CAGE anketinin kullanılmasını önermiştir (22,23) .

#### **2.6.5. Aspirin Kullanımı**

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 45-74 yaş arası erkeklerde koroner kalp hastalığından ölüm binde 7,1, kadınlarda ise binde 3,5 olarak bulunmuş olup Avrupa ülkelerine kıyasla daha yüksek rapor edilmiştir (25).

Sağlık Bakanlığının önerilerine göre 45-65 yaş grubu erkeklerde kardiyovasküler olaylardan korunmada çoğul risk faktörleri gözetilerek (kanama bozukluğu, karaciğer hastalığı, renal yetmezlik, trombositopeni, eş zamanlı antikoagulan tedavi vb. ) ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirinin kullanımı önemli bulunmuştur. 55-65 yaş grubu kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amaçlı çoğul risk faktörleri göz önüne alınarak (kanama bozukluğu, karaciğer hastalığı, renal yetmezlik, trombositopeni, eş zamanlı antikoagulan tedavi vb. ) ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirinin kullanımı önemli bulunmuştur (26) .

USPSTF koroner kalp hastalıkları açısından artmış riske sahip hastalarla (40 yaşın üstündeki erkekler, postmenopozal kadınlar, sigara içenler, hipertansiyonu veya dislipidemisi olanlar vs.) aspirin kullanımının tartışılıp başlanmasını önermektedir. İntrakranial ve gastrointestinal kanama riski olan hastalar açısından dikkatli olunması gerektiği söylenmiştir (27).

#### **2.6.6. İmmünizasyon**

Yaşlılığa bağlı değişen fiziksel, fonksiyonel özellikler ve bağışıklık sistemi bu bireylerin daha korunmasız, enfeksiyonlara karşı daha yatkın olmalarına neden olur. Bu yüzden birinci basamakta yaşlılara yönelik bağışıklama önerileri düzenlenmiştir.

Ülkemizde her yıl DSÖ' nün de önerisiyle Ekim İle Ocak ayları arasında 65 yaş ve üzeri kişilerin İnfluenza (Grip) aşısı ile bağışıklanması önerilmektedir (28). Hastalık Kontrol Ve Önleme Merkezi (CDC)' nin Aralık 2014'te geriatrisyenler için klavuz niteliğindeki güncellemesinde Amerika'dainfluenza kaynaklı ölümlerin %90'ının, influenza kaynaklı hastane yatışlarının %50-60'ının 65 yaş ve üzeri popülasyonda görüldüğü bildirilmiştir (29). CDC de 65 yaş ve üzeri kişilerin influenza (grip) aşılarının yaptırılmasını önermektedir.

Ülkemizde pnömokok aşısı 65 yaş ve üzerinde her beş yılda bir, tetanoz aşısı on yılda bir, herpeszoster aşısının ise tek doz yapılması önerilir (28).

#### **2.6.7. Kan Basıncı Takibi**

Kan basıncı normal olan erişkinler JNC 7'ye (TheSeventh Report of theJointNationalCommittee) göre iki yılda bir, prehipertansiyonu olanların ise her yıl taranması önerilmiştir. Kan basıncı 135/80 mmhg'den yüksek seyredenlerin Tip 2 DM yönünden değerlendirilmesi önerilir (30,31).

Birinci basamakta her başvuran hastaya fizik muayenenin bir parçası olarak kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.

### **2.6.8. Obezite Taraması**

Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI)' ne göre erkekler için bel çevresinin 102 cm ve üzeri, kadınlar için 88 cm ve üzeri olması abdominal obezite olarak kabul edilmekte ve başta kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, DM, obstrüktif uyku apnesi gibi hastalıklar bu kişilerde daha sık görülmektedir (32, 33). Birinci basamağa başvuran herkesin BMI ölçümüne yıllık olarak bakılmalıdır.

### **2.6.9. Hiperlipidemi**

Asempomatik kişilerde lipidprofiline bakılması artmış koroner kalp hastalıkları riskini gösterebilmek açısından faydalı bulunmuş. Anormal lipid düzeylerine sahip kişilerin ilaç tedavisi ile lipidlerinin düşürülmesinin koroner kalp hastalıkları riskini düşürdüğü kanıtlanmıştır (34).

Ülkemizde risk faktörü yoksa 40 yaşından sonra beş yılda bir lipid paneline bakılması önerilir. Yüksek risk faktörü taşıyan kişilerde taramalara daha erken başlanır (35). Tarama için üst sınır konmamıştır.

Kontrol altında tutulamayan hiperlipidemi, DM ve hipertansiyon için sağlık danışmanlığının yaşam tarzı değişikliği üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur (36).

### **2.6.10. İşitme Muayenesi**

Geriatric dönemde çok sık rastlanan bir sorun olan işitme kaybı, günlük yaşamda aksamalara, kazalara, depresyon ve sosyal izolasyona neden olarak yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Atmış beş yaş ve üzeri bireylerde yıllık işitme taraması önerilmektedir (37, 38).

Öyküde ototoksik ilaç kullanımı sorgulanmalı, muayene olarak otoskopik muayene ve fısıltı temelli muayene yöntemleri kullanılmalıdır (25).

### **2.6.11. Görme Muayenesi**

Azalmış görme fonksiyonu düşme riskini artırarak buna bağlı mortalitede artışa neden olmaktadır (39).

Presbiyopi, diyabetik retinopati, katarakt, glokom ve yaşa bağlı makülerdejenereasyon yaşlılarda en sık görülen görme problemleridir (40). Birinci basamakta 65 yaş ve üzeri bireylerin Snellen eşeli ile görme muayenelerinin yıllık olarak yapılması önerilmektedir (38).

### **2.6.12. Osteoporoz**

Postmenopozal kadınlarda osteopeni prevalansı %37, osteoporoz prevalansı %7'dir (41). USPSTF ve 65 yaş ve üzeri kadınlarda en az bir kez kemik dansitometri ölçümü yapılmasını önerir. 65 yaş öncesi ek risk faktörü varsa daha erken ölçümü önerir (42). AAFP ve ACOG (Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği)'nin önerileri de bu yöndedir (38).

Amerikan Hekimler Derneği (American College of Physicians) düşük ağırlıklı, uzun süreli steroid kullanan, fiziksel olarak inaktif, hipogonadizmi ve frajil kırıkları olan erkeklerin de osteoporoz açısından yüksek riskli olduğunu açıklamış ve kemik dansitometri ile periyodik taramalarının yapılmasını önermiştir (43).

Vitamin D alımının düşmelerin rölatif riskini %22 oranında azalttığı saptanmıştır. Yaşlılarda günlük en az 800-1000 IU vitamin D ile 1,2 gram kalsiyumun diyet veya destek tedavisi olarak alımı önerilmektedir (44, 45).

Tüm yaş gruplarında kemik sağlığının korunması için günlük fiziksel egzersiz yapımı, diyetle yeterli kadar kalsiyum ve D vitamini alımı, yeterli güneş ışığına maruz kalma hakkında bireyler bilgilendirilmeli, 65 yaş ve üzeri kişiler ile düşme, çarpma ve ev kazalarından korunma yolları hakkında konuşulmalıdır (28).

### **2.6.13. Yaralanmalardan Korunma Ve Çevre Düzenlemesi**

Yaşlılarda azalmış fiziksel fonksiyonel kapasite, postural hipotansiyon, dengenin tam sağlanamaması, dikkat eksikliği, hafıza bozuklukları, kemiklerdeki yıkım ve fiziksel inaktivite gibi birçok nedenden ötürü yaralanmalarla sık karşılaşılır.

Düşmelerin risk faktörleri arasında yaşlıların birçok ilaç kullanması, görme ve işitme kaybı, postural hipotansiyon, kardiyovasküler, nörolojik bozukluklar, daha önceden düşme öyküsü olması, immobilité, uygunsuz ev ve çevre koşulları sayılabilir (19-21). Yaşlılara düşme öyküsü olup olmadığı sorulup ev ve yaşadıkları çevre sorgulanarak uygun danışmanlık verilmelidir. Düşmeleri önlemek için risk faktörlerinin ortadan kaldırılması amaçlanmalıdır (46). Yetersiz ışıklandırma, kilim, halı, uygun aralıkta yapılmayan merdiven basamakları gibi çevresel etkenler ortadan kaldırılmalı, ev kazalarına karşı kişi bilinçlendirilmelidir.

Trafik kazalarından korunmak için emniyet kemeri takılması gerekliliğinin üzerinde önemle durulmalıdır. Her ne kadar tüm yaşlı sürücülerin taranması önerilmese de hekimlerin yaşlının artık güvenli bir sürücü olmadığını farketmeleri durumunda gerekli konsültasyonlar istenerek yaşlının araba kullanmasını kısıtlayacak düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmalıdırlar (47).

#### **2.6.14. Kanser Taramaları**

Geriatrikpopülasyonun yılda en az bir kere morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan hastalıklar açısından takip edilmesi gerekmektedir.

##### **2.6.14.1. Meme Kanseri**

Prospektif kontrollü deneylerde meme kanseri için mamografi ile taranan kadınlarda taranmayanlara göre kanser mortalitesinde %30 düşüş olduğu gösterilmiştir (48).

Mamografi ile taramaya başlama yaşı, sıklığı ve bırakma yaşı ile ilgili dünyaca tanınmış dört organizasyonun görüşleri farklıdır. AAFP ve USPSTF 50 yaştan başlanarak 75 yaşa kadar iki yılda bir mamografi ile tarama yapılmasını önermektedir. ACS ve ACOG ise 40 yaştan itibaren yıllık taramayı önermektedir. Bu iki dernek taramanın bırakılmaması taraftarıdır (49).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kanser taramalarında düzenlemeler yaparak meme kanseri taramalarındaki tarama yaşı 50-69 yaş aralığından 40-69 yaşa yaş aralığına çekilmiştir. Taramanın 2 yılda bir mamografi çekimi ile yapılması uygun görülmüştür (50).



#### **2.6.14.2. Kolorektal Kanser**

Elli yaştan itibaren kolorektal kanser görölme insidansı yedi yılda bir ikiye katlanmaktadır. USPSTF taramaların 50 yaştan itibaren her yıl gaitada gizli kan bakılması, 5 yılda bir fleksiblesigmoidoskopi, 10 yılda bir de kolonoskopi yapılmasını önermektedir (51).

Ülkemizde yeni yapılan düzenleme ile birlikte 50-70 yaş aralığındaki bireylerin 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılarak taranması uygun görölmüştür. Yüksek riskli olgularda taramaya 40 yaştan itibaren başlanacaktır (50).

#### **2.6.14.3. Prostat Kanseri**

Hastalık yavaş seyirli olduğu için tedaviden elde edilen fayda net değıldir. İnsidansı yaşla birlikte arttığından dolayı ACS tüm erkeklerin 40 yaştan sonra rutin olarak yılda bir kez rektal tuşe ve Prostat Spesifik Antijen (PSA) ile taranmasını önermektedir (52).

#### **2.6.14.4. Serviks Kanseri**

Daha önceden papsmear testi ile düzenli takip edilmiş ve taramalarından negatif sonuç almış kişilerin 65 yaştan sonra taramaya devam etmesi önerilmemektedir. Daha önce tarama testi yaptırmamış yaşlı bireyler yüksek riskli kabul edilip tarama stratejisi hastaya özel belirlenmelidir (52).

Sağlık Bakanlığı' nın yeni düzenlemesine göre son iki taramasında HPV veya Papsmear testi negatif olan 65 yaştaki kadınlarda tarama sonlandırılmalıdır (50).

### **2.7. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme**

Herhangi bir şikayetle hekime başvuran yaşlı bireyde tedavi edilmesi gereken pek çok sorun bir arada bulunabilir. İleri yaşlarda birey veya ailesi tarafından "yaşlılıktandır" denilerek önemsenmeyen belirtiler, erken tanı ve tedavisi mümkün, geç kalındığında ise öldürücü ya da bireyi bağımlı hale getirecek özellikte olabilir

(53). Bu yüzden yaşlıların tüm şikayetleri tek tek dinlenmeli, her birinin ayrı birer hastalık belirtisi olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Fizyolojik fonksiyonlarda zayıflama nedeniyle yaşlı birey hangi belirtinin hastalığa işaret ettiğini tam olarak algılayamayabilir. Depresyon yaşlılarda sık görüldüğü için iyileşememe inancı bireyin sağlık kuruluşuna başvurmasına engel oluyor olabilir. Şikayetleri nedeniyle kendisinde kanser gibi mortalitesi yüksek hastalık çıkabilme korkusu yakınmalarını gizlemelerine yol açabilir. Diyabet, hipertansiyon gibi tedavide yaşam tarzı değişikliklerinin önemli rol oynadığı hastalıklar bulunacağı kaygısı nedeniyle yaşlı bireyler hekime başvurmaktan çekinebilir ya da başvurduklarında şikayetlerini gizleyebilirler (54).

Tüm bunlar nedeniyle yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları bakımından bazı güçlükler vardır. Bu yüzden kapsamlı geriatrik değerlendirme ve taramalar büyük önem taşımaktadır.

Yaşlı nüfusun uygun ve doğru bir şekilde değerlendirilmesi kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkün olur (16). Amaç; yaşlıların fonksiyonel yeterlilik ve yetersizliklerini saptamak, gizli kalabilecek hastalık ve şikayetleri ortaya çıkarmak, sağlığı korumak ve geliştirmek için uygun koşulları sağlayarak kişinin bakımının planlanması, gerektiğinde çevresel ve sosyal destek sağlamaktır. Kısacası yaşlıların fonksiyonlarını korumak ve yaşam kalitelerinin yüksek tutularak keyifli bir yaşlılık dönemi geçirmelerini sağlamaktır (52, 53).

Kapsamlı geriatrik değerlendirme, yaşlılardaki pek çok problemi aynı anda ele alan, açıklayıcı, tanımlayıcı ve çözüm odaklı bir yöntem geliştirilerek yapılmalıdır (55).

Kognitif fonksiyonlarda bozulma, azalmış işitme ve görme semptomlarının, yaşlıların şikayet ve hastalıklarının çok olması nedeniyle yaşlı hastalardan anamnez alma genç erişkinlerden farklılık göstermektedir. İlk önce yaşlı bireyin kendisinden, daha sonra ise ailesi, bakıcısı veya yakınlarından öykü alınmalıdır (56).

İlk görüşmede hastaların tipik bir günlerini nasıl geçirdikleri sorusu, yaşlıların mental ve fiziksel kapasiteleri ile birlikte yaşam kalitelerinin değerlendirilebilmesi açısından yararlı bulunmuştur (57). Öyküde özgeçmiş, soy geçmiş özellikleri, hastanın şikayetleri, kullandığı ilaçlar, yaşadığı ortam, çevre ve bireyler, tarama testleri ve immunizasyon bilgileri açık ve anlaşılır bir şekilde sorulmalıdır. Kişiye

yeterli zaman ayrılmalı, hasta görüşmeden yorulduğunda veya sıkıldığında görüşmeye ara verilmelidir (58).

Klinisyen tüm sistemlerle ilgili semptom sorgulamasını sistematik bir şekilde yapmalıdır.

Yaşlanma ile birlikte doku ve organlardaki yıpranmaya bağlı olarak birden fazla kronik hastalık ortaya çıkabilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmaya göre 65 yaş ve üzeri kişilerin %90'ında 1, %35'inde 2, %23'ünde 3, %14'ünde ise 4 veya daha fazla kronik hastalığın bir arada olduğu bildirilmiştir (59). Bu yüzden polifarmasi yaşlılıkta sık karşılaşılan bir sorundur. Yaşlı bireyin kullandığı ilaçlar tek tek sorulmalı ve kaydedilmelidir. Doz, sıklık, kullanım nedeni ve şekli, ilaç alerjisi varlığı hem yaşlı birey hem de ailesi veya bakıcısına sorulmalıdır. Her görüşmeye ilaçlarının getirilmesi istenmelidir (57,58). Hastanın kullandığı ilaç sayısı arttıkça yan etki riski de katlanarak artmaktadır. İki ilaç kullanımında yan etki riski %6 iken, beş ilaç kullanımında %50, sekiz ve daha fazla ilaç kullanımında potansiyel yan etki riski %100'e ulaşmaktadır (59). Hasta ile her görüşmede olabilecek ilaç yan etkileri sorulmalı, hasta bu konuda bilgilendirilmelidir.

Alkol, sigara, madde kullanımı sorgulanmalı, bıraktırmak için danışmanlık verilmelidir. Yeme alışkanlıkları, sıklığı, tüketilen besinler, varsa diyet alışkanlıkları sorulmalıdır. Diyete ek olarak alınan vitamin, bitkisel takviye ve alternatif yöntemler kaydedilmelidir (57).

Ayrıntılı öykü almadan sonra fizik muayeneye vital bulguların alınması ile başlanır. Vücut ısısı, nabız, solunum sayısı, kan basıncı her vizitte kaydedilmelidir. Vital bulgulardan sonra ayrıntılı sistemik muayene yapılır.

### **2.7.1. Fonksiyonel Değerlendirme**

Geriatric değerlendirme iki anahtar bölümden oluşan fonksiyonel değerlendirme ile başlar; temel günlük yaşam aktiviteleri (TGYA) ve enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri (EGYA). TGYA; beslenme, giyinme, banyo yapma, tuvalet kullanma, transfer, inkontinans gibi yaşamı bağımsız kılmak için gerekli ama

yeterli olmayan özellikleri içermektedir. Bu seviyede çoklu disfonksiyonları olan yaşlı bireyler 24 saat bakıma ihtiyaç duyarlar (58, 60).

Altmış beş yaşın üzerindeki bireylerin %25'i TGYA'ni gerçekleştirebilmek için başka birinin yardımına ihtiyaç duyarlar. Seksen beş yaşın üzerinde ise bu oran %50'yi bulmaktadır (56). EGYA ise daha bağımsız olmayı gerektiren ev işi yapma, yemek pişirme, telefon kullanma, alışveriş yapma, transport, finans, ilaçlarını alma gibi aktiviteleri içermektedir. TGYA' ni değerlendirmede en sık kullanılan ölçek Barthel' in Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğidir. EGYA' nin değerlendirilmesinde ise sıklıkla LawtonBroody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılır (16, 60).

TGYA ve EGYA' lerindeki defisitler hekimi alarma geçirerek daha derinlemesine bir değerlendirme yapılmasını belirtir.

### **2.7.2. Bilişsel Fonksiyonlar**

Bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesinde demans ve deliryum üzerinde durulmaktadır. Artan yaşla birlikte demansprevalansında artış gözlenmektedir. Seksen beş yaşın üzerinde yaşlıların %30'unda demans vardır (61). Yapılan çalışmalarda 2010 yılında dünyada 35,6 milyon demanslı hasta olduğu, her yirmi yılda bu sayının ikiye katlanacağı bildirilmiştir (62).

Demansın en sık nedeni Alzheimer hastalığıdır. Başlangıçta bulgular belirsiz, yavaş seyirli olabilir. Erken tanı ve tedavi ile Alzheimer hastalığının seyri yavaşlatılabilir, bağımlılık dönemine geçiş yıllar alabilir, bireye daha kaliteli bir yaşam sunulabilir (56, 58, 63).

Bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi iyi bir öykü alma ile başlar. Yakın ve uzak bellek değerlendirmesi yapılır. Kişinin ailesi, yakınları veya bakıcısından da öykü alınarak teyit edilmelidir.

Demansın taramasında Folstein mini mental durum değerlendirme testi (MMSE, mini mentalstateexamination) en sık kullanılan testtir. Hafıza, oryantasyon, dikkat, hesaplama, lisan, viziyoşpasyal, motor fonksiyon ve algılama yeteneklerini test eder. Kolay uygulanabilir ve kolay ulaşılabilir (58) . Birinci basamakta kullanılan on dakikalık kapsamlı tarama testinde yer alan " 3 kelime ve 5 dakika

sonra hatırlatma testi" kısaca bilişsel fonksiyonları değerlendirmek için kullanılabilen pratik bir yöntemdir. Bu yöntem ile demansı olabilecek kişiler ileri tetkik ve tedavi olanakları açısından üst kurumlara sevki erken dönemde planlanabilecek, demansın erken teşhisi sağlanarak hastalara ve ailelerine geleceklerini planlamaları açısından olanak sunulabilecektir.

Demans tanısı konduktan sonra komorbiditeleri araştırmak açısından laboratuvar incelemeleri ve görüntüleme yöntemlerine başvurulur. Tam kan sayımı, TSH, glukoz, kalsiyum, serum elektrolitleri bakılmalı, bilgisayarlı beyin tomografisi çekilmelidir (60, 64).

### **2.7.3. Duygudurum Değerlendirmesi**

Yaşlılarda depresyon oldukça sık görülmektedir. Depresyon, yaşlılarda mortalite ve morbiditeyanlamli olarak artırmaktadır (65). Batı toplumlarında yapılan yaşlılarda depresyon çalışmalarında depresyon prevalansı %11,3, majör depresyon oranı ise %4,6 olarak bildirilmiştir (66). Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşlılarda depresyon prevalansının %13,5 ile %41,5 arasında değiştiği bildirilmiştir (67). Bu yüzden birinci basamakta yaşlı nüfusun depresyon açısından taranması önemlidir. USPSTF de yaşlıların depresyon açısından taranmasını önermektedir. Tarama için birçok yöntem mevcutsa da en sık kullanılanlar Geriatrik Depresyon Skalası ve Hamilton Depresyon Skalasıdır.

Artan yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve bunun doğal bir sonucu olarak depresyon sıklığı da artmaktadır. Depresyon yaşlılarda fonksiyonel kapasiteyi azaltmakta, bağımlılığı arttırmaktadır (68).

Gelişmiş ülkelerde depresif semptomlara sahip kişilerin %80'i şikayetleri nedeniyle birinci basamak hekimlerine başvurmayı tercih etmektedir. Bu yüzden depresyon semptomları, tanı ve tedavisi birinci basamak hekimleri tarafından iyi bilinmeli, başvuran her hasta depresif semptomlar açısından sorgulanmalıdır (69).

On dakikalık kapsamlı tarama testinde olduğu gibi "Sık sık üzgün hisseder ve kederli olur musunuz?" sorusu birinci basamakta yaşlı bireylerde depresyonu sorgulamak açısından önemli bir sorudur. Alınan olumlu yanıt ile öykü ve muayene derinleştirilerek olası depresyon tanısının konulması, var ise uygun süre ve doz ile

ilaç tedavisi verilerek yaşlı bireylerin daha kaliteli bir yaşama kavuşmaları sağlanabilir.

#### **2.7.4. Beslenme**

Yaşlanma ile birlikte organ ve doku fonksiyonlarında değişmelerle birlikte enerji kullanımı ve besin gereksinimlerinde bir takım değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Kas kütlelerinde azalma sonucu sarkopeni ve bunun sonucunda hareket kısıtlılığı, abdominal yağ dokusunda artış, iskelet sisteminde deformiteler, insülin direnci, kan basıncı yüksekliği, ateroskleroz ve lipidprofilinde değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılıkta Alzheimer, Parkinson gibi hastalıklar, maligniteler ve daha birçok kronik hastalık görülme sıklığı artar. Kognitif yetilerde azalma, duygudurum değişiklikleri, bakım ve bakıcı sorunları, besin ulaşımında sıkıntılar, iştah azalması, ağız ve diş sağlığı sorunları, yutma problemleri gibi sorunlar nedeniyle dokuların ihtiyacı olan besin öğelerinin yoksunluğundan dolayı yaşlılarda yapısal değişiklikler ve organ fonksiyonlarında bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Bu durum "malnütrisyon" olarak adlandırılır (70).

Yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesi için ayrıntılı bir anamnez alınması, alınan besinlerin tam listesi, antropometrik ölçümler (kilo ölçümü, vücut kitle indeksi, üst kol çevresi) , albümin, prealbumin, lipidprofiline bakılması önemlidir. Malnütrisyon tanısı ancak hekimin aklına gelmesi ve bu durumu sorgulaması ile konabilmektedir. Avrupa Klinik Nutrisyon Ve Metabolizma Derneği (ESPEN; TheEuropeanSocietyForClinicNutritionAndMetabolism)klavuzlarında beslenme taramasında ayaktan başvuran yaşlı hastalar için mini nutrisyoneldeğerlendirme testi (MNA; Mini NutritionalAssessment) uygulanmasını önermektedir (71). MNA tarama ve değerlendirme olarak 2 kısım ve 18 sorudan oluşmaktadır. İlk kısımdaki 6 soruda risk saptananlara 2. kısım uygulanır. Toplam skor 17'nin altında ise hastaya malnütrisyon tanısı konur. 17 ile 23,5 arası skorlara sahip bireyler ise malnütrisyon açısından risklidir. 23,5 üzeri skorlar yeterli beslenmeye işaret eder. Bir önceki ay içerisinde %5 veya son altı ay içerisinde %10 oranında istenmeyen bir kilo kaybı olması bize malnütrisyonu düşündürmelidir (72).

On dakikalık kapsamlı tarama testinde de "Geçen 6 ayda kilonuzda bir değişiklik dikkatinizi çekti mi?" sorusu ile yaşlı bireylerde malnütrisyon riski varlığı sorgulanmak istenmektedir.

### **2.7.5. Düşmeler**

Yaşlı bireylerde düşmeler sık rastlanan ciddi bir problemdir. Her yıl 65 yaş ve üzeri bireylerin %30-40' ı düşmekte, 80 yaş ve üzerinde bu oran %50'ye ulaşmaktadır. Düşmelerin %10'luk kısmı ciddi yaralanmalarla seyretmekte ve ölümcül olabilmektedir (46, 73). Önceden düşme öyküsü olması yeniden düşme için risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

Ekstremitelerdeki kas güçsüzlükleri, iskelet deformiteleri, görme ve işitme kayıpları, yürüme ve denge problemleri, polifarmasi, postural hipotansiyon, fiziksel fonksiyonel kapasite ve kognitif fonksiyonlarda azalma düşmeler için başlıca risk faktörleridir.

Amerikan Geriatri Birliği ve İngiliz Geriatri Birliği yaşlı bireylere hizmet veren her hekimin başvuran her yaşlıya geçen yıl içinde düşme öyküsünü sorgulamasını önermektedir (73). Çalışmamızda on dakikalık kapsamlı tarama testinin "Geçen 12 ayda 2 veya daha fazla kez düştünüz mü?" sorusu ve "Ayağa kalk ve yürü" testi ile yaşlı bireylerde düşme öyküsü sorgulanmış ve muayene bulguları kaydedilmiştir.

Düşme öyküsü olan bireylerde anamnez derinleştirilerek akut ve kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaçlar, yaşanılan ev ve çevre koşulları sorgulanarak danışmanlık hizmeti ve olumsuz çevre koşullarını düzenlemeye yardımcı olma hizmeti verilmelidir. Bunun için gerekirse ev ziyaretleri yapılmalıdır. Fizik muayenede vital bulgular dikkatle alınmalı, kan basıncı her vizitte kaydedilmelidir. Ayrıntılı nörolojik muayene, denge ve yürüme testleri, görme ve işitme muayeneleri yapılmalıdır. Hastaya bütüncül bir şekilde yaklaşıp düşmeye yol açabilecek risk faktörleri en aza indirgenmelidir.

### 2.7.6. Ürinerİnkontinans

Ürinerinkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği'nin tanımlamasına göre sosyal ve hijyenik bir problem olan, objektif olarak gösterilebilen her türlü istemsiz idrar kaçırma durumudur (74). Yaşlı erkeklerde görülme sıklığı %11 ile %34 arasında, yaşlı kadınlarda ise %17 ile %55 arasında değişmektedir (40).Yapılan çalışmalarda Amerika'da her yıl en az 15 milyon insanın istemsiz idrar kaçırma şikayeti olduğu, 75 yaş ve üzeri bireylerde ürinerinkontinans sıklığının ise %30-40 olduğu bildirilmiştir (75).

Yaş ilerledikçe bireylerde ürinerinkontinansgörülme sıklığı da artmaktadır. Cinsiyet, sık doğum yapma, menopoz, sigara kullanma, diyet alışkanlıkları, sık sıvı tüketimi, kronik konstipasyon, obezite, geçirilmiş jinekolojik cerrahi operasyonlar da ürinerinkontinansın diğer risk faktörleri arasında sayılabilir (76).

Ürinerinkontinans taramasında ilk adım hastaya bu konudaki şikayetlerinin sorulmasıdır. Yaşlılar utandıkları için bu şikayetlerini sorulmadıkça pek dile getirmezler. On dakikalık kapsamlı tarama testinde olduğu gibi "Geçen yıl içinde hiç idrar kaçırdınız mı veya ıslandınız mı?" ve "Geçen hafta içinde idrar kaçırdınız mı?" sorularına alınan pozitif yanıt ile bireyler tedavi için yönlendirilmelidir.

Değerlendirmede birinci basamak hekimi olarak yaşlı bireylere beslenme alışkanlıkları, sigara kullanımı ve fiziksel aktivite konuları ile ilgili ayrıntılı öykü alarak gerekli görüldüğü takdirde danışmanlık hizmeti verilmelidir. Çay, kahve gibi kafeinli içecekler diürezisi artırdığı için diyetle kısıtlandırılmalıdır. Sigara bırakma ve egzersiz yapma konularında bireyler teşvik edilmelidir.

### 2.7.7. İşitme

Yaşlı nüfusta işitme kaybı prevalansı %14-46 arasında değişmekle birlikte birinci basamakta çalışan hekimlerin yaşlıların sadece %20'lik kısmını işitme taraması açısından değerlendirdikleri bildirilmiştir.

Yaşlı nüfusta işitme kaybının en sık nedenlerinden biri presbiakuzidir. Bu tip bir işitme kaybı yaşlıların iletişim kurmasına engel olup sosyal izolasyon ve depresyon riskini arttırmaktadır. Böylece yaşlılar işitme kaybı nedeniyle fiziksel, duygusal ve kognitif açıdan olumsuz etkilenirler. Ayrıca kaza ve düşmelere karşı



bireyler daha korunaksız hale gelirler (40). İşitmeye cihazlarının kullanılmasıyla yaşlıların yaşam kalitelerinin belirgin olarak düzeltildiği gösterilmiştir (58).

Birinci basamakta kolayca uygulanabilen on dakikalık kapsamlı tarama testinin işitme ile ilgili kısmında bireyin 20-30 cm arkasına geçilir, yumuşak ve normal ses tonuyla "6, 1, 9" sayıları söylenerek kişinin tekrar etmesi söylenir. Sonuçlar kaydedilir. Negatif sonuç varlığında yaşlı birey sevk için bilgilendirilir.

### **2.7.8. Görme**

Yaşlılarda en sık görülen görme kaybı nedenleri presbiyopi, katarakt, yaşa bağlı makulerdegenerasyon ve diyabetik retinopatidir. Yapılan çalışmalarda görme kaybının yaşlı bireylerde düşme riskinde anlamlı artışa neden olduğu bildirilmiştir (40).

Görme keskinliğinde azalma, aydınlığa ve karanlığa uyum sağlama sorunları, ışıktan etkilenme gibi problemler yaşa bağlı olarak artmaktadır. Yaşlılarda gözlük kullanma oranı %90'dan fazladır. 85 yaş üzerinde ise gözlük kullanılmasına rağmen günlük işleri yapmakta zorlananların sayısı bir hayli fazladır (56).

On dakikalık kapsamlı tarama testinde görme ile ilgili kısımda yaşlılara "Gözlük kullanırken bile görme nedeniyle okumakta veya günlük işlerinizi yapmakta zorlanır mısınız?" sorusu sorulur. Eğer pozitif değerlendirme varsa Snellen göz çizelgesi ile test tamamlanır. Her iki göz için değerlendirme yapılır. Görmede bir problem saptanırsa yaşlılar daha ileri değerlendirme için oftalmoloğa sevk edilir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma Hatay ili merkez ilçesi Antakya'da yürütüldü. Hatay ili nüfusu 1.520.967 (TÜİK, 2014) kişi, 65 yaş ve üzeri nüfusu ise 99.677 kişiden oluşmaktadır. Merkez ilçe Antakya'nın nüfusu ise 347.904 olup yaşlı nüfusu 19.432'dir (TÜİK, 2014). Evreni temsil etmek üzere iki küme seçildi. 17.234 nüfuslu Serinyol ve 2310 nüfusun kayıtlı olduğu Anayazı mahalleleri şehrin dışında ancak kentsel özellikler de taşıması ve anabilim dalımızın eğitim alanları olması nedeniyle tercih edildi. Çalışma bu mahallelerde bulunan toplam 7 aile hekiminin çalıştığı 3 aile sağlığı merkezinde Mayıs-Aralık 2014 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezine kendiliğinden başvuran veya aile hekimleri aracılığıyla telefonla yapılan daveti kabul ederek aile sağlığı merkezlerine gelen 65 yaş ve üzeri bireyler dahil edildi. Bu yollarla görüşülemeyenlere ev ziyaretleri düzenlenerek ulaşıldı. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'ne kayıtlı toplam 1583 65 yaş ve üzeri birey mevcuttu. Huzurevinde kalan 180 yaşlı birey normal popülasyonu temsil etmeyeceği için çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya katılmaya engel derecede sağlık sorunu olan ya da Türkçe konuşamayan 22 yaşlı birey çalışma dışında bırakıldı. 07.02.2014 tarihinde 07/02/2014/25 protokol kodu ile Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (EK 1).

Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı'nın "Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı"nda da bahsedilen, Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamakta geriatrik hastaların değerlendirilmesi açısından faydalı bulunan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen "Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti"ndeki on dakikalık kapsamlı tarama testi kullanılmıştır (EK 2).

On dakikalık kapsamlı tarama testi üç kısımdan oluşmaktadır. Ad-soy ad, cinsiyet, yaş parametrelerini sorgulayan ilk bölümü, sırasıyla hafıza, üriner inkontinans, depresyon, fiziksel fonksiyonel kapasite, ve düşmeleri sorgulayan

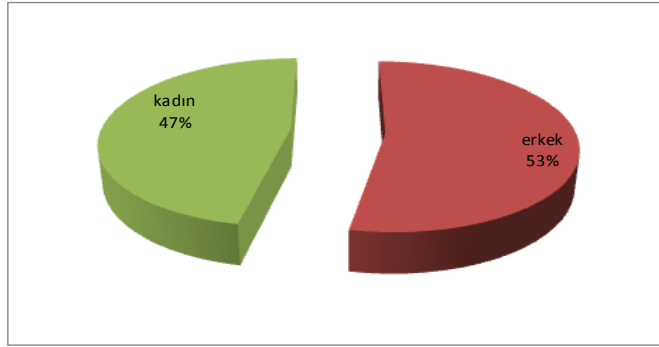
sorular takip etmektedir. Son kısımda ise beslenme, işitme ve görme ile ilgili ilave genel problemler bölümü yer almaktadır.

Yaşlı nüfus taraması için on dakikalık kapsamlı tarama testi uygulanacak olan gönüllü bireylerin ad-soy ad, cinsiyet, yaş parametreleri görüşme tarihi ile birlikte anket formlarına kaydedildi. Testte hafıza, üriner inkontinans, depresyon, fiziksel fonksiyonel kapasite (immobilite) , düşmeler, beslenme, işitme ve görme değerlendirmesi ile ilgili sorular yer almaktadır. Sözel soruların yanında yapılması istenen muayene yöntemleri de her bir yaşlı birey için ayrı ayrı kaydedildi. Hafıza değerlendirilirken "3 nesne tekrar etme ve 5 dakika sonra anımsama" metodu kullanıldı. Düşmeler için "Ayağa kalk ve yürü" testi ile yaşlı birey muayene edilerek bulgular hekim tarafından kaydedildi. On dakikalık kapsamlı tarama testinin işitme ile ilgili kısmında bireyin 20-30 cm arkasına geçilip, yumuşak ve normal ses tonuyla "6, 1, 9" sayıları söylenerek kişinin tekrar etmesi söylendi, her iki kulak için sonuçlar kaydedildi. Görme ile ilgili kısımda yaşlılara sorulan soruda görme güçlüğü lehine yanıt alınırsa Snellen göz çizelgesi ile test tamamlandı. Her iki göz için ayrı ayrı değerlendirme yapıldı ve sonuçlar kaydedildi.

İstatistiksel Yöntem: Bu çalışma gözlemsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Sürekli değişkenler median (minimum-maksimum) ve kategorik değişkenler yüzde olarak ifade edildi. Kategorik değişkenleri karşılaştırmak için ki-kare testi kullanıldı. Cinsiyete göre yaş ve hafıza skoru Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Veriler SPSS 13 programı kullanılarak değerlendirildi.  $p < 0.05$  olduğu durumda aradaki fark anlamlı kabul edildi.

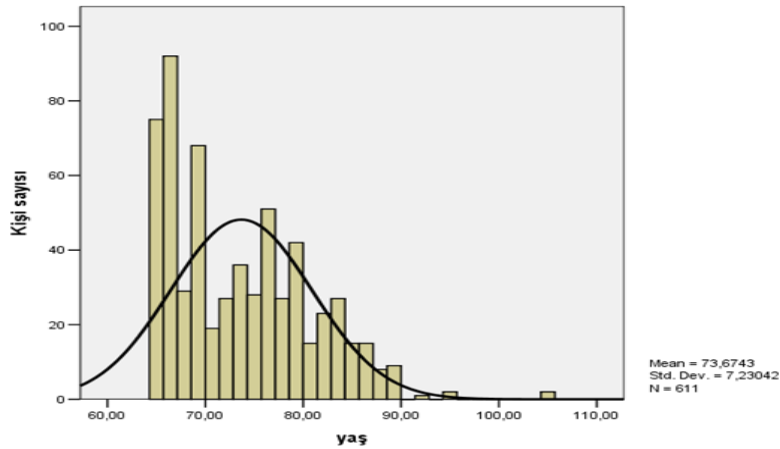
## 4. BULGULAR

Serinyol ve Anayazı' daki toplam 3 Aile Sağlığı Merkezinin toplam yaşlı nüfusu 1583 kişi idi. Huzurevindeki 180 yaşlı ve lisan problemi olan 22 yaşlı birey çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya hekimler tarafından aile sağlığı merkezine başvuran, telefon ile davet edilen ve ev ziyareti yapılarak görüşülen toplam 611 (% 44.2) yaşlı birey dahil edildi. Bireylerin 324' ü (%53) erkek, 287' si (%47) kadındı.



Şekil 3. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin cinsiyet dağılımı

Katılan tüm bireylerin yaş ortancası 73.6 (65-105) idi. Erkeklerin yaş ortalaması 72 (65-105), kadınlarınki ise 73 (65-95) idi ( $p=0.767$ ).



Şekil 4. Yaşlı bireylerin yaş dağılım histogramı

On dakikalık kapsamlı tarama testinin ilk sorusunda yaşlı bireylere "kalem, kamyon, kitap" nesnelere tekrar etmeleri ve fiziksel fonksiyonel kapasite üzerine olan sorunun ardından anımsamaları istendi. 497 bireyde (%81.3) demansı düşündürecek muayene bulgusuna saptanmadı. 114 bireyde (%18.7) demansı düşündürecek muayene bulgusu saptandı. Kadın ve erkekler açısından demans düşündürecek muayene bulguları benzer şekilde saptandı. Bu bireylerin 53'ü (%46.5) erkek, 61'i (%53.5) kadındı ( $p=0.112$ ).

Demansı düşündürecek muayene bulgusu saptanan yaşlı bireyler ileri tetkik ve tedavi açısından Nöroloji polikliniğine yönlendirildi. Ailelerine gerekli danışmanlık hizmeti verildi.

On dakikalık kapsamlı tarama testinin ikinci sorusu üriner inkontinans ile ilgiliydi. Yaşlılara "Geçen yıl içinde hiç idrar kaçırdınız mı veya ıslandınız mı?" diye soruldu ve yanıt eğer "evet" ise "Geçen hafta içinde idrar kaçırdınız mı?" diye soruldu. İdrar kaçırmaya şikayeti olmayan 381 kişi (%62.4), idrar kaçırmaya şikayeti olan 230 kişi (%37.6) vardı. Üriner inkontinansı olanların 135'i (%58.7) kadın, 95'i (%41.3) erkek idi. Üriner inkontinansın kadınlarda daha fazla görüldüğü saptandı ( $p<0.001$ ).

Üriner inkontinans saptanan yaşlı kadınlar jinekoloji ve üroloji, erkekler ise üroloji polikliniklerine yönlendirildi.

Depresyon taraması için bireylere "Sık sık üzgün hissedersiniz ve kederli olursunuz?" sorusu soruldu. Yaşlıların 292'si (%47.8) "hayır" yanıtını verirken 319'u (%52.2) "evet" yanıtını verdi. Pozitif yanıt verenlerin 136'sı (%42.6) erkek, 183'ü (%57.4) kadın idi. Cinsiyete göre depresyon görülme olasılığı karşılaştırıldı. Yaşlı kadınlarda depresyon görülme olasılığının yaşlı erkeklerden daha fazla olduğu görüldü ( $p<0.001$ ).

Depresyon görülme olasılığı olan yaşlı bireyler, aile hekimliği ve psikiyatri polikliniklerine yönlendirilerek ileri tetkik ve tedavi açısından incelenmeleri sağlanmıştır.

**Tablo 1.** Yaşlılarda on dakikalık kapsamlı tarama testi parametrelerinin cinsiyet ile ilişkisi

	Erkek n(%)	Kadın n(%)	p
Demans	53 (46.5)	61 (53.5)	0.112
İnkontinans	95 (41.3)	135 (58.7)	<0.001
Depresyon	136 (42.6)	183 (57.4)	<0.001
İmmobilite	200 (47.7)	219 (52.3)	<0.001
Düşme	52 (41.3)	74 (58.7)	0.003
Beslenme	41 (50.0)	41 (50.0)	0.534
İşitme	123 (52.8)	110 (47.2)	0.876
Görme	99 (45.2)	120 (54.8)	0.003

On dakikalık kapsamlı tarama testinin fiziksel fonksiyonel kapasite (immobilite) ile ilgili kısmında yaşlılara "Otobüse yetişmek için hızlı yürüyebilir veya koşabilir misiniz?", "Evinizde cam, duvar, yer silmek gibi ağır işler yapabilir misiniz?" , "Market için veya kıyafet için alışverişe gidebilir misiniz?", "Yürüyerek gidilebilecek uzaklıktaki yerlere gidebilir misiniz?", "Küvet veya duşla mı banyo yapabilirsiniz?", "Gömleğinizi, düğme fermuarınızı, ayakkabılarınızı giyebilir misiniz?" soruları soruldu. Herbir soru için "yapamıyor" veya "başkasının yardımıyla yapabiliyor" cevapları immobilite açısından pozitif değerlendirme olarak kabul edildi. Çalışmamızda 192 (%31.4) birey immobilite açısından risksiz, 419 (%68.6) birey ise riskli bulundu. İmmobilite açısından riskli bulunan yaşlıların 200'ü (%47.7) erkek, 219'u (%52.3) kadın idi. İmmobilite görülme açısından riskli bireylerin cinsiyete göre karşılaştırma sonuçlarına baktığımızda kadınların immobiliteye daha yatkın oldukları saptandı( $p<0.001$ ).

İmmobilite açısından riskli bulunan bireylerin anamnezleri derinleştirilerek sebep olabilecek kronik hastalıkları, ortam ve çevre koşulları sorgulandı. Kontrol altında olmayan kronik hastalıklar açısından ilgili branşlara yönlendirme yapıldı. Gerekli görülen durumlarda immobiliteyi önlemek açısından yaşlı bireylere fiziksel aktivite ve beslenme önerileri verilerek koruyucu sağlık danışmanlığı sağlandı.

Düşmelerin tarandığı kısımda yaşlılara "Geçen 12 ayda 2 veya daha fazla kez düştünüz mü?" sorusu soruldu. Yanıt "evet" ise pozitif değerlendirme olarak kaydedildi. Eğer cevap "hayır" ise kişi sandalyeden kaldırılıp tutunmadan yürümesi izlendi. Düzenli yürümesi negatif, düzensiz yürümesi pozitif muayene bulgusu olarak kaydedildi. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin 485'i (%79.4) daha önce hiç düşmediğini belirtti. 74'ü (%58.7) kadın, 52'si (%41.3) erkek toplam 126 (%20.6) kişide düşme öyküsü ve düzensiz yürüme bulgusu mevcuttu. Kadınlarda düşmelerin erkeklerden fazla görüldüğü saptandı (p=0.003).

Düşme öyküsü olan bireylerde anamnez derinleştirilerek düşme nedenleri, ek kronik hastalıklar ve konusunda yaşlı bireyler bilgilendirildi. Ev ve çevre koşulları hakkında koruyucu sağlık danışmanlığı verildi. Komplikasyonu mevcut olanlar kliniğe yönlendirildi.

İlave genel problemler kısmında beslenme, işitme ve görmeyle ilgili sorular soruldu. Beslenmeyle ilgili "Geçen 6 ayda kilonuzda bir değişiklik dikkatinizi çekti mi?" sorusu soruldu. Çalışmaya katılan 611 kişinin 529'unda (%86.6) herhangi bir beslenme sorunu dikkati çekmemiştir. 41'i (%50) erkek, 41'i (%50) kadın toplam 82 (%13.4) kişi malnütrisyon açısından riskli bulundu(p=0.534). Kadın ve erkeklerde malnütrisyon görülme riski benzerdi.

Malnütrisyon açısından riskli bulunan yaşlı bireylere beslenme alışkanlıkları, besine ulaşma koşulları, besinleri ne sıklıkla ve ne kadar miktarda tükettikleri sorgulandı. Beslenme listeleri oluşturularak bireylere danışmanlık hizmeti verildi.

**Tablo 2.** Yaş Gruplarına Göre Yaşlıların Sağlık Sorunları

	65-69 yaş n(%)	70-74 yaş n(%)	75-79 yaş n(%)	80-84 yaş n(%)	>85 yaş n(%)	p
Demans	22 (19.3)	16 (14)	24 (21.1)	26 (22.8)	26 (22.8)	<0.001
İnkontinans	67 (29.1)	44 (19.1)	47 (20.4)	41 (17.8)	31 (13.5)	0.001
Depresyon	101 (31.7)	60 (18.8)	67 (21)	54 (16.9)	37 (11.6)	0.005
İmmobilite	110 (26.3)	85 (20.3)	94 (22.4)	79 (18.9)	51 (12.2)	<0.001
Düşme	29 (23)	26 (20.6)	29 (23)	25 (19.8)	17 (13.5)	0.003
Malnütrisyon	19 (23.2)	17 (20.7)	18 (22)	16 (19.5)	12 (14.6)	0.036
İşitme azlığı	47 (20.2)	40 (17.2)	61 (26.2)	49(21)	36 (15.5)	<0.001
Görme azlığı	56 (25.6)	35 (16)	51 (23.3)	45 (20.5)	32 (14.6)	<0.001

İşitme taramasında hekim, yaşlı bireyin 20-30 cm arkasına geçip önce yumuşak sonra da normal ses tonuyla "6, 1, 9" sayılarını söyledi ve yaşlı bireyin tekrar etmesini istedi. İşitme azlığı saptanan 233 (%38.1) kişinin 123'ü (%52.8) erkek, 110'u (%47.2) kadın idi( $p=0.876$ ).Her iki cins için işitme azlığı benzerdi. İşitme azlığı saptanan yaşlı bireyler ileri tetkik ve tedavi amacıyla kulak burun boğaz polikliniğine sevk edildi. İşitme azlığının neden olabileceği kazalar açısından yaşlı bireyler ile görüşmeler yapıldı.

On dakikalık kapsamlı tarama testinin son kısmında yaşlı bireylere "Gözlük kullanımına rağmen görme nedeniyle okumakta veya günlük işlerinizi yapmaktan zorlanırsınız?" sorusu soruldu. 392 (%64.2) kişi negatif yanıt verdi. Pozitif yanıt verenler Snellen göz çizelgesi ile muayene edildi ve bulgular her iki göz için ayrı ayrı kaydedildi. Görme sıkıntısı yaşayan 219 (%35.8) kişinin 99'u (%45.2) erkek, 120'si (%54.8) kadın idi. Görme sorunu kadınlarda daha fazla saptandı ( $p=0.003$ ).

Gözlük kullanımına rağmen günlük işleri yaparken ve okurken zorluk çeken yaşlı bireylere göz poliklinik kontrolü önerildi. Yaşlı bireyler görme azlığına bağlı düşme riski konusunda bilgilendirildi, yaşadıkları ortam ve çevre açısından düzenlemeler yapılarak danışmanlık hizmeti verildi.



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma bir bölgede yaşayan yaşlıların sağlık durumlarını ve sağlık hizmeti gereksinimlerini göstermesi açısından önemli bir çalışmadır. Ülkemizde birinci basamakta on dakikalık kapsamlı tarama testi kullanılarak yapılan ilk çalışma olması, sağlık kuruluşuna başvuranların yanında başvurmayanların da evlerinde ziyaret edilerek çalışmaya dahil edilmesi ve benzer bir çalışmanın olmaması çalışmamızı değerli kılmaktadır.

Bu çalışmada yaşlı popülasyonun %18.7' sinde demans varlığını düşündürecek muayene bulgusu saptandı. Diker ve arkadaşlarının (77) Kocaeli'de 65 yaş ve üzeri bireylerde bilişsel durumu tanımlamak amacı ile 144 yaşlıda yaptıkları çalışmada demansprevalansı %6.9, demans olma riski bulunan hafif bilişsel bozukluk sıklığı ise %25.7 olarak bildirilmiştir. İki sağlık ocağında yüz yüze yapılan anketlerde Standartlaştırılmış Mini Mental Test, Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili kullanılmış. Bu çalışmada üç aile sağlığı merkezinde daha fazla yaşlıya ulaşılarak on dakikalık kapsamlı tarama testi uygulandı. İzmir'de mini mental durum değerlendirme testi kullanılarak yapılan kesitsel bir çalışmada ise demansprevalansı %12.9 olarak bulunmuş ve demansın kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (78). Bu çalışmada demans lehine muayene bulgusu saptananlarda her iki cins benzer oranda bulundu.

Jackson ve arkadaşlarının (79) Amerika'da yaşlı kadınlarda ürinerinkontinansprevalansını araştıran çalışmalarında her gün idrar kaçırma şikayeti olanların sıklığı %9.6 ,haftada en az bir kez idrar kaçıranların sıklığı %11.6 olarak bildirildi. Bu çalışmada ürinerinkontinans sıklığı %37.6 olarak bulundu. Kadınlarda ürinerinkontinans daha fazla saptandı. Jackson ve arkadaşlarının çalışması Amerika'daki bir sağlık veri tabanına ulaşılarak yapılmış, longitudinal bir kohort çalışmasıydı. Veri analizinde çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmış. Daha fazla sayıda deneğe sahip bu çalışma sadece yaşlı kadınları

içeriyordu. Bu çalışma ise belirlenen nüfustaki tüm yaşlı bireylere cinsiyet ayırt etmeksizin ulaşılarak yüz yüze anket uygulanarak yapıldı. Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip çalışmada kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki kare testi kullanıldı.

Konya'da yaşlı kadınlarda ürinerinkontinans sıklığını araştıran anket çalışmasında prevalans %43.6 olarak bulunmuş. Yaşlıların %38.8'i ayda iki veya daha fazla kez, %25.3'ü ayda en az bir kez, %35.9'u ise sürekli ped kullanmayı gerektirecek kadar idrar kaçırma şikayetleri olduğunu bildirmişlerdir. Ürinerinkontinans nedeniyle doktora başvuranların sıklığı ise %41.4 olarak kaydedilmiştir (80).Ateşkan ve arkadaşlarının (81) 2000 yaşlı bireyde yaptıkları çalışmada ürinerinkontinansprevalansı %44.2 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızla benzer olarak kadınlarda idrar kaçırma şikayetlerinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu şikayet nedeniyle yaşlıların sadece %12.2'sinin doktora başvurduğu; başvuramayanlara nedenleri sorulduğunda ise %50.2'sinin utandıkları için hekime başvurmadıkları belirtilmiştir. Bu nedenle geriatric yaş grubunda hekime herhangi bir nedenle başvuran her yaşlıya ürinerinkontinans varlığı sorulmalıdır.

Çalışmamızda birinci basamakta depresyon tarama sorusuna yaşlıların %52.2'si pozitif yanıt verdi. Cinsiyete göre depresyon görülme olasılığı karşılaştırıldığında yaşlı kadınlarda depresyon görülme olasılığının daha fazla olduğu saptandı. Dişçigil ve arkadaşlarının (82) birinci basamakta geriatric depresyon sıklığını araştıran kesitsel tipteki çalışmalarında da çalışmamıza benzer şekilde yaşlı kadınlarda depresyon görülme sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu belirtildi. YasevageGeriatric Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada majör depresif bozukluk, minör depresyon veya distimik bozukluk görülme sıklığı %41.1 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak sadece 90 yaşlıya ulaşılmış ve sadece depresyon prevalansı araştırılmıştır. Depresyon için risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile karşılaştırılmış.

Son yıllarda yaşlı nüfusun hızla artması ve doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması üzerine Hindistan'da yapılan geriatric sendromlar prevalans çalışmasında depresyon sıklığı %8.2, kognitif bozukluk sıklığı %1.5, düşme prevalansı %7.6, ürinerinkontinans sıklığı %4.4 ve fonksiyonel bağımlılık

prevalansı %10.9 olarak saptanmıştır (83) Çalışmanın üçüncü basamakta ve küçük bir grupta yapılması nedeniyle sonuçlar çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Kocataş ve arkadaşlarının (84)77 yaşlı bireyde geriatrik depresyon ölçeğini kullanarak yaptıkları kesitsel çalışmada depresyon prevalansı %36 olarak bildirilmiştir. Manisa ve Kırşehir'de, huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığını karşılaştıran bir çalışmada ise huzurevindeki yaşlılarda depresyon sıklığı %68.9, evde yaşayan yaşlılarda %81.8 olarak saptanmıştır (85).Çalışmaya daha az yaşlının dahil edilmesi, evde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyon prevalansının karşılaştırılması ve materyal olarak Geriatrik Depresyon Ölçeğinin kullanılması bu çalışmadan farklılıklarıdır.

Çalışmamıza katılan bireylerin %68.6' simmobiliteye yatkın olarak belirtildi. Amerika' da 4.9 milyon erişkin (%2) TGYA' de, 9.5 milyon erişkin (%4) EGYA' de yardıma ihtiyaç duyar. Yetmiş beş yaş ve üzeri popülasyonda TGYA' de yardıma ihtiyaç duyanların sıklığı %11' e, EGYA' de yardıma ihtiyaç duyanların sıklığı ise %20' ye ulaşmaktadır (86).Malezya' da 907 yaşlıda Tinetti Performans Testi ve Barthel İndeksi kullanılarak yapılan çalışmada fiziksel ve fonksiyonel kısıtlılık prevalansı %19.5 olarak saptanmıştır. Barthel İndeksi ile on TGYA' lerinden en az birinde yardıma ihtiyaç duyma sıklığı %24.7 olarak belirtilmiştir (87). Malezya'da yapılan prevalans çalışması ile bu çalışmada benzer sayıda yaşlı katılımcıya ulaşıldı ve her iki çalışmada da benzer olarak kadınlar immobiliteye yatkın bulundu.

Turhanoglu ve arkadaşlarının (88) Diyarbakır' daki yaşlılarda özürülük ve kronik hastalıklar görülme sıklığını araştıran çalışmalarında yaşlıların %3.13' nün sadece ev içinde hareket edebildiği ve ev dışına çıkamadığı, %13.92' sinin ev içinde bağımsız, ev dışında ise yardıma ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada düşme sıklığı %20.6 olarak bulundu. Benzer olarak Cummings ve arkadaşları (89) tarafından düşme insidansı %13-32 arasında bulundu. Atmış beş yaş ve üzeri nüfusta son bir yılda en az bir kere düşme sıklığı %28-35 arasında, yetmiş beş yaş ve üzerinde ise %32 ile %42 arasında değiştiği bildirilmiştir. Hatta hiçbir hastalığı bulunmayan yaşlıların bile %15' inin düştüğü belirtilmiştir.İtalya'da Cesari ve arkadaşlarının (90) evde bakım hizmeti programlarına kayıtlı 5570 yaşlı bireyde yaptıkları gözlemsel tipteki çalışmalarında düşme prevalansı %35.9 olarak bulunmuştur. Daha geniş bir popülasyonda yapılması, evde bakım hizmeti

programlarına kayıtlı yaşlılarda düşmelerin daha fazla görülmesi, metodolojik olarak Kognitif Performans Skalasının kullanılması bu çalışmadan farklılıklarıdır.

Çalışmamızda malnütrisyon görülme sıklığı %13.4 olarak bulunmuştur. İzmir' de bir iç hastalıkları polikliniğine başvuran 140 yaşlı bireye Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi uygulanarak malnütrisyonprevalansı araştırılmış. 23 hastada (%16) MND skoru düşük saptanmış. 3 kişide malnütrisyon, 20 kişide ise malnütrisyon riski bildirilmiştir (91). Finlandiya' da Soini ve arkadaşlarının (92) evde bakım hizmetlerinden yararlanan 75-94 yaş arası 272 yaşlıda yaptıkları araştırmada malnütrisyonprevalansı %3, malnütrisyon riski ise %48 olarak raporlanmıştır. Finlandiya'da birinci basamakta bakım hizmetlerinin ülkemizdekinden daha gelişmiş olması nedeniyle malnütrisyon riski çalışmamızda daha fazla bulundu.

Bu çalışmada işitme azlığı sıklığı %38.1 olarak bulundu. Kadın ve erkeklerde işitme azlığı açısından fark bulunamadı. Amerika' da Lin ve arkadaşları (93) 70 yaş ve üzeri popülasyonda işitme azlığı prevalansını%63.1 olarak saptamışlardır. Bu çalışmadan farklı olarak işitme odyometri kullanılarak değerlendirildi ve erkeklerde işitme azlığı daha fazla bulundu.

Yılmaz ve arkadaşlarının (94) Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 238 yaşlıda yaptıkları prevalans çalışmasında ise kadınlarda %92, erkeklerde %88 sıklığında işitme azlığı bildirildi. Çalışma evreni, metod ve materyal olarak bu çalışmadan bazı farklılıklar içermekteydi. Baş dönmesi, işitme kaybı ve çinlama şikayetleri olan 238 yaşlı ile işitmesi normal olan 25 kişi prospektif olarak üçüncü basamak polikliniğinde otolaringologlar tarafından değerlendirilmiş. Çalışmaya odyolojik değerlendirme, saf ses odyogram ve konuşmayı ayırt etme değerleri dahil edilip işitme eşik değerleri ve konuşmayı ayırt etme oranları istatistiksel olarak t test ile karşılaştırılmış. Bu çalışma ise daha fazla sayıda yaşlıya birinci basamakta on dakikalık kapsamlı tarama testi uygulanarak yapıldı. Veri analizinde ise ki kare ve Mann Whitney U testleri kullanıldı.

Amerika' daki yaşlılarda Cruickshanks ve arkadaşlarının (95) yaptığı kohort çalışmasında işitme azlığı sıklığı %45.9 olarak bildirilmiş olup erkek cinsiyet ve ileri yaşın en önemli risk faktörleri olduğu açıklanmıştır. Bu çalışmada ise her iki

cinsiyet için işitme azlığı benzer bulundu. Brezilya'da yapılan bir çalışmada da bu çalışma ile benzer şekilde işitme azlığı prevalansı %42.9 olarak bulunmuştur (96).

Görme azlığı sıklığı çalışmamızda %35.8 olarak bulundu. Evans ve arkadaşlarının (97) İngiltere' de 75 yaş ve üzeri bireylerde yaptıkları çalışmada görme azlığı prevalansı %12.4 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak randomize kontrollü bir çalışma olarak tasarlanıp görme değerlendirilmesi için Glasgow keskinlik grafiği kullanılmış ve istatistiksel olarak lojistik regresyon analizi kullanılmış. Sonuç olarak ise bu çalışma ile benzer olarak kadınlarda görme azlığı daha fazla saptanmış. Crews ve Campbell' ın(98) Amerika' daki yaşlılarda görme ve işitmeyi birlikte değerlendirdikleri çalışmalarında işitme kaybı prevalansı %24.4, görme kaybı prevalansı %9.4, hem işitme hem de görme kaybı prevalansı %8.2 olarak bulunmuştur. Ayrıca görme kaybı olanların 1.8 kat, işitme kaybı olanların 1.7 kat, hem görme hem işitme kaybı olanların ise düşmeler açısından 3 kat daha riskli olduklarını ortaya koymuşlardır. Turhanoğlu ve arkadaşlarının (88) çalışmasında ise işitme azlığı sıklığı %22.2 , görme azlığı sıklığı ise %33.1 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak daha küçük bir popülasyonda 55 yaş ve üzeri bireyler dahil edilerek yapılmış. İşitme ve görme azlığı sıklığı ise sadece sorgulama ile yapılmış, çalışmada herhangi bir muayene yönteminden bahsedilmemiştir.

Yaşlı bireyin değerlendirilmesi konusunda literatür taraması yapıldığında sekiz ana başlığın rutin muayene sırasında gözden kaçırıldığı tespit edilmiştir (99).Bu çalışmada sekiz ana başlığı içeren on dakikalık kapsamlı tarama testi ile bir bölgedeki yaşlıların sağlık durumunun değerlendirilmesi, karşılanmamış sağlık hizmetlerinin ortaya konması ve bu yolla birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlıların yaşam kalitelerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi hedeflenmiştir. Taranan nüfustaki tüm yaşlılara ulaşılamaması, ülke genelinde yapılmaması, bölgenin coğrafik konumu nedeni ile yerli halkın bir kısmının anadilinin Arapça olması ve bundan dolayı iletişim sorunlarının yaşanması, yaşlıların birinci basamağa başvurusayısının az oluşu, çalışmanın başlıca kısıtlılıklarıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlıların sağlıklarının sürdürülmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılması için birinci basamakta on dakikalık kapsamlı tarama testinin uygulanması önemlidir. Bu yolla birinci basamak hekimi kendisine bağlı yaşlı nüfusun sağlık düzeyini ve gereksinimlerini değerlendirebilecek, henüz ortaya çıkmamış veya daha önce sorgulanmamış şikayetleri tarayarak erken teşhis ve tedavi edebilecektir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmayan yaşlılara kapsamlı geriatrik değerlendirme için ev ziyaretleri veya aile sağlığı merkezlerine telefon ile davet yöntemiyle tüm topluma ulaşılmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Şensoy N., Aile Hekimliğinde Yaşlı Sağlığı Ve Yasal Sorunlar. Türkiye Klinikleri Fam Med Special Topics 2014; 5 (1).
2. [http://www.who.int/ageing/publications/AF\\_PHC\\_Centretoolkit.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf) Erişim tarihi:16.09.2014.
3. International Longevity Center-USA. The aging factor in health and disease.(Report of an interdisciplinary workshop). New York: The Center,1999.
4. TC. Aile Sağlığı Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara 2012. Erişim tarihi: 16.09.2014.
5. Mandıracıoğlu A. ,Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 49(3) ;39-45, 2010.
6. [http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta\\_kaliteli\\_yasam\\_son.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf) . Erişim tarihi: 17.09.2014
7. HASUDER, Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözümler ,2012.  
[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/yasli%20C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasli%20C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf).Erişim tarihi:15.03.2015
8. Tufan İ. , Türkiye’nin Yaşlılık Yükü Gerçekten Hafif midir? Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu : 4. Araştırma-İnceleme Dizisi:3. Antalya: Gero Yayınları 2007: 346-357
9. Uncu Y. , Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi 6 (1): 31-37 , 2003 .
10. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> . Erişim tarihi: 27.02.2015
11. Erguvan T, Kızıl Ö, Turan E. , Yaşlılarda Anksiyete Bozuklukları. Türk Geriatri Dergisi, 2007; 10 (3): 150-155.
12. Baldwin C.R. ,Geriatrik Affektif Bozuklukta Son Gelişmeler. Current Opinion in Psychiatry Turkish Edition 2007, 20: 539-543 .

13. Geriatri Derneği Eğitim Serisi No:1 , Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları Ve Yaklaşımlar. 2008 .
14. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri 2012.
15. Halil M. , Cankurtaran M. ,Geriatrik Hastaya Yaklaşım . Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28 (Suppl): S262-S266.
16. Heflin M. T. , Geriatric Health Maintenance. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) Erişim tarihi: 01.12.2014.
17. Başak O. , Yaşlı Sağlığı İzlemi .Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2013; 4 (5) :96-101.
18. Spalding M. C. , Sebasta S. C. ,Geriatric Screening And Preventive Care .Am Fam Physician. 2008;78(2):206-215 .
19. World Health Organization , Global Recommendations on Physical Activity For Health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, WHO Press, 2010.<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf?ua=1>. Erişim tarihi:24.03.2015.
20. Engin S. , Yaşlılarda Koruyucu Hekimlik. Türk Aile Hek Derg 2005; 9(2): 79-84.
21. Aksoydan E. , Yaşlılık ve Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726, Ankara Şubat 2008.
22. U.S.Preventive Services Task Force, Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. Am J Prev Med. 2003;24(1):93-100.
23. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. Ann Intern Med. 2004;140(7):555-557.
24. TUBATEB Tütünle Mücadele Eğitim Kursu, 2014. [www.tubateb.org](http://www.tubateb.org). Erişim tarihi: Şubat 2014.
25. Doğaner Y. Ç. ,Aydoğan Ü. ,Sarı O. , Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2014;5(3):70-5.
26. TC Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri. 2013 Ankara.



27. Hayden M, Pignone M, Phillips C, Mulrow M. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136(2):161-172.
28. TC Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı, Yaşlı Sağlığı Modülü , Sağlıklı Yaşlanma . 2013.
29. The Centers for Disease Control And Prevention, National Center For Immunization and Respiratory Diseases, Influenza Division, Influenza Update for Geriatricians, 2014-2015 Influenza Season Summary Guidance, Erişim tarihi:24 Aralık 2014.
30. WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al.;National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: Hypertension 2003;42(6):1206-52.
31. Riley M, Dobson M, Jones E, Kirst N. Health Maintenance in Women. *Am Fam Physician* 2013;87(1):30-7.
32. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2010;33(suppl 1):S62–S69.
33. Mengel M. B. , Schwiebert L. P. , Family Medicine Ambulatory Care and Prevention, LANGE, Fifth Edition, Screening Tests, 2013:775-86.
34. USPSTF, Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: Preventive Medication.<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/aspirin-for-the-prevention-of-cardiovascular-disease-preventive-medication>.Erişim tarihi: 06.10.2014.
35. Sucaklı M. H. ,Çelik M. ,Erişkin Sağlık İzlemi(Erkek). *Turkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics* 2013;4(5):88-95.
36. Thom D. H. , Willard-Grace R. , et all. The Impact of Health Coaching on Medication Adherence in Patients With Poorly Controlled Diabetes, Hypertension, and/or Hyperlipidemia. *J Am Board Fam Med.* 2015;28(1):38-45.
37. Cankurtaran M. ,Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme. *J Gastroenterol* 2005;40(1):9806.

38. Toprak D. , Erişkin Sağlık İzlemi(Kadın). Turkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2013;4(5):78-87.
39. Pedula KL, Coleman AL, Hillier TA, et al. Visual acuity, contrast sensitivity, and mortality in older women: Study of osteoporotic fractures. J Am Geriatr Soc 2006; 54: 1871.
40. Miller K. E. ,Zylstra R. G. ,Standridge J. B. ,The Geriatric Patient: A Systematic Approach to Maintaning Health. Am Fam Physician. 2000 Feb 15;61(4):1089-1104.
41. Trivedi DP, Doll R, Khaw KT. Effect of four monthly oral vitamin D3 (cholecalciferol) supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: randomised double blind controlled trial. BMJ 2003; 326:469.
42. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis in postmenopausal women: recommendations and rationale. Ann Intern Med. 2002;137(6):526-528.
43. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Screening for osteoporosis in men: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2008; 148:680.
44. Holick MF. Vitamin D deficiency. N Engl J Med 2007; 357:266.
45. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, et al. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. JAMA 2004; 291:1999.
46. Eyigör S. , Düşmelere yaklaşım. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2012;51;Ek Sayı / Supplement :43-51.
47. Paulman PM. , Paulman AA. , Harrison JD. ,Yaşlı Erişkinlerde Sağlığın Sürdürülmesi. Taylor Aile Hekimliği El Kitabı, 3.baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2011:34-35.
48. Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. Lancet 2001; 358:1340.
49. Tirona MT. , Breast Cancer Screening Update.Am Fam Physician 2013;87(4):274-8.

50. <http://thsk.saglik.gov.tr/duyurular/432-kanser-tarama-programindaki-degisiklikler.html>. Erişim tarihi: 26.03.2015.
51. Pignone M, Rich M, Teutsch SM, BergAo, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;137(2): 132-141.
52. Grimin KJ, Diebold MM. The Periodic Health Examination. Rakel RE, ed. *Textbook of Family Practice. Sixth Edition: W.B. Saunders.* 2002. pp: 159-182.
53. Kutsal G.Y. , Yařlanan Dñnyanın Yařlanan İnsanları. Geriatri, TTB Yayını, Ankara, 2007, pp: 13-19.
54. Bilir N. , Yaşlılıkta Sağlığın Korunması Ve Koruyucu Hekimlik. [www.e-kutuphane.teb.org.tr](http://www.e-kutuphane.teb.org.tr). Erişim tarihi: 28.02.2015.
55. Kutsal YG. , Yařlanan Kadının Sağlık Sorunları, Hacettepe Toplum Hekimliği Bñlteni. Temmuz 2003;3(4):12.
56. Karan M. A. , Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi. *Klinik Gelişim* 2004;17(2):1-8.
57. [http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/approach\\_to\\_the\\_geriatric\\_patient/evaluation\\_of\\_the\\_elderly\\_patient.html](http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/approach_to_the_geriatric_patient/evaluation_of_the_elderly_patient.html) Erişim tarihi:08.03.2015.
58. Savaş S. , Akçiçek F ,Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*2010;49(3) Ek / Supplement: 19-30.
59. Yeşil Y. , Cankurtaran M. , Kuyumcu ME. , Polifarmasi. *Klinik Gelişim* 2012;25(3):18-23.
60. Elsayy B. , Higgins KE. , The Geriatric Assessment. *Am Fam Physician.* 2011;83(1): 48-56.
61. Rao SS. Prevention of falls in older patients. *Am Fam Physician.* 2005; 72(1):81-88.
62. Khanassov V. , Vedel I. , Pluye P. , Barriers to Implementation of Case Management for Patients With Dementia: A Systematic Mixed Studies Review. *Ann Fam Med* 2014;12:456-465.
63. Ward KT. , Rueben DB. ,Comprehensive GeriatricAssessment. Uptodate .Erişim tarihi: 17.01.2014.

64. Jones R. , Britten N. , CulpepperL. , Gass D. , Grol R. , Mant D. , Silagy C. Oxford Textbook of Primary Medical Care. Volume 2: Clinical Management. Oxford University Press, New York, 2005: 1235-59.
65. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. . 1997;45:570–8.
66. Gül HL, Evcili G.,Karadaş Ö. , Gül ES, Geriatrik Depresyon ve İlişkili Risk Etkenleri: Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresif Belirti Düzeyi. J Clin Anal Med 2012;3(3): 308-10.
67. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Uçar D , The Risk Of Depression In Elderly Individuals, The Factors Which Related To Depression, The Effect Of Depression To Functional Activity And Ouality Of Life. Turkish Journal of Geriatrics 2014; 17 (1) 35-43.
68. Boström et al, Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. Clinical Interventions in Aging 2014;9 249–257.
69. AmbresinG. , Chondros P. et al, Self-Rated Health and Long-Term Prognosis of Depression. Ann Fam Med 2014;12(1)57-65.
70. Saka B, Özkulluk H, İç Hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nütrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 151-157.
71. Keskinler MV, Tufan F , Oğuz A , Geriatrik Sendromlar. Okmeydanı Tıp Dergisi 29(Ek sayı 2):41-48, 2013.
72. Akademik Geriatri Derneği, Yaşlılarda Malnütrisyon Klavuzu, 22 Ocak 2013 Ankara. <http://akademikgeriatri.org/files/thn-kitap.pdf>. Erişim tarihi:25.03.2015.
73. Shobha SR, Prevention of Falls in OlderPatients. Am Fam Physician 2005;72:81-8.
74. Özcan M, Kapucu S, Ürinerİnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 101–109.

75. Gerst K, Ray LA, Samper-Ternent R, Espino DV, Markides KS, Urinary Incontinence among older Mexican American men: Risk factors and psychosocial consequences. *J Immigr MinorHealth* . 2011 December ; 13(6): 1110–1115.
76. Kaplan S, Demirci N, Üriner İnkontansta Konservatif Tedavi Metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:5, Sayı:13 (2010).
77. Diker ve ark.,Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):79-86.
78. Keskinoglu P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P, Prevalence and Risk Factors of Dementia Among Community Dwelling Elderly People in İzmir. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2013;16(2)135-141.
79. Jackson RA, Vittinghoff E et al. , Urinary Incontinence in Elderly Women: Findings From the Health, Aging, and Body Composition Study. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, Vol. 104, No. 2, August 2004.
80. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S, Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28:487-493.
81. Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M, Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*,2000 (2): 45-50.
82. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N, Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8 (3): 129-133.
83. Das PC, Chatterjee P et al. ,Prevalence and Predictors of Geriatric Syndromes in an Outpatient Clinic at a Tertiary Care Hospital of India. *Journal of Aging Research & Clinical Practice*, Vol 2, No 1, 2013.
84. Kocataş S, Güler G, Güler N, 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:7, Sayı: 1, 2004.

85. Demir G, Ünsal A, Arslan GG, Çoban A, Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;2(1).
86. Adams PF, Kirzinger WK, Martinez ME. Summary health statistics for the U.S. population: National Health Interview Survey, 2012. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(259). 2013.
87. Hairi NN, Bulgiba A et al., Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. BMC Public Health, 2010, 10:492.
88. Turhanoglu AD, Saka G ve ark. ,Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürllük ve Kronik Hastalık Sıklığı. Turkish Journal of Geriatrics, 2000 (4): 146-150.
89. Masud T, Morris RO, Epidemiology of Falls. British Geriatric Society Age and Ageing 2001; 30-S4:3-7.
90. Cesari M et al. ,Prevalence and Risk Factors for Falls in an Older Community-Dwelling Population. Journal of Gerontology: Medical Sciences by The Gerontological Society of America 2002, Vol. 57A, No. 11, M722–M726.
91. Saka B, Özkulluk H, İç Hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nütrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 151-157.
92. Soini H, Routasalo P, Lagström H, Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. European Journal of Clinical Nutrition (2004) 58, 64–70.
93. Lin FR, Thorpe R et al.,Hearing Loss Prevalence and Risk Factors Among Older Adults in the United States. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011 May;66A(5):582–590.
94. Yılmaz O et al. , Hearing Loss in Elderly. Turkish Journal of Geriatrics 2010; 13 (1) 5-7.
95. Cruickshanks KJ et al. , Prevalence of Hearing Loss in Older Adults in Beaver Dam, Wisconsin The Epidemiology of Hearing Loss Study. Am J Epidemiol 1998;148:879-86.

96. Mattos LC, Veras RP, The prevalence of hearing loss in an elderly population in Rio de Janeiro: a cross-sectional study. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007;73(5):654-9.
97. Evans JR et al. , Prevalence of visual impairment in people aged 75 years and older in Britain: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Br J Ophthalmol* 2002;86:795–800.
98. Crews JE, Campbell VA, Vision Impairment and Hearing Loss Among Community-Dwelling Older Americans:Implications for Health and Functioning. *American Journal of Public Health* May 2004, Vol 94, No. 5.
99. Moore AA, Sui AL, Screening For Common Problems in Ambulatory Elderly: Clinical Confirmation of a Screening Instrument. *The American Journal of Medicine*, April 1996, Volume:100.

## 8. EKLER

### Ek-1

MKÜ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Hatay İli’nde yaşlı bireylerin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve karşılanmamış sağlık gereksinimlerinin ortaya konması”
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	07/02/2014/25

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY
	TELEFON	0326 245 51 14
	FAKS	0326 245 51 14
	E-POSTA	tipetik@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Cahit ÖZER’in (Araştırma Görevlisi Melis TANER’in tezi)			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MKÜ Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Doç.Dr.Yusuf ÖNLEN  
İmza:


Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.



MKÜ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doç.Dr.Cahit ÖZER'in (Araştırma Görevlisi Melis TANER'in tezi) "Hatay İli'nde yaşlı bireylerin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve karşılanmamış sağlık gereksinimlerinin ortaya konması"
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	07/02/2014/25

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2014/23	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:20	Tarih: 13/02/2014					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	PROF.DR.YUSUF ÖNLEN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç.Dr.Yusuf ÖNLEN	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.İsmet Murat MELEK	Nöroloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Cumali GÖKÇE	İç Hastalıkları	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Aydiner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Doç.Dr.Zafer YÖNDEN	Tıbbi Biyokimya	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Neslihan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Fatih SEFİL	Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Doç.Dr.Yusuf ÖNLEN  
İmza:

ASLI GİZLİDİR  
Enver Sedat BOĞAZA  
Etik Kurul Başkanı

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

MKÜ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doç.Dr.Cahit ÖZER'in (Araştırma Görevlisi Melis TANER'in tezi) "Hatay İli'nde yaşlı bireylerin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve karşılanmamış sağlık gereksinimlerinin ortaya konması"								
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	07/02/2014/25								
Av.Süleyman TENKEKİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E ✓	K □	E □	H ✓	E ✓	H □	<i>Bitt</i>
Yusuf COŞKUN	Esnaflık	Serbest Çalışan	E ✓	K □	E □	H ✓	E □	H ✓	
Osman ÖZKAN	Eğitimci	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	E ✓	K □	E □	H ✓	E □	H ✓	
Murat EKENER	Kimyager	Serbest Çalışan	E ✓	K □	E □	H ✓	E □	H ✓	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Doç.Dr.Yusuf ÖNLEN  
İmza:

*Yusuf ÖNLEN*

ASLI GİDİR  
Esnaf Serhat BOZANAN  
Etik Kurul Başkanı  
*Esnaf Serhat BOZANAN*

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

## Ek-2

### 10 dakikalık kapsamlı tarama

İsim \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Kadın/Erkek \_\_\_\_\_

#### Hafıza

1. Eğitim : "3 tane nesneye isim vereceğim: kalem,kamyon,kitap. Şimdi ve daha sonra yeniden bir dakika sonra nesnelerin isimlerini tekrarlamamızı isteyeceğim. Lütfen nesnelere hatırlamayı deneyin."

**Bunu fiziksel fonksiyonel kapasite üzerine olan soruyu sorduktan sonra kaydet (madde 4)**

Tüm 3 nesnenin ismini verdi mi? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

**Pozitif değerlendirme:** Hayır.

*Eğer pozitif değerlendirme varsa; hafıza kaybının tedavisi için kliniğe yönlendir*

#### Üriner İnkontinans

1. Sorun "Geçen yıl içinde hiç idrar kaçırdınız mı veya ıslandınız mı?

Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Eğer evetse diğer soruyu sorun

*Eğer pozitif değerlendirme varsa;*

2. "Geçen hafta içinde idrar kaçırdınız mı ?

*idrar inkontinansının tedavisi için*

**Pozitif değerlendirme:** her iki sorunun cevabı evet *kliniğe yönlendir*

#### Depresyon

1. Sorun " Sık sık üzgün hisseder ve kederli olur musunuz?" Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

**Pozitif değerlendirme:** Evet

*Eğer pozitif değerlendirme varsa; depresyonun tedavisi için kliniğe yönlendir*

#### Fiziksel Fonksiyonel Kapasite (immobilite)

Sorun "... yapabilir misiniz?"

1. Otobüse yetişmek için hızlı yürüyebilir veya koşabilir misiniz?

Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

2. Evinizde cam, duvar, yer silmek gibi ağır işler yapabilir misiniz?

Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

3. Market için veya kıyafet için alışverişe gidebilir misiniz?

Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

4. Yürüyerek gidilebilecek uzaklıktaki yerlere gidebilir misiniz? (araba,otobüs)

Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

5. Küvet veya duşla mı banyo yapabilirsiniz?

Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

6. Gömleğinizi, düğme fermuarını, ayakkabılarınızı giyebilirsiniz mi?

Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

**Pozitif değerlendirme** (her biri için): Yapamıyor veya başkasının yardımı ile yapıyorsa.

*Eğer pozitif değerlendirme varsa, düşmeler ve immobilite tedavisi için kliniğe yönlendir*

#### Hastaya yukarıdaki 3 nesneyi hatırlatıp tamamlatın

1. 3 nesneyi tekrar sorun. 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

#### Düşmeler

1. Geçen 12 ayda 2 veya daha fazla düştünüz mü? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

**Düşmeler için pozitif değerlendirme:** evet.

Eğer hayırsa aşağıdakine devam edin :

*Değerlendirme pozitifse,*

2. Eğitim : " sandalyeden kaldırın, tutunmadan etrafında yürütün"

*düşmeler ve immobilite*

Yapabiliyor mu: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_ Düzensiz mi: Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

*tedavisi için kliniğe yönlendir*

**Düşmeler için pozitif değerlendirme:** evet.

#### İlave genel problemler

##### Beslenme

1. Geçen 6 ayda kilonuzda bir değişiklik dikkatinizi çekti mi? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

Artma \_\_\_\_\_ Kg Azalma \_\_\_\_\_ Kg (son vizite kaydedilmişse)

Kayıt: Tarih \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Bugünkü kilo \_\_\_\_\_ Kg.

(Kültürel olarak makulsa alternatif soruya izin verin)

##### İşitme

1. Kişinin arkasına geçin ve sizin söylediğinizi tekrar etmesini söyleyin - 6, 1, 9; (yumuşakça ve normal sesle)

Yumuşak: Sağ kulak \_\_\_\_\_ Sol kulak \_\_\_\_\_

Normal: Sağ kulak \_\_\_\_\_ Sol kulak \_\_\_\_\_

**Pozitif değerlendirme:** hastanın 1 kulağı veya her 2 kulağı da duymuyorsa(veya 2 negatifin herhangi kombinasyonunda)

*Eğer sorun bulunmuşsa ve sevk için uygunsu*

##### Görme

1. Sorun:"Görme nedeniyle okumakta veya günlük işlerinizi yapmakta zorlanır mısınız?"(gözlük varken bile)

**Pozitif değerlendirme:** evet.

2. Eğer pozitif değerlendirme varsa SNELLEN göz çizelgesini sorarak tamamlatın (gözlüksüz ve sonra gözlüklü)

Sağ-göz \_\_\_\_\_ Sol-göz \_\_\_\_\_

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Melis Taner 08.05.1985 tarihinde Hatay' ın İskenderun ilçesinde doğmuştur. İlkokulu Mithat Paşa İlkokulu' nda, orta okul ve liseyi İstiklal Makzume Anadolu Lisesi' nde okumuştur. 2004 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde tıp eğitimine başlayıp 2011 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Kahramanmaraş Pazarcık Toplum Sağlığı Merkezi' nde pratisyen hekimliğe başlayıp 1 ay sonra istifa etmiştir. 17.07.2012 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı' nda uzmanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.